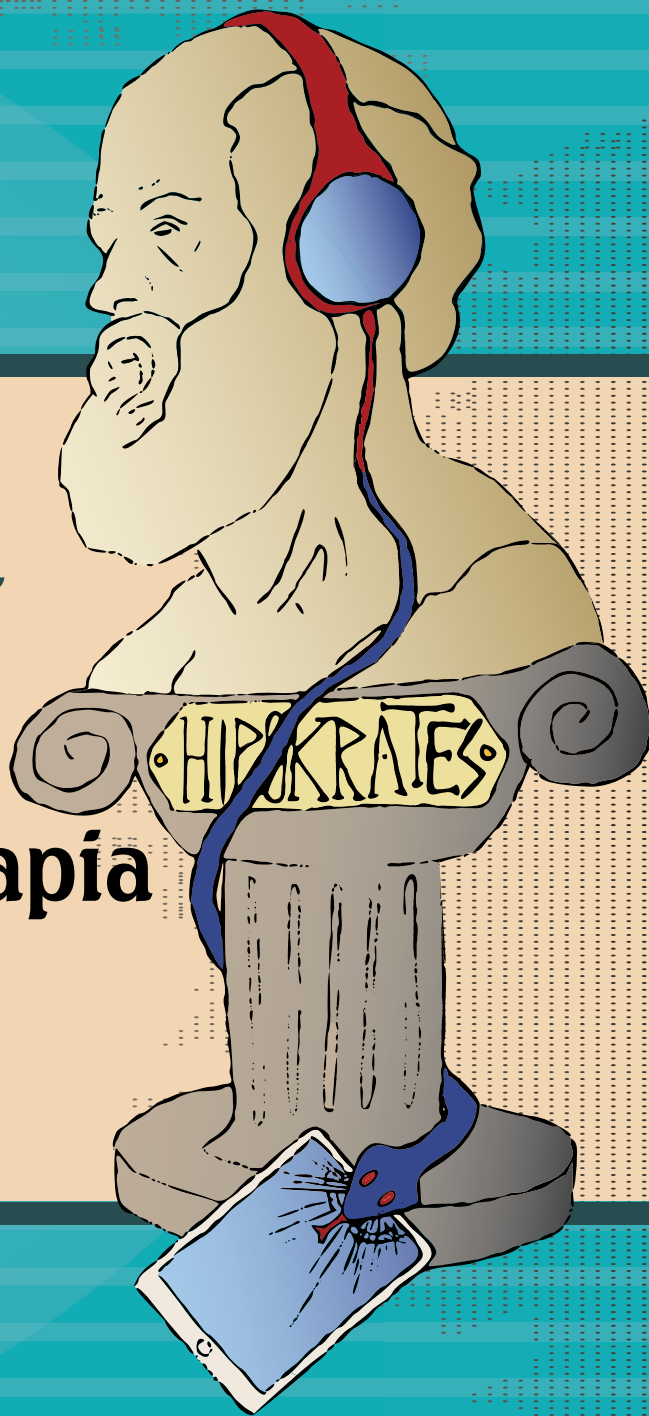


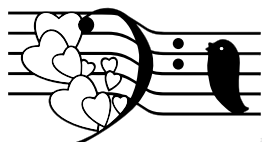
WROCŁAWSKA
MUZYKOTERAPIA **1**

Muzykoterapia stałość i zmiana



Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu
Zakład Muzykoterapii

MUZYKOTERAPIA – STAŁOŚĆ I ZMIANA



Seria:

WROCŁAWSKA MUZYKOTERAPIA **1**
Tom



Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu
Zakład Muzykoterapii

MUZYKOTERAPIA – STAŁOŚĆ I ZMIANA

Redakcja naukowa
Paweł Cylulko
Joanna Gładyszewska-Cylulko

Wrocław 2023

Recenzent

dr hab. Wojciech Pospiech, prof. UMK

Redakcja

Barbara Majewska

Korekta

Bogusława Otfinowska

Grafika na okładce

Franciszek Nowak

DTP i projekt okładki

Aleksandra Snitsaruk

Publikacja finansowana ze środków Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dotacji podmiotowej na utrzymanie potencjału badawczego Wydziału Kompozycji, Dyrygentury, Teorii Muzyki i Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu.

© Copyright by Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu,
Wrocław 2014, 2022

Dodruk

ISBN 978-83-65473-47-9

Druk

Partner Poligrafia

Wydawnictwo Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

SPIS TREŚCI

Zamiast wstępu

Joanna Gładyszewska-Cylulko, Paweł Cylulko Słów kilka o Wrocławskiej Muzykoterapii	11
Sławomir Piechota Niepełnosprawny – czyli kto...?	15
Jagoda Kwiatkowska Być muzykoterapeutą	19

Część I

Podmiotowość człowieka podstawowym aksjomatem muzykoterapii

Paweł Cylulko Aksjologiczne podstawy muzykoterapii. Wybrane refleksje dotyczące teorii wartości	25
Helena Cesarz Muzykoterapia – metoda wspomagania salutogenezy	47
Joanna Gładyszewska-Cylulko Miejsce diagnozy muzykoterapeutycznej w diagnostyce psychopedagogicznej osób z niepełnosprawnością wzrokową	75
Paweł Cylulko Wprowadzenie do deontologii muzykoterapeutycznej	99

Część 2

Podstawy warsztatu muzykoterapeuty

Klaudia Kukielczyńska-Krawczyk

Programowanie muzyki do terapii – 20 lat po wydaniu książki
Tadeusza Natansona 119

Iwona Polak

Technika Spontanicznego Teatru Muzykalnego 149

Stella Kaczmarek

Znaczenie, rola i funkcja improwizacji instrumentalnej w muzyko-
terapii aktywnej. Rozważania teoretyczne i wskazówki praktyczne 159

Aleksandra Trochanowska

Oddziaływanie muzyką na obniżony nastrój 185

Część 3

Praktyka kliniczna w muzykoterapii

Wojciech Strzelecki

Muzykoterapia w pracy z dzieckiem autystycznym. Zasady, meto-
dy, stan badań – w stronę muzykoterapii systemowej 209

Daniela Colonna-Kasjan

Praktyka w edukacji studentów muzykoterapii. Zajęcia w klasach
integracyjnych jako forma przygotowania do zawodu 239

Agnieszka Szymajda

Muzykoterapia dzieci w środowisku przedszkolnym w świetle pol-
skiej naukowej koncepcji muzykoterapii Tadeusza Natansona 265

Katarzyna Herda-Płonka

Wykorzystanie muzykoterapii w koncepcji „wychowania prenatal-
nego”. Istota rozwoju mowy dziecka 283

Małgorzata Modelska

Łączenie elementów muzykoterapii i logopedii w terapii dziecka z za-
burzeniem rozwoju mowy i komunikacji 295

Karolina Kantyka	
Muzykoterapia holistyczna – w nurcie społecznościowym w świet- licy socjoterapeutycznej	305
Alicja Ryczkowska	
Muzykoterapia dzieci z rodzin w trudnej sytuacji życiowej	321
Agnieszka Kardasz-Sopel	
Wykorzystanie elementów muzykoterapii w hipoterapii dzieci	335

Zamiast wstępu

SŁÓW KILKA O WROCŁAWSKIEJ MUZYKOTERAPII

W bieżącym roku, 2014, mijają czterdzieści dwa lata od utworzenia pierwszego w Polsce Zakładu Muzykoterapii oraz czterdzieści jeden lat od zainaugurowania studiów z zakresu muzykoterapii w Państwowej Wyższej Szkole Muzycznej we Wrocławiu (obecnie Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu). Przez niemal ćwierć wieku wrocławska uczelnia była jedynym akademickim ośrodkiem w naszym kraju, w którym prowadzono studia wyższe oraz badania z zakresu muzykoterapii. Działalność naukowa, dydaktyczna i organizacyjna pracowników i współpracowników Zakładu Muzykoterapii umożliwiła wypracowanie skutecznych metod kształcenia i rozwijania kompetencji zawodowych muzykoterapeutów i strategii postępowania badawczego w dziedzinie muzykoterapii, a tym samym wrocławskiej i polskiej muzykoterapii.

Działania pionierów „Wrocławskiej Muzykoterapii”¹ – prof. dr. Tadeusza Natansona i dr. Andrzeja Janickiego – bardzo cenne, oryginalne i innowacyjne jak na lata siedemdziesiąte ubiegłego stulecia, nie tylko zainaugurowały, lecz także bardzo silnie wytyczyły kierunek rozwoju

1 » W roku 1972 powołano do życia pierwszy w Polsce Zakład Muzykoterapii na Państwowej Wyższej Szkole Muzycznej we Wrocławiu. Uczelnia ta – obecnie Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu – jest najstarszym ośrodkiem akademickim w naszym kraju zajmującym się muzykoterapią, w tym szczególnie kształceniem młodych kadr muzykoterapeutów. Osoby, poczynania i dorobek naukowy związane z działalnością badawczą, dydaktyczną, terapeutyczną i organizacyjną tej uczelni określa się terminem „Wrocławska Muzykoterapia”.

muzykoterapii jako nauki i zawodu. Oprócz tego wywarły wpływ na poziom naukowy, dydaktyczny muzykoterapii i związaną z tym praktykę kliniczną, tworząc tym samym podstawę do organizowania kształcenia na poziomie studiów akademickich z muzykoterapii, prowadzenia badań w jej zakresie oraz powoływania innych zakładów muzykoterapii i katedr arteterapii na polskich uczelniach wyższych.

Ta niemal prototypowa i wzorcowa działalność Zakładu Muzykoterapii wrocławskiej Akademii Muzycznej zobowiązuje do refleksji nad nieustannie zachodzącymi zmianami w teorii i praktyce tej dyscypliny oraz implikuje coraz to nowe pytania dotyczące tego, co w niej jest trwałe, niezienne i fundamentalne, ale też co zmienne, ulotne i przemijające.

Jesteśmy głęboko przekonani, że mimo licznych zmian kulturowo-społecznych w naszej rzeczywistości, zapoczątkowana przez prof. dr. Tadeusza Natansona idea muzykoterapii jako działania zmierzającego w kierunku rehumanizacji ludzkiego życia jest wciąż wiodąca. A treści związane z problematyką aksjologii, etyki, wspomagania jakości życia są istotne zarówno dla teoretyków, jak i praktyków muzykoterapii. Od takich zagadnień rozpoczynamy naszą publikację. W pierwszej części znalazły się artykuły dotyczące podmiotowego traktowania człowieka jako podstawowego aksjomatu muzykoterapii. Pierwszy z artykułów, autorstwa Pawła Cylulko, przybliży zagadnienie teorii wartości w odniesieniu do działań na polu muzykoterapii. Przedstawia refleksje nad stałością i zmiennością wartości w muzykoterapii, podkreśla konieczność zachowania podmiotowości pacjenta i terapeuty. W drugim artykule jego autorka Helena Cesarz skupia się nad bardzo istotnym zagadnieniem salutogenezy, proponując spojrzenie na muzykoterapię jako na metodę wzmacniającą zasoby wewnętrzne człowieka, ułatwiającą zachowanie dobrostanu fizycznego i psychicznego, lub odzyskanie go w sytuacji zaistnienia choroby. Kolejny artykuł dotyczy miejsca diagnozy muzykoterapeutycznej w diagnostyce psychopedagogicznej. Jego autorka, Joanna Gładyszewska-Cylulko, odnosi się do ugruntowujących się obecnie idei humanistycznych i emancypacyjnych, które stanowią podstawę modelu diagnozy funkcjonalnej, umożliwiającej interdyscyplinarne, holistyczne spojrzenie na człowieka. Część pierwszą niniejszej publikacji kończy artykuł, w którym Paweł

Cylulko dokonuje próby sformułowania deontologii muzykoterapeutycznej, przedstawiając zasady postępowania tej grupy zawodowej, w której idee humanistyczne znalazły swoje odzwierciedlenie.

Druga część publikacji, zatytułowana „Podstawy warsztatu muzykoterapeuty”, zawiera cztery artykuły. Autorka pierwszego z nich, Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk, skupia się na zagadnieniu doboru odpowiedniego materiału muzycznego oraz ocenie jego przydatności do określonych celów terapeutycznych. Nie negując wpływu właściwości podmiotu i kontekstu sytuacyjnego, szczególną uwagę poświęca właściwościom samej muzyki, przedstawiając sposoby analizy dzieła muzycznego mogące znaleźć zastosowanie w muzykoterapii. Artykuł Iwony Polak dotyczy Techniki Spontanicznego Teatru Muzycznego, która niejako wypełnia lukę pomiędzy pantomimą a psychodramą, przyczyniając się do polepszenia funkcjonowania uczestników tego swoistego spektaklu zarówno w przestrzeni indywidualnej, jak i społecznej. Stella Kaczmarek, autorka następnego artykułu, przedstawia rozważania teoretyczne poparte wskazówkami praktycznymi, dotyczące roli improwizacji instrumentalnej w muzykoterapii aktywnej. Wyzwolenie aktywności jest niezwykle istotne do wytwarzania nowych wzorców zachowań, motywuje do rozwiązywania problemów i współpracy z muzykoterapeutą. Ostatni z artykułów w tej części publikacji, którego autorką jest Aleksandra Trochanowska, dotyczy wykorzystania muzyki jako środka oddziałującego na nastrój człowieka. Zaprezentowane w nim dane empiryczne mogą przemawiać za szczególną rolą muzykoterapii w leczeniu zaburzeń depresyjnych.

Ostatnia część niniejszej publikacji poświęcona jest praktyce klinicznej w muzykoterapii. Otwiera ją artykuł Wojciecha Strzeleckiego odnoszący się do muzykoterapii w pracy z dzieckiem autystycznym. Autor prezentuje w nim podstawy teoretyczne podejmowania takich działań, ukazuje stan badań dotyczących tego problemu, zwraca uwagę na potrzebę wzbogacenia metod analizy wyników badań o model, który ułatwiłby dokonanie neurobiologicznych i poznawczych podstaw oceny skuteczności oddziaływań. W kolejnym artykule Daniela Colonna-Kasjan zwraca uwagę na znaczenie zajęć praktycznych w procesie edukacji

studentów muzykoterapii. Są one nie tylko przydatne do zdobycia przez nich pierwszych doświadczeń w pracy z grupą, skonfrontowania swoich wyobrażeń o zawodzie muzykoterapeuty z rzeczywistością, ale też służą wypracowaniu istotnych umiejętności i kompetencji społecznych. Następny artykuł także dotyczy praktyki klinicznej, ze szczególnym odniesieniem do koncepcji Tadeusza Natansona. Jego autorka Agnieszka Szymajda przybliży problem zastosowania muzykoterapii w pracy z dziećmi z zaburzeniami emocjonalnymi, ogniskując swoje zainteresowanie na dzieciach w wieku przedszkolnym. Jeszcze młodsze dzieci są podmiotem zainteresowania Katarzyny Herdy-Płonki, która przedstawia koncepcję wychowania prenatalnego, znajdując miejsce dla działań muzykoterapeutycznych w procesie wczesnego wspomaganie mowy. Zagadnieniom mowy i komunikacji poświęca uwagę Małgorzata Modelska, przybliżając problem łączenia elementów muzykoterapii i logopedii w terapii dziecka z zaburzeniami komunikacji. Kolejny artykuł zawiera wyniki badań przeprowadzonych przez autorkę, Karolinę Kantykę. Ich celem było ustalenie zależności pomiędzy muzykoterapią a uspołecznieniem dzieci w świetlicy socjoterapeutycznej. Badania prowadzone były na podstawie muzykoterapii holistycznej w nurcie muzykoterapii społecznościowej. Alicja Ryczkowska prezentuje problematykę miejsca muzykoterapii w pracy z dziećmi z rodzin w trudnej sytuacji życiowej. Muzykoterapia pomaga wtedy dzieciom w przyswajaniu norm społecznych, inicjowaniu i podtrzymywaniu relacji społecznych, normowaniu napięcia psychofizycznego. Publikację zamyka artykuł Agnieszki Kardasz-Sopel, zachęcający do stosowania elementów muzykoterapii w hipoterapii dzieci niepełnosprawnych.

Niniejszą publikacją inicjujemy cykl wydawniczy pod wspólnym tytułem „Wrocławska Muzykoterapia”. Mamy nadzieję, iż będzie on służył pomocą merytoryczną zarówno czynnym zawodowo muzykoterapeutom, słuchaczom specjalności muzykoterapia, jak i innym specjalistom i studentom kierunków pokrewnych, m.in. takich jak: pedagogika specjalna, edukacja muzyczna, fizjoterapia, nauki o zdrowiu.

*Joanna Gładyszewska-Cylulko
Paweł Cylulko*

NIEPEŁNOSPRAWNY – CZYLI KTO...?

Według preambuły Konwencji Narodów Zjednoczonych z 13 grudnia 2006 roku o prawach osób niepełnosprawnych – niepełnosprawność jest pojęciem ewoluującym i wynika z interakcji między osobami z dysfunkcjami a barierami, również o charakterze środowiskowym, mającymi swe źródło w postawach ludzkich, które utrudniają tym osobom pełny i skuteczny udział w życiu społeczeństwa na zasadzie równości z innymi osobami.

Ewolucję postrzegania i rozumienia niepełnosprawności dobitnie widać w słowach, jakimi się wobec osób tak charakteryzowanych posługujemy. Kiedyś powszechne było w użyciu słowo „kaleka”. Dziś użycie takiego wyrazu raczej uważa się za niestosowne, acz wciąż jeszcze zdarza się go usłyszeć lub przeczytać. Potem wersja łagodniejsza, wpisana w ustawodawstwo, brzmiała „inwalida”. Od połowy lat 70. ubiegłego wieku zaczęło się upowszechniać określenie „osoba niepełnosprawna”. W ostatnich natomiast latach coraz częściej używa się sformułowania „osoba z niepełnosprawnością” – by wyeksponować, iż niepełnosprawność nie dotyczy całej osoby, lecz jedynie jest jedną z jej cech, i to wcale nie najważniejszą.

Ową ewolucję rozumienia niepełnosprawności słychać i widać także w języku codziennym, kiedy sięga się po różnego rodzaju emocjonalne określenia w rodzaju „skrzywdzony przez los”, „biedny...” czy „sprawny inaczej”.

Ta swoista nieporadność codziennego języka uwidacznia bariery w powszechnej świadomości. Objawia się to także w sposobie nazywania „tych

innych” niż niepełnosprawni. Mówi się często o takich osobach „zdrowi” albo „pełnosprawni”. A przecież wystarczy chwila zdyscyplinowanego, logicznego myślenia, by sobie uzmysłwić, iż z jednej strony osoba niepełnosprawna nie jest chora (nie wymaga leczenia, natomiast ma ograniczenia o charakterze stabilnym lub powolnie ewoluującym), a z drugiej, że nie ma takich, którzy byłiby rzeczywiście w pełni sprawni – czyli zarówno znakomicie widzący, słyszący, biegający, jak i myślący, odczuwający...

Zrozumieniu niepełnosprawności – jak wielu innych zjawisk społecznych – próbuje się pomóc poprzez sięgnięcie do statystyk. Z tych często przytaczanych liczb wynika, że w Polsce około 15% stanowią osoby niepełnosprawne, a około 200 tysięcy osób na co dzień używa wózka inwalidzkiego, około 200 tysięcy jest niewidomych, a około 60 tysięcy posługuje się językiem migowym. Jak to jednak pogodzić z danymi z innych krajów, według których we Włoszech i w Grecji jest mniej niż 10% osób niepełnosprawnych, w Hiszpanii 9,9%, a w sąsiedniej Portugalii ponad 18%, natomiast w Finlandii ponad 22%, a w USA około 25%?!

Takie myślenie poprzez statystykę – jak widać – może być bardzo zawodne. Zależy bowiem od przyjętej konwencji i sprawności rachmistrzów. A zatem może powinniśmy uznać, iż tak naprawdę niepełnosprawny jest... każdy! Każdy bowiem – nawet jeśli nie zachoruje ani nie przydarzy mu się wypadek – będzie wraz z upływem lat coraz słabiej widzieć, gorzej słyszeć, z coraz większym trudem się poruszać i zacznie doświadczać różnych dolegliwości. Aż po kres – czyli śmierć...

Jeśli więc robimy coś z myślą o osobach niepełnosprawnych, to robimy to nie dla kogoś, nie dla tych innych, statystycznie liczonych..., lecz robimy to dla nas wszystkich, robimy to dla siebie...

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) rozróżnia się trzy odmiany (konteksty) ograniczenia sprawności. Są to:

- > niesprawność (*impairments*) – aspekt medyczny: każda utrata sprawności lub nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, psychofizycznym lub anatomicznym;
- > niepełnosprawność (*limitations*, dawniej *disability*) – aspekt funkcjonalny: każde (wynikające z niesprawności) ograniczenie bądź

niemożność prowadzenia aktywnego życia w sposób lub zakresie uznawanym za typowy dla człowieka (ograniczenia aktywności);
 > ograniczenia w pełnieniu ról społecznych (*restrictions*, dawniej *handicap*) – aspekt środowiskowy: ograniczenia określonej osoby wynikające z niesprawności lub niepełnosprawności, ograniczające lub uniemożliwiające pełną realizację roli społecznej odpowiadającej wiekowi, płci oraz zgodnej ze społecznymi i kulturowymi uwarunkowaniami (ograniczenia uczestnictwa w życiu społecznym).

A zatem – kto jest niepełnosprawny? Czy ten, kto ma na to dokument wystawiony przez uprawniony organ, czy ten, kto nie ma dokumentu, ale czuje się niepełnosprawny? Czy ten, kto wprawdzie nie ma dokumentu i nie czuje żadnych ograniczeń, ale inni uważają go za niepełnosprawnego?

Czy uważamy za niepełnosprawnego Stephena Hawkinga? Czy raczej mówimy o genialnym kosmologu, astrofizyku, profesorze z Cambridge, kontynuatorze myśli Izaaka Newtona?

Czy wspominając prezydenta USA – jedyne, który wygrywał wybory czterokrotnie, i to w czasach wychodzenia Ameryki i świata z wielkiego kryzysu, a potem w istocie dowodził koalicją antyhitlerowską w czasach II wojny światowej – Franklina D. Roosevelta, zauważamy, że poruszał się na wózku inwalidzkim, czy określamy go jako kalekę czy inwalidę? Czy raczej mówimy o wielkim prezydencie, który odmienił Amerykę i wpływał na losy świata?

Czy wreszcie ktoś w Polsce powiedziałby, że Jan Paweł II był osobą niepełnosprawną – choć w ostatnich latach życia widział to cały świat?!

Różnie ludzie radzą sobie z doświadczeniem (odczuwaniem) niepełnosprawności. Jedni – jak Stephen Hawking (dziś 72-letni, odczuwający skutki postępującej choroby od ostatniego roku studiów, czyli od prawie 50 lat) – akceptując to, co od nich niezależne, starają się pomimo ograniczeń funkcjonować możliwie aktywnie, samodzielnie, realizując marzenia i plany. Inni – jak Ernest Hemingway – niezdolni do zaakceptowania ograniczeń, uciekają od rzeczywistości, osuwają się w nicłość aż po śmierć samobójczą (mając zaledwie 62 lata).

Niepełnosprawność to w znacznym stopniu stan umysłu przede wszystkim samej osoby, doświadczającej ograniczeń, ale zarazem jej otoczenia, które wywiera znaczący wpływ na osobę doświadczającą ograniczeń. Można z tym sobie radzić, żyć aktywnie i szczęśliwie, jeśli to rozumiemy i akceptujemy. Bo niepełnosprawni jesteśmy wszyscy – tyle że w różnych okresach życia – chwilowo, długotrwale lub na stałe. To najbardziej oczywista i immanentna cecha życia każdego człowieka. Bywa jednak nierzadko, że właśnie prawdy najbardziej oczywiste najtrudniej przebijają się do świadomości indywidualnej i zbiorowej.

I dlatego tak ważne jest upowszechnianie i wdrażanie w życie codziennym Konwencji Narodów Zjednoczonych z 2006 roku o prawach osób niepełnosprawnych. Zasadniczy cel i przesłanie Konwencji zawarte są w jej artykule 1:

„Celem niniejszej konwencji jest popieranie, ochrona i zapewnienie pełnego i równego korzystania ze wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności przez wszystkie osoby niepełnosprawne oraz popieranie poszanowania ich przyrodzonej godności.

Do osób niepełnosprawnych zalicza się te osoby, które mają długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną lub w zakresie zmysłów, co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać im pełny i skuteczny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami”.

Sławomir Piechota

SŁAWOMIR PIECHOTA – Poseł na Sejm RP, przewodniczący Sejmowej Komisji Polityki Społecznej i Rodziny, wiceprzewodniczący Parlamentarnego Zespołu ds. Współpracy z Organizacjami Pozarządowymi.

BYĆ MUZYKOTERAPEUTĄ

Obecnie młodzi ludzie szybko muszą podjąć decyzję, czym chcą się zajmować w życiu. Kończą szkołę średnią, podchodzą do egzaminu dojrzałości i w ciągu dwóch miesięcy ostatecznie wybierają kierunek, uczelnię i miasto, w których chcieliby się kształcić. Wiąże się to z dużym stresem, pojawiają się liczne wątpliwości, gdyż mając dziewiętnaście lat, nie zawsze wiemy, jak ma wyglądać nasza droga kariery zawodowej.

Jestem studentką od niedawna, więc dość dobrze pamiętam emocje wiążące się z tą trudną sytuacją. Rozważanie różnych wariantów dotyczących przyszłości, ciągłe poszukiwanie własnego „ja” i nieustające rady płynące od różnych osób. Mój dylemat związany z wyborem studiów polegał na tym, że kończąc ogólnokształcącą szkołę muzyczną drugiego stopnia, nie chciałam zrezygnować z muzyki, która jest moją pasją, a jednocześnie interesowały mnie dziedziny naukowe. Rozwiązaniem okazała się specjalność „muzykoterapia” na kierunku studiów Kompozycja i Teoria Muzyki Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu.

Muzykoterapia jest młodą dyscypliną naukową. Nie można znaleźć o niej zbyt wielu dokładnych informacji, jeśli nie wiemy, gdzie szukać. A wiemy wtedy, gdy mamy dostęp do największych zbiorów literatury muzykoterapeutycznej w Polsce – w Bibliotece Głównej wspomnianej uczelni i rad wykładowców. Z własnego doświadczenia wiem, że kandydaci na studia poszukują jak największej ilości faktów o danej dziedzinie, by upewnić się, czy to ich rzeczywiście interesuje. Źródła są różne:

Internet, wzmianki w prasie, znajomi studiujący na tym kierunku, sesje muzykoterapeutyczne czy dni otwarte Akademii Muzycznej we Wrocławiu. Najłatwiej jest dotrzeć do książki *Wstęp do nauki o muzykoterapii* Tadeusza Natansona [1979], lecz zmierzyć się z tą lekturą jest o wiele trudniej. Trudno jest sformułować oczekiwania, gdy brakuje pewności, czym w istocie będziemy się zajmować. Przychodząc na egzaminy wstępne na studia na specjalności „muzykoterapia”, nie wiedzieliśmy dokładnie, czego możemy się spodziewać. Obecnie tylko na uczelniach artystycznych istnieje taki rodzaj rekrutacji, co wskazuje na duże wymagania wobec kandydatów. Mimo to chętnych było wielu – ponad trzydzieści osób. Krążyły pogłoski, że jest tylko dziesięć miejsc, jednak widocznej rywalizacji między przyszłymi studentami nie dostrzegłam. Na korytarzach można było zaobserwować jedynie pełne zaangażowanie, skupione twarze i chęć dobrego zaprezentowania się przed wieloosobową komisją egzaminacyjną. Panująca atmosfera sprawiła, że wszyscy kandydaci zaczęli do sprawy podchodzić bardzo poważnie. Wszak bycie terapeutą to wielka odpowiedzialność. Tym większa ogarnia radość, gdy można odnaleźć swoje nazwisko na liście osób przyjętych i stwierdzić: „Ja tu pasuję! Nadaję się na muzykoterapeutę!”. To budzi oczekiwania. Przede wszystkim takie, iż znajdą się osoby, które poprowadzą nas – młodych muzykoterapeutów, zarażą entuzjazmem i zmotywują do ciągłego pogłębiania wiedzy. Niezwykle ważnym zagadnieniem są – jak sądzę – także kwestie etyczne, o których powinno się dużo rozmawiać ze studentami, i wspaniały przykład płynący ze strony wykładowców. Obecność takich wzorców sprawia, iż młodzi adepci muzykoterapii nie zapominają w życiu codziennym o ważnych wartościach. Niepodważalnie szacunek do pacjenta, empatia, współczucie i chęć niesienia pomocy to cechy, którymi terapeuta musi się charakteryzować. Każdy z nas liczył także na to, że nauczy się współpracować z pacjentami o różnorodnych potrzebach i zachowaniach.

Rzeczywistość przerosła początkowe wyobrażenia. Zapewniono nam udział w zajęciach praktycznych w różnych placówkach szkolnictwa specjalnego i służby zdrowia pod nadzorem wykwalifikowanej kadry przez cały okres trwania nauki, żebyśmy mogli oswajać się z tym,

co czeka nas w przyszłej pracy zawodowej. Efektem jest wypracowanie zachowań, które pomagają budować bardzo dobry kontakt z pacjentem, co stanowi fundament pracy terapeutycznej. Ponadto program nauczania, który jest realizowany podczas studiów, obejmuje niezbędną wiedzę z dyscyplin i dziedzin mocno korespondujących z muzykoterapią. Każdy ma szansę poznać wszelkie metody i techniki wykorzystywane podczas sesji muzykoterapeutycznych, a także odnaleźć swoje miejsce w tej obszernej dziedzinie nauki. Student ma możliwość wyboru tzw. gruntu, na którym chce i może pomagać pacjentom. Poznając system pracy z pacjentami z różnorodnymi zaburzeniami i problemami, konfrontujemy się z własnymi słabościami, poglądami i umiejętnościami, by móc stwierdzić własną przydatność w pracy terapeutycznej. Niewątpliwie wykłady i ćwiczenia w grupach kilkusobowych są dla przyszłych muzykoterapeutów bardzo korzystne. Stwarzają możliwość nawiązania głębszej relacji między wykładowcą a studentem, skupienia się na wątpliwościach czy problemach rodzących się w trakcie nauki. Sądzę, że towarzyszy nam poczucie, że nie jesteśmy zdani sami na siebie. Takie warunki gwarantują wyszkolenie dobrych, profesjonalnych muzykoterapeutów.

Sformułowanie wzorca oczekiwań kandydatów na studia w zakresie muzykoterapii nie jest łatwe. Każdy przyszły student może mieć nieco inne oczekiwania co do nauki zawodu muzykoterapeuty w zależności od własnych doświadczeń czy wyobrażeń. W trakcie nauki powinna nastąpić weryfikacja tych oczekiwań wraz z poddaniem kontroli wartości wyznawanych przez studenta. Muszę przyznać, że moje oczekiwania wobec tej specjalności zostały spełnione. Przez rok zgłębiania wiedzy z zakresu muzykoterapii miałam okazję lepiej poznać siebie, podstawy pracy z różnymi pacjentami i drzemiące we mnie możliwości, o których istnieniu nie miałam pojęcia. Był to także czas skonkretyzowania planów na przyszłość.

Artykuł nie wyczerpuje tematu, ale mam nadzieję, że skłoni młodych terapeutów do zastanowienia się nad własnymi oczekiwaniami i docenienia szansy, jaką otrzymali.

Jagoda Kwiatkowska

Bibliografia

Natanson Tadeusz, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich. Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1979.

JAGODA KWIATKOWSKA – studentka muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Należy do Studenckiego Koła Naukowego Muzykoterapii.

CZĘŚĆ I

**Podmiotowość człowieka
podstawowym aksjomatem muzykoterapii**

AKSJOLOGICZNE PODSTAWY MUZYKOTERAPII. WYBRANE REFLEKSJE DOTYCZĄCE TEORII WARTOŚCI

Paweł Cylulko » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

» **Streszczenie:** Autor w artykule dzieli się swoimi rozważaniami na temat wartości przyjmowanych w dziedzinie muzykoterapii, ich natury, charakteru i klasyfikacji. Między innymi podjął się próby ukazania wybranych kategorii aksjologicznych muzykoterapii, posiłkując się polską naukową koncepcją muzykoterapii Tadeusza Natansona oraz *Projektem ustawy o zawodzie muzykoterapeuty*.

Słowa kluczowe: aksjologia, etyka, muzykoterapeuta, muzykoterapia, wartości.



Czy dla współczesnej muzykoterapii – w imię podnoszenia jakości życia – człowiek jest podmiotem czy przedmiotem oddziaływania?

Paweł Cylulko

Człowiek od początku swojego istnienia nieustannie udoskonala, przebudowuje i reformuje otoczenie fizyczne i środowisko społeczne, w którym żyje i działa. Chcąc nie chcąc, on także podlega licznym i różnorodnym

przemianom wraz z otaczającą go rzeczywistością. Towarzyszy mu przy tym poczucie nieodwracalnego przemijania czasu, osób, zjawisk i wartości. Nieustannej ewolucji podlega, podobnie jak inne obszary życia, muzykoterapia kreowana przez jednego, a jednocześnie adresowana do drugiego, także zmieniającego się człowieka. Z jednej strony nieustanny proces jej zmian przyczynia się do ugruntowania tożsamości muzykoterapii i zintensyfikowania transgresji i transdyscyplinarności. Z drugiej zaś nie zawsze sprzyja wyjaśnieniu w wystarczającym stopniu jej specyfiki oraz zaistniałych na jej polu różnorodnych zawiłości i niejasności. Prekursor polskiej i wrocławskiej muzykoterapii Tadeusz Natanson na początku lat siedemdziesiątych ubiegłego stulecia twierdził, iż stan ówczesnej wiedzy nie pozwalał na precyzyjne i jednoznaczne odniesienie się do muzykoterapii jako dyscypliny nauki i terapii. Warto się zastanowić, w jaki sposób możemy się do niej ustosunkować dzisiaj, to jest po czterdziestu dwóch latach jej funkcjonowania w świadomości Polaków jako dyscypliny akademickiej. Można próbować wskazać jej specyficzność, niepowtarzalność, wyjątkowość i oryginalność, która przejawia się między innymi w zmienności przy jednoczesnym zachowaniu stałości wartości na jej obszarze. W niniejszych rozważaniach podejmuję próbę ukazania wybranych kategorii aksjologicznych muzykoterapii, posiłkując się między innymi polską naukową koncepcją muzykoterapii Tadeusza Natansona [Natanson 1979] oraz *Projektem ustawy o zawodzie muzykoterapeuty* [Cylulko 2011].

Pojęcie wartości jako podstawowej kategorii aksjologii różnie jest rozumiane i definiowane przez przedstawicieli różnych dyscyplin nauki i sztuki. Na swój sposób pojmują je filozofowie, etycy, estetycy, muzycy, psycholodzy, lekarze, pedagodzy, plastycy i inni specjaliści. Współcześnie wyróżnia się następujące wartości: biologiczne (siła, zdrowie, zdrowe żywienie, życie), ekonomiczne (praca, prawo, wolny rynek), estetyczne (ład, piękno, porządek), emocjonalne (miłość, przyjaźń, sympatia), etyczne (dobro, prawda), materialne (dochód, obligacje, stabilizacja finansowa), moralne (cnota, honor, prawość), polityczne (wolność, pokój, sojusz), religijne (pobożność, świętość, wiara), społeczne (człowiek, klasa, rodzina) itp. Autorzy w zależności od przyjętych kryteriów

dotyczących genezy, istoty, podziałów podają różnorodne definicje wartości. Jedne z nich są bardzo ogólne i lakoniczne, inne bardziej szczegółowe i wyczerpujące. Na potrzeby niniejszych rozważań przyjąłem definicję zawartą w *Wielkiej encyklopedii PWN* [2005: 13], w której pod hasłem „wartość” czytamy, iż „oznacza wszystko to, co cenne i godne pożądania, co stanowi cel ludzkich działań”. Pojęcie to ma charakter praktyczny i jest związane bezpośrednio z doświadczeniem woli lub doświadczeniem działania człowieka. Rozważania teoretyczne na temat wartości prowadzone przez filozofów zajmujących się aksjologią wywodzą się z etycznych koncepcji dobra i stanowią podwaliny aksjologii, która – jak podaje *Słownik języka polskiego PWN* – określana jest jako „nauka o wartościach zajmująca się badaniem natury wartości, postawami i kryteriami wartościowania” [1999: 23].

Muzykoterapia ze względu na to, iż służy udzielaniu pomocy potrzebującemu człowiekowi, musi posiadać swój określony system wartości wraz z własną hierarchią, sposobami i kryteriami wartościowania. Inaczej mówiąc, nie jest ona neutralną aksjologicznie dyscypliną, a obecność wartości na jej polu jest zagadnieniem szerokoaspektowym i bardzo istotnym z punktu widzenia zarówno jej teorii, jak i praktyki. Wartości muzykoterapii mogą być cechami, zachowaniami i normami cennymi (godnymi zabiegania) i poszukiwanymi zarówno przez pacjentów, jak i terapeutów. Dla prawidłowego rozwoju muzykoterapii bardzo ważna jest świadomość ich istnienia na jej obszarze. Należałoby przy tym odróżnić wartości, które powinny istnieć w muzykoterapii, od tych, które realnie istnieją. Charakteryzują się one – podobnie jak inne wartości – zmiennością w zależności od realiów codziennego życia człowieka. Jednak istnieją w muzykoterapii wartości nadrzędne, trwałe i niezmiennne, wyznaczające w sposób fundamentalny zachowania pacjenta i muzykoterapeuty. Przyjmuje się, iż istnieją one obiektywnie, tj. niezależnie od subiektywnych ocen dokonywanych przez pacjenta i muzykoterapeutę. W tym wypadku mamy do czynienia z pewną postacią absolutyzmu aksjologicznego w muzykoterapii. Wobec wartości człowiek może przejawiać różne postawy emocjonalne i wolicjonalne, a dzięki temu może wybiórczo je w pełni respektować, podważać, negować, a nawet zupełnie

odrzucać. Z pewnością nie może ani negocjować już istniejących, ani też ustanawiać nowych taką czy inną arbitralną decyzją, publikacją, rozporządzeniem czy ustawą. Gdyby tak było, mielibyśmy wówczas do czynienia z relatywizmem aksjologicznym w muzykoterapii.

Można przyjąć, iż wartością w muzykoterapii jest pewien stosunek zarówno uczestniczącego w działaniach terapeutycznych pacjenta, jak i prowadzącego te działania muzykoterapeuty do osoby ludzkiej, stanu jej zdrowia, rodziny, działań muzykoterapeutycznych, efektów terapii, sztuki muzycznej, odpowiedzialności, tajemnicy zawodowej, prawdy, dobra, miłości, piękna itp. Stosunek ten wiąże się z przeświadczeniem, iż godny zabiegania byt lub przedmiot potrafi pośrednio lub bezpośrednio zaspokoić potrzeby terapeutyczne pacjenta lub zawodowe muzykoterapeuty. Wartości te mogą mieć zarówno aspekt dynamiczny, jak i statyczny (obiektywny). W pierwszym przypadku ów byt lub przedmiot ma tym większą wartość, im większe jest jego pragnienie lub wrażliwość na niego człowieka (pacjenta lub muzykoterapeuty). W drugim zaś wartości mają społeczny, tradycyjny charakter lub właściwy większości populacji (np. kultura, uczciwość, wierność) [Didier 1996: 415].

Za aksjologię muzykoterapii można uznać teorię wartości, tj. niejako moralność ustalającą pojęcie wartości, normy i kryteria wartościowania, klasyfikację wartości, hierarchię wartości przyjmowanych na jej polu. Dzięki niej możliwe jest ustalenie tego, co dobre i cenne w muzykoterapii, najwyższych jej wartości (zw. *summum bonum*), wartości autotelicznych (wartości jako celów samych w sobie) oraz wartości instrumentalnych (służących realizowaniu celów autotelicznych). Możemy dzięki niej także określić charakter wartości muzykoterapii – subiektywny, obiektywny, absolutny lub względny. Tak więc wartości przyjmowane w dziedzinie muzykoterapii z jednej strony posiadają walor powszechności i tradycyjności, obowiązujący w danej grupie społecznej, z drugiej zaś wynikają ze specyfiki samej muzykoterapii i są oczekiwane oraz preferowane w zależności od możliwości, potrzeb, predyspozycji pacjenta i terapeuty. Wszystkie one stają się regulatorem ludzkich działań i wyznaczają zasady współżycia w relacjach pacjent–muzykoterapeuta, pacjent–pacjent (grupa) oraz muzykoterapeuta–muzykoterapeuta lub inny

specjalista. Uporządkowane według stopnia ważności, od najbardziej do najmniej pożądanym, tworzą system wartości obowiązujących w muzykoterapii. Mają one tym większe znaczenie, im bardziej stanowią wspólne wartości postrzegane i respektowane zarówno przez pacjentów, jak i muzykoterapeutów.

Do wartości niezmiennych, trwałych należą te, które są niezależne między innymi od okoliczności, stereotypów myślenia, kierunków i koncepcji naukowych, standardów postępowania, orientacji politycznych lub mody. Tak więc do stałych wartości muzykoterapii można zaliczyć np.: podmiotowość, godność osoby ludzkiej, jej zdrowie, odpowiedzialność, tajemnicę zawodową, prawdę, dobro, miłość, piękno. Wartości te jako autoteliczne stanowią fundament muzykoterapii. Uzupełniają się one wzajemnie, zajmując naczelne i centralne miejsce w hierarchii wartości przyjmowanych na jej polu. Respektowanie w całej rozciągłości niezmiennych wartości jest już dobrem samym w sobie zarówno dla pacjenta (grup pacjentów), jak i muzykoterapeuty (grupy zawodowej muzykoterapeutów). Najogólniej ujmując, wartości te nie służą innym wartościom. Nie ocenia się ich także z punktu widzenia prakseologii muzykoterapii, ponieważ są one już wartościami z powodu samego swego istnienia. Fakt ten czyni je niezależnymi od stopnia i etapu rozwoju muzykoterapii. Aksjomaty – z głównym mówiącym o człowieku jako najwyższej wartości – przyjmowane w teorii i wdrażane do praktyki bronią egzystencji pacjenta na polu muzykoterapii, w tym między innymi jego godności i podmiotowego traktowania, a dzięki temu pozwalają podtrzymywać i umacniać właściwy ład i porządek w obrębie tej dyscypliny, warunkując jej prawidłowy rozwój. Właściwie respektowane są także drogowskazem dla muzykoterapeutów, motywującym do działania i wyznaczającym kierunek ich aktywności zawodowej.

Do wartości zmiennych muzykoterapii można zaliczyć te, które są nietrwałe, niestabilne, czyli ulegające wpływom uwarunkowań, uprzedzeń, standardów, konwencji, strategii, poglądów itp. Wartości zmienne mają charakter służebny i wykonawczy. Są wartościami pomocniczymi o mniejszym znaczeniu niż wartości autoteliczne. Jako wartości instrumentalne służą realizowaniu wartości autotelicznych, w tym najwyższych

– muzykoterapii. Zmienność wartości muzykoterapii i ich struktura mogą być uwarunkowane zarówno czynnikami wewnętrznymi, tkwiącymi i zachodzącymi w niej samej, jak i zewnętrznymi, niezależnymi od niej, a towarzyszącymi jej nieustannie na drodze rozwoju i ewolucji. Pierwszy rodzaj zmienności posiada niejako rodowód muzykoterapeutyczny i większą wartość dla niej samej. Drugi zaś jest poniekąd narzucany przez inne dziedziny i dyscypliny nauki i sztuki mniej lub bardziej z nią spokrewnione i powiązane merytorycznie. Prym w tym względzie wiodą takie dziedziny, jak: sztuki muzyczne, nauka o zdrowiu, nauka o kulturze fizycznej, nauki medyczne, oraz takie dyscypliny jak pedagogika i psychologia. W odróżnieniu od wartości stałych zmienne wartości muzykoterapii mają znaczenie głównie z punktu widzenia celowego i sprawnego jej działania. Ukierunkowane są na efektywność i służą zapewnieniu wysokiej jakości usług muzykoterapeutycznych. Należy je rozpatrywać pod kątem poszczególnych zadań zawodowych muzykoterapeuty, tj.:

- > promocji zdrowia i profilaktyki muzycznej;
- > diagnozy i prognozy muzykoterapeutycznej;
- > planowania i programowania procesu muzykoterapeutycznego;
- > realizowania zajęć muzykoterapeutycznych (zarówno grupowych, jak i indywidualnych);
- > monitorowania i dokumentowania przebiegu podjętych działań muzykoterapeutycznych;
- > oceny efektywności działań muzykoterapeutycznych;
- > opiniowania i orzekania w sprawach muzykoterapii;
- > udzielania pomocy muzykoterapeutycznej.

Muzykoterapia postrzegana jest różnie w krajach zarówno Europy, jak i świata. Raz jako jedna z odmian psychoterapii, innym razem jako rodzaj fizykoterapii, fizjoterapii, relaksacji, a jeszcze innym edukacji specjalnej lub arteterapii. Niezależnie od takiego czy innego zaszkladkowania ma ona przede wszystkim służebny charakter, polegający na pełnieniu funkcji uzupełniających i wspierających działania lecznicze, rehabilitacyjne i edukacyjne realizowane względem dzieci, młodzieży i osób dorosłych na różnych etapach ich rozwoju i w różnych obszarach życia społecznego. Przekonanie to znalazło swoje pełne odbicie

w opublikowanym w roku 2011 *Projekcie ustawy o zawodzie muzykoterapeuty*, w którym została zamieszczona między innymi definicja muzykoterapii podana przez Krajową Radę Muzykoterapii. Brzmi ona następująco: „Muzykoterapia jest planowym i systematycznym zastosowaniem muzyki oraz jej terapeutycznych walorów w promocji zdrowia, profilaktyce, terapii medycznej, psychologicznej, pedagogicznej, rehabilitacji, rekreacji i edukacji” [Cylulko 2011: 15]. Tadeusz Natanson [1979: 51–52] terminem „muzykoterapia” określił zarówno „[...] praktyczną działalność, jak też wiedzę i naukę o niej, zajmującą się teorią muzykoterapii, a w tym badaniem praw rządzących kształtowaniem się wzajemnych stosunków pomiędzy człowiekiem a muzyką”. W wyjaśnianiu pojęcia „muzykoterapia” autor poszedł jeszcze dalej, wskazując konieczność postawienia znaku równości pomiędzy teoretyczną wiedzą podbudowującą praktyczne działanie a praktyką kliniczną w muzykoterapii. Stanowisko takie skłania do wnikliwego spojrzenia na zawód muzykoterapeuty, nie zawsze wykonywany przez właściwie przygotowane, a tym samym i uprawnione do tego osoby. Teoretyzowanie na temat muzykoterapii, cytowanie obcojęzycznej literatury, powoływanie się na zagraniczne towarzystwa to zbyt mało, by być muzykoterapeutą. Z drugiej strony nie na miejscu jest także twierdzenie, iż jest się tylko i wyłącznie praktykiem stosującym wybraną metodę terapeutyczną lub rekwizyt. Z całą pewnością niedopuszczalne jest również proponowanie kilkugodzinnego kursu oraz takiego czy innego certyfikatu niejako uprawniającego do wykonywania zawodu muzykoterapeuty lub prowadzenia supervizji. Zredukowanie muzykoterapii jedynie do wymiaru teoretycznego przyczynia się do oddzielenia jej od praktyki, a to zaburza w poważnym stopniu weryfikację założeń leżących u jej podstaw. Natomiast skupienie się wyłącznie na samej praktyce może przyczynić się do poważnego uzależnienia jej działalności od innych podmiotów fizycznych, ekonomicznych, politycznych czy religijnych. Zawsze należy zachować w działaniach zawodowych odpowiednie proporcje pomiędzy teorią i praktyką, gdyż – jak pisał pionier rodzimej muzykoterapii – istnieje silne sprzężenie zwrotne pomiędzy zgłębianą teorią naukową a praktycznym doświadczeniem klinicznym [Natanson 1979: 53–54]. Mimo że termin

„muzykoterapia” w pełni podkreśla spoistość teorii i praktyki muzykoterapii, to jednak cytowany autor jest zdania, iż korzystniejsze byłoby posługiwanie się określeniem „nauka o muzykoterapii” [Natan-son 1979: 52]. Dzisiaj, z perspektywy minionych lat, może winniśmy ubolewać nad tym, iż termin ten nie wszedł na stałe do nazewnictwa muzykoterapeutycznego, stosowanego chociażby w naszym kraju. Sam termin „nauka” sugerowałby jej naukowy charakter i taki sam naukowy sposób jej postrzegania zarówno przez muzykoterapeutów, jak i innych specjalistów, zwłaszcza lekarzy, muzyków, pedagogów i psychologów. Stosowany powszechnie termin „muzykoterapia” na określenie jej teorii i praktyki nie pozwala na jednoznaczne rozstrzygnięcie dylematu: czy muzykoterapia jest dyscypliną artystyczną dziedziny sztuk muzycznych w obszarze sztuki, czy może dyscypliną naukową dziedziny nauk o zdrowiu w obszarze nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej. A może jest dyscypliną naukową dziedziny nauk humanistycznych lub nauk społecznych w obszarze nauk humanistycznych lub społecznych [por. *Rozporządzenie...*]. Jedno jest pewne – muzykoterapia dzięki swojej interdyscyplinarności niejako zawieszona jest pomiędzy różnymi dziedzinami i różnymi obszarami nauki i sztuki. Dylematy dotyczące przynależności muzykoterapii do dyscyplin, dziedzin i obszarów pociągają za sobą daleko idące niekonsekwencje w jej postrzeganiu, ocenianiu i klasyfikowaniu. Z jednej strony wymaga się od niej pełnej naukowości, popartej tzw. twardymi dowodami wynikającymi z badań empirycznych, podobnymi do uzyskiwanych na polu medycyny, pedagogiki, socjologii, z drugiej zaś podchodzi się do niej jak do wiedzy praktycznej, zawodu mającego jedynie utylitarny charakter i oczekuje od niej niezawodnych i natychmiastowych rozwiązań. Innym razem przyzwala się na to, by muzykoterapia miała interdyscyplinarny naukowy charakter. Jednocześnie nie toleruje się jej istnienia na pograniczu kilku dyscyplin, dziedzin i obszarów nauki oraz sztuki. Wszystko to powoduje, iż oceniana i wartościowana jest ona jedynie według jednostronnych, często odmiennych i przeciwstawnych kryteriów, na przykład naukowych lub artystycznych, naukowych lub praktycznych, medycznych lub muzycznych. Nie można zapominać, iż u podstaw tej formy terapii leży

także kryterium piękna, najbardziej abstrakcyjnego, a przez to trudno definiowalnego pojęcia. Implikuje to w dążeniu do poznania, zrozumienia, a następnie oceniania i wartościowania muzykoterapii konieczność brania pod uwagę – oprócz kryteriów naukowości – kryterium piękna.

Na przestrzeni wieków zauważa się nieustanną ewolucję gatunków i rodzajów muzyki z pojawianiem się coraz to nowych jej twórców, wykonawców i lansowanej przez nich praktyki wykonawczej. Zmienność muzyki wynika z ewolucji społeczeństwa i rozwoju jego kultury. Podyktowana jest m.in.: zapotrzebowaniem, wrażliwością emocjonalno-estetyczną, osłuchaniem i doświadczeniem człowieka. Natomiast pełnione przez nią funkcje są zależne od jego predyspozycji, warunków życia i wyzwań, jakie mu stawia nieustannie zmieniający się świat. Muzyka jest wartością autoteliczną i mimo że stanowi wartość samą w sobie, w muzykoterapii jest podstawowym i zasadniczym środkiem oddziaływania terapeutycznego, niewymienialnym na inny środek, czy to werbalny, czy inny niewerbalny. Funkcja służebna muzyki w muzykoterapii pozornie stoi w opozycji do jej wartości autotelicznej. Służąc innej, w tym wypadku najwyższej wartości autotelicznej, jaką jest człowiek, całkowicie dopełnia własnej wartości – samej w sobie. Ze względu na prozdrowotne zapotrzebowanie pacjenta oraz korzystne wielostronne oddziaływanie na jego organizm, jest dla niego niejednokrotnie nie tylko wartością, ale także potrzebą.

Muzyka, jako jedna z dziedzin sztuk pięknych, winna być na polu muzykoterapii rozpatrywana m.in. w kategoriach piękna. Piękno dzieła muzycznego stanowi podstawową wartość nie tylko dla estetyki, socjologii i psychologii muzyki. W muzykoterapii tworzy także cenną wartość leżącą u podstaw przeżyć emocjonalno-afektywnych pacjenta poddawane dobrowolnemu oddziaływaniu muzyki. Inaczej ujmując, muzyka jest fundamentalnym aksjomatem, warunkiem koniecznym do zaistnienia w ogóle muzykoterapii. Z zagadnieniem bezwarunkowej obecności sztuki muzycznej w działaniach muzykoterapeutycznych wiąże się ściśle także konieczność uprawiania przez muzykoterapeutę muzyki na żywo. W praktyce bardzo często obserwuje się, iż osoba prowadząca zajęcia bardzo łatwo rezygnuje ze śpiewania, muzykowania na profesjonalnych

instrumentach muzycznych lub w ogóle nie posiada zdolności i umiejętności muzycznych, a to dyskwalifikuje ją zupełnie jako muzykoterapeutę.

Funkcje, cele, środki oddziaływania, warunki realizowania sesji oraz program muzykoterapeutyczny stosowany w muzykoterapii będą się zmieniały wraz z funkcjami pełnionymi przez sztukę muzyczną i muzykoterapię w życiu potrzebującego człowieka.

Każdy człowiek – szczególnie potrzebujący – zasługuje na poszanowanie bez względu na płeć, wiek, rasę, narodowość, język, pozycję społeczną, status ekonomiczny, poglądy polityczne, religijne lub inne uwarunkowania. W kulturze europejskiej jest to już niemal oczywiste i nie podlega żadnej dyskusji. Twierdzenie, iż każdy człowiek stanowi najwyższą wartość, należy przyjmować niezależnie od formy i metody działania oraz momentu historii, w którym jest ono realizowane. W całej rozciągłości odnosi się on także do muzykoterapii i stanowi podstawowy aksjomat będący fundamentem zachowania jej ładu i porządku strukturalnego. Narzędziem służącym temu celowi jest nauka nazwana przez Tadeusza Natansona „nauką o muzykoterapii”, a powszechnie określana terminem „muzykoterapia”. To właśnie ona kształtuje świadomość istnienia i działania człowieka, warunkuje jego stosunek do świata, w tym także muzykoterapii oraz zapotrzebowanie na nią – jako wiedzę, terapię i zawód. To z kolei implikuje różne nastawienie do niej – od wrogiego, sceptycznego poprzez obojętność, podziw, zachwyt aż niemal do fanatyzmu. Tadeusz Natanson [1979: 13] na ten temat pisał następująco: „Chciałbym bardzo, aby moja praca przełamała pewną obojętność, jaka u nas otacza jeszcze muzykoterapię, dziedzinę spotykającą się zarówno z entuzjazmem, jak też niedowierzaniem czy wręcz niechęcią”. Myślę, iż pragnienie autora książki pt. *Wstęp do nauki o muzykoterapii*¹ nie zostało do końca spełnione i dużo jeszcze jest do zrobienia w tym względzie.

1 » Mimo że ukazuje się ostatnio w naszym kraju wiele publikacji z zakresu muzykoterapii, to jednak monografia autorstwa Tadeusza Natansona pt. *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, wydana przez Zakład Narodowy im. Ossolińskich we Wrocławiu w 1979 roku, wydaje się nadal najbardziej rzeczową i naukową polskojęzyczną publikacją z tego zakresu.

Każdy kandydat na studia z zakresu muzykoterapii bardzo dobrze wie, że pacjent stanowi wartość nadrzędną, najwyższe dobro (*summum bonum*) oraz że naczelnym celem działań muzykoterapeutycznych jest niesienie mu ulgi w potrzebie, cierpieniu, chorobie, niepełnosprawności, niedomaganiu lub niedyspozycji. Jednak już nie każdy czynny zawodowo muzykoterapeuta pamięta, iż nikt i nic nie może zwolnić go od stawiania dobra człowieka ponad wszystkie inne dobra. Zawsze znajdzie się lepsze lub gorsze wytłumaczenie i usprawiedliwienie. Raz będzie to zależność służbowa, innym razem lojalność koleżeńska, a jeszcze innym dyscyplina klubowa lub przekonania religijne. Wybór należy do każdego terapeuty i jest wyborem w imię uznawanych wartości, za które w dzisiejszych czasach często trzeba płacić wysoką cenę (poświęcenia, wyrzeczenia, przewyciężenia samego siebie itp.). Godne naśladowania są te osoby, które codziennie wybierają między powołaniem do służby potrzebującemu człowiekowi a różnego rodzaju naciskami. Z całą pewnością mimo zmienności istoty ludzkiej i jej dążeń oraz zmienności warunków, w których ona żyje i działa, nie może się zmieniać podejście terapeuty do potrzebującego człowieka jako podmiotu oddziaływań muzykoterapeutycznych. Nie ma muzykoterapii bez pełnego otwarcia się terapeuty na drugiego człowieka i sposobu postrzegania przez niego otaczającego świata, w tym także muzykoterapii. Z drugiej strony przyjmowanie absolutyzującego znaczenia pacjenta jest z całą pewnością nieprawidłowym rozumieniem jego podmiotowości, gdyż zaburza jego odniesienie do wspólnych wartości, a przez to zniekształca jego pozycję w systemie hierarchii wartości muzykoterapii. Tak więc można powiedzieć, iż najwyższą, naczelną i zasadniczą wartością w muzykoterapii jest wartość osoby ludzkiej i jej godność. Jest to fundament aksjologiczny muzykoterapii, podobnie jak innych grup zawodowych, znajdujących się w sytuacji pomagania drugiemu człowiekowi.

Bardzo często zarówno w mowie potocznej, jak i w naukowych publikacjach zwraca się uwagę na najbliższą rodzinę pacjenta i potrzebę współpracy z nią w imię jego dobra. Właściwie realizowana współpraca przyczynia się do pełniejszej, skuteczniejszej i efektywniejszej muzykoterapii. Nastawienie rodziny do współdziałania z muzykoterapeutą

dla dobra pacjenta może charakteryzować się różnym nasileniem i jeżeli nawet jej członkowie nie biorą bezpośredniego aktywnego udziału w zajęciach muzykoterapeutycznych, ich wkład w powodzenie terapii jest bardzo istotny i w wielu przypadkach wręcz niezastąpiony. Już podczas wstępnego diagnozowania pacjenta muzykoterapeuta rozmawia lub prowadzi wywiad z jego najbliższą rodziną. Między innymi uświadamia jej członkom celowość prowadzonych działań muzykoterapeutycznych, pomaga we wchodzeniu w rolę rodzica, współmałżonka, dziecka czy rodzeństwa, uczy prawidłowego kształtowania stosunków interpersonalnych w rodzinie (głównie poprzez muzyczną komunikację), uczy rozpoznawania potrzeb i zainteresowań muzycznych pacjenta (nawet tych najprostszych), innym razem omawia jego wytwór muzyczny (piosenkę, improwizację instrumentalną lub taniec itp.), a jeszcze innym udziela instruktażu dotyczącego kontynuowania ćwiczeń w domu (głównie z bardzo małymi dziećmi). Przede wszystkim indywidualne zajęcia muzykoterapeutyczne pozwalają na szersze włączanie członków rodziny pacjenta do jego muzykoterapii. Przykładowo w improwizacji na prostych instrumentach muzycznych pacjent wyraża stosunek do poszczególnych członków swojej rodziny: męża, żony, matki, ojca, siostry, dziecka itp. Natomiast na podstawie skojarzeń powstałych u niego podczas słuchania muzyki można diagnozować stosunki panujące w jego środowisku rodzinnym. Muzykoterapię bardzo małych dzieci prowadzi się wyłącznie w oparciu o aktywny udział rodziny, chociażby jednego z rodziców lub ustawowego opiekuna, którzy stają się niejako jego głównymi terapeutami.

Muzykoterapeuci najczęściej koncentrują się na pacjencie, nie poświęcając zbyt dużo uwagi pracy z jego najbliższą rodziną. W praktyce najczęściej nie mają na to czasu, a często także przygotowania merytorycznego. Być może nie trzeba byłoby wiele, wystarczyłoby tylko zainteresować się: w jaki sposób rodzina radzi sobie z codziennymi problemami, jakie panują w niej stosunki interpersonalne, w jakim stopniu akceptuje pacjenta wraz z jego chorobą lub niepełnosprawnością. W niektórych przypadkach muzykoterapeuta – podobnie jak i inni specjaliści – powinien jednak pracować zarówno z pacjentem, jak i z poszczególnymi

członkami jego rodziny (jednocześnie lub osobno). Ubolewać należy nad tym, iż najczęściej nie ma on możliwości prowadzenia działań terapeutycznych dwutorowo. Aktywne włączanie członków najbliższej rodziny pacjenta w proces jego terapii jest bardzo ważną zasadą działania muzykoterapeutycznego, a ich aktywny udział stanowi dużą wartość, zwłaszcza w czasach, w których pacjent czuje się często osamotniony, a wyznawanie przez niego określonych wartości narażone jest na różnego rodzaju trudności i przeciwności. Współpracując z członkami rodziny pacjenta, muzykoterapeuta nie może zapominać o konieczności wzajemnego zaufania i dyskrecji, które odgrywają bardzo ważną rolę w działaniach muzykoterapeutycznych.

Muzykoterapeuta jest integralnym składowym elementem całego procesu muzykoterapeutycznego. Dla zaistnienia muzykoterapii jego obecność – podobnie jak obecność pacjenta i sztuki muzycznej – jest warunkiem *sine qua non*. Może on swoją osobą wydatnie wzmacniać efekty terapii, może także skutecznie je wyhamowywać, a nawet poważnie osłabiać. Jest to obecnie bardzo istotny problem, zwłaszcza że coraz częściej osoby nieposiadające uprawnień starają się zajmować muzykoterapią, a pracodawcy nie tylko na to przyzwalają, ale wręcz zatrudniają takie osoby w charakterze muzykoterapeutów. W żadnym wypadku muzykoterapeuta w czynnościach zawodowych nie może zastąpić i wyręczyć inny specjalista (muzyk – instrumentalista lub wokalista, lekarz, pedagog, fizjoterapeuta, psycholog lub arteterapeuta), niebędący jednocześnie muzykoterapeutą. Powinien on posiadać odpowiednie wykształcenie uprawniające go do wykonywania zawodu muzykoterapeuty.

Warunkiem niezbędnym do wykonywania zawodu muzykoterapeuty w Polsce jest ukończenie studiów wyższych lub studiów podyplomowych o specjalności muzykoterapia przynajmniej na jednym z następujących poziomów kształcenia: studia licencjackie (I stopnia) – uzyskanie tytułu zawodowego licencjata; studia magisterskie (II stopnia) – uzyskanie tytułu magistra sztuki; studia podyplomowe o specjalności muzykoterapia – uzyskanie świadectwa ukończenia studiów podyplomowych muzykoterapii. Osoba uprawniona do wykonywania zawodu muzykoterapeuty ma prawo i jednocześnie obowiązek posługiwania się tytułem

zawodowym „muzykoterapeuta”. Wiedza i umiejętności zawodowe poszczególnych muzykoterapeutów winny być niemal takie same, jednak w praktyce są one czasem odmienne i zależne od odbytych studiów, ich form, poziomów, profili kształcenia i uczelni. Natomiast doświadczenie kliniczne każdego muzykoterapeuty będzie uzależnione od jego dotychczasowej pracy zawodowej, od doświadczeń wyniesionych z pracy z dziećmi, młodzieżą lub osobami dorosłymi z taką lub inną niepełnością lub chorobą. Zdarza się, że pracodawcy starają się z muzykoterapeuty uczynić niemal na siłę nauczyciela edukacji muzycznej, rytmiki, chórmistrza, instruktora kulturalno-oświatowego, nauczyciela gry na instrumencie muzycznym, terapeutę zajęciowego lub arteterapeutę. Absolwent, kończąc jedynie studia na specjalności „muzykoterapia”, nie posiada wiedzy i umiejętności w wymienionych zakresach działania, a co za tym idzie – nie ma także kompetencji zawodowych do ich wykonywania. Bardzo trafnie specyfikę zawodu muzykoterapeuty określił Rolando O. Benenzon: „Muzykoterapeuta nie musi być lekarzem, nie musi być muzykiem, psychologiem i pedagogiem – musi być muzykoterapeutą” [za: Natanson 1979: 58]. Odpowiednio wykwalifikowany muzykoterapeuta, przygotowany merytorycznie do wykonywania swojego zawodu, a najlepiej z bogatym doświadczeniem klinicznym, powinien być postrzegany w muzykoterapii jako poszukiwana wartość.

Działalność zawodową muzykoterapeuty stanowią świadome, planowe i profesjonalne świadczenia realizowane na rzecz potrzebującego człowieka (pacjenta, klienta, podopiecznego, wychowanka, ucznia, kuracjusza itp.). Muzykoterapeuta swoje czynności zawodowe wykonuje samodzielnie, opierając się na zasadach naukowych i doświadczeniu, bazując bardzo często na intuicji, wyczuciu i wypracowanych w danym środowisku wzorcach postępowania terapeutycznego. Równoległe z terapią winien on realizować działalność zarówno promującą zdrowie, jak i profilaktyczną poprzez publikacje, pogadanki lub zajęcia pokazowe. W miarę swoich możliwości powinien także prowadzić poradnictwo muzykoterapeutyczne dotyczące pacjentów objętych działaniami terapeutycznymi oraz członków ich rodzin (lub ustawowych opiekunów). Cały czas terapeuta monitoruje i dokumentuje przebieg podjętych działań

oraz wszelkie zmiany w zachowaniu pacjenta, zwłaszcza jego reakcje na sztukę muzyczną i stosowane oddziaływania muzykoterapeutyczne. Dokonuje także oceny skuteczności i efektywności procesu muzykoterapii. Prowadzi również specjalistyczną dokumentację na potrzeby placówki, w której pracuje – niezbędną do wykonywania czynności zawodowych i realizowania procesu muzykoterapii, oraz udostępnia ją innym specjalistom pracującym z pacjentem. Skuteczność działania muzykoterapeuty zależy między innymi od jego znajomości muzykoterapeutycznych założeń diagnozy. Bardzo ważna jest między innymi znajomość specyfiki funkcji, celów, zasad i warunków stosowania diagnozy muzykoterapeutycznej. Wszystkie czynności zawodowe wymagają od muzykoterapeuty nie tylko wysokich kwalifikacji, ale również określonych cech osobowych i pożądaných w tym zawodzie sposobów zachowania. O cechach osobowości muzykoterapeuty, takich między innymi jak: otwartość, empatia, tolerancja, cierpliwość, nie trzeba chyba szerzej pisać. Wspomnę jedynie, iż jak każdy człowiek, także muzykoterapeuta ma prawo do posiadania określonych możliwości, predyspozycji, oczekiwań, w tym m.in. także zmęczenia, złego samopoczucia i nastroju.

Bezpośrednim podmiotem oddziaływania muzykoterapeuty jest potrzebujący człowiek, zwłaszcza niepełnosprawny i chory, przy czym oddziaływania te dotyczą najwyższych ludzkich wartości, takich jak: zdrowie, życie, autonomia itp. Sytuacja pomagania, w której znajduje się na co dzień terapeuta, implikuje dylematy etyczne. Z tych to względów jego działania zawodowe winny być rozpatrywane nie tylko w aspekcie wiedzy teoretycznej, umiejętności praktycznych, uprawnień zawodowych, ale także, a może przede wszystkim, w aspekcie moralnym i prawnym. W teorii nie wystarczy jedynie dostrzegać kilku wybranych zasad dotyczących norm postępowania w zawodzie muzykoterapeuty. To stanowczo zbyt mało. Trzeba je jeszcze respektować w praktyce zawodowej i odnosić także do życia prywatnego. Wówczas będzie można mówić o pełnej świadomości i odpowiedzialności muzykoterapeuty. W parze z odpowiedzialnością za własne czyny wobec potrzebującego człowieka, będącego podmiotem oddziaływań muzykoterapeutycznych, idzie także odpowiedzialność za przedmiot oddziaływań – stosownie do jego

prawdziwej wartości. W praktyce winno to się przekładać z jednej strony na oczekiwanie godnego wynagrodzenia, z drugiej na wywiązywanie się ze sprawiedliwego jego zapewniania.

Przy okazji warto wspomnieć, iż dużo się mówi i pisze na temat wrażliwości i otwartości muzykoterapeuty na potrzeby drugiego człowieka. Szkoda, że stwierdzenie to odnosi się tylko do człowieka będącego pacjentem. Należałoby także zwracać uwagę na konieczność dbania o dobro samych muzykoterapeutów. Jest to problem natury etycznej, bardzo ważny zwłaszcza w czasach nieustannej pogoni za osiągnięciem sukcesu materialnego, zawodowego lub naukowego. Wskazane byłoby zachowanie przez muzykoterapeutów szczególnej ostrożności i rozważności w formułowaniu opinii i ocen o działalności innych terapeutów oraz towarzystw i organizacji zawodowych muzykoterapeutów. Szczególnie nie powinni oni publicznie dyskredytować osiągnięć innego muzykoterapeuty lub muzykoterapeutów w jakikolwiek sposób (słowem mówionym i pisany) – zwłaszcza w środkach masowego przekazu. Takie zachowanie prowadzi do pozoracji merytorycznej działalności, zniechęcającego krytykanctwa, złośliwości oraz małostkowości – i to w imię dobrej muzykoterapii. W ocenie pracy zawodowej lub naukowej muzykoterapeuty należy także odwołać się do aksjologii, gdyż podczas krytyki formalnej (niejednokrotnie wymaganej i czasem potrzebnej) bardzo łatwo „zaprzepaścić człowieka”, skupiając się jedynie na formalnych wskaźnikach. Merytoryczna i etyczna ocena pracy terapeutycznej i naukowej innych muzykoterapeutów wymaga sprawiedliwego odniesienia się zwłaszcza do awansów zawodowych czy naukowych. Także stosunek do prawdy winien stanowić kryterium osobistej postawy każdego muzykoterapeuty wobec własnych dokonań zarówno w obszarze teorii, jak i praktyki klinicznej. W kontekście powyższego wyłania się następująca fundamentalna wartość – prawda wobec siebie, innych osób, nauki i praktyki zawodowej.

Nie można zapominać, że to muzykoterapeuci powołani są do promowania wartości w dziedzinie muzykoterapii oraz wychowywania młodych kadr muzykoterapeutów. Dbałość o dobre imię stanu muzykoterapeutycznego winna stanowić jedną z zasad deontologii muzykoterapeutycznej.

W sytuacji konieczności umocnienia pozycji muzykoterapeuty w gronie różnych specjalistów – szczególnie lekarzy, artystów muzyków, pedagogów i psychologów – wielce niepożądane, a nawet szkodliwe wydaje się dzielenie środowiska polskich muzykoterapeutów na takie czy inne grupy, środowiska lub towarzystwa zawodowe, różniące się między sobą na przykład kolejnością wyrazów w samej nazwie. Chyba że chodzi o starą, znaną już w starożytności zasadę *divide et impera*. Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie muzykoterapeuty, które podważa zaufanie do zawodu muzykoterapeuty i uderza w dobre imię tej grupy specjalistów.

Relacje muzykoterapeuta–pacjent powinny opierać się na wzajemnym zaufaniu, przy czym muzykoterapeuta powinien pozostawać wyłącznie w relacji zawodowej z pacjentem podczas działań muzykoterapeutycznych. Jest to wyraz szacunku muzykoterapeuty do pacjenta i poszanowania jego godności osobistej, ale też godności zawodu muzykoterapeuty. Przy okazji warto nadmienić, iż muzykoterapeuta podejmujący zadania zawodowe względem kobiety w ciąży równocześnie w pełni odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka. Powinien on swoją postawą podkreślać wartość ludzkiego życia zarówno w wymiarze biologicznym, jak i psychicznym, a tym samym przyczyniać się pośrednio lub bezpośrednio do zachowania zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem. Tylko na drodze poszanowania życia ludzkiego – od poczęcia do naturalnej śmierci – muzykoterapeuta może zrealizować swoje powołanie w pełnym wymiarze merytorycznym i etycznym. Do wykonywania zawodu muzykoterapeuty nie wystarczą jedynie atrakcyjne kursy, studia, wybitne specjalności, międzynarodowe uprawnienia, przedstawicielstwa lub certyfikaty, trzeba być jeszcze – aż lub tylko – człowiekiem, odpowiedzialnym, posiadającym prawdziwe powołanie do wykonywania zawodu muzykoterapeuty. Nie wystarczy także umiejętność bazowania na ideach i poglądach prekursorów i współczesnych liderów muzykoterapii. Należy interpretować ich myśli poprzez pryzmat drugiego człowieka i zachodzących wokół niego przemian społeczno-kulturowych. W praktyce prowadzi to do łączenia na polu muzykoterapii wiedzy o nowościach technologicznych z przyswajaniem norm etycznych. To natomiast nasuwa na myśl kolejną fundamentalną

wartość – odpowiedzialność. Dotyczy ona zakresu, granic odpowiedzialności, świadomości wpływów muzykoterapeuty jako osoby pomagającej i wspierającej drugiego człowieka. Należy mieć tu na myśli zarówno świat wartości pacjenta, jak i terapeuty. Z odpowiedzialnością wiąże się ściśle wychowanie do odpowiedzialności zarówno muzykoterapeuty, jak i pacjenta, każdego za swoje czyny, czyli odpowiadania swoją wolą na wspólne wartości przyjmowane w dziedzinie muzykoterapii.

Oczywisty i niezaprzeczalny jest wpływ środowiska rodzinnego pacjenta na jego codzienne życie, leczenie i usprawnianie, w tym między innymi za pomocą muzykoterapii. Dla niektórych już mniej oczywiste jest znaczenie najbliższej rodziny muzykoterapeuty dla jego prawidłowego funkcjonowania na polu zawodowym, przejawiającego się między innymi we właściwym odnoszeniu się do drugiego człowieka – nie tylko pacjenta. Z jednej strony często wyczerpująca i obciążająca praca, z drugiej zaś nie zawsze w pełni doceniana i wynagradzana, niosąca ze sobą tzw. stres zawodowy – to także, może mniej atrakcyjne, oblicze zawodu muzykoterapeuty. Przy tym coraz częściej także muzykoterapeucie zaczyna brakować czasu na zajęcia pozazawodowe: w tym życie rodzinne, spotkania z przyjaciółmi, zainteresowania, przyjemności i rozrywkę. I jak tu myśleć o jakości życia muzykoterapeuty, a on przecież musi dbać o jakość życia pacjenta. Rutyna zawodowa i zjawisko wypalenia zawodowego są już powszechnie znane, zwłaszcza w przypadku bardziej absorbującej i stresującej pracy zawodowej, a taka jest praca także muzykoterapeuty. A przecież zawód ten, podobnie jak inne wolne zawody, powinien być bardziej satysfakcjonujący niż inne profesje. Z tymi problemami niektórzy starają się sobie radzić, korzystając coraz częściej z odpoczynku na łonie natury (góry, las, morze, jeziora itp.), z dala od dużych miast, telefonów, e-maili i wszelkich przejawów pracy zawodowej. Inni ograniczają swoje działania zawodowe do minimum potrzebnego do utrzymania rodziny i zachowania jedynie świadczeń socjalnych, spędzając więcej czasu z mężem, żoną i dziećmi. Jeszcze inni podejmują różne prace w innych mniej stresujących zawodach, nawet gorzej płatnych i mniej atrakcyjnych, niezwiązanych z zasadniczą profesją, jak turystyka, języki, komputery itp. Rodzina, grono najbliższych przyjaciół to

dla muzykoterapeuty podstawa prawidłowego funkcjonowania w życiu prywatnym, ale także zawodowym i naukowym.

Od ponad czterdziestu lat wiele osób powołuje się na myśli pionierów – prekursorów rodzimej muzykoterapii – prof. dr. Tadeusza Natanson'a i dr. Andrzeja Janickiego. W ich słowach zawarty jest niejako skarbiec treści merytorycznych, a nade wszystko wartości muzykoterapii. Współcześni muzykoterapeuci, nie tylko ich mistrzowie i nauczyciele, powinni strzec tego skarbcza i chronić wspólnych wartości. Zarówno w myśleniu, jak i działaniu nie można się poddawać nowej fali, niejako „ideologii zagranicznej terażniejszości muzykoterapii”. Prowadzić to może, zwłaszcza u młodego muzykoterapeuty, do niereflektowania przeszłości rodzimej muzykoterapii w imię najlepszych światowych wzorców, certyfikacji, superwizji, takich czy innych towarzystw lub komisji.

Prowadzić to może do zagubienia w życiu zawodowym, życia chwilą obecną lub nawet wirtualną. Obietnice pracy na rynku międzynarodowym mogą się okazać bardzo odległe i mgliste, co w konsekwencji prowadzić może do poczucia tymczasowości, a nawet bezsensowności własnego działania. Prawdziwy muzykoterapeuta przyjmuje postawę odpowiedzialną, kompetentną i uczciwą wobec muzykoterapii, tj. jej historii, dorobku, tradycji i współczesnych osiągnięć. Jest ona podstawą do budowania nowoczesnej tożsamości muzykoterapii.

Wartości tworzą w obrębie muzykoterapii specyficzny i niepowtarzalny układ i hierarchię. Bardzo ważne jest rozmieszczenie poszczególnych elementów składowych tego układu, zachowanie odpowiednich relacji pomiędzy nimi oraz ich wzajemne oddziaływanie na siebie. Jest to szczególnie ważne dla właściwego modelowania, chociażby w sposób przybliżony współczesnej muzykoterapii. Omówione w niniejszych rozważaniach wartości nie stanowią w żadnym wypadku wyczerpującej listy wszystkich wartości bardzo istotnych dla współczesnej muzykoterapii. Jednak kategorie prawdy, dobra, miłości, odpowiedzialności, podmiotowości, godności osoby ludzkiej i tajemnicy zawodowej wydają się dla niej fundamentalne, gdyż bez tych wartości nie może ona istnieć.

Muzykoterapia jako samodzielna dyscyplina, wraz ze swoimi modelami, podejściami, szkołami i szczegółowymi subdyscyplinami, nie może

istnieć bez swojej aksjologii. Na polu teorii służy ona w pierwszej kolejności poszukiwaniu i wyjaśnianiu prawdy, natomiast w praktyce – skuteczności i efektywności działania. Aksjologii muzykoterapii – podobnie jak w innych dyscyplinach i dziedzinach nauki oraz sztuki – nie mogą zastąpić paradygmaty (często nie do końca jasne i jednoznacznie określone), standaryzacja (w sposób bezduszny służąca sformalizowaniu dyscypliny) lub uniwersalne prawdy (nie zawsze uniwersalne i nie zawsze prawdziwe). Także poszukiwanie innowacji, nawet tych „z Nowego Świata”, oraz uznania na forum międzynarodowym nie może zastąpić pożądaných wartości na jej obszarze. Eliminowanie z pola widzenia podstawowych aksjomatów grozić może kreatywną destrukcją muzykoterapii i aksjologicznym relatywizmem na jej obszarze. Wykluczanie ich w imię pozornego rozwoju, nowoczesności, światowych wzorców lub międzynarodowych standardów może prowadzić do nieuniknionego schyłku muzykoterapii. Muzykoterapeuta, aby mógł z jednej strony w pełni szanować godność osoby ludzkiej, a z drugiej nieugięcie stać na straży godności zawodowej, powinien czerpać swoje siły z trwałych wartości przyjmowanych na polu muzykoterapii. Odpowiadając na postawione na samym początku rozważań zasadnicze pytanie, możemy z całą pewnością powiedzieć, że respektując system trwałych wartości przyjętych w muzykoterapii, człowiek jawi się jako podmiot oddziaływań terapeutycznych, natomiast odrzucając je, zostaje sprowadzony tylko do poziomu przedmiotu.

Od tego, jakie wartości będą promowali i przestrzegali w dziedzinie muzykoterapii czynni zawodowo muzykoterapeuci, będzie zależała postawa młodych kadr muzykoterapeutów, którzy w przyszłości świadomie przyjmą pełną odpowiedzialność za muzykoterapię. Dlatego bardzo ważne jest wypracowanie wspólnych, czytelnych dla wszystkich i stosunkowo jednolitych wartości na polu muzykoterapii. Wskaźnikiem odzwierciedlającym przestrzeganie wyznaczonych w muzykoterapii wartości będą obserwowalne zachowania pacjentów i muzykoterapeutów podczas działań terapeutycznych oraz uzyskiwane w ich przebiegu rezultaty. Wartości te odkrywane i respektowane we właściwy sposób na polu jej teorii i praktyki pozwalają na prawidłowy rozwój współczesnej muzykoterapii.

Bibliografia

- Cylulko Paweł (opr. i red.), *Projekt ustawy o zawodzie muzykoterapeuty. Materiały do konsultacji środowiskowej*. Zarząd Główny Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich. Wrocław 2011.
- Didier Julia, *Słownik filozofii*. Przekład z języka francuskiego Krzysztof Jarosz. Wydawnictwo „Książnica”. Katowice 1996.
- Natanson Tadeusz, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich. Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1979.
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego nr 1065, z dnia 8 sierpnia 2011 r.
- Słownik języka polskiego PWN*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 1999.
- Wielka encyklopedia PWN*. Tom 29. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2005.

PAWEŁ CYLULKO – doktor nauk o kulturze fizycznej w zakresie rehabilitacji ruchowej, magister muzykoterapii, magister edukacji muzycznej, pełni obowiązki kierownika Zakładu Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Jest przewodniczącym Krajowej Rady Muzykoterapii oraz pomysłodawcą, założycielem i redaktorem naczelnym kwartalnika naukowego „Muzykoterapia Polska”. Posiada w swoim dorobku liczne publikacje z dziedziny muzykoterapii, w tym trzy monografie oraz artykuły naukowe. Do głównych kierunków zainteresowań naukowych należą: usprawnianie i wychowanie niepełnosprawnych dzieci z wykorzystaniem terapeutycznych walorów sztuki muzycznej oraz kształcenie adeptów muzykoterapii.

MUZYKOTERAPIA – METODA WSPOMAGANIA SALUTOGENEZY

Helena Cesarz » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

» **Streszczenie:** Nawiązując do koncepcji salutogenezy Aarona Antonovsky’ego, powstałej w latach 70. XX wieku, a więc w okresie tworzenia struktur i podstaw naukowych muzykoterapii we wrocławskiej Państwowej Wyższej Szkole Muzycznej (PWSM), autorka poszukuje odpowiedzi na pytanie: czy muzykoterapia może wzmocnić zasoby zdrowotne człowieka, złagodzić stres, sprowokować do zmiany stylu życia i sprawić, że dostrzeże on sens życia i wartość więzów społecznych? Podstawę rozważań stanowi bio-psycho-społeczno-kulturowy model sztuki muzycznej, a także jej walory terapeutyczne, o których w swoich pierwszych pracach badawczych – opublikowanych w Zeszytach Naukowych PWSM – pisali założyciele i pracownicy Zakładu Muzykoterapii. Specyfika muzykoterapii wpisuje się w nurt salutogenezy, pozwala bowiem na zastosowanie różnorodnych technik promujących zdrowie (obecnie wykorzystywanych w międzynarodowej praktyce), realizację celów profilaktycznych, leczniczych, rekreacyjnych, edukacyjnych i tym samym polepsza jakość życia człowieka.

Słowa kluczowe: jakość życia, muzyka, muzykoterapia, salutogeneza. <<

Patogenetyczne i salutogenetyczne podejście do zdrowia

Jedną z najważniejszych i najbardziej znanych postaci w historii medycyny – oprócz Hipokratesa (460–377 r. p.n.e.) uznawanego za ojca

medycyny – był francuski filozof René Descartes (Kartezjusz) (1596–1650), który wywarł decydujący wpływ na kształtowanie się poglądów naukowych w fizyce, biologii, medycynie, psychologii, naukach społecznych. Swoją teorię przyrody oparł na podziale na dwie sfery: ducha (interesowali się nią przedstawiciele nauk humanistycznych) i materii (należąca do kręgu zainteresowań nauk przyrodniczych). Istnienie tych dwóch niezależnych od siebie i przeciwstawnych pierwiastków przyczyniło się do wyodrębnienia dwóch sfer człowieka: fizycznej (ciało) i duchowej (umysł). Wielki filozof ciało człowieka traktował jak doskonałą maszynę, którą można dzięki empirycznej obserwacji poznać i leczyć, kiedy niedomaga [Zimbardo 1999: 75]. Dusza jako niematerialna substancja niemożliwa do zbadania, zmierzenia i wyrażenia w kategoriach matematyczno-fizycznych (nie można przecież zmierzyć i wyrazić liczbowo myśli, uczuć i innych przejawów życia psychicznego) była traktowana marginalnie i pomijana w leczeniu. Mechanistyczny stosunek do człowieka (postrzeganie go jako maszyny) – rozgraniczający ciało od psychiki – sprawił, że przez wieki leczono tylko ciało, ześrodkowując uwagę na jego poszczególnych elementach, tracąc z oczu zjawiska psychiczne i duchowe, będące podmiotowymi przejawami życia psychicznego. Stosowany ponad trzy wieki redukcjonistyczny model paradygmatu kartezjańskiego zrodził się w myśli medycznej jako tzw. model biomedyczny [Bilikiewicz, Strzyżewski 1992: 15–16]. To fundamentalne podejście zwane patogenetycznym (gr. *pathos* – doświadczenie, cierpienie; *genesis* – stworzenie) [Kopaliński 1975: 730] w centrum zainteresowania stawia chorobę i pyta o jej źródła. Dostarcza więc wiedzy medycznej na temat biologicznych przyczyn dysfunkcji somatycznych, uznając, że mogą to być czynniki mikrobiologiczne, fizyczne, chemiczne lub psychospołeczne. Stanowisko to nie pozwala na głębszą analizę innych zjawisk: psychologicznych, duchowych czy społecznych, wpływających na utrzymanie, pogorszenie bądź odzyskanie zdrowia. Model biomedyczny doprowadził do dychotomicznego (dwudzielnego) podziału na ludzi: albo zdrowych, albo chorych, i podejmowania jedynie działań naprawczych bez uwzględniania profilaktyki zdrowia, dlatego na jego tle wyłonił się nowy kierunek badań, poszerzający paradygmat

biomedyczny (patogenetyczny) o wymiar biologiczny, psychologiczny, społeczny i duchowy. Określany jest on jako podejście salutogenetyczne, poszukujące źródeł zdrowia – psychicznych mechanizmów sprzyjających zdrowieniu [Michalak 2006: 39]. Jego twórcą w latach 70. XX wieku był izraelski socjolog medycyny Aaron Antonovsky. Salutogeneza (łac. *salus* – dobry stan zdrowia, dobro, szczęście; *genesis* – stworzenie) [Kumaniecki 1984: 444] koncentruje się na tych czynnikach, dzięki którym człowiek zachowuje zdrowie, a w sytuacji choroby szybciej do niego powraca. W podejściu salutogenetycznym zdrowie ujmuje się jako kontinuum rozciągające się pomiędzy dwoma biegunami: od absolutnego zdrowia, czyli stanu pełnego zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego (dobrostanu), do głębokiej choroby, czyli stanu zagrażającego życiu (zdrowie nie jest więc tutaj kategorią dychotomiczną). Na owym kontinuum obydwie bieguny ujmowane są holistycznie i w wymiarze bio-psycho-społecznym: uwzględnia się tutaj podmiotowość człowieka – jego intelekt, emocje, potrzeby duchowe, fizyczne, relacje ze środowiskiem, całokształt sposobów leczenia itp. Takie procesualne rozumienie zdrowia pozwala określić jego poziom i skupić się na człowieku znajdującym się w każdym punkcie kontinuum, gdyż zdrowie nie jest stanem statycznym. O tym, w którym miejscu tego kontinuum człowiek się znajduje, decyduje jego subiektywna ocena, która może ulec zmianie pod wpływem czynników społecznych, kulturowych, cywilizacyjnych itp. Należy dodać, że człowiek nie musi być w pełni sprawny, aby czuł się zdrowy: brak zdrowia nie wyklucza przecież dążenia do szczęścia, zadowolenia z życia i poszukiwania sensu istnienia. Holistyczne spojrzenie na zdrowie skłania do podjęcia leczenia z wykorzystaniem różnych form terapii (m.in. muzykoterapii) oraz uruchamiania działania profilaktyczne i dba o jakość życia człowieka.

Wśród czynników mających wpływ na zdrowie oraz przyspieszających procesy zdrowienia Aaron Antonovsky wymienia:

- 1) zasoby odpornościowe (właściwości biologiczne i psychospołeczne człowieka, czyli tzw. potencjały zdrowia, wsparcie społeczne, cechy środowiska naturalnego oraz czynniki społeczno-kulturowe, m.in.: religię, filozofię i sztukę);

- 2) stresory (czynniki pochodzące ze świata zewnętrznego, z relacji człowiek–otoczenie, z ciała, z psychiki, wprowadzające entropię, czyli nieuporządkowanie i chaos);
- 3) styl życia (zachowania prozdrowotne wzmacniające/rozwijające zasoby odpornościowe);
- 4) poczucie koherencji, a więc przekonanie, że:
 - > człowiek potrafi wyjaśnić sytuacje i okoliczności (niekoniecznie przyjemne), z którymi się spotyka w swoim życiu – komponent zrozumiałości;
 - > człowiek dysponuje zasobami/możliwościami pozwalającymi sprostać wymaganiom stawianym przez stresory – komponent zaradności;
 - > człowiek jest pewny, że życiowe wyzwania mają sens, są warte wysiłku, poświęcenia i zaangażowania – komponent sensowności.

Te trzy komponenty (składniki) poczucia koherencji – nierozdzielnie ze sobą powiązane – oddziałują na siebie i są dla zdrowia najważniejsze, są kluczem do zdrowia. Osoby z silnym poczuciem koherencji lepiej uruchamiają własne zasoby odpornościowe, umieją radzić sobie ze stresem, a w sytuacji choroby intensywniej działają na rzecz swojego zdrowia. Podejmowanie działań sprawia, że napięcie nie przeradza się w chroniczny stres, który osłabia zdrowie (np. negatywne emocje, takie jak depresja czy lęk). Dzięki aktywności człowiek staje się bardziej odporny na codzienne trudności i inaczej patrzy na życie. Należy dodać, że aby towarzyszyło nam silne poczucie koherencji, jego komponenty powinny odnosić się do tej części życia, którą uważamy za ważną i wartą zaangażowania. Najczęściej są to: własne życie emocjonalne, bezpośrednie relacje interpersonalne, główna aktywność życiowa, problemy egzystencjalne [Michalak 2006: 127–146; Zboralski i in. 2008: 47–48].

W świetle powyższego nasuwają się pytania: czy muzykoterapia może wzmocnić zasoby odpornościowe człowieka, złagodzić stres, sprowokować go do zmiany stylu życia i sprawić, że dostrzeże on i zrozumie sens swojego życia i wartość więzów społecznych? Aby na nie odpowiedzieć, konieczne jest poznanie specyfiki muzyki w aspekcie bio-psycho-społeczno-kulturowym

i możliwości muzykoterapii, wpisują się one bowiem w salutogenetyczną koncepcję zdrowia Aarona Antonovsky’ego.

Sztuka muzyczna

Muzyka od zawsze była dawczynią doznań i wzruszeń, zawsze fascynowała człowieka i pomagała mu w życiu codziennym. Komponowano ją, aby się podobała, sprawiała radość i dostarczała satysfakcji płynącej ze zrozumienia jej struktury. Piękno muzyki tkwi w dźwiękach, w ich brzmieniu, w rytmach i melodiach, w jej semantyczności i strukturze czasowo-przestrzennej, sprawiających, że możemy odbierać ją nie tylko ciałem i umysłem, ale jako metafizyczne zjawisko będące pierwiastkiem duchowym, transcendentnym. Może więc poruszyć duszę człowieka, dotrzeć do tych obszarów jego osobowości, do których słowo ma niewielki dostęp. Może też pełnić różne funkcje w życiu człowieka, z czego zdawano sobie sprawę od bardzo dawna. Zestaw funkcji muzyki znajdziemy u późnośredniowiecznego, z XV wieku, teoretyka Jana Tinctorisa: „[...] Boga radować, Boga chwalić [...], Dusze do pobożności pobudzać, Smutek rozpraszać, Zatwardziałość serca zmiękczać [...], Wywoływać stan ekstazy, Złą wolę odbierać, Ludzi cieszyć, Chorych leczyć, W trudach ulgę dawać, Dusze do walki podniecać, Miłość podsycać, Obcowaniu ludzi przyjemności dodawać, Uczonym w muzyce sławę dawać, Dusze zbawiać” [za: Pocię 2005: 245–246]. Można śmiało powiedzieć, że w tych słowach zawarta jest transcendentna funkcja muzyki i cała kwintesencja współczesnej muzykoterapii.

Ale wpływ muzyki na człowieka nie ogranicza się tylko do doznań psychicznych i duchowych – estetycznych i transcendentnych. Wiemy, że oddziałuje ona również na czynności poszczególnych układów fizjologicznych, wegetatywne funkcje organizmu, motorykę, emocje, relacje społeczne. Fakt ten pozwala na wykorzystanie jej w różnych zakresach medycyny i szeroko pojętej rehabilitacji, a więc pozwala spojrzeć na podmiot jej oddziaływania, a mianowicie człowieka, z punktu

widzenia jego zdrowia, które jest uwarunkowane, jak wspomniałam, wieloma czynnikami.

Bio-psycho-społeczno-kulturowy model muzyki

Bio-psycho-społeczny sposób podejścia do człowieka, implikuje bio-psycho-społeczne (i kulturowe) traktowanie muzyki, a więc rozpatrywanie jej – podobnie jak zdrowia – na trzech poziomach. Aby zrozumieć, czym jest bio-psycho-społeczny (i kulturowy) model muzyki [por. Klimas-Kuchtowa 2008: 93–97] – i tym samym muzykoterapii – należy poświęcić nieco uwagi każdemu z tych poziomów (mimo że są one tak ściśle powiązane, że trudno je rozdzielać), eksponując czynniki istotne dla szeroko pojętej muzykoterapii.

Poziom biologiczny

Wpływem muzyki na fizjologiczne funkcje organizmu człowieka zajmowano się od początku muzykoterapii jako dyscypliny naukowej. Tutaj wymienię tylko kilka nazwisk, które wpisały się w historię wrocławskiej muzykoterapii, oraz kilku zagranicznych badaczy. W latach 70. XX wieku tego rodzaju badania przeprowadzali pracownicy i współpracownicy Zakładu Muzykoterapii Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu, m.in.: Tadeusz Natanson i Mirosław Janiszewski, którzy zaobserwowali u osób zdrowych zmiany ciśnienia tętniczego krwi i w zapisie EKG pod wpływem utworów muzycznych o zróżnicowanym charakterze: muzyka oparta na tonalności funkcyjnej o dużym stopniu konsonansowości, prostej formie (*Symfonia B-dur* Johanna Christiana Bacha), pobudzając układ cholinergiczny (parasympatyczny, przywspółczulny), w niewielkim stopniu wpływała na obniżenie ciśnienia krwi i zmiany w EKG; muzyka zróżnicowana dynamicznie silnie zrytmizowana, atonalna, pełna napięć (*Koncert na orkiestrę* op. 38 Paula Hindemitha), wpływając na układ

adrenergiczny (sympatyczny, współczulny) i pobudzając emocje, podwyższała ciśnienie tętnicze krwi, co znalazło odbicie w układzie krążenia; zróżnicowana kolorystycznie i nastrojowo muzyka romantyczna (*Adagio z VIII Symfonii G-dur* op. 88 Antonina Dvořáka) powodowała znaczną zwyżkę ciśnienia oraz zmiany w EKG [Janiszewski, Natanson 1975: 57–66]. Wiele badań w oparciu o wskaźniki fizjologiczne (m.in. minutowe zużycie tlenu i podstawowa przemiana materii), których wyniki zachęcają do wykorzystania muzyki w anestezjologii [Metera, Metera 1975: 97–105], przeprowadzali Anna i Artur Meterowie, pracownicy Zakładu Muzykoterapii. Jeden z eksperymentów dotyczył próby zastosowania termometrii (zmiany temperatury ciała w przewodzie słuchowym zewnętrznym, przedsionku jamy ustnej i części środkowej palca) do oceny wielkości reakcji emocjonalnej wywołanej odbiorem muzyki o różnym charakterze. Muzyka o charakterze pobudzającym (Gerardo Matos Rodriguez – tango *La Cumparsita*) i drażniącym (Kazimierz Serocki – *Freski symfoniczne*) powodowała znamienny wzrost temperatury błony śluzowej jamy ustnej; muzyka o charakterze odprężającym (Camille Saint-Saëns – nie podano tytułu utworu) nie powodowała wyraźnych zmian temperatury zewnętrznego przewodu słuchowego ani ręki [Metera, Metera 1975: 117–129]. Również inni badacze zajmujący się wpływem muzyki na fizjologię człowieka, m.in.: Jason L. Burns, Elise Labbe, Brook Arke oraz ich współpracownicy [2002: 101–116], Robert E. Krout [2007: 134–141], Anna Metera [2006: 122–149] i wielu innych, których nie sposób tu wymieniść, potwierdzili, że somatyczny rezonans muzyki manifestuje się między innymi zmianami wartości ciśnienia krwi, częstości akcji serca, napięcia mięśni, minutowego zużycia tlenu, przemiany materii, wielkości oporów w drogach oddechowych. W tym miejscu należy wspomnieć o późniejszych badaniach Klaudii Kukiełczyńskiej-Krawczyk z wrocławskiej Akademii Muzycznej, która zastosowała analizę zmienności rytmu zatokowego do oceny wpływu muzyki relaksacyjnej: uspokajające działanie muzyki odzwierciedlało się w obniżeniu częstości akcji serca, hamowaniu układu sympatycznego i pobudzeniu parasympatycznego [Kukiełczyńska-Krawczyk 2008: 113–117]. Udowodniono też, że stosowanie muzyki podczas zabiegów medycznych [Wang Shu-Ming i in. 2002: 1489–1494], przedoperacyjnych/

premedykacyjnych [Miluk-Kalasa i in. 1996: 208–218], a także na oddziale intensywnej opieki medycznej [Kierył 1980: 255–267] jest nieinwazyjną metodą redukującą ból, obniżającą poziom lęku, zmniejszającą aktywność układu współczulnego (obniżenie ciśnienia krwi, przemiany materii oraz zapotrzebowania na tlen), zwiększającą poczucie dobrostanu, zaufania, podatności na opiekę medyczną i leczenie. Warto dodać, że opisano również przydatność muzyki w przygotowaniu do porodu, łagodzeniu bólów porodowych i zmniejszaniu lęku rodzących [Zathey-Tom 2000: 179–183], a co za tym idzie – zmniejszaniu zapotrzebowania na środki znieczulające. Muzyka potrafi sprawić, że pacjent nawet w bardzo niekomfortowej sytuacji ma większe poczucie kontroli nad sobą i szybciej powraca do zdrowia.

Odpowiednio dobrana muzyka może wytworzyć rezonans wibracyjny zgodny z fizjologicznymi rytmem ciała: akcją serca, częstością oddechu oraz fal mózgowych, czyli sprowokować do wystąpienia zjawiska „wodzenia” akustycznego. Polega ono na dostrajaniu pulsu muzycznego do rytmu serca, oddychania, rytmów mózgowych, jednakże zaistnieje wtedy, gdy uwzględnimy zasadę ISO, tzn. tak dobierzemy muzykę, aby wyjściowo jej puls synchronizował z rytmem pacjenta, dopiero potem możemy go stopniowo zmieniać w pożądanym kierunku. Dzięki zjawisku rezonansu możemy wytworzyć optymalny, zrównoważony stan organizmu, sprzyjający na przykład uzyskaniu głębokiego snu, relaksacji, czy ustabilizować rytm pracy serca (schorzenia kardiologiczne, premedykacja chirurgiczna) bądź sterować rytmemi mózgowymi pacjentów z zaburzeniami geriatrycznymi ze zmniejszoną aktywnością bioelektryczną mózgu w celu na przykład osiągnięcia stanów alfa [Galińska 2000: 473–485; Klimas-Kuchtowa 2003: 25–31]. Konieczne jest również podkreślenie funkcji rytmu muzycznego w aktywizacji psychomotorycznej zarówno zdrowych, jak i chorych.

Poziom psychiczny

Muzyka aktywizuje emocje, umysł, ciało i wolę; zostawia w głowie, ciele i duszy swój ślad; uczy poznawania siebie przez intelekt i własne ciało.

Jako jedna ze sztuk pięknych ma zdolność wzbudzania – w specyficzny i niepowtarzalny sposób – uczuć (również tych stłumionych, których nie jesteśmy świadomi), co wpływa na rozwój świadomości emocjonalnej i warunkuje zdrowie psychiczne. Uzyskanie emocjonalnej (oraz wegetatywnej, neurofizjologicznej, psychomotorycznej) odpowiedzi na utwór muzyczny możliwe jest dzięki ścisłemu połączeniu narządu słuchu, okolic kory mózgowej odpowiedzialnej za przetwarzanie informacji słuchowej oraz układu limbicznego kierującego emocjami, zachowaniami motywowanymi i procesami pamięciowymi [Galińska 1990: 40]. Emocje, które niesie muzyka, dla wielu z nas są dość łatwo rozpoznawalne i zrozumiałe (mam na myśli słuchaczy z tego samego kręgu kulturowego), ponieważ potrafi ona naśladować przyrodę, uczucia i różne zjawiska (por. teorię mimesis Arystotelesa, XVIII-wieczną teorię afektów, XIX-wieczną estetykę wyrazu czy ekspresjonizm). Ale muzyki nie odbieramy tylko w kategoriach emocji i uczuć, napięć i odprężeń, ich wzajemnego splatania się i przenikania, ale również w kategoriach skojarzeń wizualnych, czyli wyobrażeń. Odnoszą się one do pozamuzycznego świata przeżyć i tych sytuacji, które spotkaliśmy, spotykamy lub chcemy spotykać w życiu codziennym, dlatego mogą one być ich symbolem: np. radosna, żywa, energiczna muzyka może być symbolem sukcesu, do którego dążymy, i mobilizować do aktywności w tym kierunku. Możemy dość łatwo przypisać jej różne treści, uzewnętrznić swoje pragnienia, uczucia, marzenia, postrzeganie świata i otoczenia, innymi słowy – wprojektować w muzykę własny stan psychiczny [Cesarz 2003: 7–12]. Percepcja muzyki pobudza proces myślenia, a więc cały łańcuch operacji, który uwarunkowany jest pamięcią, wyobraźnią, spostrzeganiem, uwagą, odbiorem wrażeń natury estetycznej. Doznawanie intensywnych emocji głęboko poruszających sferę psychiczną doznają przywraca człowiekowi poczucie ładu i harmonii, poprawiając tym samym samopoczucie i nastrój [Janicki 1989: 85–93].

W trakcie afektywnego przeżywania muzyki mogą zostać przywołane wspomnienia – szczególnie te o dużym znaczeniu osobistym. Muzyka (określona fraza, melodia, piosenka) może zwiększać ich sensoryczną wyrazistość, dotrzeć zarówno do tych treści i uczuć, które były

źródłem głębokiego cierpienia, jak i przywołać piękne przeżycia związane na przykład z przyjaźnią czy ciepłem domowego ogniska. Skojarzenia powstałe pod wpływem muzyki mogą prowokować do refleksji nad życiem, istnieniem, swoim miejscem w świecie, mogą też zrodzić marzenia, a nawet zmotywować do działania: dobrze by było, gdyby również zmotywowały do zmiany stylu życia i odpowiedzialności za zdrowie.

Nie można też pominąć wyjątkowych pod względem jakości i intensywności innych doświadczeń związanych z przeżywaniem muzyki. Alf Gabrielsson, odwołując się do eksperymentu R. Panzarellego, zainspirowanego pojęciem doświadczenia szczytowego Abrahama Masłowa, wskazał na cztery główne elementy związane z silnym doświadczaniem muzyki: ekstazę odnowy (świat jest lepszy, piękniejszy), ekstazę motoryczno-czuciową (odczucie pulsowania, odurzenia, unoszenia się), ekstazę wycofania (świat wokół znika, jest tylko muzyka), ekstazę fuzji emocjonalnej (stopienie się z muzyką). Doświadczenie szczytowe określone zostało jako „intensywne, radosne doświadczenie”, ale wiemy, że muzyka może wywoływać także uczucia negatywne: niepokój, agresję, panikę, a nawet zawroty głowy i mdłości, dlatego w odniesieniu do przeżyć muzycznych pojęcie doświadczenia szczytowego zastępuje się pojęciem silnych doświadczeń muzyki. Lista aspektów związanych z silnym doświadczaniem muzyki jest długa: zaczyna się od reakcji fizjologicznych (cielesnych), poprzez różnorodne uczucia, doświadczanie idealnego piękna, aż do przeżyć o charakterze religijnym i egzystencjalnym [Gabrielsson 1991: 135–145].

Poziom społeczno-kulturowy

Muzyka jako język

Zapoczątkowane na przełomie XIX i XX wieku językoznawstwo objęło wszystkie systemy zdolne do komunikowania znaczeń, a więc i muzykę. Wyodrębniono nową dziedzinę o rodowodzie lingwistycznym – semiotykę muzyki, której szczytowy rozwój przypadł na lata 70. XX wieku.

Semiotyka to nauka o znakach, zajmująca się typologią znaków, ich funkcjonowaniem. Dzieli się na: semantykę – naukę o znaczeniach wyrazów; syntaktykę – naukę o budowie zdania; pragmatykę – naukę o stosunkach między znakami słownymi a ludźmi, którzy się nimi posługują [Syjud, Hermann 2003: 197–198]. Semiotyka muzyki zajmuje się badaniem struktury znaku muzycznego oraz znaczeniem muzyki w kontekście kultury i funkcji, jakie może pełnić, np.: komunikatywną, dydaktyczną [Fubini 2002: 504], akustyczną, hedonistyczną, emotywną, estetyczną [Kofin 2012: 30–47] oraz niewątpliwie terapeutyczną. Ze względu na różnorodność funkcji semiotykę muzyki zaczęto łączyć z innymi dziedzinami: psychologią muzyki, socjologią, muzykoterapią, psychologią percepcji [Fubini 2002: 506]. Dla muzykoterapii semiotyka jest ważna ze względu na funkcję poznawczą: znaczenia i symbole nadawane muzyce przez jednego człowieka/klienta pozwalają poznać i zrozumieć drugiego.

Spór o to, czy muzyka coś znaczy i coś wyraża, istnieje od czasów jej powstania i przewija się przez całą jej historię aż po dziś dzień [Nattanson 1992]. Dla jednych muzyka jest sztuką autonomiczną, która nie wyraża niczego poza sobą samą i odnosi się wyłącznie do siebie samej – jej piękno tkwi w jej strukturze (koncepcja absolutystyczna); dla drugich jest sztuką heteronomiczną – wyraża coś poza sobą samą, ma znaczenia desygnacyjne (łac. *designare* – wyznaczać, naznaczać [Kumanicki 1984: 215]) związane ze zjawiskami pozamuzycznymi, np. sferą duchową, uczuciami, zjawiskami przyrody itp. (koncepcja referencjalna). Tu należy przypomnieć, że techniki projekcyjne w muzykoterapii bazują na koncepcji referencjalnej [Cesarz 2003: 7–12]. Do tych dwóch przeciwstawnych stanowisk bardzo pięknie ustosunkował się wybitny polski muzykolog, krytyk i eseista Bohdan Pocij. Nie rozstrzygnął wprawdzie sporu, ale zajął isticie salomonowe stanowisko: „Muzyka niczego nie znaczy, tylko samą siebie. Na nic nie wskazuje, niczego nie symbolizuje, tylko same swoje dźwięki, struktury, konstrukcje i formy. O niczym nie mówi jak tylko o samej sobie. Niczego nie przedstawia, nie reprezentuje, tylko swe własne postacie, jest sztuką doskonałej immanencji. Ale muzyka może przecież znaczyć wiele i wiele symbolizować, o czymś mówić,

coś wyrażać i przedstawiać: człowieka, naturę, kosmos, Boga, rzeczywistość realną i idealną, świat i zaświat, widzialne i niewidzialne. Jest sztuką nieograniczonej transcendencji. O czym dowodnie świadczą jej dzieje, nie tylko w naszej europejskiej kulturze. A przy tym, co ciekawsze, semantyczność i asemantyczność muzyki nie kłócą się bynajmniej ze sobą: współistnieją w paradoksalnej zgodzie” [Pociey 2005: 169]. Te słowa należy pozostawić bez komentarza.

Potrójna kreacja, czyli muzyka jako transkulturowy kod

Muzyka powstaje dzięki twórczemu wysiłkowi kompozytora, powoływana jest do istnienia aktem twórczym i to aż trzykrotnie: po raz pierwszy, gdy powstaje w umyśle kompozytora i jest przez niego zapisana w postaci nut (pierwsza kreacja); po raz drugi, gdy jest wykonywana przez muzyków: solistów, orkiestrę, zespoły, chóry (druga kreacja); po raz trzeci, gdy słucha jej odbiorca – słucha tak, jak pozwala mu jego wrażliwość, wiedza, kultura muzyczna i aktualny stan psychiczny [Przychodzińska-Kaciczak 1984]. Ta potrójna kreacja muzyczna sprawia, że muzykę możemy nazwać sztuką dialogu i rozpatrywać ją w kategoriach relacji społecznych tworzących więzy międzyludzkie w trzech aspektach: 1. zbliżania odbiorców do twórców; 2. zespalania/zestrajania psychofizycznego, intelektualnego, emocjonalnego i duchowego ludzi wykonujących ten sam utwór, a więc tworzących artystyczną wspólnotę; 3. otwierania słuchaczy na świat różnych kultur: te same utwory muzyczne są przedmiotem percepcji estetycznej różnych grup społecznych, narodowości, odbiorców o różnym poziomie wykształcenia, z odmienną tożsamością, co umożliwi porozumienie i integrację społeczno-kulturową. Fenomen muzyki pozwala więc na przeżywanie jej piękna w sposób indywidualny, społeczny oraz transkulturowy. I dzieje się to również wtedy, gdy słuchamy muzyki w domowym zaciszu.

Sztuka muzyczna, przemawiając do wszystkich wrażliwych słuchaczy (a skoro „przemawia” to jest językiem), staje się artystycznym niewerbalnym kodem przekazującym znaczenia estetyczne, (poli)semantyczne, emocjonalne i intelektualne. Jest to możliwe, ponieważ język

muzyczny jest uniwersalny i zrozumiały (oczywiście najbardziej zrozumiały dla ludzi z tego samego kręgu kulturowego). I choć jest nieprzetłumaczalny na żaden język w znaczeniu systemu znaków, ludzie go rozumieją, tzn. interpretują muzyczny przekaz po swojemu, na miarę własnych kompetencji. Nicolas Ruwet, jeden z najbardziej znanych autoritetów w zakresie semiotyki muzycznej, choć wskazuje na trudności, jakie pojawiają się, kiedy stosujemy metody analizy lingwistycznej na polu muzyki, stoi na stanowisku, że „[...] muzyka jest językiem. Jest ona jednym z wielu systemów komunikowania, za pomocą których ludzie wymieniają między sobą znaczenia i skale wartości” [za: Fubini 2002: 505]. A Gino Stefani idzie jeszcze dalej, twierdząc, że „muzyka [...] podobnie jak język, gesty, obyczaje, sposoby ubierania się [...] słowem – różnorodne przejawy kulturowe [...] odzwierciedla kulturę. Zachodnią muzykę klasyczną i popularną, tradycyjną i nowoczesną, łącząc związek z otaczającą kulturą, ponieważ wszystkie te nurty zakorzenione są w jednym bądź w wielu systemach przyjętych konwencji” [za: Fubini 2002: 506]. Zatem muzyka jako transkulturowy i niewerbalny kod komunikuje za pomocą dźwięków niezliczone wartości, pośredniczy między światem wewnętrznym i zewnętrznym, jest częścią naszego życia, „echem” naszego ja.

Podstawy prawne do zastosowania muzykoterapii

Już w latach 70. XX wieku, kiedy to Aaron Antonovsky tworzył koncepcję salutogenezy, Tadeusz Natanson wiedział, że muzykoterapia może ułatwiać zdrowienie, ponieważ należy do tych metod, które oddziałują na całą osobę będącą jednością psychofizyczną, dlatego twierdził, że „[...] jest metodą postępowania wielostronnie wykorzystującą wieloraki wpływ muzyki na psychosomatyczny ustrój człowieka” [Natanson 1992: 51]. Ten „wieloraki wpływ muzyki”, o czym już wtedy pisał Andrzej Janicki – współtwórca „wrocławskiej muzykoterapii”, lekarz psychiatra stosujący muzykoterapię w przypadku osób zaburzonych psychicznie

[Janicki 1978: 37–49; 1989: 147–158], należało rozumieć jako: wzbudzenie emocji (ich rozpoznawanie, sterowanie nimi i odreagowywanie), inicjowanie kontaktów interpersonalnych, wpływanie na psychomotorykę (mobilizowanie do aktywności, uczenie relaksu, odprężenia), samopoczucie i nastrój, wzbogacanie osobowości i pomnażanie zasobu doświadczeń (np. poprzez doznania estetyczne) oraz wspomaganie metod diagnostycznych. Jednak o tym – korzystając z sugestii innych muzykoterapeutów – profesor Natanson napisał nieco później, w swojej drugiej książce pt. *Programowanie muzyki terapeutycznej* [Natanson 1992: 50–51]. Tu należy dodać, że w tym samym czasie Elżbieta Galińska z Instytutu Psychoneurologicznego w Warszawie (obecnie Instytut Psychiatrii i Neurologii), współpracująca wówczas z Zakładem Muzykoterapii, dostrzegając zależność muzykoterapii od psychoterapii, pracowała nad stworzeniem teoretycznych podstaw muzykoterapii, wywodząc je z kierunków psychoterapeutycznych [Galińska 1978: 81–98]. Muzykoterapię rozumiała jako „[...] działanie ukierunkowane na konkretne cele terapeutyczne, działanie systematyczne i metodyczne w ramach terapii kompleksowej, opartej na określonych założeniach teoretycznych” [Galińska 1978: 83]. Definicje te, należące do pierwszych na gruncie polskim, wzajemnie się uzupełniały, ale nie zawierały jeszcze pojęcia jakości życia, na którym w naszym kraju dopiero zaczęto się koncentrować, dostrzegając konieczność zhumanizowania opieki zdrowotnej i wdrożenia w jej ramach holistycznej koncepcji zdrowia, zgodnie z którą – jak wiemy – człowiek traktowany jest jak jedność biopsychospołeczna [Dziurowicz-Kozłowska 2002: 77–99].

Twórcy „Wrocławskiej Muzykoterapii”: prof. Tadeusz Natanson – kompozytor i pedagog oraz dr n. med. Andrzej Janicki – psychiatra, usilnie zabiegali o to, aby ta nowa wówczas dziedzina nauki została prawnie usankcjonowana. Ich wytrwałe starania zaowocowały wdrożeniem w życie w 1977 roku zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, w którym muzykoterapeutów określono jako absolwentów Akademii Muzycznych (dawniej PWSM) zatrudnionych przy terapii kompleksowej [Dziennik Urzędowy MZiOS 1977]. W tym miejscu koniecznie należy dopowiedzieć, że podstawą do zastosowania muzykoterapii w opiece

zdrowotnej są kryteria diagnostyczne wyszczególnione w ICD – Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Classification of Diseases and Related Health Problems*), obejmującej zaburzenia somatyczne i psychiczne (muzykoterapia w ICD odnotowana jest jako procedura nr 93.84 – terapia muzyką) oraz DSM – *Podręczniku diagnostyki i statystyki zaburzeń psychicznych* Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Kryteria diagnostyczne są wskazówką służącą określaniu celów terapeutycznych i tym samym podjęciu potencjalnie skutecznych działań metodami muzykoterapeutycznymi [Wigram i in. 2002: 15]. Oprócz placówek służby zdrowia muzykoterapia znajduje zastosowanie w szkolnictwie ogólnym, specjalnym, muzycznym, domach pomocy społecznej, placówkach rekreacyjnych, sportowych, zakładach penitencjarnych. Jej program dostosowuje się do realizowanego modelu terapii „w celu rozwoju wewnętrznego potencjału oraz rozwoju lub odbudowy funkcji jednostki tak, aby mogła ona osiągnąć lepszą integrację intra- i interpersonalną, a w konsekwencji lepszą jakość życia” [Szulc 2005: 16–17], lub inaczej: w celu „wspierania rozwoju pacjenta/klienta, korygowania, kompensowania jego zaburzeń, rozwijania kreatywności, a tym samym poprawiania jego szeroko rozumianego zdrowia i podwyższania jakości życia” [Cylulko 2011: 15]. Ponieważ obie definicje (Światowej Federacji Muzykoterapii [Szulc 2005: 16–17] oraz Krajowej Rady Muzykoterapii [Cylulko 2011: 15]) wskazują m.in. na jakość życia jako finalny element oddziaływań muzykoterapeutycznych, należy na krótko zatrzymać się przy tym pojęciu, gdyż wpisane jest ono w nurt salutogenezy.

Muzykoterapia a jakość życia

Jakość życia – rozumiana powszechnie jako stopień zaspokajania potrzeb materialnych i niematerialnych – dotyczy trzech głównych sfer aktywności człowieka: fizycznej, psychicznej i społecznej. Pojęcie

jakości życia najintensywniej rozwija się na gruncie nauk zajmujących się zdrowiem człowieka i najczęściej koncentruje się wokół: osób przewlekłe chorych, wartości życia osób nieuleczalnie chorych oraz opieki zdrowotnej, choć mówi się również o ogólnej jakości życia przeciętnego człowieka [Dziurawicz-Kozłowska 2002]. W ciągu ostatnich lat podejmowano wiele prób dookreślenia znaczenia tego pojęcia, które jest subiektywne i zmienia się w zależności od czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Sformułowana w 1947 roku przez Światową Organizację Zdrowia definicja, głosząca, że „zdrowie to stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby czy niepełnosprawności” [Dziurawicz-Kozłowska 2002: 80], odnosi się właśnie do tych obszarów, które przynależą do jakości życia. Nasuwa się jednak pytanie: czy tylko fizyczna, psychiczna i społeczna aktywność człowieka, czyli jego dobrostan, decyduje o jakości jego życia? Kiedy sięgniemy do literatury z tego zakresu, sprawa staje się o wiele bardziej skomplikowana, ponieważ jakość życia to pojęcie wieloznaczne i o dużo szerszym zasięgu niż wyżej zacytowana koncepcja zdrowia, choć niewątpliwie stopień ogólnego dobrostanu świadczy o wysokiej jakości życia. Większość definicji jakości życia jest dostosowana do konkretnego paradygmatu badawczego, dlatego ogranicza się do kilku wybranych aspektów, np.: wartości materialnych, szczęścia, satysfakcji życiowych itd. Jeśli przyjmiemy, że „jakość życia to bilans emocjonalny, przy czym przewaga emocji pozytywnych oznacza wysoką jakość życia” [Dziurawicz-Kozłowska 2002: 82], to muzykoterapię – jako mistrzynię wzbudzania emocji – będzie można odnieść do działań o charakterze psychoprofilaktycznym, na przykład wspomagających metody wychowawcze (zespoły muzyczne) bądź te, które realizowane są w leczeniu uzdrowiskowym (zabiegi lecznicze [Cesarz 2013]). W tym przypadku muzykoterapeucie – przynajmniej z pozoru – nietrudno będzie zapewnić komfort psychiczny, dbając o jak największą ilość pozytywnych przeżyć emocjonalnych. Jednakże jakość życia uwarunkowana jest wieloma czynnikami, na które muzykoterapia nie ma wpływu, na przykład: finanse, brak mieszkania, życie osobiste – tego z oczywistych względów nie może zapewnić. Może jednak mieć wpływ

na spostrzeganie życia – zarówno w zdrowiu, jak i w chorobie – przez pryzmat sztuki muzycznej.

Dochodzimy więc do pojęcia jakości życia, która uwarunkowana jest stanem zdrowia, a definiowana jako „sposrzegany przez pacjenta wpływ choroby i przebiegu jej leczenia na funkcjonowanie ogólne i poczucie satysfakcji życiowej” [Dziurawicz-Kozłowska 2002: 87]. W tym przypadku pojęcie jakości życia uwarunkowane jest subiektywną perspektywą choroby, kontrolą nad chorobą i metodami leczenia oraz aktualnym stanem funkcjonowania, bo to właśnie te czynniki dają poczucie zadowolenia. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia dotyczy czterech wymiarów, na które muzykoterapia może mieć wpływ: stanu fizycznego i sprawności ruchowej (muzyka może wspomagać aktywność ruchową, dostarczać energii, witalności); stanu psychicznego (muzyka może redukować stres, obniżać lęk, wpływać na nastrój, wzbudzać pozytywne emocje, budzić nadzieję); sytuacji społecznych (muzyka może prowokować do dyskusji, zachęcać do relacji z innymi, do budowania więzi); warunków ekonomicznych oraz doznań somatycznych (muzyka może uśmierzać ból, odwracać uwagę od bólu, cierpienia, choroby – nie poprawi jednak warunków ekonomicznych). Co może zatem muzykoterapeuta? Myślę, że powinien on ustalić cele swoich działań z innymi specjalistami, wybrać jak najkorzystniejsze metody pracy obejmujące nie tylko działania *stricte* muzykoterapeutyczne, ale również inne formy aktywności: zarówno muzycznej (chóry, zespoły muzyczne), jak i pozamuzycznej (taniec, plastyka, film itp.), redukujące negatywne skutki stresu, długotrwałej opieki lekarskiej, izolacji, samotności oraz podmiotowo traktować każdego pacjenta/klienta, uwzględniając jego potrzeby. Idea upodmiotowienia (*empowerment*) to budowanie doświadczeń emocjonalnych i społecznych, to doświadczanie więzi z innymi, kształtowanie nowych wartości, poczucia sensu życia, to wspieranie zasobów człowieka zarówno w kontekście środowiskowym, jak i kulturowym [zob. Kukiełczyńska-Krawczyk 2013: 177–179]. Takie podejście z pewnością korzystnie wpłynie na psychofizyczną i społeczną aktywność człowieka oraz subiektywne przeżycia, sprawiając, że nawet w chorobie będzie on postrzegał swoje życie jako pozytywne, co zaowocuje poczuciem jego dobrej jakości.

Klasyfikacja muzykoterapii według Cheryl Dileo Maranto

Jak wiemy, muzykoterapia praktykowana jest w niezliczonej ilości ośrodków terapeutycznych na świecie. Szeroki obszar oddziaływań muzykoterapii sprawił, że wielu muzykoterapeutów podejmowało próby jej klasyfikacji. Należy do nich prof. Cheryl Dileo Maranto z Temple University w Filadelfii (w Polsce – na podłożu koncepcji psychologicznych – klasyfikacji kierunków teoretycznych muzykoterapii dokonała dr Elżbieta Galińska z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie [Galińska 1978: 12]). Odwołując się do doświadczeń osób prowadzących muzyczną terapię w różnych ośrodkach na obu półkulach, Maranto zestawiała wszystkie kierunki, rodzaje, metody i techniki wykorzystywane w międzynarodowej praktyce [Maranto 1993: 27]. Nie wskazała, które z nich można zastosować w danej grupie pacjentów – wybór pozostawiła osobie prowadzącej muzykoterapię, zakładając, że to ona zna najlepiej specyfikę leczenia w danym ośrodku i potrzeby chorych. Wyodrębniła natomiast trzy uzupełniające się systemy klasyfikacyjne. Każdy z nich (oznaczony niżej jako A, B i C) jest teoretycznie możliwy do zastosowania w przebiegu działań biopsychologicznych, psychoterapii muzycznej, psychoprofilaktyce, treningach rehabilitacyjnych, w postępowaniu paliatywnym, a także w wychowaniu, rozwijaniu osobowości oraz aktywizowaniu i uczeniu określonych zachowań.

A. Szkoły praktyczne

W ramach pierwszego systemu, czyli tzw. „szkół praktycznych”, Maranto wyróżniła m.in.:

1. muzykoterapię diagnostyczną (oceniającą wrażliwość na dźwięki, muzykę, barwę instrumentów, gust muzyczny, interakcje pacjenta z muzyką, z terapeutą);
2. muzykoterapię edukacyjno-rozwojową (muzyka pomaga w optymalizacji rozwoju osób odbiegających od normy, hamuje regres, podtrzymuje, wspiera inne terapie);

3. muzykoterapię rehabilitacyjną (muzyka stosowana jest jako pomoc w odzyskaniu sprawności motorycznych, poznawczych, komunikacyjnych oraz w zaakceptowaniu aktualnej sytuacji chorego);
4. muzykoterapię behawioralną (muzyka wspomaga i modyfikuje zachowania, które wymagają ingerencji, np.: zmniejsza negatywne skutki stresu, pomaga w osiągnięciu i utrzymaniu stanu relaksu, uczy odreagowywania negatywnych emocji i tym samym wpływa na zmianę nieprawidłowych zachowań, poprawia komunikację z otoczeniem);
5. muzykoterapię psychoterapeutyczną, m.in.: psychoanalityczną, poznawczo-behawioralną, humanistyczno-egzystencjalną (muzykę wykorzystuje się pomocniczo w celu rozwiązywania problemów psychologicznych np.: dotarcia do nieświadomych uczuć, poznania i odreagowania emocji, korekty zachowania, kształtowania pozytywnego obrazu siebie i świata, uwrażliwiania na piękno, wzbogacania życia duchowego, rozwijania potencjału i tym samym pomnażania naturalnych zasobów zdrowotnych);
6. muzykoterapię profilaktyczną (muzyka wykorzystywana jest w celach zapobiegawczych problemom natury psychologicznej, społecznej, fizycznej, poznawczej, komunikacyjnej i duchowej; stymuluje rozwój zainteresowań i dostarcza pozytywnych przeżyć, uczy form rekreacji i atrakcyjnie wypełnia czas);
7. muzykoterapię paliatywną (muzyka wspomaga pacjentów w ostatnich chwilach życia).

B. Poziomy praktyk

Drugi system klasyfikacyjny dotyczy zakresu interwencji, czyli szerokości i głębokości oddziaływania muzykoterapii i rozpatrywany jest na trzech poziomach:

1. wspomagającym (muzykoterapia jest elementem uzupełniającym inne formy leczenia, terapeuta pracuje samodzielnie i niezależnie od innych fachowców);
2. głębokim (muzykoterapeuta samodzielnie określa cele terapii, pracuje nad osiągnięciem głębokich zmian w zdrowiu/funkcjonowaniu chorego, oddziałuje na wszystkie aspekty jego stanu zdrowia);

3. ogólnym/szerokim (muzykoterapeuta ustala cele wraz z innymi fachowcami i pracuje nad problemami chorego, wspomagając inne metody terapii).

C. Kategorie doświadczeń muzycznych

Trzeci system klasyfikacyjny dotyczy stosowania podstawowych technik muzykoterapii (kategorii muzycznych doświadczeń). Tutaj Maranto wyróżniła sześć podstawowych grup:

1. Techniki receptywne – związane ze słuchaniem muzyki mechanicznej, na żywo bądź improwizowanej, a wśród nich m.in.:
 - > wolnych i kierowanych skojarzeń – zachęca się słuchaczy do wypowiedzenia wszystkich skojarzeń i wyobrażeń powstałych pod wpływem muzyki bądź wyzwala wyobrażenia wywołane wcześniej zadanym tematem po to, aby pobudzić emocje, wyobraźnię, myślenie;
 - > empatycznego słuchania – dobiera się muzykę pasującą do nastroju i doświadczeń muzycznych pacjenta po to, by móc lepiej wejść w świat jego emocji i przeżyć i nawiązać z nim dobrą relację terapeutyczną;
 - > reminescencyjne – dobiera się muzykę w celu wyzwalania wspomnień dotyczących przeżyć, uczuć, osób, miejsc, które staną się podstawą do rozmów i dyskusji;
 - > muzycznej analgezji – odwraca się uwagę od bólu oraz zwiększa tolerancję na ból;
 - > relaksacyjne – wyzwala się reakcje odprężania w celu wyciszenia, relaksu, zdobycia umiejętności świadomego wpływania na własny organizm.
2. Techniki odtwórcze – związane z odtwarzaniem muzyki: np. śpiewem bądź grą na instrumentach w celu poprawy nastroju, współdziałania, nawiązania dobrych relacji społecznych itp.
3. Techniki improwizacyjne – związane ze spontanicznym tworzeniem muzyki: wokalnie, instrumentalnie; indywidualnie, z terapeutą, z grupą; w sposób swobodny lub na określony temat, np. zainspirowany poezją, aktualnym nastrojem, w celu pobudzenia fantazji, ekspresji, odreagowania emocji, twórczego wyrażania siebie.

4. Techniki kompozytorskie – związane z tworzeniem muzyki instrumentalnej, wokalne, melodii do tekstów lub tekstów do melodii, wideoklipów (z pomocą terapeuty bądź technologii informatycznej). Przyjmuje się założenie, że komponowanie jest formą terapii. Techniki te stosuje się u pacjentów mających przygotowanie muzyczne.
5. Techniki aktywne – skoncentrowane na doświadczaniu i czynnościach, przy czym terapeuta przygotowuje gry i zabawy muzyczne mające na celu uaktywnienie pożądanых zachowań, które stają się zaczynem korzystnych zmian w zakresie funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego, społecznego oraz komunikacji interpersonalnej.
6. Techniki kombinowane – w których łączy się różne aktywności muzyczne z innymi dziedzinami: tańcem, poezją, teatrem, plastyką, np. w celu rozbudzania zainteresowań sztuką.

Muzykoterapeuta i pacjent/klient

Rozpoczynając pracę z pacjentem lub grupą, muzykoterapeuta powinien umieć określić cel swoich oddziaływań, wykorzystując diagnozy innych specjalistów oraz posiadać umiejętność diagnozowania chorego pod względem potrzeb muzykoterapii. Powinien też zastanowić się nad rodzajem muzykoterapii, zakresem interwencji oraz wybrać najkorzystniejsze techniki. Współpraca z zespołem terapeutów różnych specjalności to kolejny warunek dobrej pracy, to szukanie swojego miejsca w hierarchii zawodów promujących zdrowie. Inicjatywa spotkania z chorym zawsze powinna wychodzić od terapeuty, ale to chory zdecyduje, czy chce wziąć udział w zajęciach. Na początku pobytu w ośrodku terapeutycznym (szpitalu, szkole, sanatorium itp.) podopieczny może czuć się zagubiony i bezradny, dlatego pierwszy kontakt z muzykoterapią powinien rozpocząć się od rozmowy na temat jego samopoczucia i aktualnych problemów, a nie od słuchania muzyki (chyba że pacjent nie chce rozmawiać). Ten pierwszy kontakt w dużym stopniu determinuje chęć udziału w zajęciach i ich dalszy przebieg, dlatego ważne jest, aby po rozmowie wstępnej zaproponować

odpowiedni (zgodny z preferencjami chorego) program muzyczny. A to bywa czasami trudne, ponieważ percepcja muzyki w chorobie jest lub może być inna niż percepcja muzyki w okresie zdrowia, co wynika na przykład ze złego samopoczucia, głębokiego przeżywania choroby, problemów natury osobistej itp. Pamiętajmy też, że istnieje grupa ludzi całkowicie niewrażliwych na muzykę, nieodczuwających jej piękna, dlatego te osoby nie będą entuzjastami muzykoterapii i należy to uszanować. Szczególnie młodzi adepci muzykoterapii powinni sobie uświadomić, że nie wszyscy kochają muzykę tak jak oni, że niektórym osobom muzyka jest obojętna i że nie można nawiązać z nimi głębszego kontaktu poprzez muzykę – chodzi tu o indywidualny kontakt z chorym, który po raz pierwszy spotyka się z muzykoterapią, natomiast pacjenci, którzy przez dość długi czas poddawani byli muzykoterapii (np. osoby z dziennych oddziałów psychiatrycznych bądź osoby niepełnosprawne intelektualnie), traktują ją jako bardzo atrakcyjną formę zajęć [Cesarz 2010: 105–112].

Muzykoterapeuta towarzyszący człowiekowi w chorobie, tworząc z nim autentyczny i żywy związek osobowy, może pomóc mu w zdrowieniu. Dzięki jego działaniom pacjent/klient może być mniej podatny na stres, zdobyć większą pewność siebie, otwartość i być bardziej zintegrowany osobowościowo. Pozytywne przeżycia sprawiają, że nawet w chorobie człowiek będzie miał poczucie dobrej jakości życia. Tu należy podkreślić, że efekty muzykoterapii nie zależą od samego muzykoterapeuty, jego doświadczenia czy użytych technik, ale również od samego pacjenta/klienta: jego stosunku do muzykoterapii, cech osobowości, dojrzałości, zdolności do współpracy na poziomie werbalnym i emocjonalnym, a więc od tych czynników, które decydują o sukcesie terapeutycznym.

Podsumowanie

Na podstawie powyższych rozważań sędzę, że możliwa jest odpowiedź na postawione we wstępie pytania, odnoszące się do salutogenetycznej koncepcji Aarona Antonovsky'ego.

Muzykoterapia wzmacnia zasoby odpornościowe, ponieważ: wzbudza pożądane emocje, uczy rozpoznawania własnych emocji, wzbogaca i kształtuje sferę emocjonalną, uczy kontroli nad emocjami, prowokuje do kontaktów z innymi, udziela wsparcia społecznego, zaspokaja potrzebę afiliacji.

Muzykoterapia redukuje stres, ponieważ umożliwia odreagowanie napięć psychofizycznych i tym samym poprawia samopoczucie, przywraca wewnętrzny ład, harmonię ciała i umysłu.

Muzykoterapia wzmacnia motywację do zachowań prozdrowotnych dzięki:

- > aktywności psychomotorycznej (np. prostym ćwiczeniom rytmiczno-ruchowym do muzyki lub grze na instrumentach);
- > treningowi aktywności psychicznej (koncentracji uwagi na muzyce, pobudzaniu myślenia, zapamiętywania, uruchamianiu wyobraźni i fantazji);
- > dostarczaniu radości/satysfakcji z przeżyć estetycznych wywołanych słuchaniem muzyki.

Muzykoterapia wzmacnia poczucie koherencji dzięki:

- > kształtowaniu pozytywnego obrazu świata, pobudzaniu do autorefleksji i refleksji nad sensem istnienia – muzyka jest sztuką transcendentną;
- > rozbudzaniu zainteresowań muzyką i innymi dziedzinami sztuki – warto się rozwijać oraz warto inwestować we własne zdrowie; warto je prezentować otoczeniu nie tylko poprzez zgrabną sylwetkę, ale również poprzez aktywność kulturalną (zob. zdrowie jako performens – prezentacja; kultura jako sposób życia [Szulc 2005: 45]).

Nie podlega dyskusji, że muzykoterapia odkrywa możliwości człowieka, jego potencjał, wskazuje na jego zasoby zdrowotne oraz uczy, jak radzić sobie ze stresem na co dzień. Ukierunkowana na przeżycia estetyczne wzbogaca wewnętrznie i zachęca do refleksji nad życiem i sensem istnienia – otwiera na świat. Bez wątplenia jest metodą wspomagającą salutogenezę.

Bibliografia

- Bilikiewicz Adam, Strzyżewski Włodzimierz, *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa 1992.
- Bruscia Kenneth, *Defining Music Therapy*. Spring City 1989.
- Burns Jason L., Labbe Elise, Arke Brook, Capeless Kristen, Cooksey Bret, Steadman Angel, Gonzales Chris, *The effects of different types of music on perceived and physiological measures of stress*. „Journal of Music Therapy” 2002, nr 39, s. 101–116.
- Cesarz Helena, „Co ułatwia stawanie się zdrowszym?” *Przyczynek do dyskusji nad zastosowaniem muzykoterapii w lecznictwie uzdrowiskowym*. W: *Znaczenie muzykoterapii w procesie leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji*. Szymon Kubiak (red.). „Zeszyty Naukowo-Historyczne Towarzystwa Przyjaciół Ciechocinka” 2013, nr 3, s. 135–152.
- Cesarz Helena, *Piękno zawodu muzykoterapeuty*. W: *Muzykoterapia tożsamość – transgresja – transdyscyplinarność*. Paweł Cylulko, Joanna Gładyszewska-Cylulko (red.). Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, Stowarzyszenie Muzykoterapeutów Polskich. Wrocław 2010, s. 105–112.
- Cesarz Helena, *Psychoterapeutyczna wartość referencjalnego znaczenia muzyki*. „Muzykoterapia Polska” 2003, t. 2, nr 3–4 (7–8), s. 7–12.
- Cylulko Paweł, *Projekt ustawy o zawodzie muzykoterapeuty. Materiały do konsultacji środowiskowej*. Stowarzyszenie Muzykoterapeutów Polskich Zarząd Główny. Wrocław 2011.
- Dziennik Ustaw MZiOS (1977). Warszawa, 12 lipca 1977 r. nr 10, poz. 29–33, paragraf 32, zarządzenie MZiOS z dnia 28 czerwca.
- Dziurówicz-Kozłowska Agnieszka, *Wokół pojęcia jakości życia*. „Psychologia Jakości Życia” 2002, t. 1, nr 2, s. 77–99.
- Fubini Enrico, *Historia estetyki muzycznej*. Musica Iagellonica 2002, Seria C, t. 2.
- Gabrielsson Alf, *Badanie doświadczenia muzycznego w psychologii muzyki*. W: *Psychologia muzyki. Problemy, zadania, perspektywy*. Kacper Miklaszewski, Maria Meyer-Borysewicz (red.). Akademia Muzyczna im. Fryderyka Chopina w Warszawie. Warszawa 1991, s. 135–145.
- Galińska Elżbieta, *Muzyka w terapii. Fizjologiczne i psychologiczne mechanizmy jej działania*. W: *Człowiek–muzyka–psychologia. Książka dedykowana Profesor Marii Manturzewskiej*. Wojciech Jankowski, Barbara Kamińska, Andrzej Miśkiewicz (red.). Akademia Muzyczna im. Fryderyka Chopina, Katedra Psychologii Muzyki. Warszawa 2000, s. 473–485.
- Galińska Elżbieta, *Podstawy teoretyczne muzykoterapii*. W: *V Ogólnopolskie Spotkanie Współpracowników Zakładu Muzykoterapii (13–14 listopada 1976)*. Tadeusz

- Natanson, Grażyna Pstrokońska-Nawratil (red.). „Zeszyt Naukowy Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu” 1978, nr 17, s. 81–98.
- Galińska Elżbieta, *Z zagadnień muzykoterapii*. W: *Wybrane zagadnienia z psychologii muzyki*. Maria Manturzewska, Halina Kotarska (red.). Warszawa 1990, s. 217–238.
- Janicki Andrzej, *O potrzebie wprowadzenia muzykoterapii do leczenia*. W: *Arterapia (sesja naukowa w Radziejowicach k/Warszawy w dniach 16–18 marca 1989 r.)*. Leon Hanek, Maria Pasella (red.). „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu” 1989, nr 48, s. 85–93.
- Janicki Andrzej, *Percypowanie muzyki przez chorych na schizofrenię*. Tadeusz Natanson, Grażyna Pstrokońska-Nawratil (red.). „Zeszyt Naukowy Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu” 1978, nr 17, s. 147–158.
- Janicki Andrzej, *Zaburzenia napędu a muzykoterapia*. Tadeusz Natanson, Grażyna Pstrokońska-Nawratil (red.). „Zeszyt Naukowy Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu” 1975, nr 9, s. 37–49.
- Janiszewski Mirosław, Natanson Tadeusz, *Ocena wpływu wybranych utworów muzycznych na zachowanie się ciśnienia tętniczego krwi i EKG u osób zdrowych*. Tadeusz Natanson, Grażyna Pstrokońska-Nawratil (red.). „Zeszyt Naukowy Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu” 1975, nr 9, s. 57–66.
- Kierył Maciej, *Muzyka w sali intensywnej opieki medycznej*. W: *VIII Ogólnopolskie Spotkanie Współpracowników Zakładu Muzykoterapii przy Katedrze Kompozycji i Teorii Muzyki (24–25 listopada 1980)*. Tadeusz Natanson (red.). „Zeszyt Naukowy Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu” 1980, nr 24, s. 255–267.
- Klimas-Kuchtowa Ewa, *Muzyka a ruch*. „Muzykoterapia Polska” 2003, t. 2, nr 3/4 (7/8), s. 25–31.
- Klimas-Kuchtowa Ewa, *Różne spojrzenia na muzykę, wymagania wobec muzykoterapii i muzykoterapeuty*. W: *Arteterapia w medycynie i edukacji*. Wiesław Karolak, Barbara Kaczorowska (red.), Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi. Łódź 2008, s. 93–97.
- Kofin Ewa, *Muzyka wokół nas*. Wydawnictwo UW. Wrocław 2012.
- Kopaliński Władysław, *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*. Wiedza Powszechna. Warszawa 1975.
- Krout Robert E., *Music listening to facilitate relaxation and promote wellness: Integrated aspects of our neurophysiological responses to music*. „The Arts in Psychotherapy” 2007, Vol. 34, No. 2, s. 134–141.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, *Muzyka w promocji zdrowia*. W: *Znaczenie muzykoterapii w procesie leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji*. Szyman Kubiak (red.). „Zeszyty Naukowo-Historyczne Towarzystwa Przyjaciół Ciechocinka” 2013, nr 3, s. 173–185.

- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, *Współczesne badania nad zastosowaniem muzyki w medycynie*. W: *Arteterapia w medycynie i edukacji*. Wiesław Karolak, Barbara Kaczorowska (red.). Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi. Łódź 2008, s. 113–117.
- Kumaniecki Kazimierz, *Słownik łacińsko-polski według słownika Hermana Mengego i Henryka Kopii*. Warszawa 1984.
- Maranto Cheryl Dileo, *Music Therapy Clinical Practice: A Global Perspective and Classification System*. W: *Music Therapy. International Perspectives*. Cheryl Dileo Maranto (red.). Pennsylvania 1993, s. 683–706.
- Metera Anna, *Muzykoterapia w medycynie i edukacji*. Leszno 2006.
- Metera Anna, Metera Artur, *Zmiany temperatury ciała jako pomiar wielkości reakcji emocjonalnej występującej pod wpływem słuchanej muzyki u człowieka*. W: *VII Ogólnopolskie Spotkanie Współpracowników Zakładu Muzykoterapii (25–27 listopada 1978)*. Maria Pasella (red.). „Zeszyt Naukowy Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu” 1979, nr 22, s. 117–129.
- Metera Anna, Metera Artur, *Zmniejszenie minutowego zużycia tlenu i podstawowej przemiany materii u człowieka pod wpływem muzyki*. Tadeusz Natanson, Grażyna Pstrokońska-Nawratil (red.). „Zeszyt Naukowy Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu” 1975, nr 9, s. 97–105.
- Michalak Alicja, *W drodze do zdrowia – koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji Aarona Antonovsky’ego*. Trzcieniecka-Green Anna (red.). *Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych*. Kraków 2006, s. 127–146.
- Miluk-Kalasa Barbara, Matejek Mirosław, Stupnicki Romuald, *The effects of music listening on changes in selected physiological parameters in adult pre surgical patients*. „Journal of Music Therapy” 1996, nr 33, s. 208–218.
- Natanson Tadeusz, *Programowanie muzyki terapeutycznej. Zarys podstaw teoretycznych*. Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Wrocław 1992.
- Natanson Tadeusz, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*. Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1979.
- Pociej Bohdan, *Z perspektywy muzyki. Wybór szkiców*. Warszawa 2005.
- Przychodzińska-Kaciczak Maria, *Zrozumieć muzykę*. Warszawa 1984.
- Syjud Jerzy, Hermann Krzysztof, *Słownik filozoficzny*. Katowice 2003.
- Szule Wita, *Muzykoterapia jako przedmiot badań i edukacji*. Lublin 2005.
- Wang Shu-Ming, Kulkarni Lina, Dolev Jackquelin, Kain Zeev N., *Music and Preoperative Anxiety: A Randomized, Controlled Study*. „Anesthesia and Analgesia” 2002, Vol. 94, s. 1489–1494.
- Wigram Tony, Pedersen Inge Nygaard, Bonde Lars Ole (2002), *A comprehensive Guide to Music Therapy. Theory, Clinical Practice, Research and Training*. London and Philadelphia 2002.

- Zathey-Tom Irena, *Muzykoterapia w przebiegu porodu jako jeden z elementów psychoprofilaktyki okołoporodowej*. W: *Muzykoterapia w agresji, lęku i cierpieniu. Międzynarodowe Jubileuszowe Sympozjum Muzykoterapii (20–21 listopada 1998)*. Sławomir Sidorowicz, Paweł Cylulko (red.). „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu” 2000, nr 76, s. 179–183.
- Zboralski Krzysztof, Florkowski Antoni, Talarowska-Bogusz Monika, Macander Marian, Szubert Sławomir, Gałęcki Piotr, *Salutogeneza – rozszerzenie możliwości dla lekarza*. „Polski Mercuriusz Lekarski” 2008, XXV, Suppl. 1, 47, s. 47–48.
- Zimbardo Philip G., *Psychologia i życie*. Warszawa 1999.

HELENA CESARZ – doktor nauk o kulturze fizycznej, muzykoterapeutka, pedagog muzyczny, absolwentka Wydziału Wychowania Muzycznego oraz Podyplomowych Studiów Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, pracownik dydaktyczny Zakładu Muzykoterapii wrocławskiej Akademii Muzycznej. Od 1999 roku kierownik Podyplomowych Studiów Muzykoterapii, współzałożycielka oraz wiceprzewodnicząca Zarządu Głównego Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich pięciu kadencji (obecnie skarbnik). Podczas długoletniej pracy zawodowej prowadziła muzykoterapię z osobami zaburzonymi psychicznie, chorymi na serce, niepełnosprawnymi ruchowo oraz seniorami. Autorka licznych publikacji poświęconych muzykoterapii.

MIEJSCE DIAGNOZY MUZYKOTERAPEUTYCZNEJ W DIAGNOSTYCE PSYCHOPEDAGOGICZNEJ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ WZROKOWĄ

Joanna Gładyszewska-Cylulko » Uniwersytet Wrocławski

» **Streszczenie:** Autorka omawia w artykule zagadnienie miejsca diagnozy muzykoterapeutycznej w diagnostyce psychopedagogicznej osób z niepełnosprawnością wzrokową. Przybliżyła informacje dotyczące diagnostyki psychopedagogicznej, odnosząc się do szeroko pojętego kontekstu przemian w następstwie pojawiania się nowych paradygmatów w pedagogice specjalnej i psychologii klinicznej. Omawia zagadnienie diagnozy funkcjonalnej, charakteryzuje wykorzystanie metod projekcyjnych. Podkreśla potrzebę diagnozy muzykoterapeutycznej i jej miejsce w różnych etapach wieloaspektowego i interdyscyplinarnego procesu diagnostycznego.

Słowa kluczowe: diagnoza, muzykoterapia, osoby z niepełnosprawnością wzrokową, pedagogika specjalna, tyflopädagogika. «

Pojęcie „diagnoza” jest wieloznaczne, najczęściej jednak występuje w dwóch znaczeniach. W pierwszym jako rozpoznanie (*diagnosis*), efekt pewnego zaplanowanego procesu. W drugim zaś jako diagnozowanie (*assessment*) nieograniczające się do prostego przeprowadzenia badań i opisu wyników, ale będące złożonym procesem obejmującym sformułowanie pytań diagnostycznych, wybór odpowiednich narzędzi,

zbieranie danych, ich ocenę i interpretacje, a na końcu sformułowanie odpowiedzi na pytanie diagnostyczne. Taka odpowiedź bywa zresztą nierzadko punktem wyjścia do formułowania kolejnych hipotez, które są poddawane weryfikacji w kolejnych badaniach [Stemplewska-Żakowicz 2009: 15]. Ten drugi sposób rozumienia diagnozy jest mi bliższy i w takim kontekście pragnę kontynuować rozważania.

Obecnie w pedagogice specjalnej podkreśla się znaczenie wieloaspektowej, zintegrowanej i zindywidualizowanej diagnozy. W działaniach praktycznych odchodzi się od diagnozy medycznej na rzecz diagnozy funkcjonalnej. Proces ten, jak wiele innych procesów we współczesnej pedagogice specjalnej, jest wynikiem zmiany jej paradygmatów. Według Ireny Obuchowskiej [1987: 29] mówimy dziś o paradygmacie biograficznym, który polega na ujmowaniu człowieka z niepełnosprawnością w kontekście jego życia, zdobywanych doświadczeń, celów, do których dąży. Paradygmat ten zastępuje paradygmat medyczny, co widać także w podejściu do diagnozowania. Innym paradygmatem, który oddziałuje korygująco na współczesne podejście do diagnozy, jest proponowany przez Irenę Obuchowską paradygmat pozytywnego ukierunkowania osób niepełnosprawnych. Jego rezultatem jest zwracanie uwagi na mocne strony diagnozowanej osoby, ujmowanie ich na równi z nieprawidłowościami. Może to wpływać na uzyskanie pełniejszego spojrzenia i uniemożliwić postrzeganie człowieka przez pryzmat jego niedoskonałości. Kolejny z paradygmatów – paradygmat podmiotowości sprzyja docenianiu metod hermeneutycznych i pogłębionej analizy w celu diagnozy problemu. Paradygmat pojęciowy umożliwia dostrzeganie, iż pojęcia bywają względne i zmienne, a terminologia związana z niepełnosprawnością wymaga uaktualniania. Tak więc w procesie diagnozowania raczej unika się etykietowania, zwłaszcza że istniejący paradygmat antystygmatyzujący sprzyja ostrożności w stosowaniu porównywania do różnie rozumianej normy.

Diagnoza jest reprezentacją paradygmatu, jest ona (podobnie jak terminologia) silnie powiązana z panowaniem określonego podejścia zarówno w pedagogice specjalnej, jak i życiu społecznym. To dzięki niej określa się standardy i warunki normalności, to ona kształtuje społeczny paradygmat Innego. Pedagodzy specjali borykają się dziś z dwojakiego

rodzaju problemami. Po pierwsze, choć wielu z nich wykazuje zrozumienie i zgodę na przyjęcie nowego paradygmatu, to ich metody, wiedza, a nierzadko i wymagania ustawowe są pod wpływem poprzedniego, ustępującego paradygmatu, co utrudnia pojawienie się nowego. Po drugie, w pedagogice specjalnej wciąż jeszcze utrzymują się dążenia do maksymalizowania działań rewalidacyjnych i oczekiwania, że rezultaty tych działań będą widocznie podczas oceny według ścisłych kryteriów. Takich danych umożliwiających parametryzację oddziaływań dostarcza paradygmat tradycjonalistyczny [Krause 2010: 105–108].

Idee humanistyczne czy emancypacyjne, ugruntowujące się we współczesnym świecie, przyczyniają się do dążenia do uzyskania indywidualnego spojrzenia na świat, zaakceptowania inności (na przykład w podejściu do wykorzystywanych metod badawczych), poznania rzeczywistości drugiego człowieka, jego niepowtarzalności, wyjątkowości. „Paradygmat emancypacyjny to [...] odejście od dominacji metod i środków w życiu osoby niepełnosprawnej na rzecz jej woli, decyzji i wyborów” [Krause 2010: 210]. Jednak procesy zachodzące w naszej rzeczywistości postmodernistycznej sprawiają, że jego przyjęcie nie jest łatwe. Podmiot emancypacji nie jest jasno określony, może ona mieć wymiar indywidualny i zbiorowy, może aktywizować tych, którzy doświadczają nierówności społecznej, jak i tych, którzy takich doświadczeń nie mają, ale idea uniezależniania się i podmiotowości w wyborach jest im bliska. Brak jest także wyraźnego określenia, ku czemu jednostka emancypuje. Wieloznaczność i zróżnicowanie świata widzianego z perspektywy postmodernistycznej może także powodować lęk i niepełność, wzmacniane jeszcze przez napięcie między modernistycznymi instytucjami a przejawami postmodernistycznej kultury i ekonomii [Czerepaniak-Walczak 2006: 31–49].

Warto wspomnieć, że procesy kulturowo-społeczne zachodzą w bardzo wolnym tempie, tak więc zdarza się nierzadko, że w naukach humanistycznych i społecznych nadal spotyka się zdecydowanych zwolenników paradygmatu medycznego. Medyczny aspekt diagnozy wciąż popularny jest na przykład w psychologii klinicznej. Model diagnozy nozologicznej, funkcjonujący od dawna w psychologii, sprzyjał koncentrowaniu się na symptomach zaburzeń czy też ich konfiguracjach. Zresztą celem takiej

diagnozy było rozpoznanie określonej jednostki chorobowej. W takim modelu zwraca się uwagę na powtarzalność pewnych konfiguracji objawów, co ułatwia ich nazwanie i traktowanie jako odrębnego bytu. Model ten napotyka krytykę przede wszystkim zwolenników psychologii humanistycznej. Uważają oni między innymi, że podejście medyczne sprzyja nie tylko etykietowaniu, pozbawieniu pacjenta podmiotowości, ale może powodować błędy w ocenie diagnozowanego zjawiska. Jako przykład mogą posłużyć wyniki interesującego eksperymentu przeprowadzonego przez Davida Rosenhana. Eksperyment ten miał charakter eksperymentu naturalnego, a jego celem było uzyskanie odpowiedzi na pytanie: czy personel szpitali psychiatrycznych jest w stanie odróżnić ludzi chorych od zdrowych? Ośmiu zdrowych ochotników zgłosiło się do szpitali psychiatrycznych, skarżąc się na podobne objawy (słyszenie głosów) mogące sugerować istnienie choroby psychicznej. Choć nie zgłaszali żadnych innych objawów, skierowano ich na obserwację psychiatryczną. W jej trakcie całkowicie jawnie notowali wszystko, co się dzieje na oddziale, udostępniając personelowi medycznemu notatki do wglądu. W notatkach tych zawarte był między innymi opis elementów przemocy stosowanej rzeczywiście przez personel. Pracownicy szpitala nie traktowali takich działań pacjentów poważnie, uważając je za jeszcze jeden symptom istniejących urojeń. Co więcej, nawet po ujawnieniu się „pacjentów” lekarze nie chcieli dać wiary ich tłumaczeniom i wypuścić ich ze szpitala. Wynik tego eksperymentu potwierdzać może istnienie zjawiska samospełniającej się przepowiedni [Stemplewska-Żakowicz 2009: 16].

Na skutek pogłębienia wiedzy psychologicznej i uniezależnienia się praktyki psychologów od kontekstu medycznego powstał model funkcjonalny diagnozy psychologicznej. „Jest to więc prawdziwie psychologiczny typ diagnozy, w którym diagnosta, zaczynając od wyjściowego problemu, analizuje zjawiska *stricte* psychologiczne, ocenia zasoby i trudności osoby diagnozowanej i buduje roboczy model problemu oraz jego możliwych rozwiązań” [Stemplewska-Żakowicz 2009: 17].

Niezależnie od przyjętego modelu diagnozy psychopedagogicznej wśród jej podstawowych pożądanych cech można wymienić m.in. [Jarosz, Wysocka 2006: 24–28]:

- > dążenie do realizowania diagnozy pełnej – nieograniczające się do opisanego zjawiska, ale wyjaśniające ich mechanizmy i przyczyny powstawania, stopień ich rozwoju, ich znaczenie i sposoby oddziaływania;
- > oceniający charakter diagnozy – polegający na odniesieniu diagnozowanych zjawisk do pewnych stanów pożądanych albo do pewnych układów odniesienia lub założeń czy oczekiwań wobec jakichś działań lub procesów;
- > realizowanie diagnozy w wymiarze pozytywnym – umożliwiające odkrycie tego wszystkiego, co stanowi mocne strony, siły i zadatki organizmu, które są jego zasobami pozwalającymi mu radzić sobie z problemami;
- > dążenie do autodiagnozy osób, systemów czy środowisk – uzyskiwane dzięki zaangażowaniu diagnozowanej osoby w proces diagnozy, które będzie sprzyjało jej autorefleksji, samouświadomieniu własnych dążeń i problemów, a tym samym będzie mogło oddziaływać pozytywnie nie tylko na proces diagnozowania, ale i późniejszej terapii czy rehabilitacji;
- > łączenie poznania pośredniego z bezpośrednim – to znaczy łączenie wyników wystandaryzowanych metod z doświadczeniem nabytym w wyniku przebywania z drugim człowiekiem;
- > realizowanie diagnozy środowiskowej – czyli rozpoznawanie udziału środowiska w diagnozowanych problemach.

Dotyczy to wszystkich problemów analizowanych w czasie diagnozy psychopedagogicznej, jednak pojęcie „środowiska” może być wieloznaczne i odnosić się do środowiska rodzinnego, szkolnego, rówieśniczego, ale także szerszej zbiorowości, jeśli jej oddziaływanie może mieć wpływ na zaistnienie problemów pacjenta.

Według Ewy Jarosz i Ewy Wysockiej diagnoza jest formą interwencji. Właściwie poprowadzony proces diagnozowania psychopedagogicznego nie może się ograniczać tylko do rozpoznania obecnego stanu jednostki, ale musi obejmować negatywną i pozytywną ocenę środowiska, mieć charakter wieloaspektowy, interdyscyplinarny, cykliczny. Autorki postulują holizm poznawczy, łączenie rozpoznawania czynników rozwojowych

z diagnozą środowiska społecznego, integrowanie perspektywy zewnętrznej z perspektywą wewnętrzną, czyli spoglądanie na problem z perspektywy badacza i badanego podmiotu. Podkreślają one także konieczność łączenia podejścia psychometrycznego z oceną jakościową elementów sytuacji psychospołecznej podmiotu [Jarosz, Wysocka 2009: 48–49]. Warto zwrócić uwagę na jeden z postulatów diagnozy, jakim jest łączenie interpretacji formalnej z nieformalną. Liczne badania wykazały zawodność wnioskowania mającego jedynie charakter nieformalny. Procesy poznawcze diagnosty (takie jak spostrzeganie, wnioskowanie, uogólnianie) podlegają takim samym prawidłowościom jak procesy poznawcze innych osób, mają też takie same ograniczenia, nie są wolne od powszechnych błędów i heurystyk, jak chociażby efekt pierwszeństwa czy błąd atrybucji. Zdarza się nierzadko, że diagności stawiają na pierwszym miejscu nie doświadczenie i intuicję kliniczną, lecz wiedzę. Są oni zaznajomieni z symptomami i innymi elementami zaburzenia, znają bardzo dobrze treści opracowań naukowych dotyczących poszczególnych jednostek chorobowych, lecz także oni mogą popełniać błąd zwany efektem usuwania w cień treści zawodowych (*vocational overshadowing bias*), nie zwracając uwagi na indywidualne doświadczenia człowieka (np. problemy w pracy), które mogły przyczynić się do rozwoju poszczególnych patologii [Stemplewska-Żakowicz 2009: 40–41].

Prawidłowe przeprowadzenie procesu diagnostycznego jest o tyle istotne, że stanowi on podstawę działań nastawionych na edukację, rehabilitację i terapię poddanych diagnozie osób. Ale jednocześnie można zaryzykować twierdzenie, że terapia jest źródłem diagnozy, ponieważ to jej potrzeby wyznaczają obszar, po jakim porusza się diagnosta. Tak rozumiana diagnoza, pełniąca niejako służebną w stosunku do terapii funkcję, nie jest sztuką dla sztuki, ale służy przygotowaniu specyficznej interwencji [Paluchowski 2001: 53].

Badacz może wykorzystywać w procesie diagnozowania metody ilościowe i jakościowe. Nie są one przeciwstawne, lecz często się uzupełniają, a decyzja o ich użyciu jest z reguły spowodowana przyjmowanym przez niego paradygmatem i jego założeniami, zarówno ontologicznymi, jak i epistemologicznymi. Na przykład zwolennicy paradygmatu pozytywistycznego uważają badaną rzeczywistość za zewnętrzną, niezależny

od obserwatora układ odniesienia, natomiast przyjmujący podejście postpozytywistyczne sądzą, że badanie rzeczywistości jest jednocześnie wpływaniem na nią. Ci pierwsi zatem postulują konieczność wykorzystywania metod ilościowych, używania neutralnego języka naukowego, poszukiwania zależności przyczynowo-skutkowych. Drugi zaś skłonni są bardziej do używania metod jakościowych do zrozumienia dążeń, przekonań, wartości oraz poznawczych i symbolicznych działań osób przez nich badanych [Paluchowski 2001: 20–21]. Według Marii Straś-Romanowskiej, choć niewątpliwie badania jakościowe należą do podejścia postpozytywistycznego, to jednak przed epoką postpozytywistyczną taki sposób podejścia do badanej rzeczywistości był obecny, nie są one właściwe tylko tej epoce [Straś-Romanowska 2010: 103].

Pełna diagnoza nie powinna zatrzymywać się na opisie, lecz wyjaśniać, tłumaczyć wiele wątpliwości związanych z diagnozowanym zjawiskiem. Jak pisze Władysław Paluchowski, „Próba odnalezienia zasady, modelu, sensu, reguły organizującej zebrane informacje to właśnie istota poszukiwania wyjaśnień” [Paluchowski 2001: 31]. Ograniczenie się do diagnozy klasyfikacyjnej lub typologicznej nie pozwala zrozumieć diagnozowanego zjawiska, nie pozwala także przewidywać jego rozwoju w przyszłości.

Osiągnięciu rozwiniętej, pełnej diagnozy sprzyja m.in. analiza dokumentów i wytworów. Jest to technika powszechnie wykorzystywana w diagnostyce pedagogicznej. Jedną z jej najważniejszych zalet jest to, że umożliwia ona dotarcie do danych dotyczących zjawisk, które wystąpiły w przeszłości, poznanie sposobów percepcji przeszłych zdarzeń, uchwycenie tych cech osobowości człowieka, które ujawniają się w trakcie długotrwałej obserwacji (np. systematyczność, wytrwałość), ułatwienie zdobywania wiedzy o osobach, których ekspresja jest uboga lub poważnie zaburzona (np. osoby z dysfunkcjami sensorycznymi). Metoda ta umożliwia też powtarzalność analizy (np. podczas dokonywanej ewaluacji własnych oddziaływań), gdyż z upływem czasu wytwory pozostają takie same. Natomiast do jej wad należy duże prawdopodobieństwo subiektywnego odbioru analizowanych wytworów, a czasami też fałszywe przedstawianie siebie i celowe zniekształcanie dokumentu przez autora [Jarosz, Wysocka 2006: 81].

W diagnostyce psychopedagogicznej wykorzystuje się również techniki projekcyjne.

Józef Rembowski [1986: 18] twierdzi, że cechy osobowości, wyrażające się w projekcji, w głównej mierze są następstwem dawnych przeżyć i doświadczeń. Projekcja może zatem odpowiadać zachodzącym w procesie uczenia się zjawiskom przenoszenia i uogólniania. Podczas diagnozy z wykorzystaniem metod projekcyjnych nie chodzi o to, jak dana sytuacja wygląda, lecz raczej o to, jak osoba badana ją widzi. Dzieci łatwiej dokonują projekcji niż dorośli. Bardzo dynamicznie kształtująca się u nich sfera wyobraźni sprawia, że szczególnie łatwo powstają pragnienia, życzenia. Nie potrafią też jeszcze bronić się przed poddaniem badaczowi i dlatego gotowe są bez problemów z nim współpracować. Jednakże z drugiej strony dzieci są bardziej narażone na zakłócenia spowodowane czynnikami zewnętrznymi, zwłaszcza obecnością osoby badającej. Związane jest to z byciem pod silnym wpływem oddziaływań społecznych. Dlatego też niezwykle ważne jest, by badacz skutecznie panował nad swoimi reakcjami na zachowanie dziecka [Rembowski 1986: 34]. Jeśli chodzi o muzykę, to ma ona w procesie istotne znaczenie, „będąc źródłem przeżyć zmysłowych, może wywołać u badanego reakcje w postaci obrazów albo uczuć, zwłaszcza tych, których chronicznie on doznaje i których przejawy hamuje, np. uczucie lęku, winy, wrogości” [Rembowski 1986: 65].

Dla zachowania poprawności metodologicznej diagnozy z wykorzystaniem metod projekcyjnych postulowane jest uwzględnianie podstawowych zasad ich stosowania, ułatwiających osiągnięcie miarodajnego wyniku.

Bolesław Hornowski wymienia następujące zasady [1982: 92]:

- > zasada dostosowania metody do rozwoju psychologicznego osoby badanej, jej zainteresowań, zdolności percepcyjnych, wyobraźni, sposobu myślenia i wypowiedzania się;
- > zasada uwzględniania środowiska społeczno-kulturowego, w jakim ono się znajduje;
- > zasada włączania się osoby badanej w trakcie badań, jej zaangażowanie się, chęci do pracy;
- > zasada dokładnego poznania struktury stosowanego testu projekcyjnego;

- > zasada wyjaśniania uzyskanych wyników w ramach ustalonych schematów interpretacyjnych.

W testach projekcyjnych, w odróżnieniu od testów psychometrycznych, dopuszczalny jest szerszy zbiór zachowań. Materiał testowy jest wtedy wieloznaczny, a instrukcja niedyrektywna, co może umożliwić badanemu swobodę wyboru rodzaju i kierunku zachowań. Celem testu projekcyjnego jest opis osoby badanej w kategoriach jednostkowych, zdefiniowanie pewnych właściwości psychologicznych, na których istnienie wskazuje dane zachowanie. „Materiał testowy żadnego testu nie jest sam w sobie projekcyjny lub nieprojekcyjny [...]. Projekcyjny charakter natomiast ma zadanie testowe i interpretacja wyników” [Stasiakiewicz 1994: 55]. Zachowanie testowe osoby badanej jest wyznaczane przez instrukcję testową. Odpowiednio sformułowana i przekazywana instrukcja stanowi jeden z warunków standaryzacji testu, czyli jednolitości warunków badania danym testem. Powinna ona zawierać informację, czy badanie jest indywidualne czy grupowe, jaki jest czas badania, jaka jest kolejność przeprowadzanych zadań, jaki jest zakres pomocy udzielanej osobie badanej przez badającego [Hornowska 2005: 26]. Taka instrukcja powinna być niedyrektywna, a więc nie powinna zawierać żadnych poleceń dotyczących zarówno sposobu zachowania, jak i jego kierunku i celu. Powinna natomiast pokazywać, co należy robić, ale nie jak i dlaczego. Należy tak ją skonstruować, by była nienormatywna, a więc nie zawierała żadnych wskazówek norm testowych, zindywidualizowana, czyli kładła nacisk na „osobisty charakter”, a także kreatywna, czyli nakazująca badanemu stworzenie nowej rzeczywistości wobec rzeczywistości materiału testowego [Stasiakiewicz 1994: 39].

Punktem wyjścia wszystkich testów projekcyjnych jest sformułowana przez Davida Rappaporta „hipoteza projekcyjna”, która zakłada, że każde zachowanie człowieka jest projekcją jego osobowości [Stasiakiewicz 1994: 40]. Tworzenie nowych znaczeń dla materiału percepcyjnego jest zależne od sposobu, w jaki osoba diagnozowana spostrzega rzeczywistość. Innymi słowy – gdy diagnozujemy na przykład relacje rodzinne pomiędzy osobą diagnozowaną a pozostałymi członkami jej rodziny, to, jak widzi ona swą rodzinę, będzie się przekładać na spostrzeżenie

rodziny z testu projekcyjnego. Zgodnie z holistycznym sposobem widzenia osobowości konstruowanie instrumentalnych opowiadań o wyobrażonej rodzinie nie świadczy tylko o biegłości wyobraźniowej i łatwości muzycznej ekspresji, ale jest także wyrazem emocjonalnych potrzeb, uczuciowych stanów, preferowanych kontaktów ze światem. Im materiał, instrukcja i sposób wypowiedzi jest bardziej wieloznaczny, tym bardziej obraz przekazywany przez osobę badaną może być prawdziwszy, gdyż ujawnia on struktury nieświadomej osobowości.

Zdaniem Rudolpha Schafera interpretacji psychologicznego znaczenia zachowań testowych osób badanych można dokonać „na podstawie trzech typów analizy:

- > Analiza tematyczna – badający »odczytuje« znaczenie zachowania na podstawie treści wypowiedzi, próbując ustalić wspólne różnym wypowiedziom tematy, mające określone znaczenie psychologiczne.
- > Analiza kontekstu zachowania – chodzi tu o językowy, znaczeniowy kontekst danej wypowiedzi testowej, jej specyficzny dla badanego styl; przyjmuje się, że wypowiedź testowa ma tym większe znaczenie psychologiczne, im bardziej idiosynkretyczny jest zawarty w niej opis treści.
- > Analiza sekwencji zachowań – ujawniana w badaniach testowych kolejność zachowania jest wskaźnikiem relacji zachodzących między poszczególnymi elementami struktury osobowości badanego, a także jego percepcji bodźców świata zewnętrznego, stylów zachowań” [za: Stasiakiewicz 1994: 41–42].

W diagnostyce psychopedagogicznej osób z niepełnosprawnością wzrokową stosuje się te same zasady oparte na tych samych paradygmatach jak w pozostałych działach pedagogiki specjalnej. Problemem diagnostów pracujących z osobami z niepełnosprawnością wzrokową jest brak możliwości wykorzystania wystandaryzowanych narzędzi badawczych, które są z powodzeniem stosowane w diagnozie osób pełnosprawnych wzrokowo. Do takich testów, których praktycznie nie można zastosować, należy np. „Test matryc progresywnych” Ravena czy „Skala inteligencji” Davida Wechslera. W tym ostatnim do diagnozy osób niewidomych

wykorzystuje się z reguły tylko skalę słowną, choć podejmowane są próby zastąpienia skali bezsłownej innymi narzędziami badającymi te same umiejętności. Przykładem jest Haptic Intelligence Scale for Adult Blind autorstwa Harriet i Phila Shurrager. Test ten wykorzystuje bardziej umiejętności taktylne niż wzrokowe wykonywania zadań, takich jak układanie puzzli, odtwarzanie wzorów umieszczonych na blasze perforowanej, odnajdywanie brakujących elementów etc. [Aiken 1996: 198]. Adaptacja testów do potrzeb osób z niepełnosprawnością wzrokową niesie z sobą jednak ryzyko zmniejszenia lub nawet utraty trafności i rzetelności testu. Nieformalne próby wykorzystania testów obcojęzycznych (najczęściej amerykańskich) mogą dać wyniki mające charakter artefaktów z uwagi na istnienie różnych norm kulturowo-społecznych.

Innym problemem diagnostów pracujących z osobami niewidomymi jest to, że są oni zmuszeni zrezygnować z wykorzystania rysunkowych testów projekcyjnych, jak „Test drzewa” Christiana Kocha, „Test apercepcji tematycznej” Henry’ego Murraya czy „Test plam atramentowych” Hermanna Rorschacha. Ostatnie trzy wymienione testy służą do badania osobowości. Zatem tyflopedagodzy i tyflopsycholodzy zainteresowani są możliwością przeprowadzenia diagnozy osobowości za pomocą innych metod niż rysunkowe, lub uzupełnienia diagnozy wykorzystującej metody werbalne metodami niewerbalnymi. Myślę, że tu także jest pole do działania dla muzykoterapeutów i ich sposobów diagnozowania. Warto nadmienić, że osoby z niepełnosprawnością wzrokową mają pewne problemy z komunikowaniem się niewerbalnym. Jedynie jeden ze składników komunikacji niewerbalnej, jakim jest parajęzyk, jest dla nich dostępny. Zwracają więc oni uwagę (a także potrafią je wykorzystywać) na takie głosowe aspekty komunikacji niewerbalnej, jak [Majewski 2002: 178]:

- > cechy głosu (siłę, wysokość, barwę);
- > modulację głosu (dostosowywanie głosu do treści wypowiedzianych słów);
- > tempo, płynność, głośność i wyrazistość mówienia;
- > zakłócenia w czasie mówienia (wahania, błędy, przerwy);
- > dodatkowe dźwięki niejęzykowe (ziewanie, śmiech, chrząkanie, wzdychanie, pojękiwanie).

Wskazane jest zatem, by rehabilitanci pracujący z dzieckiem z niepełnosprawnością wzrokową uczyli je zwracania uwagi na parajęzyk, odczytywania i nadawania odpowiednich komunikatów. Można zaryzykować twierdzenie, że parajęzyk ma cechy komunikatu muzycznego. Komunikacja za pomocą muzyki prowadzona jest z wykorzystaniem głównych i pobocznych elementów dzieła muzycznego, czyli dynamiki, agogiki, rytmu, barwy i artykulacji. Podejmowane są także próby przekładu wskaźników dotyczące rysunkowych testów projekcyjnych na wskaźniki związane z improwizacją muzyczną. Na przykład można przypuszczać, że gdy pacjent podczas improwizacji gra staccato, będzie to odpowiednikiem krótkich przerywanych linii, gdy gra głośno, mocno uderzając w instrument, będzie to analogia do mocnego nacisku kredki¹. „Trafność jakiegokolwiek techniki badania osobowości opartej na analizie percepcyjnej wzrasta tym bardziej, im bardziej badany nie jest zdolny do odróżnienia wypowiedzi poprawnych od niepoprawnych, pożądanych od niepożądanych” [Stasiakiewicz 1994: 47–48]. Taka sytuacja może zaistnieć podczas diagnozy muzykoterapeutycznej. Pacjenci mają znaczne problemy z zaklasyfikowaniem swych wypowiedzi muzycznych jako pożądane lub niepożądane, poprawne lub niepoprawne.

Za zastosowaniem diagnozy muzykoterapeutycznej u osób z niepełnosprawnością wzrokową przemawia też fakt, iż w zakresie percepcji słuchowej funkcjonują one co najmniej tak samo dobrze jak widzące, a jeśli są jakieś różnice, to tylko na ich korzyść. Różnice te dotyczą szczególnie słuchu analitycznego, słuchu wysokościowego i pamięci melodycznej. Trzeba jednak podkreślić, że taki stan rzeczy spowodowany jest nie tyle wrodzonymi zdolnościami, ile większą precyzyjną koncentracją i wrażliwością percepcyjno-emocjonalną tych dzieci na bodźce słuchowe [Bogacki 1980: 58].

Obecnie niepełnosprawność spozstrzega się jako zjawisko wielowymiarowe, złożone, odchodzi się zatem od diagnozy kategoryzującej na rzecz modelu wieloaspektowego, syntezy modelu medycznego i społecznego,

1 » Autorka prezentuje w tym miejscu przykładowe hipotezy dotyczące prowadzonych badań własnych.

oparcia się na neutralnej, obiektywnej, a nawet pozytywnej ocenie [Dyk-cik 2001: 40]. Coraz większe znaczenie przypisuje się diagnozie funkcjonalnej. Schemat diagnozy funkcjonalnej formułowany jest indywidualnie do potrzeb poszczególnych badanych osób, jednak powinny się w niej znaleźć informacje dotyczące funkcjonowania dziecka w pewnych zakresach, przede wszystkim w sferze motorycznej, komunikacji (komunikacja werbalna i niewerbalna), funkcjonowania zmysłów, koordynacji ruchowej i wzrokowo-słuchowo-ruchowej, spostrzegania, pamięci, uwagi, myślenia, poziomu umiejętności szkolnych. Wydaje mi się ważne, by opisu funkcjonowania dziecka dokonywać także w aspekcie emocjonalnym, ze szczególnym zwróceniem uwagi na sposób wyrażania uczuć i emocji, sposób rozładowywania napięć, występowanie niepokojących zachowań ruchowych, np. stereotypi. Wskazane byłyby także informacje dotyczące funkcjonowania społecznego, tj. sposobu nawiązywania i podtrzymywania kontaktów interpersonalnych, samodzielności w zakresie samoobsługi. Wspomagać taką formę diagnozy mogłoby także określenie zainteresowań, upodobań osoby badanej, umiejętności organizowania wolnego czasu etc. W wielu wymienionych sferach diagnoza muzykoterapeutyczna mogłaby odgrywać ważną rolę. Warto zauważyć, że także w diagnozie funkcjonalnej może dochodzić do różnego rodzaju nadużyć. Ich źródłem mogą być same testy wykorzystywane w procesie diagnozowania albo osoba specjalisty przeprowadzającego diagnozę. Możemy mieć do czynienia na przykład z sytuacją, gdy test jest wadliwie skonstruowany lub jego wyniki źle obliczone. Może być i tak, że podjęte na podstawie badań decyzje dotyczące losów osób badanych będą nieprawidłowe lub że nierzetelne i nietrafne są rezultaty badań naukowych, w których operacjonalizacja zmiennych została przeprowadzona z wykorzystaniem nieprawidłowo sformułowanych narzędzi badawczych [Brzeziński 2009: 321–322]. Diagnosta powinien mieć zatem wiedzę dotyczącą zarówno teorii psychologicznych leżących u podstaw testu, jak i standardów tworzenia testu, jego przeprowadzania, a także obliczania i interpretacji uzyskanych danych.

Nie wystarczy jednak sama wiedza, by przeprowadzić właściwie proces diagnostyczny. Potrzebne są do tego jeszcze pewne umiejętności i kompetencje. Dobry diagnosta powinien posiadać umiejętności obserwowania,

wyszukiwania i przetwarzania informacji na temat zjawisk społecznych rozmaitej natury przy użyciu różnych źródeł oraz ich interpretowania. Powinien także wykorzystywać i integrować wiedzę teoretyczną z zakresu pedagogiki oraz powiązanych z nią dyscyplin w celu analizy złożonych problemów edukacyjnych, rehabilitacyjnych, wychowawczych, opiekuńczych, kulturalnych, pomocowych i terapeutycznych, a także diagnozowania i projektowania działań praktycznych. Istotna jest również umiejętność obserwowania, diagnozowania, racjonalnego oceniania złożonych sytuacji edukacyjnych oraz analizowania motywów i wzorów ludzkich zachowań w odniesieniu do diagnostyki psychopedagogicznej. Nie powinien mieć trudności z wyborem i zastosowaniem właściwego dla danej działalności pedagogicznej sposobu postępowania, powinien umieć dobierać środki i metody pracy w celu efektywnego wykonania pojawiających się zadań zawodowych. Rzecz jasna obowiązują go także normy postępowania etycznego. Bezdyskusyjna jest konieczność respektowania takich ustaw, jak Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, Deklaracja z Salamanki czy w przypadku psychologów Kodeks etyczno-zawodowy psychologa. Ale, jak twierdzi Władysław Paluchowski, „nic jednak nie zastąpi motywacji do podejmowania moralnej odpowiedzialności i szacunku dla drugiej osoby. Wymaga to rozumienia aspektu aksjologicznego swej działalności, ciągłej wrażliwości na ten właśnie aspekt i analizy ze względu na realizowane wartości” [Paluchowski 2001: 183].

Diagnosta przede wszystkim powinien pamiętać, że każda diagnoza ma na celu znalezienie sposobu pomocy pacjentowi. Osoby poddane diagnozie powinny być przez niego poinformowane o powodzie takich działań, planie ich przebiegu, jak również zakresie ujawniania jej rezultatów osobom trzecim. Zrozumiałe jest, że informacje o pacjencie ujawnia tylko w takim zakresie, w jakim jest to konieczne dla jego dobra.

Rolę wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych w zakresie diagnozy psychopedagogicznej doceniają także decydenci przeprowadzający reformę szkolnictwa wyższego. W Rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 17 stycznia 2012 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela wymienianych i charakteryzowanych jest pięć modułów kształcenia, wśród

nich moduł „Przygotowanie w zakresie pedagogiki specjalnej”. Wśród ogólnych treści kształcenia istotne miejsce ma przedmiot „diagnostyka psychopedagogiczna”. W postulowanych przez rozporządzenie treściach powinny znaleźć się między innymi procedury badań diagnostycznych i elementarnych w pedagogice specjalnej – analizy jakościowe i ilościowe, przydatność poszczególnych metod diagnostycznych w ocenie specyfiki zaburzeń w rozwoju, pedagogiczne metody oceny funkcjonowania edukacyjnego, fizycznego, psychicznego i społecznego osób z niepełnosprawnością i niedostosowanych społecznie. Wytyczne dotyczące uzyskiwania lub pogłębiania wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych niezbędnych w procesie diagnostycznym znajdują się także w Rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 4 listopada 2011 r. w sprawie wzorcowych efektów kształcenia dla studiów pierwszego i drugiego stopnia, kierunku pedagogika. Wśród wymienianych efektów znajdują się między innymi następujące:

- > ma pogłębioną i rozszerzoną wiedzę na temat biologicznych, psychologicznych, społecznych, filozoficznych podstaw kształcenia i wychowania;
- > rozumie istotę funkcjonalności i dysfunkcjonalności, harmonii i dysharmonii, normy i patologii;
- > potrafi dokonać obserwacji i interpretacji zjawisk społecznych; analizuje ich powiązania z różnymi obszarami działalności pedagogicznej;
- > potrafi ocenić przydatność typowych metod, procedur i dobrych praktyk do realizacji zadań związanych z różnymi sferami działalności pedagogicznej;
- > jest przygotowany do aktywnego uczestnictwa w grupach, organizacjach i instytucjach realizujących działania pedagogiczne i zdolny do porozumiewania się z osobami będącymi i niebędącymi specjalistami w danej dziedzinie.

By ułatwić współpracę pomiędzy psychologiem, pedagogiem i muzykoterapeutą w zakresie diagnostyki, warto zamieścić w programie kształcenia muzykoterapeutów zagadnienia dotyczące kontekstów definicyjnych, celów postępowania diagnostycznego, znaczenia diagnozy

funkcjonalnej, zjawiska kontaktu diagnostycznego i radzenie sobie z oporem pacjenta, miejsca muzykoterapeuty wśród specjalistów zajmujących się diagnozą, umiejętności komunikowania się ze specjalistami niebędącymi muzykoterapeutami, etycznego jej wymiaru. Zdecydowana większość tych treści występuje na przykład w programie kształcenia przedmiotu „Metody diagnozy w muzykoterapii” na specjalności muzykoterapia na kierunku Kompozycja i Teoria Muzyki Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Analizując powyższy program nauczania, można zauważyć także treści specyficzne dla prezentowanej specjalności i kierunku. Są one przede wszystkim związane z technikami i narzędziami wykorzystywanymi w muzykoterapii, a także podkreślają potrzebę respektowania własnych kompetencji wynikających z posiadanej wiedzy i umiejętności z zakresu tej specjalności. Myślę, że dbanie o własną zawodową tożsamość przy gotowości do pełnej współpracy z innymi specjalistami jest niezbędnym warunkiem, by przeprowadzana diagnoza była wieloaspektowa i jak najpełniej oddawała stan faktyczny.

Niestety, w podręcznikach muzykoterapii, sądząc po tytułach podstawowych dla tej dyscypliny, diagnostyce muzykoterapeutycznej poświęca się symboliczne miejsce. Jeśli już wspomina się o diagnozowaniu, to raczej w kontekście badań naukowych niż działalności praktycznej, gdy tymczasem diagnostyka podejmowana przez praktyków różni się od tej przeprowadzanej w celach naukowych. Choć procedura w obu przypadkach może być podobna, to inny jest rodzaj zmiennych uznanych za ważne dla danego zjawiska. Przeprowadzając badania naukowe, diagnosta dąży do jak najdokładniejszego poznania danego zjawiska, do znalezienia prawidłowości ogólnych, hipotez i teorii. Jeśli pojawia się cel utylitarny, to nastawiony jest raczej na skonstruowanie pomocy dla grup mających wybrany problem niż pomoc w polepszaniu sytuacji poszczególnych osób. W badaniach praktycznych celem jest przede wszystkim projektowanie zdarzeń, wyboru zmiennych dokonuje się zaś pod kątem możliwości ich modyfikacji w praktycznym działaniu [Paluchowski 2001: 18–19].

Odpowiednio poprowadzony proces diagnostyczny nie tylko jest podstawą do tworzenia wszelkich programów działań terapeutycznych

czy rehabilitacyjnych, ale umożliwiła stałe monitorowanie przebiegu terapii, służy także ewaluacji jej skuteczności. Zgodnie bowiem z paradygmatem pojęciowym i antystygmatyzującym obecnie postuluje się dążenie do unikania stawiania jednorazowej diagnozy i modyfikowanie jej w zależności od potrzeb. Postawienie wstępnego rozpoznania jest podstawą do sformułowania wytycznych do terapii, lecz badania kontrolne są równie potrzebne, by wiedzieć, czy działania terapeutyczne podążają w dobrym kierunku.

Wydaje się, że świadomość potrzeby w pełni interdyscyplinarnej, wieloaspektowej diagnozy, uwzględniającej informacje medyczne, psychologiczne, pedagogiczne, wzrasta nie tylko wśród teoretyków, ale i praktyków na co dzień pracujących z osobami z niepełnosprawnością wzrokową. Co warto podkreślić, muzykoterapeuta jest często osobą aktywnie uczestniczącą w procesie stawiania diagnozy funkcjonalnej. Na przykład we wszystkich specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych dla dzieci niewidomych w Polsce pracują muzykoterapeuci współpracujący w procesie diagnostycznym i rehabilitacyjnym z innymi specjalistami – tyflopsychologiem, tyflopedagogiem, rehabilitantem widzenia, instruktorem orientacji przestrzennej, logopedą².

Jak widać, diagnoza muzykoterapeutyczna może być istotnym elementem diagnostyki psychopedagogicznej. Muzykoterapeuta nie tylko może spoglądać na osobę diagnozowaną z punktu widzenia innych specjalistów, wzbogacając swoją wiedzę o pacjencie, ale może także wiele wnieść do procesu diagnozowania. Po przeanalizowaniu celów diagnozy psychopedagogicznej, szczegółowo zaprezentowanych w początkowej części tego artykułu, mogę zaryzykować twierdzenie, że największy wkład diagnoza muzykoterapeutyczna ma w zakresie następujących celów:

- > realizowania diagnozy w wymiarze pozytywnym;
- > dążenia do autodiagnozy osób, systemów czy środowisk;
- > łączenia poznania pośredniego z bezpośrednim.

2» Dane z 2013 r., uzyskane przez autorkę dzięki uprzejmości Dyrekcji ośrodków szkolno-wychowawczych dzieci niewidomych w Bydgoszczy, Dąbrowie Górniczej, Krakowie, Laskach, Owińskach, Warszawie, Wrocławiu.

Muzykoterapeuta ma możliwość zbliżenia się do pacjenta, poznania go poprzez jego dzieła. To poznanie ma charakter spotkania, odczuwania drugiej osoby. Tworząc, pacjent przekazuje nam swoje myśli, emocje, uczucia, wprowadza nas do swego świata. Dzięki takim działaniom skategoryzowanie człowieka jest trudne, ale ułatwiają one jego zrozumienie. Ekspresja łączy dwa światy: zewnętrzny i wewnętrzny. Jak pisze Wita Szulc [2001: 127], w procesie ekspresji człowiek komunikuje się nie tylko z innymi, ale i z sobą. Wytwór działania jest z jednej strony pełen wewnętrznych napięć, uczuć, przeżyć autora, z drugiej zaś oddzielonym fizycznie od niego konkretem pozwalającym spojrzeć na nie z boku (dosłownie i w przenośni).

Muzyka oddziałuje głównie na emocjonalną stronę osobowości [Wierszyłowski 1970: 273], dlatego też może wywoływać uczucia i emocje, wydobywać nieraz mocno tłumione przeżycia i uczucia człowieka. Warto podkreślić, że może ona wyrażać także tłumione uczucia, nawet wtedy, gdy słowa im zaprzeczają [Sobey 1993: 5–11]. Co więcej, niewerbalne przekazywanie tych uczuć (np. poprzez improwizację na instrumentach perkusyjnych) jest niejednokrotnie łatwiejsze i bezpieczniejsze dla pacjenta, może zmniejszać ryzyko powstania bardzo niekorzystnego dla przebiegu procesu diagnozowania zjawiska oporu. Choć występowanie oporu podczas diagnozowania jest w zasadzie nieuniknione, jako że towarzyszy on sytuacjom trudnym, do których należy diagnozowanie, to zbyt silny lub przedłużający się opór może doprowadzić nawet do rezygnacji pacjenta z diagnozy czy terapii. Ryzyko to mogą zmniejszyć umiejętności diagnosty w zakresie rozpoznawania podstawowych sygnałów oporu. Należą do nich m.in.: przedłużające się milczenie, zmiana tematu rozmowy, intelektualizacja, racjonalizacja, zmniejszenie głębokości i konkretności wypowiedzi, zmiana sposobu mówienia, zapominanie pytania. Źródła oporu mogą być zewnętrzne, czyli wynikać z niewłaściwego postępowania diagnosty (np. zbyt szybkiego przechodzenia do pytań zagrażających, formalizmu traktowania, używania specjalistycznego języka), lub wewnętrzne, wynikające z odczuwanych przez pacjenta emocji negatywnych. Te emocje to przede wszystkim lęk (np. przed odkryciem w sobie rzeczy nieznanych i nieakceptowanych), wstyd

(wynikający np. z przekonania, że o pewnych rzeczach się nie mówi obcym osobom) i poczucie winy (np. powstające na skutek ujawniania w badaniu nie zawsze pozytywnych informacji o osobach bliskich badanemu) [Jarosz, Wysocka 2006: 38–39]. Podczas improwizacji instrumentalnej można uniknąć przekazywania takich informacji wprost, podawane są one w symbolicznej, a przez to bezpieczniejszej dla pacjenta formie. Wstyd i poczucie winy mogą być wtedy zmniejszone, co może wpłynąć korzystnie na zmniejszenie oporu.

Podczas improwizacji można diagnozować nie tylko emocje pacjenta związane z przeżywanymi sytuacjami, ale i napięcia różnych grup mięśni, ruchy mimowolne, współruchy etc. [Cylulko 2002: 80]. W trakcie diagnozy z wykorzystaniem muzykoterapii pacjent może uaktualniać nowe umiejętności, odkrywać w sobie nowe możliwości (np. możliwość wypowiedzania się poprzez improwizację instrumentalną) trudne do wykrycia w innego rodzaju badaniach. Sprzyjać to może odkrywaniu swoich mocnych stron, na których można oprzeć dalszą wszechstronną jeję rehabilitację.

Przykładem testu, który może być przez muzykoterapeutę wykorzystywany w diagnozie funkcjonalnej, jest *The Individualized Music Therapy Assessment Profile* (IMTAP). Test ten przeznaczony jest do diagnozy dzieci i młodzieży z różnego rodzaju problemami. Ułatwia on diagnozowanie wielu umiejętności, takich jak: motoryka wielka, motoryka mała, oralna motoryka, percepcja, receptywna komunikacja, ekspresywna komunikacja, umiejętności poznawcze, umiejętności społeczne i emocjonalne, muzykalność. W każdej z nich diagnozuje się konkretne subumiejętności składające się na konkretną umiejętność. Na przykład w zakresie wielkiej motoryki możemy zbadać takie subumiejętności, jak prawostronną/lewostronną dominację, ogólne napięcie mięśniowe. Jeśli chodzi o umiejętność motoryki małej, to możemy wyróżnić umiejętność wykorzystywania obu rąk czy wykonywania ruchów palcami. Umiejętności sensoryczne badamy, analizując funkcjonowanie wzroku, słuchu, propriocepcji, a także świadomość ciała w przestrzeni i działanie zmysłu przedsionkowego i zmysłu równowagi [Baxter i in. 2007: 21–24]. Jak widać, wszystkie te przykładowe umiejętności są możliwe do zbadania

poprzez zadania oparte na różnorodnym wykorzystaniu muzyki. Test ten jest bardzo rozbudowany, na każdą umiejętność składa się wiele prób. Uzyskane wyniki można poddać analizie ilościowej i jakościowej.

Na podstawie omawianego testu widać wyraźnie, że choć poszczególni specjaliści zajmuje się tym samym podmiotem i diagnozuje te same lub bardzo zbliżone umiejętności, to spoglądają na nie z różnych perspektyw. Co więcej, tylko jeśli ma wiedzę i wykształcenie w danej dziedzinie, może dokonywać diagnozy za pomocą konkretnych, przypisanych do poszczególnych dyscyplin narzędzi. Tak jak bardzo trudno byłoby dokonać właściwej interpretacji testu IMTAP osobie niebędącej wykwalifikowanym muzykoterapeutą, tak i metody diagnozy pedagogicznej powinni wykorzystywać jedynie pedagodzy. Podobnie jest z metodami psychologicznymi i innymi właściwymi dla konkretnych dyscyplin naukowych. Wiedza dotycząca nie tylko wybranego narzędzia, ale i teorii, na której zostało ono oparte, to niezbędne minimum dla uzyskania pożądaných efektów postępowania diagnostycznego.

Niezależnie od dyscypliny naukowej w procesie diagnozowania nie da się nie stosować dwóch metod diagnozy – wywiadu i obserwacji. Wywiad w muzykoterapii ma zwykle charakter jawny, formalny, indywidualny, zwykły/panelowy, psychologiczny, ustny, swobodny/skategoryzowany. Jawny charakter wywiadu polega na świadomości respondenta, że jest podmiotem badań, a także świadomości celu badań i roli badającego. W tego typu wywiadzie osoba diagnozowana świadomie wyraża zgodę na uczestnictwo w nim. Charakter formalny wywiadu polega na tym, że badany zna prawdziwy cel wywiadu. Wywiad indywidualny zaś to wywiad przeprowadzany z jedną osobą, mający prawie zawsze charakter wywiadu pisemnego. Wywiad psychologiczny w odróżnieniu od środowiskowego skupia się na cechach jednostkowych osoby, podstawach jej zachowania czy zaburzeniach w zachowaniu. W wywiadzie ustnym informacje zbierane są drogą werbalną, choć nie wyklucza się dodatkowych informacji napływających na podstawie obserwacji zachowania pacjenta podczas niego [Jarosz 2006: 55]. Ten rodzaj wywiadu może być w muzykoterapii uzupełniany przez wywiad muzyczny. Dwa rodzaje wywiadów mogą być wykorzystywane w diagnozie muzykoterapeutycznej

w obu wariantach. Wywiad może mieć zarówno charakter zwykły (jednorazowy, przeprowadzany w celu rozpoznania zjawiska), jak i panelowy (dla uchwycenia różnic w intensywności zjawiska w zależności od czasu, jaki upłynął między sesjami diagnostycznymi). Wreszcie wywiad przeprowadzany przez muzykoterapeutę może mieć charakter swobodny lub skategoryzowany. Ten pierwszy oparty jest przede wszystkim na pytaniach otwartych, dane uzyskiwane w jego wyniku mają charakter danych jakościowych. Drugi zaś umożliwia uzyskanie danych ilościowych, opiera się na pytaniach zamkniętych i ma zdecydowanie bardziej sformalizowany charakter [Jarosz 2006: 55].

Podsumowując powyższe rozważania, pragnę jeszcze raz podkreślić, że diagnoza muzykoterapeutyczna może mieć wspomagającą, znaczącą rolę dla całokształtu diagnostyki psychopedagogicznej. Rola ta wydaje się szczególnie istotna w diagnostyce osób z niepełnosprawnością wzrokową z uwagi na ich ograniczenia, możliwości i potrzeby. Muzykoterapeuta może wyjść z pozycji biernego partnera wykorzystującego wyniki badań przeprowadzanych przez tyflop pedagoga czy tyflopsychologa do pozycji aktywnego partnera dostarczającego istotnych danych uzupełniających diagnozę pozostałych specjalistów.

Bibliografia

- Aiken Lewis R., *Assessment of intellectual functioning*. New York 1996.
- Baxter Holly, Berghofer Julie, MacEwan Lesa, Nelson Judy, Peters Kasi, Roberts Penny, *The Individualized Music Therapy Assessment Profile*. London-Philadelphia 2007.
- Bogacki Waldemar, *Badania zdolności muzycznych i zainteresowań dzieci niedowidzących w porównaniu z dziećmi normalnie widzącymi*. „Przegląd Tyflogiczny” 1980, nr 2/5, s. 47–59.
- Brzeziński Jerzy, *Kiedy odwołując się do testów psychologicznych postępujemy nieetycznie? Analiza kontekstu psychometrycznego*. „Czasopismo Psychologiczne” 2009, t. XV, nr 2, s. 321–330.
- Czerepaniak-Walczak Maria, *Pedagogika emancypacyjna*. Warszawa 2006.

- Cylulko Paweł, *Terapeutyczno-diagnostyczne aspekty improwizacji na dziecięcych instrumentach perkusyjnych*. W: *Wybrane elementy terapii w procesie edukacji artystycznej*. L. Kataryńczuk-Mania (red.). Zielona Góra 2002, s. 73–82.
- Dykcik Władysław, *Formy postępowania terapeutyczno-wychowawczego*. W: *Pedagogika specjalna*. W. Dykcik (red.). Poznań 2001, s. 40–43.
- Hornowska Elżbieta, *Testy psychologiczne teoria i praktyka*. Warszawa 2005.
- Hornowski Bolesław, *Badania nad rozwojem psychicznym dzieci i młodzieży na podstawie rysunku postaci ludzkiej*. Wrocław 1982.
- Jarosz Ewa, Wysocka Ewa, *Diagnoza psychopedagogiczna, podstawowe problemy i rozwiązania*. Warszawa 2006.
- Krause Amadeusz, *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*. Kraków 2010.
- Majewski Tadeusz, *Tyflopsychologia rozwojowa. Psychologia dzieci niewidomych i słabo widzących*. Warszawa 2002.
- Obuchowska Irena, Obecne i nieobecne paradygmaty w pedagogice specjalnej, „Kwartalnik Pedagogiczny” 1987, nr 4, s. 28–33.
- Paluchowski Władysław, *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*. Warszawa 2001.
- Rembowski Józef, *Metoda projekcyjna w psychologii dzieci i młodzieży. Zarys technik badawczych*. Warszawa 1986.
- Sobey Karen, *Out of sight – out of mind? Reflections on a blind young woman’s use of music therapy*. „The Journal of British Music Therapy” 1993, nr 7(2), s. 5–11.
- Stasiakiewicz Michał, *Podmiotowe i sytuacyjne wyznaczniki badania Testem Rorschacha*. Poznań 1994.
- Stemplewska-Żakowicz Katarzyna, *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk 2009.
- Straś-Romanowska Maria, *Badania ilościowe i jakościowe – pytanie o tożsamość psychologii*, *Roczniki Psychologiczne* 2010, t. XIII, nr 1.
- Szulc Wita, *Sztuka w służbie medycyny. Od antyku do postmodernizmu*. Poznań 2001.
- Wierszyłowski Jan, *Psychologia muzyki*. Warszawa 1970.

JOANNA GŁADYSZEWSKA-CYLULKO – doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki, psycholog kliniczny, tyflopedagog, adiunkt w Instytucie Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego. Autorka licznych publikacji naukowych

m.in. dwóch monografii: *Arteterapia w pracy pedagoga* i *Wspomaganie rozwoju dzieci nieśmiałych poprzez wizualizację i inne techniki arteterapii*. Swe doświadczenia prezentuje na ogólnopolskich, międzynarodowych i zagranicznych konferencjach naukowych. Jest kierownikiem Podyplomowych Studiów Pedagogicznych w Zakresie Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży o Specjalnych Potrzebach Edukacyjnych, członkiem Komisji do spraw Jakości Kształcenia Instytutu Pedagogiki UW, członkiem Komitetu Redakcyjnego kwartalnika „Muzykoterapia Polska”. Jej zainteresowania naukowe skupiają się na problematyce związanej z edukacją i rehabilitacją osób z niepełnosprawnością wzrokową, a zwłaszcza na wykorzystaniu sztuki muzycznej w ich diagnozie i rehabilitacji.

WPROWADZENIE DO DEONTOLOGII MUZYKOTERAPEUTYCZNEJ

Paweł Cylulko » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

» **Streszczenie:** W pracy zawodowej muzykoterapeuta spotyka się z różnego rodzaju wyzwaniami wymagającymi od niego szczególnej staranności, uwagi, a przede wszystkim odpowiedzialności zawodowej. W artykule autor dzieli się swoimi rozważaniami na temat etyki zawodu muzykoterapeuty. Prezentuje podstawowe zasady deontologii zawodu muzykoterapeuty, opierające się na ogólnie przyjętych normach etycznych oraz specyfice zawodu muzykoterapeuty. Między innymi proponuje tekst przyrzeczenia muzykoterapeutycznego.

Słowa kluczowe: deontologia, etyka, kodeks etyczny, muzykoterapeuta. ««

Już starożytni odkryli bowiem, że w etyce jako w teorii praktycznej chodzi o to, jak stawać się dobrym człowiekiem i dobrze postępować. Kształtowanie więc swojego charakteru, usprawnianie rozumu w poznaniu prawdy, woli i serca w miłości i realizacji dobra okazywało się czymś nieodzownym. Oderwanie w etyce współczesnej bycia dobrym człowiekiem od bycia politykiem, nauczycielem, lekarzem podważyło praktyczną realizację etyki zawodowej. Sprawne funkcjonowanie techniczne w danym zawodzie nie czyni kogoś automatycznie moralnie dobrym. Działanie techniczne udoskonala bowiem zdolności techniczne człowieka, a nie jego postawy moralne.

[Biesaga 2006: 20].

Wprowadzenie

Człowiek, z natury istota myśląca, od początku swojego istnienia stara się poznać i zrozumieć swoje zachowania, zwłaszcza te, które są nakierowane na drugiego człowieka, i podporządkować je określonym zasadom wartościowania. Głębsza refleksja nad własną aktywnością, a jednocześnie i odpowiedzialnością, towarzyszy tym osobom, które z racji wykonywanego zawodu pozostają w sytuacji pomagania drugiemu człowiekowi. Do tych zawodów można zaliczyć między innymi lekarzy, pielęgniarki, położne, aptekarzy, psychologów, pedagogów, fizjoterapeutów, psychoterapeutów oraz muzykoterapeutów. Każda z tych profesji ma swoją specyfikę, różni się więc one przedmiotem działania, funkcjami, celami, środkami oddziaływania oraz rolami zawodowymi. Łączy je natomiast bardzo silnie z jednej strony potrzebujący człowiek – podmiot oddziaływania i służebna rola w stosunku do niego, z drugiej zaś wynikające z faktu pomagania różne dylematy natury etyczno-moralnej. Wszystko to implikuje konieczność wartościowania i normowania różnych aspektów zawodowego działania poszczególnych profesjonalistów. Z potrzeby tej wynika także uszczegółowienie etyki i opracowanie funkcjonujących w różnych obszarach życia społecznego niezależnych od siebie kodeksów etyki zawodowej. W dalszej części niniejszego opracowania podejmę próbę scharakteryzowania specyfiki zawodu muzykoterapeuty pod kątem kompetencji etyczno-deontologicznych. Swoje rozważania rozpocznę od ogólnych uwag na temat etyki, deontologii i kodeksów etycznych. Na zakończenie przedstawię propozycję tekstu przysięgi muzykoterapeutycznej.

Zawód muzykoterapeuty

Zawód muzykoterapeuty jest stosunkowo młodym zawodem. Mimo że pierwsi wykwalifikowani muzykoterapeuci zaczęli się pojawiać na amerykańskim rynku pracy na początku lat pięćdziesiątych ubiegłego

stulecia, a w Polsce – w połowie lat siedemdziesiątych, profesja ta nadal jest traktowana jako nowatorska, nietradycyjna, nie do końca zrozumiała i akceptowana. Ze względu na abstrakcyjność i asemantyczność sztuki muzycznej, dźwiękowy charakter relacji muzykoterapeuta¹–pacjent (klient)², interdyscyplinarny charakter samej muzykoterapii, trudne do zweryfikowania jakościowe efekty działań muzykoterapeutycznych, brak wypracowanych jednoznacznych strategii badawczych w dziedzinie muzykoterapii oraz liczne zawilości i niejasności wzbudzała ona od samego początku i nadal wzbudza dyskusje, polemiki, a czasem także kontrowersje. Współczesną sytuację zawodową polskich muzykoterapeutów w niekorzystnym świetle stawia także brak wypracowanych, jednoznacznych i ogólnie przyjętych norm postępowania zawodowego. Wszystko to niejednokrotnie staje się przyczyną krytyki zawodu muzykoterapeuty przez przedstawicieli innych profesji, zwłaszcza muzycznych i medycznych. Ponieważ profesjonalizm muzykoterapeuty zakłada w każdym momencie jego działania przede wszystkim etyczność, a normy etyczne są ściśle związane z profesjonalnymi procedurami jego skutecznego działania, dlatego wydaje się nieodzowne jak najszybsze opracowanie obowiązującej w naszym kraju wersji kodeksu etyki zawodowej muzykoterapeuty. Przemawia za tym bardzo mocno także obecna sytuacja obserwowana w środowisku polskich muzykoterapeutów, w tym między innymi nieustanna pogoń za osiągnięciem sukcesu materialnego, zawodowego lub naukowego, brutalna konkurencja w tym względzie, różne postawy muzykoterapeutów przejawiane wobec dokonań własnych i innych osób zarówno w obszarze teorii, jak i praktyki klinicznej muzykoterapii, krótkowzrocznie pojmowane interesy różnych grup muzykoterapeutów oraz pilna potrzeba sprawowania pieczy nad prawidłowym wykonywaniem zawodu muzykoterapeuty. Z całą pewnością nie chodzi o kult kodeksu etyki zawodowej wśród muzykoterapeutów ani

1 » Muzykoterapeuta – osoba płci żeńskiej lub męskiej wykonująca zawód muzykoterapeuty.

2 » Pacjent (klient) – osoba płci żeńskiej lub męskiej będąca adresatem świadczeń muzykoterapeutycznych.

postrzeżenie powinności zawodowych tego środowiska wyłącznie w kategoriach obowiązków prawnych, lecz przede wszystkim w kategoriach powinności etyczno-moralnych. Właściwie opracowany i respektowany kodeks deontologiczny tej grupy specjalistów pozwoli jeszcze precyzyjniej definiować i postrzegać zawód muzykoterapeuty pod kątem etycznych, a przez to także i profesjonalnych zasad postępowania w służbie potrzebującemu człowiekowi.

Muzykoterapeuta jest integralnym składowym elementem całego procesu terapeutycznego. Jego osoba może wydatnie zwielokrotnić efekty terapii, może także skutecznie je wyhamowywać, a nawet poważnie osłabiać. Na I Ogólnopolskim Spotkaniu Współpracowników Zakładu Muzykoterapii Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu (obecnie Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu) w styczniu 1973 roku przyjęto, że muzykoterapią może i powinien zajmować się człowiek będący specjalistą w dziedzinie muzykoterapii. Od tamtego czasu w środowisku polskich muzykoterapeutów nie milkną dyskusje na temat specyfiki zawodu muzykoterapeuty, w tym między innymi jego zawodowego odniesienia do wartości moralnych i etycznych. Należy pamiętać, iż wartość terapeutyczną ma nie tylko proces terapeutyczny, środki oddziaływania, warunki i sposoby realizowania programu muzykoterapeutycznego, ale także kontakt muzykoterapeutyczny z pacjentem. Jest on równie ważny jak kontakt pacjenta ze sztuką muzyczną, jej uprawianie i korzystne oddziaływanie na jego organizm. W relacji muzykoterapeutycznej pomiędzy pacjentem a muzykoterapeutą zachodzi muzyczny dialog, w którym nadaje i odbiera sygnały dźwiękowe zarówno jedna, jak i druga osoba.

W dialogu tym pacjent może „odzwierciedlać” przyjmowane przez siebie mechanizmy obronne, sztywne schematy postępowania, trudności w kontaktach interpersonalnych, ukryte potrzeby, predyspozycje, dominujący nastrój, aktualne samopoczucie, nastawienia do siebie, swojej choroby lub niepełnosprawności.

Dźwiękowa wypowiedź pacjenta może dostarczać terapeutcie także informacji na temat stosunków panujących w jego klasie, grupie rówieśniczej, środowisku rodzinnym lub zawodowym. Poruszane w dialogu

muzycznym bardzo często osobiste problemy pacjenta mogą rodzić w praktyce klinicznej różnorodne dylematy natury etyczno-moralnej, z którymi muzykoterapeuta musi się zmierzyć.

Zarząd Główny Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich z siedzibą we Wrocławiu od roku 1996, wychodząc naprzeciw oczekiwaniom muzykoterapeutów w naszym kraju, prowadzi zdecydowane działania zmierzające do jeszcze większego ugruntowania statusu zawodowego muzykoterapeuty, w tym między innymi opracowania obowiązujących zasad etycznych w tym zawodzie [Cylulko 2010: 215–223]. Również jednym z głównych zagadnień poruszanych przez polskich muzykoterapeutów – zarówno podczas „Ogólnopolskiej debaty na temat zawodu muzykoterapeuty” (27.03.2009), jak i „Ogólnopolskiej debaty nad projektem ustawy o zawodzie muzykoterapeuty” (8.10.2011), które zostały przeprowadzone w Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu – były etyczne aspekty zawodu muzykoterapeuty. Krajowa Rada Muzykoterapii w roku 2009, spełniając życzenie uczestników pierwszej debaty oraz działając na wniosek Walnego Zebrania Sprawozdawczo-Wyborczego Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich, postawiła za jeden z naczelnych i priorytetowych celów, oprócz opracowania projektu ustawy o zawodzie muzykoterapeuty [Cylulko (oprac. i red.) 2011], opracowanie zasad etycznych muzykoterapeuty. W dopracowywaniu, a w tym między innymi także wartościowaniu powinności zawodowych muzykoterapeutów bardzo często następuje odwoływanie się do kodeksów etycznych zawodów medycznych³, zwłaszcza zawodu lekarza. W roku 2003 Sławomir Sidorowicz [2003: 39–44] jako pierwszy w naszym kraju przedstawił tezy do dyskusji nad deontologią zawodu muzykoterapeuty, traktując go jako zawód medyczny. W opracowaniu autor zamieścił zbiór zasad etycznych dla zawodu muzykoterapeuty. Między innymi odniósł się do relacji muzykoterapeuta–pacjent, tajemnicy zawodowej, badań na człowieku,

3 » Niektórzy autorzy twierdzą, iż z roku na rok maleje rola etyki zawodów medycznych (lekarza, pielęgniarki, położnej, aptekarza), doszukując się głównych przyczyn tego zjawiska w przypisywaniu normom moralnym charakteru norm prawnych [Bartkowiak 2006: 882].

relacji wzajemnych muzykoterapeutów oraz doskonalenia zawodowego. W kolejnych latach czynione były przez różnych specjalistów mniej lub bardziej udane próby opracowania jedynie niektórych zasad etycznych dla tego zawodu, przy czym opracowania te były niejednokrotnie niepełne i nie do końca odpowiadały specyfice zawodu muzykoterapeuty w naszym kraju [Stachyra 2012: 285–286; <http://arteterapia.pl/>; <http://www.kajros.pl/>].

Etyczno-deontologiczne kompetencje muzykoterapeuty

Termin „etyka” (gr. *ethos* – obyczaje), użyty przez Arystotelesa w IV w. p.n.e., jest współcześnie stosowany na oznaczenie nauki o zasadach moralnych i ich stosowaniu w postępowaniu człowieka w środowisku, w którym żyje i działa na co dzień [Didier 1996: 107]. Potocznie termin ten jest pojmowany jako „ogół norm moralnych uznawanych w pewnym czasie przez jakąś zbiorowość społeczną jako punkt odniesienia dla oceny i regulacji postępowania w celu integracji grupy wokół pewnych wartości” [Wielka encyklopedia... 2005: 393]. Bardzo często termin „etyka” jest używany w mowie potocznej i piśmiennictwie naukowym synonimicznie z pojęciem „moralność”. Etyka może być rozpatrywana w aspekcie normatywnym i wówczas stanowi naukę moralności (etyka normatywna lub właściwa). Rozpatrywana natomiast w aspekcie opisowo-wyjaśniającym stanowi naukę o moralności (etyka opisowa lub etologia). Termin „deontologia” wywodzi się od greckiego *deon*, *deontos* – obowiązek, to, co konieczne, obowiązkowe i właściwe, i *logos* – słowo, nauka, teoria i według *Słownika języka polskiego PWN* stanowi „dział etyki traktujący o obowiązkach moralnych” [1999: 356]. W węższym znaczeniu używany jest on do określenia niektórych etyk zawodowych, w tym między innymi deontologii lekarskiej, prawniczej itp. Etyka danego zawodu stanowi podstawę do opracowania kodeksu etycznego danej grupy specjalistów, zawierającego zespół przepisów, norm i reguł opartych na wspólnych założeniach i zasadach, usystematyzowanych

w wyniku kodyfikacji, regulujących daną dziedzinę życia społecznego [Wielka encyklopedia... 2005: 91]. Jest on zazwyczaj wydawany w formie ustawy obowiązującej na danym obszarze. Jego nieprzestrzeganie może skutkować konsekwencjami natury organizacyjnej lub prawnej.

Muzykoterapeuta z racji pomagania drugiemu człowiekowi pozostaje nieustannie w sytuacjach aksjologicznych, tj. takich, w których musi się opowiadać za konkretnymi wartościami. Tak więc można powiedzieć, iż muzykoterapia (traktowana jako teoria i praktyka), podobnie jak medycyna, nie może się obejść bez etyki ani w teorii, ani też w praktyce klinicznej. „W tym pierwszym zakresie musimy przyjąć, że obiektem naszych działań badawczych i terapeutycznych jest człowiek, który jest kimś więcej niż tylko zbiorem komórek; jest dobrem, które domaga się szacunku. W tym drugim chodzi o praktyczne poszanowanie dla tego dobra, wliczając w to poszanowanie dla autonomicznych decyzji jednostki” [Hołub 2013: 130–132]. W świetle powyższego można powiedzieć, iż muzykoterapia (jako nauka i zawód), niespektująca w pełni wymiaru moralnego i etycznego, nie może służyć dobru człowieka, a wręcz przeciwnie – może być dla niego niewłaściwa, niekorzystna, a nawet szkodliwa.

Etyka zawodu muzykoterapeuty jest określana mianem deontologii muzykoterapeutycznej. Niezależnie od przynależności do stowarzyszenia lub korporacji zawodowej obowiązuje ona wszystkich muzykoterapeutów, którzy poprzez czynności zawodowe oddziałują w jakikolwiek sposób na pacjenta i czynią to w różnych obszarach i aspektach jego życia. Deontologii muzykoterapeutycznej służy nauka zwana aksjologią, która leży u jej podstaw. Wyznacza ona na jej obszarze wartości, w tym między innymi ich istotę, naturę, charakter, rodzaje, klasyfikacje i hierarchię. Można wśród nich wyróżnić wartości ogólne oraz związane bezpośrednio ze specyfiką wykonywanego zawodu, w tym także swoistością sztuki muzycznej, którą się posługuje, oraz dźwiękowym charakterem relacji pacjent–muzykoterapeuta. Wartości te stanowią główne źródło powinności zawodowych muzykoterapeutów, a tym samym są podstawą ich kompetencji zawodowych. Stąd niejednokrotnie mówi się nie tylko o kompetencjach etyczno-moralnych, ale także o kompetencjach aksjologicznych tej grupy zawodowej.

Deontologia muzykoterapeutyczna jest szczegółową dziedziną wiedzy, mającą znaczenie normatywne. Stanowi naukę o wartościach i normach moralno-etycznych związanych z wykonywaniem zawodu muzykoterapeuty, tj. obowiązkach muzykoterapeuty wobec pacjenta, stosunku muzykoterapeutów wobec siebie i innych specjalistów oraz badań naukowych z udziałem człowieka. Najogólniej ujmując, deontologia muzykoterapeutyczna określa, co i dlaczego jest moralnie dobre i co jest moralnie złe, co jest obowiązujące i co jest wzbronione dla terapeuty oraz co z tego wynika dla zawodu muzykoterapeuty i efektów prowadzonych przez niego działań terapeutycznych. Naczelną dewizą deontologii muzykoterapeutycznej jest dobro pacjenta (*salus aegroti suprema lex esto*), który stanowi wartość nadrzędną, najwyższe dobro (*summum bonum*). Wykonując czynności zawodowe, muzykoterapeuta niesie ulgę pacjentowi w potrzebie, cierpieniu, chorobie, niepełnosprawności, niedomaganiu lub niedyspozycji. Zobowiązany jest on przy tym do zachowania tajemnicy zawodowej, obejmującej wszystko, czego się dowiedział w trakcie wykonywania czynności zawodowych. Jest on między innymi odpowiedzialny za swoje i pacjenta czyny w przebiegu realizowanej muzykoterapii. Traktuje każdego potrzebującego człowieka jednakowo bez względu na płeć, wiek, rasę, narodowość, język, pozycję społeczną, status ekonomiczny, poglądy polityczne, religijne lub inne uwarunkowania. Zawsze odnosi się do niego z poszanowaniem jego godności, okazując przy tym jemu i jego rodzinie należyty szacunek. Bardzo trafnie tę podstawową zasadę etyczną, obowiązującą także muzykoterapeutów, wyrażają słowa przyjęte jako dewiza przez grupę zawodową pielęgniarzek: „[...] człowiek powinien postępować tak, jak sam chciałby, aby inni postępowali wobec niego” [Mroczek 2008: 370]. W żadnym wypadku nie chodzi o gloryfikowanie pacjenta ani wzmacnianie jego postawy roszczeniowej względem muzykoterapeuty czy świadczonych przez niego usług terapeutycznych. W procesie muzykoterapii terapeuta oraz pacjent posiadają zarówno prawa, jak i obowiązki. „Realizowane u konkretnego pacjenta postępowanie lecznicze będzie wynikiem autonomicznych decyzji przynajmniej dwóch lub większej liczby uczestników procesu terapeutycznego” [Krajewski 2008: 78]. Muzykoterapeuta w stosunku do

kolegów muzykoterapeutów oraz innych specjalistów przejawia postawę otwartości i życzliwości, dba o dobre imię stanu muzykoterapeutycznego. Etyka muzykoterapeuty służy również propagowaniu we właściwy sposób tego zawodu wśród samych muzykoterapeutów oraz innych specjalistów, między innymi definiuje normatywnie role społeczne zawodu muzykoterapeuty. Etyka muzykoterapeuty przekazuje także wypracowane z pokolenia na pokolenie etyczne doświadczenie zawodowe (normy, zachowania, wzorce, poglądy itp.) związane z wykonywaniem zawodu muzykoterapeuty i wykorzystaniem terapeutycznych funkcji sztuki muzycznej. Jest ona wzorem do tworzenia kodeksów etyki zawodowej muzykoterapeutów.

Zasady pozytywnego postępowania wyznaczane przez deontologię zawodu muzykoterapeuty służą między innymi opisaniu etosu muzykoterapeuty, stanowiącego w tej grupie zawodowej obowiązujący, jasno określony wzorzec zachowania lub wzorce zachowania. Dzięki przyjęciu etosu muzykoterapeuty opisuje się wynikające z norm nieskodyfikowane reguły działania charakterystyczne dla muzykoterapeutów. Wyznaczone przez deontologię kryteria służą między innymi opracowaniu wzorca osobowościowego muzykoterapeuty, określeniu jego cnót, zalet i wzorów pożądanych zachowań, potrzebnych do prawidłowego wykonywania powinności zawodowych. Normy etyczne regulują postępowanie muzykoterapeutów, służąc jednocześnie integracji tej grupy zawodowej wokół przyjmowanych przez nią wartości, takich jak: podmiotowość i godność osoby ludzkiej, tajemnica zawodowa, prawda, dobro, piękno (w tym także sztuki muzycznej), odpowiedzialność. Między innymi deontologia pozwala analizować, wartościować i normować mniej lub bardziej istotne aspekty muzykoterapii.

Stanowi punkt odniesienia dokonywanego przez muzykoterapeutów wartościowania czynów zawodowych, do których można zaliczyć diagnozę muzykoterapeutyczną, realizowanie terapii, prowadzenie działań promujących zdrowie i działań z zakresu profilaktyki muzycznej, monitorowanie, dokumentowanie i ewaluację przebiegu czynności zawodowych, poradnictwo muzykoterapeutyczne itp. Ponieważ muzykoterapeuci mogą między sobą różnić się pod względem wyznawanych

wartości oraz ich hierarchii, dlatego służy ona także regulowaniu sposobów rozwiązywania lub łagodzenia typowych dla tej grupy zawodowej konfliktów wartości. Wskazuje między innymi kryteria właściwego wyboru w sytuacjach problematycznych etycznie dla muzykoterapeutów. Deontologia muzykoterapeutyczna winna być uchwalona lub rekomendowana przez samorządy, stowarzyszenia, towarzystwa, korporacje zawodowe muzykoterapeutów działające na określonym prawnie terenie administracyjnym. Opracowana w formie kodeksu etyki zawodowej muzykoterapeuty winna stanowić uniwersalny i środowiskowy zbiór norm zawodowych muzykoterapeutów.

Przyjmuje się, iż kodeks etyki zawodowej muzykoterapeuty jest zbiorem (systemem) uporządkowanych wartości, norm, powinności, obowiązków, nakazów, zakazów, rad i ideałów moralnych, którymi muzykoterapeuci powinni się kierować, wykonując powinności zawodowe. Powinien on określać priorytety, wskazywać, jakie czynności zawodowe są dozwolone, a jakie zabronione w pracy muzykoterapeuty. Zawarte w nim reguły mają służyć pogłębianiu świadomości i odpowiedzialności zawodowej muzykoterapeutów, rozbudzeniu ich wrażliwości na potrzebującego człowieka, podnoszeniu kompetencji zawodowych, a tym samym prawidłowemu rozwojowi muzykoterapii jako nauki i zawodu. W pełni opracowany, tj. czytelny, jednoznaczny, zakresowo wyczerpujący i dostosowany do specyfiki zawodu, pomaga terapeutom w podejmowaniu decyzji moralno-etycznych związanych z wykonywanym zawodem. Inaczej ujmując, tego typu kodeks organizuje i reguluje życie zawodowe muzykoterapeutów, w tym także rozstrzyga zaistniałe na jego polu ewentualne konflikty wartości. Stanowi on niejako wizytówkę moralną zawodu muzykoterapeuty, którą warto cenić, jednocześnie o nią dbać i zabiegać. Kodeks jako akt normatywny opracowany w formie ustawy winien służyć również edukacji kadr muzykoterapeutów. Powinien być on także przedmiotem nauczania słuchaczy studiów z zakresu muzykoterapii. Zawarte w nim zasady postępowania zawodowego muszą być czytelne zarówno dla odbiorców usług muzykoterapeutycznych, jak i innych profesjonalistów reprezentujących zawody pokrewne, np. lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, psychologów,

logopedów czy pedagogów. Można się spodziewać, że nieprzestrzeganie norm postępowania zawodowego, zawartych w kodeksie deontologicznym, będzie pociągać za sobą określone sankcje organizacyjnoprawne. Z drugiej strony kary za nieprzestrzeganie własnych norm zawodowego postępowania mogą być odzwierciedleniem nieprawidłowości, niedoskonałości, słabości zawodowego środowiska muzykoterapeutycznego i obowiązujących w nim kodeksów etycznych. Treść kodeksu powinna stanowić dla komisji etycznych podstawę merytoryczną w orzekaniu o praktyce zawodowej muzykoterapeutów. Kodeks etyki zawodowej pozwala na stwierdzenie zgodności praktyki zawodowej muzykoterapii z przyjętymi na jej gruncie normami etyczno-deontologicznymi. Tak więc kodeks etyczny jest potrzebny nie tylko z punktu widzenia dobra pacjenta, ale także grupy zawodowej muzykoterapeutów.

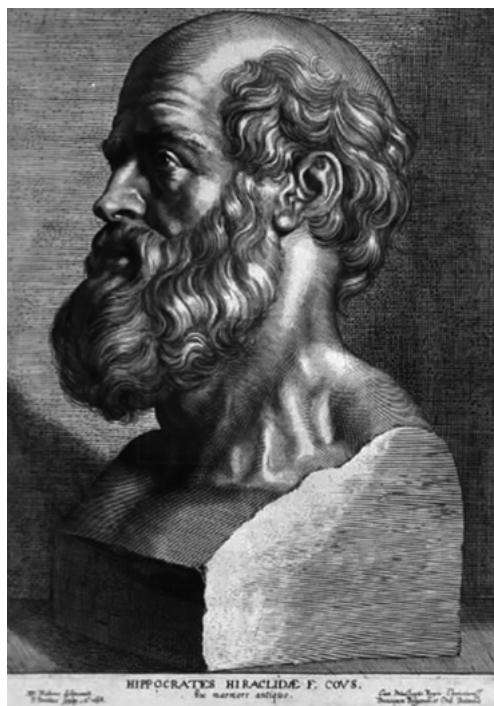
Przysięga muzykoterapeutyczna

Na wyspie Kos, trzeciej co do wielkości wyspie Dodekanezu, w mieście Kos żył i nauczał najśłynniejszy lekarz starożytności – Hipokrates⁴. W tym portowym mieście, naprzeciwko bramy zamku joannitów, na niewielkim placu Platanou – jak głosi legenda – w cieniu dużego rozłożystego platana zwykł on przekazywać medyczne nauki swoim uczniom [Rusin 2008: 216–218]. Jego traktaty medyczne, pochodzące sprzed ponad 2000 lat, zawierają podstawy współczesnej etyki lekarskiej. Stały się one fundamentem rodzącego się w XIX wieku kodeksu etyki lekarskiej [Biesaga 2006a: 20]. Etyka hipokratejska określa zasadnicze intuicje moralne, wskazówki normatywne oraz przywołuje na myśl najwyższe istoty kierujące losami świata [Biesaga 2006b: 22].

4 » Hipokrates z Kos (ok. 460–370 p.n.e.) – lekarz grecki uznawany za najwybitniejszego pioniera współczesnej medycyny, zwany ojcem medycyny i etyki medycznej. Urodził się i działał na wyspie Kos na Morzu Egejskim. Pochodził z rodziny lekarskiej Asklepiadów [Biesaga 2006: 20].

Przysięga Hipokratesa⁵ (starożytne przyrzeczenie lekarskie), a przede wszystkim jego etyka mają doniosły etyczny wpływ na oblicze zarówno starożytnej, jak i współczesnej medycyny [Biesaga 2006b: 20]. Przyjmuje się, iż kodeks etyki lekarskiej jest jej rozwinięciem i uwspółcześnieniem. Obecnie przysięgę Hipokratesa składają kończący studia medyczne lekarze. Poprzedza ona zasadniczy tekst Kodeksu Etyki Lekarskiej i zawiera szereg istotnych zobowiązań etycznych lekarza [<http://www.nil.org.pl/>].

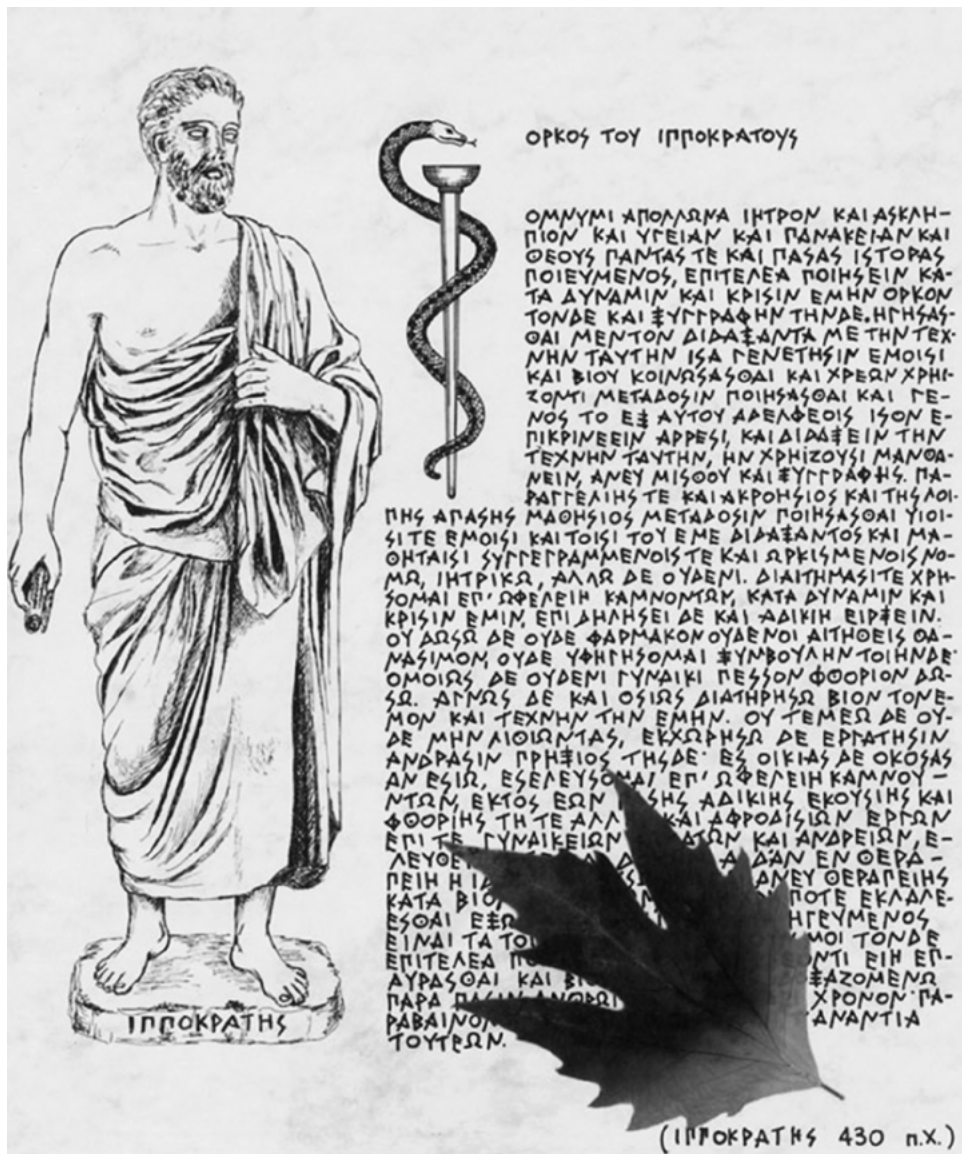
Przysięgę Hipokratesa i jego etykę można przyjąć także za podstawowy punkt odniesienia etyki zawodowej muzykoterapeutów. Według



Rys. 1. Hipokrates z Kos

Źródło: http://hu.wikipedia.org/wiki/Élettan#mediaviewer/Fájl:Hippocrates_rubens.jpg.

5 » Po dziś dzień toczone są historyczne spory na temat pochodzenia i autorstwa przysięgi Hipokratesa.



Rys. 2. Przysięga Hipokratesa

Źródło: http://litgraf.home.pl/pyzia/prasa/refleksje_lekarza/index.html.

niej można próbować określić profesję muzykoterapeuty, tj. funkcje, cele i środki jego oddziaływania terapeutycznego, relacje muzykoterapeuta-pacjent oraz regulacje wewnątrz tej grupy zawodowej. Kandydaci do zawodu muzykoterapeuty, kończący studia o specjalności muzykoterapia, ze względu na służebną względem drugiego człowieka specyfikę swojej profesji i wiążące się z tym różnego typu problemy natury etycznej--moralnej, mogliby być zobowiązani do składania podobnej przysięgi. Przysięga ta służyłaby podkreśleniu wyjątkowego charakteru powołania muzykoterapeuty, misji życiowej, ważności wykonywanej profesji. Wzmacniałaby jego odpowiedzialność wobec podmiotu i przedmiotu czynności zawodowych wykorzystujących sztukę muzyczną do celów terapeutycznych. Przysięga składana wobec wspólnoty muzykoterapeutów (nauczycieli, kolegów, liderów organizacji zawodowych itp.), oprócz dyplomu ukończenia studiów z zakresu muzykoterapii, mogłaby formalnie upoważniać do przyjęcia nowego specjalisty do grona zawodowych muzykoterapeutów.

Deontologiczne zasady muzykoterapeutyczne (odnoszące się do świata wartości) ujęte w reguły mogą stanowić podstawę do opracowania przysięgi muzykoterapeutycznej składanej przez adeptów muzykoterapii. Poniżej prezentuję propozycję tekstu przysięgi, którą mogliby składać młodzi muzykoterapeuci. W jej opracowaniu wzorowałem się na tekście przysięgi lekarskiej [<http://www.nil.org.pl/>].

Przyrzeczenie muzykoterapeutyczne

Nadany mi tytuł muzykoterapeuty przyjmuję z należnym szacunkiem i wdzięcznością dla moich Nauczycieli i będąc świadomym zarówno powinności, jak i praw wynikających z jego nadania, uroczyście ślubuję:

- > powierzone mi powinności zawodowe sumiennie wypełniać;
- > z praw należnych mi uczciwie korzystać;
- > przestrzegać przepisów prawa regulujących działania muzykoterapeutyczne;

- > służyć pomocą człowiekowi, niezależnie od jego stanu posiadania, rasy, narodowości, języka, przekonań politycznych, religijnych i światopoglądowych, mając na względzie jedynie jego dobro;
- > okazywać należy szacunek każdemu pacjentowi, niczym nie nadużywać jego zaufania, respektować jego prawa, autonomię, prywatność i godność;
- > dochować tajemnicy muzykoterapeutycznej;
- > ponosić odpowiedzialność moralną, zawodową i prawną za prowadzone czynności muzykoterapeutyczne;
- > stać na straży godności stanu muzykoterapeutycznego i niczym jej nie splamić, w tym między innymi nie podważać zaufania do innych muzykoterapeutów, zachowywać daleko idącą bezstronność;
- > nieustannie wzbogacać swoją wiedzę i doskonalić swój warsztat muzykoterapeutyczny, a tym samym rozwijać muzykoterapię jako naukę i zawód.

ŚLUBUJĘ TO UROCZYŚCIE!

Zakończenie

Kompetencje etyczno-deontologiczne stanowią podstawę funkcjonowania zawodowego muzykoterapeuty. Mają także wpływ na jego życie osobiste i rodzinne. Z drugiej strony to, jakim jest człowiekiem, świadczy również o tym, jakim jest muzykoterapeutą. Rozeznanie specyfiki tych kompetencji, a następnie możliwie jak najlepsze opracowanie na ich podstawie jasno określonych zasad deontologii muzykoterapeutycznej zapewni prawidłową regulację stosunków wewnątrz tej grupy zawodowej oraz lepszą jej konsolidację, przyczyniając się tym samym do wytworzenia wspólnoty zawodowej opierającej swoje działania na wspólnych założeniach etycznych. Pozwoli na określenie prawidłowego stosunku przedstawicieli zawodu muzykoterapeuty do podmiotu i przedmiotu prowadzonych oddziaływań muzykoterapeutycznych oraz do siebie wzajemnie i przedstawicieli innych profesji. Będzie także

zabezpieczeniem przed nadużyciami związanymi z wykonywaniem zawodu muzykoterapeuty, poprawi wizerunek muzykoterapeuty w oczach przedstawicieli innych profesji oraz podniesie jego prestiż. Kulturowanie wartości moralnych przez muzykoterapeutów jest wskazaniem istoty i znaczenia uprawianego przez tę grupę zawodu i podkreśleniem ważności jego funkcji społecznej.

Bibliografia

- Bartkowiak Leszek E., *Między powinnością a obowiązkiem – o kodeksach deontologicznych zawodów medycznych*. „Wiadomości Lekarskie” 2006, nr 59(11–12), s. 882–888.
- Biesaga Tadeusz, *Etyka cnót w etyce medycznej*. „Medycyna Praktyczna” 2006, nr 3, s. 20–23.
- Biesaga Tadeusz, *Kodeks Etyki Lekarskiej*. „Medycyna Praktyczna” 2006a, nr 9, s. 20–25.
- Biesaga Tadeusz, *Przysięga Hipokratesa a etyka medyczna*. „Medycyna Praktyczna” 2006b, nr 7–8, s. 20–25.
- Cylulko Paweł, *W kierunku umocnienia tożsamości zawodu muzykoterapeuty w Polsce*. W: *Muzykoterapia. Tożsamość, transgresja, transdyscyplinarność*. Joanna Gładyszewska-Cylulko (red.). Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, Stowarzyszenie Muzykoterapeutów Polskich Zarząd Główny. Wrocław 2010, s. 215–223.
- Cylulko Paweł (oprac. i red.), *Projekt ustawy o zawodzie muzykoterapeuty. Materiały do konsultacji środowiskowej*. Zarząd Główny Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich. Wrocław 2011.
- Didier Julia, *Słownik filozofii*. Przekład z języka francuskiego Krzysztof Jarosz. Wydawnictwo „Książnica”. Katowice 1996.
- Hołub Grzegorz, *Kodeks Etyki Lekarskiej, „Ethica mater nostra est” – skąd się biorą normy etyki lekarskiej*. „Medycyna Praktyczna” 2013, nr 5, s. 130–132.
- Krajewski Romuald, *Komentarz do definicji*. „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2008, t. 2, nr 3, s. 78.
- Mroczek Bożena, Kedzia Alina, Trzasczka Magdalena, Szwala Anna, Mosiejczuk Agnieszka, Urban Urszula, Waś Anna, Tomczuk Magdalena, *Stan wiedzy na temat Kodeksu Etyki Zawodowej wśród pielęgniarek i położnych*. „Problemy Pielęgniarstwa” 2008, nr 16 (4), s. 369–373.

- Rusin Wiesław, *Wyspy greckie*. Wydawnictwo Pascal. Bielsko-Biała 2008.
- Sidorowicz Sławomir, *Tezy do dyskusji nad deontologią zawodu muzykoterapeuty*. „Muzykoterapia Polska” 2003, nr 2(6), s. 39–44.
- Słownik języka polskiego PWN*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 1999.
- Stachyry Krzysztof, *Kodeks Etyczny Muzykoterapeuty*. W: *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*. Krzysztof Stachyra (red.). Wydawnictwo UMCS. Lublin 2012, s. 285–286.
- Wielka encyklopedia PWN*, t. 8. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2005.

Strony internetowe

- <http://arteterapia.pl/kodeks-etyczny-muzykoterapeuty/> (dostęp: 10 maja 2014).
- http://www.kajros.pl/kodeks_etyczny.html (dostęp: 10 maja 2014).
- <http://www.nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej> (dostęp: 10 maja 2014).

PAWEŁ CYLULKO – doktor nauk o kulturze fizycznej w zakresie rehabilitacji ruchowej, magister muzykoterapii, magister edukacji muzycznej, pełni obowiązki kierownika Zakładu Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Jest przewodniczącym Krajowej Rady Muzykoterapii oraz pomysłodawcą, założycielem i redaktorem naczelnym kwartalnika naukowego „Muzykoterapia Polska”. Ma w swoim dorobku liczne publikacje z dziedziny muzykoterapii, w tym trzy monografie oraz artykuły naukowe. Do głównych kierunków jego zainteresowań naukowych należą: usprawnianie i wychowanie niepełnosprawnych dzieci z wykorzystaniem terapeutycznych walorów sztuki muzycznej oraz kształcenie adeptów muzykoterapii.

CZĘŚĆ 2

Podstawy warsztatu muzykoterapeuty

PROGRAMOWANIE MUZYKI DO TERAPII – 20 LAT PO WYDANIU KSIĄŻKI TADEUSZA NATANSONA

Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

» **Streszczenie:** Podstawowym i wciąż nierozwiązanym problemem w muzykoterapii jest dobór odpowiedniego materiału muzycznego oraz ocena jego przydatności do określonych celów terapeutycznych. Koncepcja programowania muzyki do terapii ogniskuje się wokół:

- > propozycji wykorzystania rozwoju nauki w kierunku umożliwienia tworzenia obiektywnych metod oceny przydatności muzyki w celach terapeutycznych,
- > rozważenia możliwości otrzymania najkorzystniejszych wskazówek w zakresie właściwego doboru muzyki do terapii poprzez analizę utworów muzycznych nie tylko za pomocą tradycyjnych metod,
- > rozwoju nowych metod analizy utworów muzycznych w celach terapeutycznych, takich jak metoda Suitberta Ertla i Jane A. Harley czy Tadeusza Natansona. Metoda Suitberta Ertla i Jane A. Harley umożliwia pomiar jakości przeżyć muzycznych. Metoda Tadeusza Natansona może być stosowana w celu analizy czterech sfer percepcji muzyki: emocjonalnej, wyobraźniowej, psychomotorycznej i intelektualnej.

Celem pracy jest między innymi pokazanie możliwości właściwego doboru muzyki do takich technik i zasad terapeutycznych, jak relaksacja, techniki wyobraźniowo-projekcyjne, muzyczne ISO.

Słowa kluczowe: dobór materiału muzycznego, muzyka relaksacyjna, projekcyjne słuchanie muzyki, zasada ISO.



Koncepcja programowania muzyki do terapii

Istotną częścią oddziaływań muzykoterapeutycznych jest świadomy i skuteczny dobór materiału muzycznego do zamierzonych celów terapeutycznych. Otwarty pozostaje jednakże problem, w jaki sposób prawidłowo ocenić przydatność określonych utworów muzycznych do konkretnych działań terapeutycznych.

Na powagę zagadnienia doboru muzyki do terapii zwrócił uwagę Tadeusz Natanson w unikatowej w tej dziedzinie publikacji: *Programowanie muzyki terapeutycznej – zarys podstaw teoretycznych* [1992]. Ten uznany twórca muzykoterapii polskiej podkreślił, że istotą programowania powinno stać się „[...] świadome i oparte na naukowych przesłankach dobieranie muzyki najlepiej spełniającej potrzeby zamierzonych celów terapeutycznych” [Natanson 1992: 76]. A programowanie muzyki terapeutycznej zdefiniował jako „[...] dyscyplinę zajmującą się naukowymi podstawami analizy muzycznej, pozwalającymi określić terapeutyczną przydatność jej rozmaitych upostaciowań w rozmaitych sytuacjach terapeutycznych” [Natanson 1992: 82].

Wyboru materiału muzycznego muzykoterapeuta dokonuje niejednokrotnie intuicyjnie, opierając się na własnym doświadczeniu i szeroko pojętej wiedzy muzycznej. Wielu muzykoterapeutów dzieli się doświadczeniami z zakresu zastosowań muzyki w terapii, podając kategoryzacje utworów muzycznych ze względu na ich oddziaływanie poparte obserwacją [Galińska 1992: 21–23; Kierył, Gurgoń 2000: 59–64]. Przeglądając prace badawcze poświęcone muzykoterapii, można napotkać także takie, w których rodzaj zastosowanej muzyki wydaje się bez znaczenia. W pracach tego typu znajdujemy dość ogólnikowe określenia dotyczące doboru materiału muzycznego, takie jak: muzyka klasyczna, muzyka elektroniczna, śpiew ptaków.

Tradycyjne metody analizy dzieła muzycznego, wykształcone przez teorię muzyki, okazują się niewystarczające w zakresie badań oddziaływań terapeutycznych. Odnaczają się wysokim poziomem subiektywizmu i posługują się ocenami jakościowymi niedostosowanymi do specyficznej sytuacji odbioru muzyki, jaką jest sytuacja terapeutyczna

[Kukiełczyńska-Krawczyk 2003: 48]. Wszelkie metody analityczne wypracowane przez współczesną muzykologię, dotyczą szeroko pojętych kwestii formalnostrukturalnych. Z obszaru badawczego wykluczony jest kontekst emocjonalny i semantyczny oddziaływania muzyki, który zdaje się najbardziej interesujący z punktu widzenia działań terapeutycznych [Tuchowski 2006: 11]. Potrzeba poszukiwania względnie obiektywnych metod analizy dzieła muzycznego, które przyczyniłyby się do rozwoju muzykoterapii, obligowała Tadeusza Natansona do opracowania tzw. metody kwalitometrycznej [Natanson 1992: 122–134; Kukiełczyńska-Krawczyk 2010: 157–172]. Inną metodę oceny przydatności terapeutycznej muzyki stworzyli Suitbert Ertel i Jane A. Hartley [Böttcher 1971: 34–47; Reinecka 1971: 48–56]. W pracach badawczych w zakresie oceny emocjonalnej dzieł muzycznych stosowane są również kwestionariusze psychologiczne [Umemura, Honda 1998: 30–38]. Pomocnicze w tym względzie stają się także badania obiektywnie mierzalnych reakcji fizjologicznych, powstałych pod wpływem słuchania muzyki [Kukiełczyńska-Krawczyk 2005: 30–38].

Złożoność procesu percepcji dzieła muzycznego uwarunkowana nie tylko strukturalnoformalnymi cechami muzyki, ale również czynnikami sytuacyjnymi oraz osobowościowymi odbiorcy [Jordan-Szymańska 1990: 272–273], nie przeczy założeniom dyscypliny, jaką jest programowanie muzyki do terapii. Przeprowadzane coraz częściej badania wykazują, że dzieła muzyczne zdolne są do wywierania podobnego wpływu na większość badanych osób [Kukiełczyńska-Krawczyk 2003: 47–52]. Tadeusz Natanson zauważył, iż „[...] mimo ogromnej złożoności i rozmaitości dzieł, jak również mimo różnic indywidualnych cechujących odbiorców muzyki – ich reakcje na muzykę wykazują większą zbieżność, niż by się można było spodziewać” [Natanson 1992: 17]. Zatem dążenie do obiektywizacji odbioru muzyki pozostaje problemem wciąż otwartym [Kukiełczyńska-Krawczyk 2005: 3–5].

Właściwe wydaje się dalsze rozwijanie koncepcji Tadeusza Natansona w zakresie programowania muzyki do terapii, wyrażonej w następujących stwierdzeniach:

- > substancję muzyczną uważamy za jeden z głównych elementów muzykoterapii, który musi być dokładnie zbadany i określony, aby

- mógł być wykorzystywany świadomie i planowo, a przez to skutecznie;
- > ponieważ na ogół panuje zgodność co do tego, że przez muzykę można wpływać korzystnie na psychosomatyczne zdrowie człowieka, chociaż nie wiemy dokładnie, jak się to dzieje, brakujących informacji należy poszukiwać między innymi w samej substancji muzycznej, o której możemy także powiedzieć, że działa – często wiemy jak, nie wiemy natomiast dlaczego;
 - > rozwijająca się praktyka muzykoterapii stwarza konieczność poznania muzyki jako jej środka oddziaływania, czemu służyć muszą nowe metody analizy substancji muzycznej, ponieważ tradycyjne metody analizowania muzyki są niewystarczające do określenia jej w tej roli;
 - > za właściwe metody analizy substancji muzycznej, umożliwiające jej programowanie w muzykoterapii, należy uznać metody obiektywne, a więc kwantytatywne;
 - > rozległość i złożoność obszaru muzykoterapii wymagają wieloaspektowego traktowania jej samej i jej elementów, zatem proponowane nowe metody podejścia do muzyki terapeutycznej należy uznać za dostarczające nowych, niemożliwych do uzyskania za pomocą tradycyjnych metod, informacji, lecz jednocześnie za uzupełniające i wspierające inne podejścia, a nie zastępujące je lub wykluczające [Natanson 1992: 82].

Muzyka wykorzystywana w muzykoterapii jest środkiem oddziaływania, powinna być zatem przedmiotem badań w celu określenia wpływu, jaki wywiera w sensie terapeutycznym na osoby uczestniczące w terapii. Wyposażenie muzykoterapeutów w naukowe metody oceny przydatności utworów muzycznych do terapii przyczynić się może do postępu w dziedzinie programowania muzyki do terapii [Kukiełczyńska 1998: 75].

Koncepcja Tadeusza Natansona pozostaje otwarta na informacje dotyczące wykorzystywania muzyki w terapii, zdobyte na podstawie tradycyjnych metod analizy muzyki. Opierając się na osiągnięciach w zakresie muzykologii, dotyczących związków człowieka z muzyką, choć niebędących ściśle oddziaływaniami terapeutycznymi, Andrzej Tuchowski

proponuje własne podejście do zagadnień programowania muzyki do terapii [Tuchowski 2006: 11–22]. Podkreślając znaczenie percepcji historycznej dzieł muzycznych, wskazuje na konieczność dysponowania przez muzykoterapeutów znajomością stosownej literatury muzycznej, zweryfikowanej przez historię w zakresie jej oddziaływania. Terapeutów należy „odpowiednio przygotować poprzez dokonanie historycznego przeglądu dzieł, które:

- > powstały pod wpływem silnych emocji, napięć, ewentualnie ekstremalnych sytuacji życiowych poświadczonych rekonstrukcją okoliczności powstania;
- > zapisały się w dziejach względną niezmiennością i ponadczasowością siły oddziaływania, co potwierdzają udokumentowane źródła z różnych okresów historycznych;
- > wpisały się na trwałe do kanonu wielkiego dziedzictwa kulturowego” [Tuchowski 2006: 18].

Prezentacji towarzyszyć powinno zarysowanie realiów epoki, jej założeń estetycznych, a przede wszystkim próba naszkicowania portretu osobowości kompozytora, łącznie ze znanymi nam ułomnościami, dolegliwościami, fobiami, a także ogólnymi cechami charakteru. Pierwszoplanowe miejsce w zakresie powyższego obszaru tematycznego powinny zajmować utwory, których powstanie miało dla twórców znaczenie autoterapeutyczne – stanowiły swego rodzaju *katharsis* i służyć mogą jako wręcz modelowy przykład potwierdzający słuszność teorii sublimacji [Tuchowski 2006: 19].

Ogromne znaczenie w koncepcji Andrzeja Tuchowskiego mają uwarunkowania towarzyszące powstaniu utworu, np. założenia prądu estetycznego, w którym dzieło wyrosło, jak również emocje kompozytora leżące u źródeł stworzenia dzieła. Kolejnym obszarem dociekań winna stać się wszelkiego rodzaju muzyka „[...] przedstawiająca, malująca, programowa, a więc – muzyka obdarzona ładunkiem semantycznym” [Tuchowski 2006: 20]. Ten zakres wiedzy o muzyce posiada bowiem ugruntowane zaplecze teoretyczne w muzykologii.

Nurt programowania zaproponowany przez Andrzeja Tuchowskiego jest cenną pomocą w zakresie tzw. ukierunkowanej literatury muzycznej

[Tuchowski 2006: 22], obejmującą wyposażenie muzykoterapeuty w jak najbogatszą i możliwie wszechstronną znajomość muzyki. Dobór materiału muzycznego jest jednak warunkowany przede wszystkim zamierzonymi celami terapeutycznymi.

Metody oceny przydatności utworów muzycznych dla terapii

Tradycyjne metody badawcze oparte na zdobyczach nauk muzycznych mogą zaspokajać potrzeby muzykoterapii jedynie w wąskim zakresie. W celu dokonania istotnych postępów w obszarze szerokich zastosowań muzykoterapii konieczne stało się opracowanie doskonalszych metod analizy substancji muzycznej, dostosowanych do sytuacji terapeutycznej, i tym samym wyposażenie muzykoterapeutów w naukowe metody oceny przydatności utworów do terapii [Kukiełczyńska 1998: 75].

Do metod analizowania muzyki w aspekcie terapeutycznym zaliczyć można profil biegunowości cech dzieła muzycznego w opracowaniu Suitberta Ertla i Jane A. Hartley [Böttcher 1971: 34–47; Reinecke 1971: 48–56] oraz metodę kwalitometryczną Tadeusza Natanson [Natanson 1987: 49–67; 1992: 122–134; Kukiełczyńska-Krawczyk 2010: 157–172]. W aspekcie diagnostycznym przydatna może się okazać metoda preferowana przez muzykoterapeutów francuskich, zwana bilansem psychomuzycznym [Lecourt 2008: 81–108].

Niejednoznaczny charakter dzieła muzycznego, jego wielorakie funkcje, różnorodność jego percepcji, wynikająca z indywidualnych psychofizycznych cech odbiorcy muzyki, wskazują, że nie należy spodziewać się możliwości skonstruowania jednej i tylko jednej metody badania i oceniania, którą można by zastosować do każdego dzieła.

Wspólną cechą wymienionych metod jest umożliwienie obiektywnego określania oddziaływania substancji muzycznej, w przeciwieństwie do tradycyjnych metod analizy muzycznej, posługujących się wskaźnikami ilościowymi.

Metodę dyferencjału semantycznego, opracowaną przez Suitberta Ertla i Jane A. Hartley opisali, łącznie z przykładami jej zastosowania, Herman F. Böttcher – psycholog muzyki z Lipska [Böttcher 1971: 34–47] oraz Hans-Peter Reinecke [1971: 48–57] z Berlina. Do potrzeb badawczych na terenie Polski przystosował ją Andrzej Janicki, nadając metodzie polską nazwę: profil biegunowości cech dzieła muzycznego. Metoda ta umożliwia badanie związku pomiędzy muzyką a jej oddziaływaniem terapeutycznym w sferze emocjonalnej. Pozwala na pomiar jakości przeżyć muzycznych, ich analizowanie i porównywanie, zarówno u pojedynczych osób, jak i badanych grup.

Jakość przeżyć muzycznych analizowana jest w trzech podstawowych wymiarach: 1) ocena, 2) aktywność, 3) moc. Te trzy wymiary pozwalają badanemu określić swój stosunek do spostrzeganego obiektu, którym jest muzyka. Według Suitberta Ertla wymiar oceny zawiera w sobie ocenę pozytywnych i negatywnych właściwości obiektu, jak również określa rodzaj przeżytej sytuacji uczuciowej, w kategoriach przyjemna lub nieprzyjemna (znak emocji). Wymiar aktywności dotyczy odbioru muzyki w sferze psychomotorycznej. Wymiar mocy jest wyrazem siły i mocy obiektu, a także siły własnego przeżycia (intensywność emocji).

Każdy z trzech wymiarów opisany jest przez sześć przeciwstawnych cech. Badany określa swoje wrażenia po wysłuchaniu utworu pod kątem każdej z cech na graficznej skali siedmiopunktowej (od -3 do +3 pkt). Tak uzyskane wyniki można porównywać pod względem ilościowym. Profil biegunowości dla danego dzieła, utworu powstaje poprzez naniesienie uśrednionych wartości w odpowiednie miejsca skali.

W latach 1998–2003 autorka przeprowadziła badania, w których uczestniczyło 85 osób, słuchaczy Podyplomowych Studiów Muzykoterapii [Kukiełczyńska-Krawczyk 2003: 47–52]. Analizie poddano trzy utwory muzyki tzw. klasycznej:

- > Johann Sebastian Bach – *Koncert na dwoje skrzypiec d-moll* BWV 1043, cz. II;
- > Johann Sebastian Bach – *V Koncert brandenburski D-dur* BWV 1050, cz. II *Affettuoso*;
- > Ludwig van Beethoven – uwertura *Egmont*.

Celem badania było znalezienie odpowiedzi na pytanie: Jakiego rodzaju przeżycia muzyczne powstają pod wpływem wymienionych utworów i jaka jest ich intensywność. Analiza jakości tychże przeżyć powinna dostarczyć informacji o możliwości zastosowania wybranych fragmentów muzycznych w terapii.

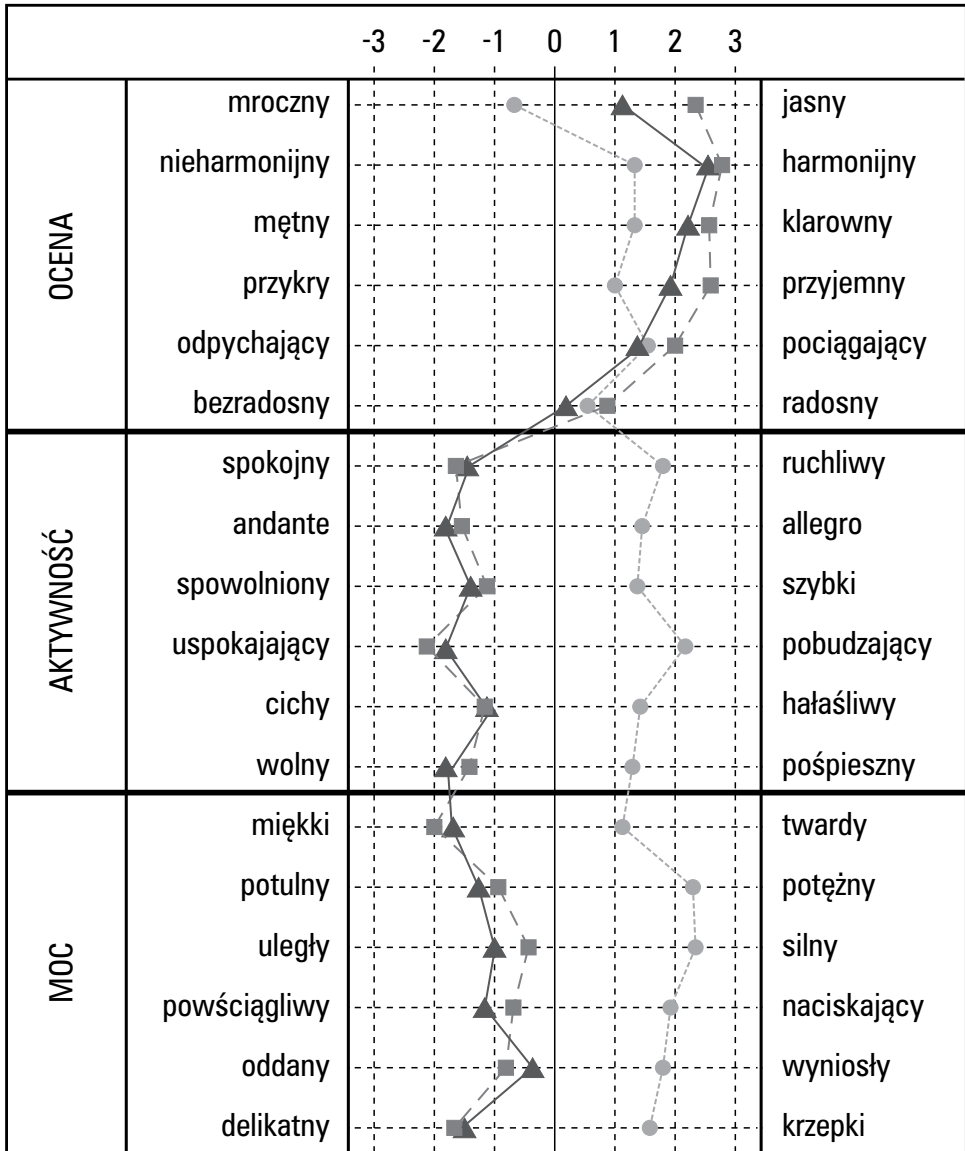
Profil biegunowości cech dla cz. II *Koncertu na dwoje skrzypiec d-moll* J.S. Bacha przebiega w zakresie oceny w wartościach dodatnich, a aktywności i mocy w ujemnych. Najwyższą wartość (2,76) uzyskano dla cechy – harmonijny–nieharmonijny, najniższą dla cechy uspokajający–pobudzający (-2,15).

Profil biegunowości cech dla cz. II *V Koncertu brandenburskiego D-dur* Johanna Sebastiana Bacha przebiega również w zakresie oceny w wartościach dodatnich, aktywności i mocy – w wartościach ujemnych. Najwyższą wartość uzyskano dla cechy harmonijny–nieharmonijny (2,44), najniższą dla cech uspokajający–pobudzający oraz andante–allegro (1,83).

Profil biegunowości cech dla uwertury *Egmont* Ludwiga van Beethovena przebiega w zakresie oceny – oprócz cechy mroczny–jasny – w wartościach dodatnich. Najwyższą wartość uzyskano dla cechy uległy–potężny (2,25) oraz uspokajający–pobudzający (2,21). Trzy powyższe profile przedstawia rys. 1.

Dla wszystkich trzech utworów wartości w zakresie wymiaru oceny przebiegają (poza jedną cechą) w wartościach dodatnich. Świadczy to o odbiorze utworu w kategoriach pozytywnych, przyjemnych. Pozwala też wywnioskować, że skoro utwory te dobrze są odbierane przez słuchaczy, to mogą służyć również jako materiał muzyczny wykorzystywany w terapii.

Zdecydowaną różnicę obserwujemy pomiędzy pierwszym, drugim a trzecim utworem w zakresie wymiaru aktywności i mocy. Wyniki uzyskane dla obydwu utworów Johanna Sebastiana Bacha świadczą o niskiej intensywności reakcji emocjonalnej powstałej po ich wysłuchaniu. Cecha z wymiaru aktywności: uspokajający–pobudzający, wskazuje na uspokajający charakter obydwu utworów mistrza muzyki baroku. Odmiennie przedstawiają się wyniki dla trzeciego utworu. Wartości dodatnie zarówno w zakresie wymiaru aktywności, jak i mocy świadczą



—■— J.S. Bach, *Koncert d-moll na dwoje skrzypiec, cz. II*

—▲— J.S. Bach, *V Koncert brandenburski D-dur, cz. II*

---●--- L. van Beethoven, *uwertura Egmont, cz. II*

Rys. 1. Profil biegunowości cech dzieła muzycznego w grupie badanych 85 osób dla trzech przykładów muzycznych

Źródło: [Kukielczyńska-Krawczyk 2003: 47–52].

o wysokiej intensywności reakcji emocjonalnej powstałej po wysłuchaniu tego utworu. Cecha uspokajający–pobudzający wskazuje na aktywizujący emocjonalnie (pobudzający) charakter utworu.

Stosowne miejsce w terapii mogą znaleźć wszystkie utwory wykorzystane w badaniu. Przy czym *Koncert brandenburski cz. II* oraz *Koncert na dwoje skrzypiec d-moll cz. II* Johanna Sebastiana Bacha powinny być wykorzystywane w technikach relaksacyjnych w celu uzyskania uspokojenia, wyciszenia emocjonalnego. Natomiast uwertura *Egmont* Ludwiga van Beethovena może posłużyć jako utwór aktywizujący emocje, pozwalający na ich rozpoznawanie, wypowiedanie, analizowanie. Może być podstawą technik projekcyjno-wyobrażeniowych, w których aktywizacja emocjonalna warunkuje powstanie procesu wyobrażeniowego.

Przedstawiona analiza wykazuje konieczność przeprowadzenia dalszych badań różnych utworów, ewentualnie dla różnych grup, oraz opracowywania coraz doskonalszych metod analizy materiału muzycznego w celu umożliwienia istotnych postępów w obszarze właściwego doboru muzyki na potrzeby terapii. Autorka pracy przeprowadziła osobiście bądź we współpracy z magistrantami Akademii Muzycznej we Wrocławiu dalsze badania wybranych utworów muzycznych za pomocą profilu biegunowości cech dzieła muzycznego. Dotyczyły one między innymi odbioru muzyki relaksacyjnej [Kukiełczyńska-Krawczyk 2010: 135–146] oraz percepcji muzyki barokowej przez muzyków i niemuzyków [Ruda 2008].

Przydatna w zakresie programowania muzyki terapeutycznej okazuje się także metoda kwalitometryczna, opracowana przez Tadeusza Natansona, prekursora polskiej muzykoterapii, teoretyka muzyki i kompozytora w latach 80. XX wieku, umożliwiająca analizę dzieła muzycznego pod względem potrzeb terapeutycznych [Natanson 1992: 122–134; Natanson 1987: 49–67; Kukiełczyńska-Krawczyk 2010: 157–172]. Metoda kwalitometryczna Tadeusza Natansona pozwala na badanie warstwy efektywności w terapii w zakresie spełnienia bądź niespełnienia potrzeb dotyczących preferencji muzycznych. Pozwala na ocenę ilościową zmian w obszarze psychicznym człowieka w następujących poziomach:

- > pobudzenia emocjonalno-afektywnego,
- > pobudzenia wyobrażeniowo-skojarzeniowego,

- > pobudzenia psychomotorycznego,
- > pobudzenia intelektualnego.

Metoda kwalitometryczna Tadeusza Natansona wykorzystuje elementy kwalitometrii, czyli metody ilościowego określania jakości. Zastosowanie metody kwalitometrycznej do badania dzieła muzycznego wymaga precyzyjnego określenia zespołu jego cech. Ocena jakości dotyczy poziomu efektywności, czyli rozumiana jest jako terapeutyczna wartość czy przydatność określonego dzieła muzycznego.

Trafność przyjętych przez Tadeusza Natansona założeń metodologicznych sprawdzono w badaniach pilotażowych [Natanson 1987: 49–67], a weryfikacji metody dokonano podczas badań przeprowadzonych pod kierunkiem Tadeusza Natansona [Płachta, Sukniewicz 1985]. Metoda kwalitometryczna obejmuje trzy ankiety:

- > ankieta 1 – dostarcza informacji o oczekiwaniach respondenta związanych z chętnie słuchaną przezeń muzyką oraz o preferencjach w zakresie doznań:
 - A – emocjonalnych,
 - B – wyobrażeniowo-skojarzeniowych,
 - C – psychomotorycznych (ruchowych),
 - D – intelektualnych.

Preferencje te respondenci wyrażają liczbami w poszczególnych sferach w skali od 0 do 100 punktów, co pozwala ocenić wartości poszczególnych grup doznań oraz przedstawić ich stosunek ważności;

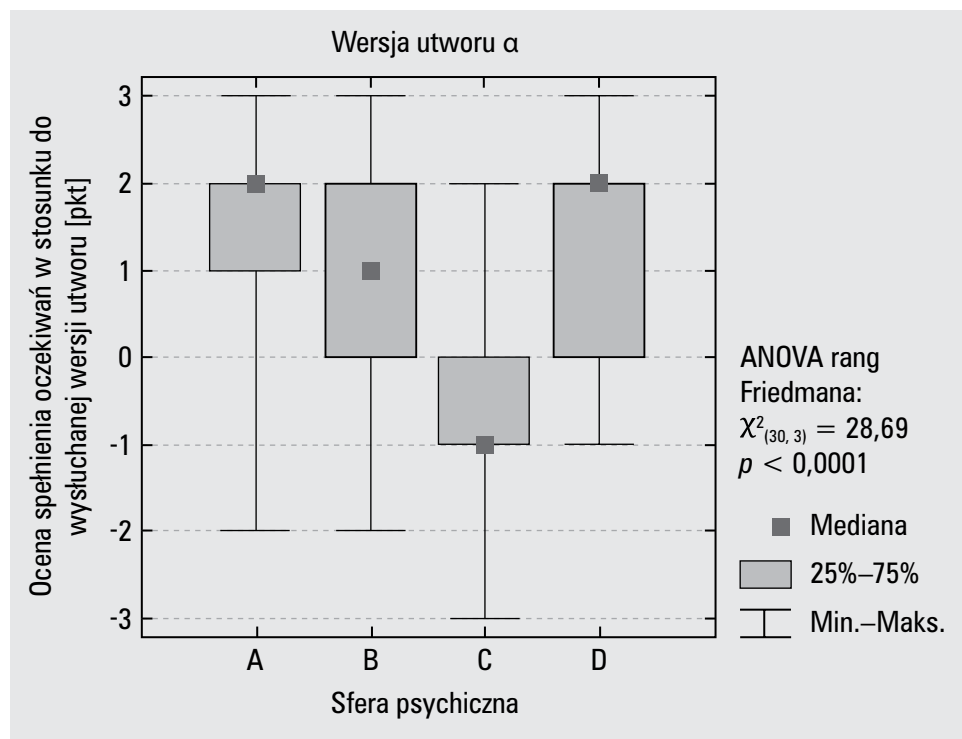
- > ankieta 2 – dostarcza informacji o oczekiwaniach respondenta związanych z muzyką, której za chwilę będzie słuchać; wypełniana jest bezpośrednio przed emisją utworu;
- > ankieta 3 – dostarcza informacji o tym, jak respondent ocenia subiektywne spełnienie bądź niespełnienie przez wysłuchany utwór jego oczekiwań i zaspokojenie–niezaspokojenie jego potrzeb w tym zakresie [Natanson 1992: 128–131].

Zastosowałam metodę kwalitometryczną między innymi w stosunku do muzyki o charakterze relaksacyjnym [Kukiełczyńska-Krawczyk 2005: 17–35]. Grupę badanych stanowiło 30 osób w wieku od 18 do 55 lat.

W badaniach wykorzystałam utwór muzyki elektronicznej zatytułowany *Ballada relaksacyjna* (kompozycja własna). Wyniki ankiety trzeciej przedstawiono na rys. 2.

W przypadku *Ballady relaksacyjnej* zaobserwowałam dodatnie wartości w zakresie sfery emocjonalnej (mediana 2 pkt), wyobrażeniowo-skojarzeniowej (mediana 1) i intelektualnej (mediana 2), zaś w zakresie sfery psychomotorycznej wartości ujemne (mediana –1).

Uzyskane wyniki świadczą o uspokajającym charakterze utworu. Wielu autorów podkreśla, że istnienie pozytywnych przyjemnych reakcji



Rys. 2. Porównanie ocen spełnienia oczekiwań w stosunku do utworu *Ballada relaksacyjna* w zakresie sfery emocjonalnej (A), wyobrażeniowo-skojarzeniowej (B), psychomotorycznej (C) i intelektualnej (D) oraz wynik nieparametrycznej analizy wariancji Friedmana (różnice w ocenach są statystycznie istotne) w grupie 30 osób badanych

Źródło: [Kukielczyńska-Krawczyk 2005: 38].

emocjonalnych powiązane jest z uzyskaniem stanu relaksacji [Siek 1990: 8; Urakawa 2003: 71–78]. Pobudzenie procesu wyobraźniowego w niewielkim stopniu często towarzyszy technikom relaksacyjnym powiązanym z wizualizacją. Przywoływanie w wyobraźni obrazów o cechach naturalnego piękna pozytywnie wpływa na uzyskanie stanu relaksacji [Gładyszewska-Cybulko 2003: 27–32; Stachyra 2009: 67]. Również obecność pozytywnych odczuć ze strony intelektualnej, najczęściej kojarzonej z doznaniem o charakterze estetycznym, wydaje się mieć pewne znaczenie dla reakcji relaksacyjnej.

Potwierdzenie relaksacyjnego oddziaływania utworu za pomocą metody kwalitometrycznej rokuje pozytywnie co do dalszego posługiwania się tą metodą w badaniach percepcji utworów muzycznych w sytuacji terapeutycznej [Kukiełczyńska-Krawczyk 2010: 157–172]. Metoda Tadeusza Natansona może okazać się także przydatna do oceny oczekiwań co do muzyki i zastosowania poszczególnych technik muzykoterapii u osób uczestniczących w terapii (ankieta 1).

Niedoskonałość technik badawczych związanych z emocjonalnym odbiorem muzyki, polegających głównie na analizie introspekcyjnej odbiorcy, powoduje, że coraz większa liczba muzykoterapeutów skłania się do przeprowadzania badań nad fizjologicznymi przejawami oddziaływania emocjonalnego [Kukiełczyńska-Krawczyk 2008: 113–118]. Wielu autorów podkreśla znaczenie badania reakcji fizjologicznych występujących w stanach emocjonalnych [Yanagihashi i in. 1997: 157–161; Palomba i in. 2000: 45–57]. Polegają one na obiektywnych pomiarach poszczególnych parametrów informujących o napięciu wegetatywnym ustroju, takich jak: tętno, ciśnienie tętnicze krwi, EKG, zachowania się naczyń włosowatych, opór elektryczny skóry, pomiar wskaźników wentylacyjnych układu oddechowego, termometria i inne; w ostatnich latach przeprowadza się analizę zmienności rytmu zatokowego (HRV) jako najbardziej rzetelną metodę oceny odpowiedzi ze strony autonomicznego układu nerwowego [Kukiełczyńska-Krawczyk 2005: 26–38; Kukiełczyńska-Krawczyk, Jethon 2006: 472–478].

Badania Carol Lynne Krumhansl [1997: 336–353] wykazały związek reakcji fizjologicznych z przeżywanymi pod wpływem muzyki emocjami,

takimi jak smutek, strach i szczęście. Jeśli zatem stwierdzone zmiany w reakcjach fizjologicznych są wyrazem współistniejących z nimi reakcji emocjonalnych na muzykę, to analizowanie wpływu muzyki na sferę fizjologiczną może wspomóc zamierzony dobór muzyki do celów terapeutycznych.

Dobór muzyki do określonych technik terapeutycznych

Techniki relaksacyjne

Reakcja relaksacyjna organizmu bywa definiowana jako „[...] specyficzny syndrom reakcji demobilizacyjnych, polegający na zmniejszeniu aktywności układu sympatycznego, rozluźnieniu mięśni, zwolnieniu rytmu oddychania i rytmu pracy serca, zmniejszeniu zużycia tlenu i tempa przemiany materii, występowaniu fal alfa w korze mózgowej” [Siek 1990: 8]. Tym reakcjom towarzyszą także subiektywne odczucia ze sfery psychicznej, takie jak: wewnętrzny spokój, odprężenie, komfort psychiczny itp.

Zastosowanie muzyki do osiągnięcia stanu relaksacji jest zjawiskiem powszechnym w muzykoterapii, łączonym nie tylko z treningami relaksacyjnymi. Relaksacyjne oddziaływanie muzyki zostało potwierdzone wieloma badaniami zarówno w sferze psychicznej, jak i fizjologicznej [White 1999: 220–230; Knight, Rickard 2001: 254–272; Burns, Labbe 2002: 101–116; Smith, Morris 1976: 1187–1193; Umemura, Honda 1998: 71–78; Kukiełczyńska-Krawczyk, Jethon 2006: 472–478; Jordan-Szymańska 1990]. W technikach muzykoterapii wspomaganie muzyką relaksacji określane jest sformułowaniem: „muzyka ułatwiająca relaksację” (ang. *music-facilitated relaxation*) [Maranto 1993: 693]. Również metoda zwana muzyczną wizualizacją (ang. *Music Imagery*) wymaga stosowania muzyki o charakterze relaksacyjnym [Stachyra 2009: 67–68].

Wielu muzykoterapeutów dostrzega znaczenie wpływu poszczególnych elementów dzieła muzycznego na reakcję relaksacyjną [Natanson

1992: 183–190]. Tam bowiem, gdzie muzykoterapeuta nie ma możliwości zastosowania obiektywnych metod oceny przydatności utworu muzycznego, może posłużyć się w praktyce terapeutycznej tradycyjnymi metodami analizy dzieła muzycznego. Denise Grocke i Tony Wigram [2007: 45–47] w książce poświęconej metodom receptywnym w muzykoterapii uwypuklają różnice w zakresie poszczególnych elementów dzieła muzycznego dla muzyki ułatwiającej relaksację i stymulującej wyobrażenia (por. tab. 1).

Tabela 1. Porównanie cech muzyki przeznaczonej do uzyskania relaksacji i stymulowania wyobrażeń. Źródło: [Grocke, Wigram 2007: 45–47]

Muzyka do relaksacji	Muzyka do wyobrażeń
Tempo stałe i stabilne, wolne.	Tempo może być zmienne, fragmenty wolne i szybkie powinny być kontrastowane.
Metrum parzyste lub nieparzyste, stałe.	Wskazane zmiany metrum.
Linia melodyczna przewidywalna, o zaokrąglonym konturze, wykorzystująca małe interwały; fraza melodyczna zgodna z rytmem oddychania.	Linia melodyczna może zawierać skoki i większe interwały; miejscami nieprzewidywalna, by mogła stymulować wyobrażenia.
Harmonia zazwyczaj tonalna i konsonansowa, z przewidywalną sekwencją akordów; możliwe zawieszenie harmoniczne, które się rozwiązuje.	Struktury harmoniczne powinny być bardziej zróżnicowane, czasami dysonansowe.
Instrumentacja zawierająca instrumenty smyczkowe i dęte, z wyłączeniem dętych blaszanych i perkusyjnych.	Instrumentacja zawierająca różne instrumenty, włączając dęte blaszane i perkusyjne.

Muzyka do relaksacji	Muzyka do wyobrażeń
Artykulacja – legato, dopuszczalne pizzicato.	Artykulacja – kombinacje legato, staccato, pizzicato, marcato i innych.
Niewielkie zmiany dynamiczne.	Większe zmiany dynamiczne, z wyłączeniem nagłych i przerażających.
Powtarzalność (repetycja) jest cechą kluczową.	Powtarzalność (repetycja) jest mniej ważna, wariacyjność jest pożądana do stymulowania wyobrażeń.
Faktura przejrzysta.	Faktura zmienna od rzadkiej do gęstej.
Podpierająca linia basowa.	Linia basowa może być wyrazista bądź nie.
Przewidywalne melodyka, rytmika i harmonika.	Mniej przewidywalne melodyka, rytmika i harmonika.

W pracach poświęconych muzykoterapii przy opisywaniu muzyki o charakterze uspokajającym dość często wskazuje się na znaczenie elementu tempa w proponowanych do terapii utworach muzycznych. Tempo wolne sprzyja uzyskaniu nastroju spokoju, zadumy czy kontemplacji, szybkie – ożywieniu i pobudzeniu psychoruchowemu [Natanson 1992: 188–189; Kierył, Gurgoń 2000: 59–64]. Badania w sferze psychicznej i fizjologicznej wskazują na relaksacyjne oddziaływanie tempa poniżej średniej częstości akcji serca [Kukiełczyńska-Krawczyk 2005: 24–75]. Przykładowo reakcję relaksacyjną u pacjentów onkologicznych słuchających muzyki zaobserwowano w przypadku tempa od 42 do 48 uderzeń

na minutę [Reinhardt 1999: 135–141]. Do relaksacji w sferze psychologicznej preferowana jest muzyka o niskim (60–70 dB) poziomie głośności [Staum, Brotons 2000: 22–39].

Współczesne, ale też dawniejsze badania, m.in. Hermanna von Helmholtza, Kate Hevner, pozwalają na wyodrębnienie takiego upostaciowania elementów dzieła muzycznego, które świadczyłoby o uspokajającym charakterze utworu [Natanson 1992: 185]. Muzykę relaksacyjną charakteryzuje:

- > melodyka kantylenowa, o przewadze ruchu sekundowego, bez większych skoków interwałowych, wykorzystująca środkowy rejestr dźwiękowy;
- > harmonika dur-moll, konsonansowa, z powolnymi zmianami funkcji harmoniczych;
- > rytmika jednorodna, o przebiegach miarowych, powtarzająca stały schemat rytmiczny;
- > dynamika jednostajna, *mf*, *mp*, *p*;
- > agogika – tempa umiarkowane i wolne.

Interpretacja znaczenia elementu barwy może być przedmiotem wielu dyskusji, wydaje się jednak, że nie powinna być pomijana w ocenie oddziaływania dzieła muzycznego zarówno na sferę psychiczną, jak i fizjologiczną [Kukiełczyńska-Krawczyk 2005: 74]. Wśród instrumentarium wykorzystywanego w relaksacji często stosowane są instrumenty elektroniczne [Biliński, Kierył 1996, 2000: 59–64; Yanagihashi i in. 1997: 157–161; Burns i in. 2002: 101–116].

Jedno z wielu omówień reakcji relaksacyjnej, autorstwa Roberta Krouta [2007: 134–141], wskazuje na najbardziej typowe cechy muzyki relaksacyjnej, zauważane przez współczesnych autorów: „wolne i niezmiennic tempo, niski poziom dynamiki, klarowna faktura, nieobecność perkusyjnych i silnie akcentowanych rytmów, delikatna barwa, płynna melodyka – legato, prosta harmonika”.

Powyższe usystematyzowanie cech muzyki relaksacyjnej pozwala terapeutom spośród ogromnego repertuaru muzycznego dobrać te utwory, które dostosowane będą do indywidualnych preferencji pacjenta [Tuchowski 2006: 18]. Percepcja muzyki zależy bowiem także od cech

psychofizycznych odbiorcy, jego wrażliwości emocjonalno-estetycznej, nastroju czy też sytuacji, w której słuca się muzyki [Cylulko 2002: 6].

Przykładowe utwory relaksacyjne potwierdzone badaniami: *Kanon* Johanna Pachelbela [Knight, Rickard 2001: 254–272], Fryderyka Chopina *Berceuse Des-dur* op. 57 i Bernharda Fliesa *Kołysanka* [Parczewska i in. 1978: 41–52], cz. III – VI *Symfonii* Gustava Mahlera [Iwanaga, Moroki 1999: 26–38], *Koncert podwójny d-moll* BWV 1043 cz. II Johanna Sebastiana Bacha, *V Koncert brandenburski D-dur* BWV 1050 cz. II Johanna Sebastiana Bacha [Kukiełczyńska-Krawczyk 2003: 47–52], *Gymnopedie No. 1* Erica Satie [Iwanaga, Kobayashi, Kawasaki 2005: 61–66].

Techniki projekcyjno-wyobrażeniowe

Techniki projekcyjno-wyobrażeniowe zajmują znaczące miejsce zarówno w psychoterapii, jak i muzykoterapii. Oparte są one na percypowaniu muzyki, która u słuchacza uruchamia procesy wyobrażeniowe, pobudza skojarzenia pozamuzyczne o charakterze projekcyjnym [por. Cylulko 2004: 154]. Skojarzenia te psycholodzy nazywają wyobrażeniami, natomiast muzykolodzy określają je mianem znaczeń referencjalnych [Cesarz 2003: 7]. Cheryl Dileo Maranto [1993: 694] nazywa powyższe techniki „projekcyjnym słuchaniem muzyki” (ang. *Projective Music Listening*), a Kenneth Bruscia [1998: 124] zalicza do nich m.in. „projekcyjne opowiadanie” (ang. *Projective Storytelling*), czyli tworzenie opowiadania do muzyki, oraz „projekcyjne malowanie do muzyki” (ang. *Projective Drawing to Music*), czyli malowanie podczas słuchania muzyki. Należałoby odróżnić powyższe postępowanie w terapii od stosowania technik kierowanej wyobraźni (ang. *Directed Music Imaging*), które związane są niejednokrotnie z wprowadzaniem klienta w stan relaksacji, zanim zostanie on zachęcony do tworzenia ciągów wyobrażeniowych [por. Bruscia 1998: 125; Maranto 1993: 692]. Dlatego najbardziej odpowiednią nazwą, określającą techniki projekcyjno-wyobrażeniowe [por. Cylulko 2004: 175], wydaje się propozycja Elżbiety Galińskiej [Galińska, Kozińska 2005: 3–29] – „techniki kierowanej wyobraźni muzyką i tematem (techniki autonarracji)”.

Techniki projekcyjnego słuchania muzyki najczęściej realizowane są w postaci skojarzeń muzycznych do wybranego fragmentu muzycznego. Wyobrażenia są ukierunkowane poprzez temat narzucony przez terapeutę przed słuchaniem muzyki (np. metaforyczny związek z bliską osobą, wyspa szczęścia) [Kukiełczyńska-Krawczyk 2003: 34–35]. Biorąc pod uwagę, iż tzw. literacki sposób odbioru muzyki [Głowiński 1980: 65–82], czyli wywołujący skojarzenia pozamuzyczne, pojawia się u ludzi dość często, z pewnością warto wykorzystywać tę zdolność w działaniach terapeutycznych. Tym bardziej, że jak podaje w swojej koncepcji percepcji muzyki Anna Jordan-Szymańska [1990: 274], podczas słuchania muzyki aktualizują się często treści pozamuzyczne, mające genezę w osobistych przeżyciach słuchacza, a także znaczenia będące wynikiem oddziaływań kulturowych, tzw. konotacje muzyczne.

Techniki te opierają się na uruchomieniu u pacjentów mechanizmu projekcji, czyli rzutowania własnych cech na muzykę. Na muzykę jak na ekran rzutowany jest obraz własnego „ja”: emocje, także te nieujawniane bądź negatywnie odbierane przez pacjenta, pragnienia, marzenia, cele życiowe, skrywane potrzeby, motywacje, własne spojrzenie na świat, najbliższe otoczenie, swoje role w społeczeństwie. Uświadczenie sobie problematyki ma znaczenie nie tylko diagnostyczne, ale również terapeutyczne. Pozwala odczuć odprężenie, oczyszczenie w typie *katharsis*, które dotyczy treści konfliktowych oraz patogennych przeżyć. Techniki projekcyjne umożliwiają także aktywizację emocjonalną, uruchamiają procesy twórcze i fantazje pozamuzyczne [Kukiełczyńska-Krawczyk 2003: 34–35].

Frances Goldberg i Louise Dimiceli-Mitran [za: Stachyra (red.), 2012: 125, 126], zajmujące się w terapii technikami wyobrażeniowymi, używają dwóch pojęć do określania rodzaju muzyki sprzyjającej bądź nie aktywizacji wyobrażeń: *small container* i *big container* (wąskie i szerokie ramy). Pierwszy rodzaj muzyki odnosi się do muzyki relaksacyjnej, tworzącej tło do działań terapeutycznych, ułatwiającej skupienie się, lecz równocześnie dającej niewielką przestrzeń dla powstawania wyobrażeń. Drugi rodzaj muzyki stymuluje procesy wyobrażeniowe poprzez użycie znacznie bardziej zróżnicowanej faktury, wprowadzanie

większych zmian dynamicznych i tempa, innymi słowy – daje on większą przestrzeń dla wyobrażeń. Jak wspomniano wcześniej, podobny podział na muzykę do relaksacji i do wyobrażeń proponują Denise Grocke i Tony Wigram [2007: 45–47].

Wyobrażeniom towarzyszy zatem muzyka bogato skojarzeniowa, udramatyzowana w swoim wyrazie, silnie ekspresyjna, odblokowująca zdolność do emocjonalnego wypowiedzania się. W zakresie elementów dzieła muzycznego charakteryzuje się ona wykorzystaniem wielu myśli tematycznych, stosowaniem przeciwstawnych temp, zróżnicowaniem rytmicznym, dynamicznym. Takie warunki spełnia twórczość kompozytorów głównie epoki romantyzmu, częściowo także klasycyzmu. W terapii mogą być wykorzystane poszczególne części symfonii, koncertów instrumentalnych, sonat, muzyka baletowa, uwertury do dzieł scenicznych, ale również muzyka filmowa, nawiązująca stylem do symfoniki XIX- i XX-wiecznej [Kukiełczyńska-Krawczyk 2003: 34–35].

Szczególnym zainteresowaniem terapeutów cieszy się muzyka przedstawiająca, malująca, programowa, czyli muzyka obdarzona ładunkiem semantycznym [Tuchowski 2006: 20]. Badania percepcji muzyki dowodzą, iż muzyka działa asocjatywnie, co oznacza, że może się z czymś kojarzyć. A zwłaszcza gdy nauczymy słuchacza kojarzyć. Zatem chociaż utwory opatrzone tytułem programowym dostarczają głębokich, wielorakich wzruszeń i przeżyć o charakterze inspirowanym lub sugerowanym przez pozamuzyczny program, to najszerszy margines dla interpretacji słownej i wyobrażeń pozostawiają formy muzyki absolutnej (autonomicznej). Formy, takie jak symfonie, koncerty instrumentalne, sonaty, niosą ogólniejsze treści, myśli i przeżycia [Natanson 1992: 150].

Przykładowe utwory przydatne w zakresie doboru muzyki do technik projekcyjno-wyobrażeniowych:

- > Nikołaj Rimski-Korsakow – *Suita symfoniczna – Szeherazada* cz. III – temat wyobrażenia: „ulubiona postać z książki lub baśni” [Kukiełczyńska-Krawczyk 2003: 35];
- > Wolfgang Amadeusz Mozart – *Koncert fortepianowy C-dur* KV 467 cz. II – „czym chciałbym być obdarowany” [Kukiełczyńska-Krawczyk 2003: 35];

- > Ludwig van Beethoven *VI Symfonia F-dur „Pastoralna”* op. 68, cz. V: *Pieśń pasterska* – „Ja w sytuacji zainspirowanej muzyką” [Cesarz 2003: 9].

Zasada ISO

Zasada ISO (niem. *Isoprinzip*) jest jedną z najstarszych i najbardziej rozpowszechnionych strategii terapeutycznych. Doświadczenia w zakresie jej stosowania opisują Ira Maximilian Altshuler, Tumor Willms, Rolando O. Benenzon [Schwabe 1986: 161]. Zasada ta polega na tym, iż syntaktyczne i semantyczne właściwości użytych parametrów muzycznych powinny odpowiadać aktualnemu psychicznemu stanowi pacjenta (klienta) [Schwabe 1986: 161].

Zasada opisana początkowo przez Irę Maximilianą Altshulera związana była z technikami receptywnymi, polegającymi na modyfikowaniu nastroju pod wpływem odpowiednio dobranej muzyki [Poch 1993: 295]. W tym rozumieniu ISO to doszukiwanie się identycznego poziomu nastroju u pacjenta (klienta) i w muzyce. Postępowanie takie wykorzystuje wyuczone przez pacjenta wzorce komunikacji. Stosowanie zasady ISO oparto na doświadczeniach klinicznych, w których zaobserwowano, iż stopniowe zmiany w nastroju muzyki mogą wywoływać podobne reakcje u słuchacza [Szulc 2002: 45]. W myśl tej zasady, aby w praktyce skutecznie oddziaływać muzyką, należy w pierwszym etapie terapii dostosować ją do preferencji, nastroju, zachowania i osobowości klienta [Stachyra (red.) 2012: 73]. Zasadę tę, jak wspomniano wcześniej, stosowano powszechnie w praktyce od początku istnienia muzykoterapii jako samodzielnej dyscypliny naukowej. Niemniej nietrudno zauważyć, że takie postępowanie ma korzenie już w starożytności [Stachyra (red.) 2012: 72]. Odniesienia do niej znajdziemy w wielu starożytnych przysłowiach, takich jak: „Radujcie się z tymi, którzy się radują; płaczcie z tymi, którzy płaczą” [*Pismo Święte w przekładzie Nowego Świata* 1997: 1427]. Zasada ISO jest bowiem wszechstronnie stosowana w medycynie, edukacji i w wielu dziedzinach życia codziennego.

Znaczenie zasady ISO rozszerzył Rolando O. Benenzon. Opisana przez niego koncepcja ISO (ang. *Sound Identity*) dotyczy poczucia dźwiękowej tożsamości tworzonej podczas rozwoju filogenetycznego i ontogenetycznego [Piccolo 1993: 870]. Koncepcja ta zakłada, że każdy z nas ma własną unikatową tożsamość (ang. *identity*) dźwiękową kształtowaną poprzez dziedziczenie, dźwiękową historię przed narodzinami, każdy dźwiękowy element życia, muzyczną edukację odpowiednią dla danego kraju czy kultury [Mairiaux 2006]. Poczucie dźwiękowej tożsamości jest dynamicznym procesem, który ulega zmianom podczas całego życia [Benenzon 2000: 78–79]. Rolando O. Benenzon definiuje pięć form ISO: gestalt ISO, dopełniające ISO (ang. *complementary*), grupowe ISO, kulturowe ISO, uniwersalne ISO. Zatem indywidualne muzyczne ISO reprezentuje całość naszych życiowych doświadczeń słuchowych [Maranto: 692].

Według Rolanda O. Benenzona zasada ISO umożliwia odszukanie regresywnych elementów, których muzykoterapeuta używa do porozumiewania się z pacjentem. Zastosowanie tej zasady pozwala na nawiązanie kontaktu emocjonalnego z muzyką i z terapeutą, a w konsekwencji stworzenie płaszczyzny komunikacji [Schwabe 1986: 161]. Rozpoznanie muzycznego ISO ma istotne znaczenie dla kształtowania dalszych celów terapeutycznych nie tylko w muzykoterapii receptywnej, ale również aktywnej, związanej ze stosowaniem technik improwizacyjnych [Maranto 1993: 692].

Opierając się na zasadzie ISO, niektórzy terapeuci niemieccy wyróżniają także zasadę LEVEL (niem. *Levelprinzip*). Zasada ta definiowana jest jako takie stopniowanie specyficznych form muzycznych, które w swym zamierzeniu będą miały stopniujący wpływ na psychiczną sytuację wyjściową pacjenta w procesie terapeutycznym [Schwabe 1986: 162–163].

Zasady ISO i LEVEL wywarły wpływ na praktykę kliniczną w zakresie muzykoterapii receptywnej, zwłaszcza metody Jacques'a Josta oraz Elżbiety Galińskiej [Schwabe 1986: 163]. Metoda Jacques'a Josta stosowana jest w indywidualnej muzykoterapii receptywnej (ang. *Jost's individual method*), niemniej może mieć także odniesienie do terapii grupowej [Maranto 1993: 692; por. Lecourt 2008: 116–117]. Metoda ta polega na wysłuchaniu przez klienta trzech fragmentów muzycznych w celu wywołania zmian nastroju [Lecourt 2004]:

- > pierwszy utwór dostosowany jest w zakresie nastroju i ładunku emocjonalnego do nastroju pacjenta (ISO);
- > drugi utwór neutralizuje efekt pierwszego, niosąc ze sobą odczucie odprężenia psychicznego;
- > trzeci utwór to realizacja pożądanego działania terapeutycznego, tzn. uspokojenia lub aktywizacji, mobilizacji [Maranto 1993: 692].

Przykład zestawu proponowanego przez Jacques'a Josta dla pacjenta w nastroju depresyjnym:

- > Ludwig van Beethoven – *Koncert skrzypcowy D-dur* op. 61, cz. II;
- > Ludwig van Beethoven – *VI Symfonia F-dur „Pastoralna”* op. 68, cz. V: *Pieśń pasterska*;
- > Franz Schubert – *V Symfonia B-dur* cz. I [za: Galińska 1992: 13].

W praktyce terapeutycznej, jeśli istnieje możliwość nawiązania również kontaktu słownego, można zachęcać klienta, by przy pierwszym utworze, tzw. empatycznym, skoncentrował się na własnych problemach, odniósł muzykę do tego, co aktualnie przeżywa, czy własnego nastroju [Cesarz 2012: 191–192]. Zadaniem drugiego utworu jest neutralizacja odczuć, nastrojów płynących z pierwszego wysłuchanego fragmentu. Dla pogłębienia efektu terapeutycznego można zachęcić klienta do uruchomienia skojarzeń odmiennych od jego problematyki, czyli skupienia myśli na przykład na pięknie natury albo innych przyjemnych doznaniach. Nie chodzi tu bowiem o uspokojenie słuchacza, lecz raczej o uzyskanie pewnej miary harmonii, zrównoważenia, które będzie bazą do wprowadzenia trzeciego utworu w tym zestawie. Jacques Jost ostatni utwór nazywa terapeutycznym. Warto podczas słuchania tego utworu zachęcić klienta do skupienia się na przyszłości, na tym, co byłoby dla niego korzystne w sensie terapeutycznym [Maranto 1993: 692].

Stopniowanie nastroju jest cechą charakterystyczną doboru zestawu utworów proponowanych przez Elżbietę Galińską w metodzie inspirowanej zasadami ISO i LEVEL w zakresie terapii grupowej [Schwabe 1986: 163]:

- > pierwszy utwór, dopasowany do aktualnego nastroju członków grupy, ma za zadanie nawiązanie kontaktu z pacjentem (ISO), zazwyczaj może także oddziaływać kojąco, relaksująco;

- > drugi utwór w nastroju dynamiczny, dramatyczny ma na celu aktywizowanie emocji, pobudzenie wyobraźni pacjenta, ujawnienie fantazji i skojarzeń pozamuzycznych;
- > trzeci utwór neutralizuje nastrój poprzedniego, wprowadzając klimat pogody oraz oddziałując porządkująco lub mobilizująco.

Niekiedy wprowadzany bywa czwarty utwór dla utrwalenia działania poprzedniego bądź w celu uspokojenia, wyciszenia grupy terapeutycznej. Przykładowy zestaw proponowany przez Elżbietę Galińską:

- > Fryderyk Chopin – *Nokturn cis-moll* op. 27 nr 1;
- > Ludwig van Beethoven – *V Symfonia c-moll* op. 67, cz. I;
- > Ludwig van Beethoven – *Sonata skrzypcowa A-dur* op. 47, *Kreutzerowska*, cz. III [Galińska 1992: 12–13].

Zasada ISO stosowana jest powszechnie w praktyce terapeutycznej, nie tylko w zakresie powyższych metod [Szulc 2002: 45]. Dostosowywanie nastroju muzyki do stanu emocjonalnego słuchacza bądź grupy jest cechą charakterystyczną wielu spotkań terapeutycznych, zwłaszcza w początkowej fazie terapii. Wydaje się, iż nie można rozpocząć procesu terapeutycznego bez zastosowania zasady ISO. W praktyce bowiem oznacza ona nie tylko odpowiedni dobór muzyki, ale także wszelkich oddziaływań do aktualnego stanu psychofizycznego osoby lub grupy, z którą pracujemy. Nawiązanie do zasady ISO odnajdziemy w wielu modelach i podejściach w muzykoterapii [Stachyra (red.) 2012: 72].

Uwagi końcowe

Przedstawiony powyżej zarys koncepcji programowania muzyki terapeutycznej rozpatrywany jest głównie ze strony dzieła muzycznego, czyli właściwości samej muzyki jako przedmiotu oddziaływania. Nurt programowania muzyki zapoczątkowany przez Tadeusza Natansoną ściśle związany był z analizą dzieła muzycznego [1992: 82]. Podejście takie kontynuują: Elżbieta Galińska, rozwijając między innymi badania nad strukturą dzieła muzycznego [2008], Andrzej Tuchowski [2006: 11–22],

prowadząc rozważania nad ekspresywno-semantycznym kontekstem dzieła muzycznego, także w terapii, oraz autorka niniejszego artykułu, kontynuując badania nad udoskonaleniem metod analizy dzieła muzycznego w kontekście terapeutycznym [Jordan-Szymańska 1990; Kucielczyńska-Krawczyk 2010, 2011, 2008].

Niemniej według Anny Jordan-Szymańskiej to, co odbieramy, zależy od nas samych jako słuchacza, czyli podmiotu, zależy od rodzaju muzyki, jakiej słuchamy, czyli przedmiotu, ale również od sytuacji, w jakiej słuchamy muzyki [Jordan-Szymańska 1990: 272–273]. W doborze muzyki do terapii celowe staje się także uwzględnienie właściwości słuchacza, czyli cech charakteryzujących osobę słuchającą muzyki. Doświadczenie, wiedza, nabyte nawyki słuchowe ułatwiają (a czasem utrudniają, gdy są nieodpowiednie) odbiór muzyki. Muzyce nadajemy także znaczenia zgodne z kulturą, w której się wychowaliśmy. Są to tak zwane konotacje muzyczne, które aktualizują się podczas słuchania muzyki. Nie bez znaczenia jest także aspekt sytuacyjny, wyznaczony przez chwilowy, w danej konkretnej sytuacji słuchania muzyki, poziom nasilenia emocji i motywacji oraz ich zawartość treściową. Ten aspekt bezpośrednio łączy się ze stosunkiem do słuchanej muzyki, zainteresowaniem nią, pozytywnymi lub negatywnymi uczuciami towarzyszącymi jej słuchaniu, a także z koncentracją uwagi na muzyce. Zatem odbiór muzyki zależy od tego, czy jesteśmy nią zainteresowani w tym konkretnym momencie, czy mamy ochotę jej posłuchać [Jordan-Szymańska 1990: 272–279]. Poziom koncentracji klienta na prezentowanej muzyce ma także wpływ na dobór utworu o odpowiednim czasie trwania [Grocke, Wigram 2007: 53].

Także nasze stałe preferencje muzyczne wpływają na kształtowanie się takich, a nie innych doświadczeń muzycznych. Na przykład jeżeli słuchamy tylko wybranych gatunków muzycznych, możemy być mało otwarci na inne. W badaniach Philipa A. Russella zauważono, iż istnieje pozytywna zależność pomiędzy lubieniem, preferowaniem danego stylu muzycznego a jego znajomością. Im lepiej znamy muzykę, tym bardziej lubimy jej słuchać [Klimas-Kuchtowa 2000: 43]. Elsie Payne stwierdził, że ekstrawertycy preferują muzykę żywą, pełną emocji, dostarczającą wielu wrażeń, introwertycy zaś wolą muzykę intelektualną, mistyczną,

introspektywną [Klimas-Kuchtowa 2000: 45]. Denise Grocke i Tony Wigram podkreślają, że efektywność terapii jest większa, gdy muzyka wykorzystywana na zajęciach muzykoterapii mieści się w preferencjach klientów [Grocke, Wigram 2007: 53, 54].

Istnieje wiele czynników warunkujących odbiór muzyki. W zakresie bowiem percepcji muzyki skupia się dużo problemów interesujących psychologów i muzykoterapeutów – dotyczących uwagi, różnych rodzajów pamięci oraz procesów emocjonalnych i motywacyjnych [Sacher 2004: 14–15]. Uwzględnienie zarówno uwarunkowań osobowościowych, poznawczych słuchacza, jak i właściwości użytych parametrów muzycznych zapewni celowy i efektywny dobór muzyki w konkretnej sytuacji terapeutycznej.

Bibliografia

- Benenzon Rolando, *Espacio vincular in Musicoterapia. De la teoria a la practica*. Ed Paidos, 2000.
- Biliński Marek, Kierył Maciej, „...refleksje”, kaseca magnetofonowa. Digiton. Warszawa 1996.
- Böttcher Herman F., *Die Dimensionen des Erlebens und das Musikerleben*. W: *Musiktherapie. Theorie und Methodik*. Fischer Verlag. Jena 1971, s. 34–47.
- Bruscia Kenneth, *Defining Music Therapy*. Barcelona 1998.
- Burns Jason L., Labbe Elise, Arke Brooke, Capelles Kristen, Cooksey Bret, Steadman Angel, Gonzales Chris, *The effects of different types of music on perceived and physiological measures of stress*. „J. Music Ther.” 2002, nr 39(2), s. 101–116.
- Cesarz Helena, *O muzyce i muzykoterapii*. „Muzykoterapia Polska” 2003, nr 5, s. 7–13.
- Cesarz Helena, *Wybrane metody i techniki muzykoterapii w pracy z osobami zaburzonymi psychicznie*. W: *Podstawy muzykoterapii*. Krzysztof Stachyra (red.). Wydawnictwo UMCS. Lublin 2012, s. 185–202.
- Cybulko Paweł, *Tyflomuzykoterapia dzieci. Teoria i praktyka muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnością wzrokową*. Wydawnictwo Akademii Muzycznej we Wrocławiu. Wrocław 2004.
- Cybulko Paweł, *Zastosowanie muzyki do celów relaksacyjnych*. „Nietakty” 2002, nr 3, s. 5–9.

- Galińska Elżbieta, *Muzykoterapia grupowa w psychiatrii*. „Biuletyn Grupy Roboczej Muzykoterapia” 1992, nr 2/2.
- Galińska Elżbieta, *Rola struktur i form muzycznych w psychoterapii*. „Muzyka” 2008, nr 3(210), s. 45–74.
- Galińska Elżbieta, Kozińska Joanna, *Wpływ muzyki na symboliczny i diagnostyczny wymiar procesu wyobraźniowego*. „Muzyka” 2005, nr 4, s. 3–29.
- Gładyszewska-Cylulko Joanna, *Rola wizualizacji w rehabilitacji*. „Muzykoterapia Polska” 2003, nr 1(5), s. 27–32.
- Głowiński Michał, *Literackość muzyki – muzyczność literatury*. W: *Pogranicza i korespondencje sztuk*. Teresa Cieślukowska, Janusz Sławiński (red.). Wrocław–Warszawa 1980, s. 65–82.
- Grocke Denise, Wigram Tony, *Receptive methods in music therapy. Techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students*. Jessica Kingsley Publishers. London–Philadelphia 2007.
- Iwanaga Makoto, Moroki Youko, *Subjective and physiological responses to music stimuli controlled over activity and preference*. „Journal of Music Therapy” 1999, nr 36(1), s. 26–38.
- Iwanaga Makoto, Tsukamoto Maki, *Effects of excitative and sedative music on subjective and physiological relaxation*. „Percept. Mot. Skills.” 1997, nr 85(1), s. 287–296.
- Iwanaga Makoto, Kobayashi Asami, Kawasaki Chie, *Heart rate variability with exposure to music*. „Biological Psychology” 2005, nr 70, s. 61–66.
- Jordan-Szymańska Anna, *Model uwarunkowań percepcji utworu muzycznego. Podstawa teoretyczna planu badań eksperymentalnych*. W: *The International Seminar of Researchers and Lecturers in the Psychology of Music*. Wydawnictwo Akademii Muzycznej. Warszawa 1990, s. 272–279.
- Kierył Maciej, Gurgoń Barbara, *Wykorzystanie muzyki ocenianej przez odbiorców jednoznacznie jako muzyka relaksująca lub aktywizująca*. „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej we Wrocławiu” 2000, nr 76, s. 59–64.
- Klimas-Kuchtowa Ewa, *Muzyczne preferencje a profilaktyka muzyczna*. W: *Muzykoterapia w agresji, lęku i cierpieniu*. Sławomir Sidorowicz, Paweł Cylulko (red.). „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej we Wrocławiu” 2000, nr 76, s. 41–52.
- Knight Wendy E.J., Rickard Nikki S., *Relaxing music prevents stress-induced increases in subjective anxiety, systolic blood pressure and heart rate in healthy males and females*. „Journal of Music Therapy” 2001, nr 38(4), s. 254–272.
- Krout Robert, *Music listening to facilitate relaxation and promote wellness: Integrated aspects of our neurophysiological responses to music*. „The Arts in Psychotherapy” 2007, nr 34, s. 134–141.
- Krumhansl Carol Lynne, *An exploratory study of musical emotions and psychophysiology*. „Can. J. Exp. Psychol.” 1997, nr 51(4), s. 336–353.

- Kukiełczyńska Klaudia, *Koncepcja programowania muzyki przydatnej w terapii*. „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej we Wrocławiu” 1998, nr 73, s. 73–75.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, *J.S. Bach czy L. van Beethoven – analiza metodą S. Ertla i J.A. Hartleya*. „Muzykoterapia Polska” 2003, t. 2, nr 3/4, s. 47–52.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, Jethon Zbigniew, *Influence of relaxation music on heart rate variability*. W: *Movement and Health*. Zbigniew Borysiuk (red.). University of Technology. Opole 2006, s. 472–478.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, *Metoda kwalitometryczna Tadeusza Natanson w badaniach muzykoterapeutycznych*. W: *Tadeusz Natanson. Kompozytor, uczonec, pedagog*. Seria Muzycy Wrocławscy. Tom 2. Wrocław 2010, s. 157–172.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, *Metody oceny relaksacyjnego oddziaływania muzyki*. W: *Arteterapia. Od rozważań nad teorią do zastosowań praktycznych*. Wiesław Karolak, Barbara Kaczorowska (red.). AHE. Łódź 2011, s. 135–146.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, *Muzykoterapia na oddziale leczenia nerwic*. „Muzykoterapia Polska” 2003, nr 1(5), s. 33–36.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, *Oddziaływanie wybranych elementów dzieła muzycznego o charakterze uspokajającym na zmienność rytmu zatokowego*. Praca doktorska. Akademia Wychowania Fizycznego, Wydział Fizjoterapii. Wrocław 2005.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, *Współczesne badania nad zastosowaniem muzyki w medycynie*. W: *Arteterapia w medycynie i edukacji*. Wiesław Karolak, Barbara Kaczorowska (red.). AHE. Łódź 2008, s. 113–118.
- Lecourt Edith, *Music Therapy in France*. „Voices: A World Forum for Music Therapy”, http://www.voices.no/country/monthfrance_april2004.html, 2004.
- Lecourt Edith, *Muzykoterapia, czyli jak wykorzystać siłę dźwięków*. Videodraf II. Chorzów 2008.
- Mairiaux Isabelle, *Thoughts on “Experience of Space in Japan”. Implications for Music Therapy*. „Voices: A World Forum for Music Therapy” 2006 November 1, Vol. 6(3). <http://www.voices.no/mainissues/mi40006000217.php>.
- Maranto Cheryl Dileo, *Music Therapy International Perspectives*. Jeffrey Books Pipersville. Pennsylvania 1993.
- Natanson Tadeusz, *Programowanie muzyki terapeutycznej*. „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej we Wrocławiu” 1992, nr 53.
- Natanson Tadeusz, *W stronę ilościowej oceny jakości dzieła muzycznego*. „Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego” 1987, nr 841, s. 49–67.
- Palomba Daniela, Sarlo Michela, Angrilli Alessandro, Mini Alessio, Stegagno Luciano. *Cardiac responses associated with affective processing of unpleasant film stimuli*. „Int. J. Psychophysiol.” 2000, nr 36, s. 45–57.
- Parczewska Tamara, Wrabec Krzysztof, Kowalisko Alicja, Natanson Tadeusz, Nowosad Halina, Szydlik Henryk, *Zachowanie się ciśnienia tętniczego krwi*

- u chorych z nadciśnieniem pierwotnym i wtórnym.* „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej we Wrocławiu” 1978, nr 19, s. 41–52.
- Piccolo Maria, *The ontopsychological concept of sonorous identity: expression of the individual's original inwardness or musical semantics.* W: *Materiały Konferencyjne VII. Worldkongress of Music Therapy.* Victoria-Gasteiz. Spain 1993, s. 870–873.
- Pismo Święte w przekładzie Nowego Świata.* Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania 1997.
- Płachta Joanna, Sukniewicz Barbara, *Badania weryfikujące propozycję metody ilościowego określania terapeutycznej przydatności utworów muzycznych.* Praca magisterska, maszynopis. Akademia Muzyczna. Wrocław 1985.
- Poch Serafina, *Music therapy in infantile autism.* W: *Materiały Konferencyjne VII. Worldkongress of Music Therapy.* Victoria-Gasteiz, Spain 1993, s. 277–299.
- Reinecke Hans Peter, *Die emotionellen Kategorien des Musikhörens und ihre Bedeutung für die therapeutische Anwendung von Musik.* W: *Musiktherapie Theorie und Methodik.* Fischer Verlag. Jena 1971, s. 48–56.
- Reinhardt Uwe, *Investigations into synchronization of heart rate and musical rhythm in a relaxation therapy in patients with cancer pain.* „Forsch. Komplementar-med.” 1999, nr 6, s. 135–41.
- Ruda Katarzyna, *Percepcja dzieła muzycznego w sferze emocjonalnej u muzyków i niemuzyków.* Praca magisterska [wydruk komputerowy]. Akademia Muzyczna we Wrocławiu 2008.
- Sacher Wiesława Aleksandra, *Słuchanie muzyki a kształtowanie emocjonalności dzieci.* Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Katowice 2004.
- Schwabe Christoph, *Methodik der Musiktherapie und deren theoretische Grundlagen.* Barth Leipzig 1986.
- Siek Stanisław, *Treningi relaksacyjne.* Akademia Teologii Katolickiej. Warszawa 1990.
- Smith Carola A., Morris Larry W., *Effects of stimulative and sedative music on cognitive and emotional components of anxiety.* „Psychol. Reports” 1976, nr 38, s. 1187–1193.
- Stachyra Krzysztof, *Muzykoterapia i wizualizacja w rozwijaniu kompetencji emocjonalnych studentów pedagogiki.* Wydawnictwo UMCS. Lublin 2009.
- Stachyra Krzysztof (red.), *Podstawy muzykoterapii.* Wydawnictwo UMCS. Lublin 2012.
- Staum Myra J., Brotons Melissa, *The effect of music amplitude on the relaxation response.* „J. Music Therapy” 2000, nr 37, s. 22–39.
- Szulc Wita, *Muzykoterapia na progu i u kresu ludzkiego życia: ból narodzin i lęki starości – z doświadczeń muzykoterapeutów amerykańskich.* „Muzykoterapia Polska” 2002, nr 3/4, s. 39–56.

- Tuchowski Andrzej, *Emocjonalny i semantyczny kontekst dzieła muzycznego a programowanie muzykoterapeutyczne*. W: *Sztuka w kontekście oddziaływania na człowieka*. Red. Lidia Kataryńczuk-Mania, Juliusz Karcz. Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego. 2006, s. 11–22.
- Umamura Mamoru, Honda Kaoru, *Influence of music on heart rate variability and comfort – a consideration through comparison of music and noise*. „J. Human Ergology” 1998, nr 27, s. 30–38.
- Urakawa Kayoko, *Psychological effect of music on relaxation program*. „Jap. J. Music Therapy” 2003, nr 3, s. 71–78.
- White Jill M., *Effects of relaxing music on cardiac autonomic balance and anxiety after acute myocardial infarction*. „Am. J. Crit. Care” 1999, nr 8, s. 220–230.
- Yanagihashi Ryuia, Ohira Masayoshi, Kimura Teiji, Fujiwara Takayuki, *Physiological and psychological assessment of sound*. „Int. J. Biometerology” 1997, nr 40, s. 157–161.

KLAUDIA KUKIEŁCZYŃSKA-KRAWCZYK – doktor nauk o kulturze fizycznej, muzykoterapeuta, kompozytor, wykładowca Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. W roku 2006 obroniła rozprawę dokorską na temat *Oddziaływanie wybranych elementów dzieła muzycznego o charakterze uspokajającym na zmienność rytmu zatokowego* na Wydziale Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. W dorobku naukowym ma kilkadziesiąt publikacji w języku polskim i angielskim. Zagadnienia muzykoterapii prezentowała na wielu krajowych i międzynarodowych konferencjach naukowych, Dolnośląskim Festiwalu Nauki oraz w Artez Conservatory w Holandii. Autorka specjalizuje się w muzykoterapii zaburzeń nerwicowych, programowaniu muzyki do terapii oraz historii muzykoterapii. W dorobku kompozytorskim ma kilkadziesiąt utworów, do których należą m.in. *Koncert fortepianowy* oraz *Quasi passacaglia na skrzypce solo i taśmę*, wykonaną na Festiwalu Polskiej Muzyki Współczesnej *Musica Polonica Nova* (1998) we Wrocławiu.

TECHNIKA SPONTANICZNEGO TEATRU MUZYKALNEGO

Iwona Polak » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

» **Streszczenie:** Spontaniczny Teatr Muzykalny (STM) jest autorską techniką muzykoterapeutyczną, polegającą na działaniach parateatralnych połączonych z improwizacją wokalną. Wywodzi się z idei teatrów terapeutycznych i koncepcji „teatru muzycznego” (czyli wrażliwego na muzykę) Lecha Terpiłowskiego. Autorka omawia genezę STM, propozycje ćwiczeń i ich wpływ na uczestnika.

Słowa kluczowe: działania parateatralne, koncepcja „teatru muzycznego”, Spontaniczny Teatr Muzykalny (STM). <<

Idea zastosowania ćwiczeń parateatralnych w muzykoterapii zrodziła się pod koniec lat 70. ubiegłego wieku, podczas mojej pracy muzykoterapeutycznej na studenckich obozach rehabilitacyjnych dla osób z uszkodzeniami narządu ruchu. Miały na to wpływ przede wszystkim doświadczenia ze współpracy z Lechem Terpiłowskim i fascynacja jego koncepcją „teatru muzycznego” oraz obserwacje rozmaitych działań teatralnych, jakie miały miejsce we Wrocławiu w tych latach podczas Festiwalu Teatru Otwartego, m.in. George’a Taboriego i Teatru Miejskiego z Bremy, a także spektakle rozmaitych teatrów ulicznych czy koncepcje szkolenia głosu w teatrze z Marsylii, jak również improwizowane działania

w ramach spektakli Teatru Dzieci Zagłębia Jana Dormana i eksperymenty wrocławskiego Teatru Instrumentalnego Ryszarda Gwalberta Miśka. Równie inspirujące były prezentacje innych koncepcji teatralnych, m.in. w teatrze Kalambur i podczas sesji „Psychoterapia i teatr” zorganizowanej w czerwcu 1989 roku w Teatrze Polskim, gdzie przedstawiono różne koncepcje teatrów terapeutycznych, a wśród nich założenia francuskiego teatru „Euridice” Michela Reynauda i jego spektakle z udziałem osób niepełnosprawnych (jako przykład terapii poprzez pracę w teatrze).

Koncepcja Terpiłowskiego zakładała istnienie teatru WRAŻLIWEGO NA MUZYKĘ, nie *stricte* muzycznego. „Wymyśliłem sobie i wypielegnowałem w sobie własne idee teatru” – pisał Lech Terpiłowski w referacie pt. „Teatr mój widzę nieduży”, przedstawionym na I Międzynarodowym Seminarium Teatru Instrumentalnego we Wrocławiu w 1978 roku. Jako motto przytacza tu słowa Fritza Hochwäldera: „Dramat, mimo że wyowiada się poprzez słowo, spokrewniony jest w istocie najbliżej nie z literaturą, ale z muzyką” [Polak 2001: 257]. Teatr muzykalny ma – w zamierzeniu autora – respektując istotę sztuki teatru, podporządkowywać się równocześnie technice muzycznego myślenia. W swojej projekcji wywodzić się ma z różnorodnych działań teatralno-muzycznych i parateatralnych, stymulowanych wyobraźnią i wrażliwością muzyczną scenicznych animatorów. Bazując na rzetelnym i perfekcyjnym rzemiośle, komponuje się działania aktorskie czy wokalne-aktorskie, w jakiś sposób oparte na improwizacji, spontaniczne, podobne do strumienia swobodnych skojarzeń. Jest to teatr muzykujący *in statu nascendi*. Warsztatowa strona działań aktora muzycznego liczy się najbardziej, decyduje o efekcie finalnym przedsięwzięcia scenicznego. Oprócz dźwięku wokalnego używa się – szokujących czasem – środków niewokalnych, jak: syczenie, pisk, gwizd, nieartykułowane zawodzenie, wynaturzony krzyk i głososzmery, szelesty wspomagane tupaniem, klaskaniem, biciem pięściami o podłogę czy punktowanym dźwiękowo gestem i ruchem. Do tego konieczne jest kształcenie wyobraźni i wrażliwości muzycznej, bo to one właśnie stymulują działanie aktora w teatrze muzykalnym.

Gdzie kończy się słowo – jest jeszcze muzyka, którą można przekazać; to, co muzyczne, ma się tłumaczyć przez teatr, to, co teatralne

– przez muzykę. Nie istnieje czysty teatr znieczulony na muzykę, twierdził Lech Terpiłowski. Dlatego do realizacji zadań scenicznych potrzebne jest specyficzne przygotowanie warsztatowe.

Szukanie muzyki tam, gdzie kończy się słowo, polegało głównie na umiejętności improwizowania dźwięku i ruchu *hic et nunc* (tu i teraz). Miało to na celu m.in.: kształcenie ekspresji ruchowej, wyobraźni wokalne, koncentracji, a także wrażliwości na dźwięk i ogólnej muzykalności.

Połączenie działań z zakresu warsztatu współczesnego aktora muzycznego z pracą muzykoterapeuty zaowocowało z czasem opracowaniem techniki STM – Spontanicznego Teatru Muzykalnego (wcześniej określanego niezbyt precyzyjnie jako Spontaniczny Teatr Muzyczny), która nawiązując do koncepcji teatru muzycznego Terpiłowskiego i spontanicznego teatru, za jaką uważana jest psychodrama [por. Czapów, Czapów 1969: 77], miała na celu wypełnienie luki między pantomimą a psychodramą. Biorąc pod uwagę sugestie Stanisława Kratochvila, który uważał, że: „bardzo ważną pomocniczą rolę w psychodramie może spełniać muzyka” [Kratochvil 1997: 223], „tak samo jak w psychodramie można także w psychogimnastyce wykorzystać muzykę” [Kratochvil 1997: 228], szukano jeszcze innych możliwości i form zastosowania muzyki – dochodząc z czasem do prób stosowania improwizacji głosem, która pełniej niż sama pantomima przygotowuje do opowiadania o swoich problemach w obecności grupy. Nie werbalizując jeszcze swoich problemów, uczestnik ujawnia je za pomocą swojego głosu.

Pierwsze doświadczenia z zastosowania tego rodzaju ćwiczeń podczas obozów rehabilitacyjnych dla studentów z uszkodzeniami narządu ruchu wykazały, iż tego typu działania budzą zainteresowanie, zwiększają sprawność ruchową, umożliwiając wykonywanie ruchów, zdawałoby się nie do wykonania w innych sytuacjach, i pozwalają na lepszą współpracę oraz współdziałanie w grupie. Uczestnicy zajęć z dnia na dzień otwierali się, coraz chętniej mówili o sobie i swoich problemach. Późniejsze doświadczenia z pracy z różnymi grupami, a także zastosowanie tego rodzaju działań parateatralnych w kształceniu muzykoterapeutów wykazały znaczną przydatność do ich rozwoju muzycznego i ogólnego.

Lech Terpiłowski aprobował te poczynania i żywo się nimi interesował. Przedmiot „techniki parateatralne”, w ramach którego studenci zapoznają się z techniką STM, ma przygotować adeptów muzykoterapii do pracy z wykorzystaniem elementów teatru. Studenci chętnie uczestniczą w tych zajęciach, a specjaliści od dramaterapii czy psychodramy z zainteresowaniem obserwują te ćwiczenia. To, co nas różni w działaniach, co specyficzne jest tylko dla muzyków, to właśnie elementy „teatru muzycznego”.

Ćwiczenia rozpoczynają się od prostych etiud pantomimicznych:

- > zbiorowych (np.: w parku, w lesie, spacer w deszczu, zabawy dziecięce na plaży, wypadek uliczny, w poczekalni u dentysty i in.; także ćwiczenia typu inhibicyjno-icytacyjnego z reakcją na sygnały dźwiękowe);
- > grupowych (np.: zabawa w tworzenie figur, rzeźb, obrazów, ustawianie się w cyfry, liczby i litery, scenki: u fryzjera, przymiarka u krawcowej, w kawiarni, na przystanku tramwajowym);
- > indywidualnych (np.: toaleta poranna, makijaż, oczekiwanie na kogoś, oglądanie meczu w telewizji, występ publiczny itp., a potem także trudniejsze, np.: wyrażanie emocji, uczuć i różnych pojęć – stopniowo coraz bardziej abstrakcyjnych – gestem, mimiką i ruchem całego ciała).

Tematy najczęściej czerpane są z życia codziennego, z otoczenia i literatury dziecięcej. Z czasem do ruchu dołącza się muzykę (głównie utwory programowe, których treść inspiruje działania, np.: *Taniec piskląt w skorupkach* z cyklu *Obrazki z wystawy* Modesta Musorgskiego, *W grocie Króla Gór* z suity symfonicznej *Peer Gynt* op. 46 Edwarda Griega, *Łabędź* Camille’a Saint-Saënsa). Etap ten kończy realizacja pantomimiczna powszechnie znanych bajek, np.: *Kopciuszka*, *Jasia i Małgosi* czy *Bajki o złotej rybce* – a z towarzyszeniem muzyki np.: realizacja treści ballady *Uczeń czarnoksiężnika* Johanna Wolfganga Goethego do muzyki Paula Dukasa (scherzo symfoniczne *Uczeń czarnoksiężnika*).

Etap ćwiczeń pantomimicznych jest przygotowaniem do dalszych działań, właściwych STM.

Ćwiczenia wokalne rozpoczynają się od śpiewania jednego dźwięku, wspólnego dla wszystkich uczestników. Potem każdy szuka sobie

właściwego dźwięku („tu i teraz”), swojej melodii. Kolejne ćwiczenia inspirowane są improwizowanym ruchem jednej osoby, wybranym tematem (np.: nastrój, różne uczucia i emocje, zjawiska przyrody – burza, wichura, woda itp., chór, dyrygent i orkiestra i in.), improwizowanymi dźwiękami instrumentu, obrazem (czasem w trakcie rysowania na tablicy). Następne działania to „zabawy słowem i zdaniem” (wybrane słowo czy zdanie wypowiedane są na różne sposoby: z dzieleniem na głoski i zgłoski, w różnej dynamice, z różną intonacją i w różnych tempach, wyśpiewywane). Tu odbywa się czytanie i interpretacja różnych tekstów, a wśród nich wybranych wierszy sonorystycznych wrocławskiego kompozytora Ryszarda Mieczysława Klisowskiego, takich jak: *Mobil – Stretto* [Klisowski 1998: 44] czy *Mobil – Drązel* [Klisowski 1998: 46], o specyficznej budowie i założeniach interpretacyjnych związanych z muzyką.

Do improwizowanych dźwięków z czasem dodaje się ruch – podobnie inspirowany, później też zabawy słowem i zdaniem wykonywane są w ruchu. Ten etap łączy w sobie wiele działań poprzednich, rozszerzając środki wyrazu, tematykę i zakres ćwiczeń. Wiele zależy tu od liczby uczestników zajęć, ich inicjatywy, pomysłowości, wzajemnych inspiracji i rozwoju umiejętności indywidualnych oraz współdziałania. Grane są etudy łączące ruch i dźwięk zarówno improwizowany, jak i odtwarzany w tle, grupowo i zbiorowo (dominują tu inspiracje z otoczenia, m.in.: dzień kwiatów rosnących razem na klombie, ogród zoologiczny, szopka bożonarodzeniowa, ruchoma wystawa sklepowa itp., czy też bajki odtwarzane tym razem z improwizowanym tekstem i innymi dźwiękami). Scenki „z życia wzięte” odtwarzają różnego rodzaju problemy ludzkie – są coraz bliżej przeżyć własnych uczestników (najczęściej odgrywane są historie zasłyszane, ale zdarza się, że uczestnicy chcą podzielić się swoimi przeżyciami).

Po cyklu zajęć uczestnicy przygotowują etudy na wybrany temat z użyciem wybranych przez siebie utworów muzycznych (indywidualnie lub w grupie), improwizują ruch, dodając czasami swoje improwizowane dźwięki (wokalizy) do istniejącej już warstwy muzycznej. Realizowane czasem (na życzenie uczestników) nagrania wideo pozwalają im na spojrzenie z zewnątrz na swoje działania, jak też na zachowanie ich na pamiętkę.

O znaczeniu działań teatralnych i parateatralnych wypowiada się wielu autorów pracujących np. z dziećmi i młodzieżą, m.in. Stefan Słysz: „Preferuję teatr samorodny – teatr improwizacji [...] główną zasadą jest to, że »aktorzy« wcielają się w określone postacie, sami ustalają treść »sztuki«, która ma być przedstawiona, i sami wymyślają dialogi i niektóre sytuacje” [Słysz 1997: 8]. „Zabawa w teatr wymaga pomysłowości i twórczego przetransponowania treści znanej bajki lub nawet wymyślenia oryginalnej fabuły akcji [...]. Poszukiwanie odpowiednich przedmiotów, które by pełniły funkcje potrzebnych na scenie akcesoriów, ćwiczy wyobraźnię i elastyczność myślenia [...]. Mali aktorzy muszą stanąć przed publicznością, mówić do niej, odtwarzać pewne sytuacje. Wyrabia to w nich odwagę i pewność siebie [...] zapominają o własnej niepewności i po pewnym czasie ich zachowanie może zmienić się nie do poznania” [Słysz 1997: 12–13], a także Lidia Rybotycka [1990], Wiesława Pielasińska [1983], Henryka Witalewska [1983] czy opisująca cel i znaczenie każdej proponowanej zabawy teatralnej Dominique Mégrier [2000], jak również pisząca o treningu spontaniczności Ewa Röine: „wszyscy ludzie potrzebują nieco ćwiczeń w posługiwaniu się sobą samym, w rozwijaniu zdolności do nowych reakcji, trenowania myśli i uczuć, by móc dostrzec niuanse współpracy z innymi” [za: Polak 2001: 106], oraz Alfons Aichinger i Walter Holl, którzy podają miejsca i sposoby zastosowania psychodramy w pracy z dziećmi [Aichinger, Holl 1999: 223]. Na podstawie między innymi ich doświadczeń i propozycji, rozwijając przy tym działania typowo muzyczne czy muzykalne, ewoluowała technika STM, dając możliwość poszerzenia dotychczasowych celów – także o te, które wiążą się z rozwojem muzykalności. Próby oceny stosowania STM były już przeze mnie opisywane [Polak 1979: 76–78; 1981: 75–83; 1983: 143–152]. Elementy tej techniki stosowano też w grupie chorych z nerwicami, gdzie interpretowano dźwiękiem obrazy z wystawy prac plastyków, zorganizowanej na oddziale, oraz wielokrotnie w pracy z dziećmi. Od wielu lat STM jest stosowany w kształceniu muzykoterapeutów w ramach przedmiotu „techniki parateatralne”, o czym wspomniano wcześniej. Oni zaś stosują tę technikę w zależności od możliwości i zainteresowań własnych oraz specyfiki swojej sytuacji zawodowej.

Ogólnie można powiedzieć, że zastosowanie tego rodzaju ćwiczeń parateatralnych, zarówno w kształceniu muzykoterapeutów, jak i w różnych innych grupach, ma przede wszystkim wpływ na: pobudzenie aktywności uczestników (zarówno ruchowej, jak i muzycznej), rozwijanie umiejętności wyrażania emocji, kształcenie umiejętności działania i współdziałania w grupie, rozwijanie wyobraźni, zwłaszcza muzycznej, kształcenie wrażliwości na dźwięk, jego słyszenie i tworzenie oraz pobudzanie i pogłębianie wrażliwości na walory muzyki i sztuki.



Fot. 1. Postacie zatrzymane w ruchu. Fot. ze zbiorów własnych autorki



Fot. 2. Pomnik. Fot. ze zbiorów własnych autorki



Fot. 3. Litery MT. Fot. ze zbiorów własnych autorki



Fot. 4. Pchanie ogromnego kamienia. Fot. ze zbiorów własnych autorki

Bibliografia

- Aichinger Alfons, Holl Walter, *Psychodrama – terapia grupowa z dziećmi*. Kielce 1999.
- Czapów Gabriela, Czapów Czesław, *Psychodrama*. Wrocław 1969.
- Mégrier Dominique, *Zabawy teatralne w przedszkolu. 100 propozycji*. Warszawa 2000.
- Klisowski Ryszard, *Wiersze sonorystyczne*. Wrocław 1998.
- Kratochvil Stanislav, *Psychoterapia*. Warszawa 1997.
- Pielasińska Wiesława, *Ekspresja – jej wartość i potrzeba*. Warszawa 1983.
- Polak Iwona, *Spontaniczny Teatr Muzyczny*. W: IX Ogólnopolskie Spotkanie Współpracowników Zakładu Muzykoterapii przy Katedrze Kompozycji i Teorii Muzyki Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu, 22–23 listopada 1980.
- Tadeusz Natanson (red.). „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu” 1981, nr 29, s. 75–83.
- Polak Iwona, *Techniki parateatralne w psycho- i muzykoterapii*. W: VII Ogólnopolskie Spotkanie Współpracowników Zakładu Muzykoterapii przy Katedrze Kompozycji

i Teorii Muzyki Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu, 25–26 listopada 1978. Tadeusz Natanson (red.). „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu” 1979, nr 22, s. 71–79.

Polak Iwona, *Wpływ działania techniką Spontanicznego Teatru Muzycznego na redukcję poziomu lęku. W: X Ogólnopolskie Spotkanie Współpracowników Zakładu Muzykoterapii przy Katedrze Kompozycji i Teorii Muzyki Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu, 28–29 listopada 1981. Tadeusz Natanson (red.). „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu” 1983, nr 31, s. 143–152.*

Polak Iwona, *Lech Terpiłowski i jego idea teatru muzycznego. W: Wokalistyka i pedagogika wokalna. Eugeniusz Sasiadek (red.). „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu” 2001, nr 81, s. 254–260.*

Röine Ewa, *Psychodrama*. Opole 1994.

Rybotycka Lidia, *Gry dramatyczne: teatr młodzieży*. Warszawa 1990.

Słysz Stefan, *Domowe zabawy teatralne*. Warszawa 1977.

Witalewska Henryka, *Teatr a człowiek współczesny*. Warszawa 1983.

IWONA POLAK – doktor sztuki muzycznej w zakresie wokalistyki, absolwentka Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu (Wydziału Wychowania Muzycznego, Wydziału Wokalno-Aktorskiego i Podyplomowego Studium Muzykoterapii), prowadzi zarówno działalność artystyczną, jak i pedagogiczną (pracuje na stanowisku adiunkta w Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu), jest autorką publikacji przede wszystkim na temat emisji i rehabilitacji głosu oraz technik parateatralnych.

ZNACZENIE, ROLA I FUNKCJA IMPROWIZACJI INSTRUMENTALNEJ W MUZYKOTERAPII AKTYWNEJ. ROZWAŻANIA TEORETYCZNE I WSKAZÓWKI PRAKTYCZNE

Stella Kaczmarek » Akademia Muzyczna im. Grażyny i Kiejstuta Bacewiczów w Łodzi

» **Streszczenie:** Wiele źródeł w literaturze przedmiotu muzykoterapii podaje, że centralną metodą muzykoterapii aktywnej są improwizacje. Muzykoterapię improwizowaną stosuje się z powodzeniem w Niemczech, Anglii oraz Danii. W pracy przedstawione zostaną przykłady improwizacji indywidualnych i grupowych. Opisane zostaną zasady, funkcje i cechy charakterystyczne zarówno improwizacji solowych, jak i zespołowych.

Słowa kluczowe: improwizacja, muzykoterapia aktywna.



Wstęp

Pojęcie improwizacji zdaje się intuicyjnie zrozumiałe. Mimo to próba precyzyjnego zdefiniowania tego pojęcia okazuje się zadaniem niełatwym. Improwizacją możemy nazwać na przykład wystąpienie publiczne bez przygotowania bądź tworzenie zupełnie niezależnego utworu muzycznego [Chodkowski (red.) 1995: 382]. W większości źródeł można znaleźć następujące definicje improwizacji: „improwizacja to czynność wykonywana na poczekaniu, bez przygotowania” [Wierzbicka (red.) 1996: 318];

„improwizacja to działalność artystyczna, w której akt twórczy jest tożsamy z wykonaniem jednocześnie powstającego utworu” [Chodkowski (red.) 1995: 382]; bądź to „spontaniczne tworzenie muzyki, często na oczach odbiorców” [Słownik...]. Właśnie ta spontaniczność jest najistotniejsza w realizacji wyobrażeń słuchowych na instrumencie. Mimo że improwizacja jest postrzegana jako coś bardzo spontanicznego, podstawą dobrej improwizacji jest rzetelne przygotowanie. Jak mawia Charlie Parker: „każdy dźwięk, frazę itd., którą chcesz zagrać (zagrasz), musisz najpierw usłyszeć w głowie” [Olszewski: 3].

W muzyce jazzowej improwizacja to „wprowadzenie do utworu zmian wariacyjnych, ornamentalnych bez naruszenia zasadniczego przebiegu harmonicznego tematu tego utworu, z zachowaniem jego melodii” [Tokarski (red.) 1979: 301]. W muzyce tzw. klasycznej, jazzowej i rozrywkowej improwizacja oparta jest najczęściej na następujących elementach:

- > forma utworu (kolejność następujących po sobie części utworu i charakter tych części);
- > harmonia (schemat harmoniczny; sekwencja następujących po sobie akordów w akompaniamencie);
- > temat utworu (podstawowa melodia, która grana jest zazwyczaj na początku utworu).

Improwizacja muzyczna widziana nieco szerzej – i nieograniczająca się jedynie do muzyki tzw. klasycznej i jazzowej – będzie sztuką wypowiadania na bieżąco uczuć, wrażeń i myśli za pomocą bądź to głosu ludzkiego, instrumentu, bądź ruchu. Jedyną cechą, która łączy improwizacje jazzowe i terapeutyczne, jest tworzenie dzieła w momencie jego powstawania oraz jego spontaniczna prezentacja. Improwizacja w muzykoterapii może być swobodna, nieograniczona bądź ograniczona różnymi warunkami, założeniami i regułami. Założenia te będą warunkowały rodzaj i charakter improwizacji [por. Wieloch 2010: 111]. Podobnie jak w improwizacji muzycznej, w terapii wymyślone wcześniej treści są następnie realizowane na instrumencie.

Muzykoterapia wykorzystuje często techniki leżące u podłoża dzieła muzycznego czy też improwizacji i kompozycji [Kukiełczyńska-Krawczyk

2006: 26]. W terapii muzyką elementy muzyczne, mające znaczenie w spontanicznym tworzeniu improwizacji, będą zbliżone do podstawowych elementów dzieła muzycznego i będą obejmować m.in.: rytm, melodię, harmonię, dynamikę i formę.

Rola improwizacji w muzykoterapii

Improwizacja, swobodna improwizacja czy grupowa improwizacja są najstarszą formą praktyki muzycznej. Wiele źródeł w literaturze przedmiotu (m.in. Kenneth Bruscia [1987: 13], Tonny Wigram [2004: 9–19] czy Helena Cesarz [2012: 188]) podaje, że centralną metodą muzykoterapii aktywnej oraz „głównym instrumentem” w terapii muzyką są improwizacje. Muzykoterapia improwizacyjna, obok muzykoterapii kreatywnej Nordoffa-Robbinsa, muzykoterapii behawioralnej, muzykoterapii zorientowanej analitycznie Mary Priestley czy choćby Guided Imagery and Music (wizualizacji kierowanej z muzyką), należy do głównych modeli muzykoterapeutycznych na świecie. Improwizacje muzyczne były i są często stosowane w muzykoterapii Orffa, muzykoterapii kreatywnej Nordoffa-Robbinsa bądź w terapii analitycznej Mary Priestley. Najczęściej muzykoterapię opartą na improwizacji stosuje się w Niemczech, Danii oraz Anglii.

Muzykoterapię improwizacyjną będą definiować jako spontaniczne, wspólne bądź solowe, działanie muzyczne nastawione na zmianę zachowań pacjentów. Jest to technika kliniczna, mająca szerokie zastosowanie w terapii – zwłaszcza w podejściu poznawczo-behawioralnym. Głównymi celami metod muzykoterapeutycznych opartych na improwizacji są ekspresja uczuć, nauka wyrażania siebie, nawiązanie kontaktu z pacjentem, nauka nowych zachowań czy też uświadomienie poprzez improwizację instrumentalną pacjentom ich wewnętrznych doznań, przeżyć oraz uczuć [por. Cesarz 2012: 189].

Muzykoterapia oparta na improwizacji wykorzystuje muzyczne, werbalne i cielesne znaki i symbole, traktując je jako środek do poznania i wglądu pacjenta. Improwizacje stosowane w muzykoterapii bądź

– inaczej mówiąc – muzykoterapeutyczne improwizacje są narzędziem w rękach muzykoterapeuty, źródłem i polem do eksperymentów, często stosowaną metodą i techniką oraz „wielkim potencjałem terapeutycznym”. Improwizacja jest niezwykle skomplikowanym i wyrafinowanym aktem, najbardziej bezpośrednią formą ekspresji oraz uniwersalnym sposobem komunikacji [por. Bailey 2010: 327]. Muzyka stosowana w improwizacjach będzie „dźwiękową analogią” uczuć pacjenta, czyli „kodem złożonym z sygnałów dźwiękowych” [Cesarz 2012: 8]. Dźwięk w improwizacjach instrumentalnych odgrywa bowiem kluczową rolę, ponieważ jest on „wiadomością”, „aktem komunikacyjnym”, „kreacją dźwiękową” oraz „emocją” równocześnie [Hegi 2010: 62–65]. Dźwięku nie da się wykonywać, uchwycić, można go tylko odczuwać! Ludzkie uczucia są zatem podobne do dźwięku i brzmienia – są tak samo nieograniczone, amorficzne, trudne do opisanie (nieopisane) i z(a)mienne. Więcej o oddziaływaniu dźwięku na organizm ludzki znajdziemy w książkach: Toniusa Timmermanna *Klangstrukturen und Ihre psychische Wirkung* oraz Henka Smeijstersa *Musiktherapie als Psychotherapie*. Dźwięk w improwizacji instrumentalnej jest otwartym polem, na którym historie opowiedane właśnie dźwiękiem mają okazję do szerokiej prezentacji, poszukiwań kontekstu oraz do wyrażenia „szerokich uczuć” [por. Hegi 2010: 83].

Dzięki improwizacjom możemy odczytać w grze pacjenta – poprzez zastosowanie przez niego m.in. środków melodycznych, harmoniczych, rytmicznych, dynamicznych i strukturalnych – jaki jest jego „stan ducha”, jego nastrój, samopoczucie. Możemy poznać dynamikę jego uczuć, sprzeczności pomiędzy uczuciami a działaniem, potencjalne konflikty, zaburzenia, upośledzenia i inne. Podczas improwizacji może być coś „usłyszane” przez pacjenta, co wcześniej nie mogło być wyrażone słowami, np.: niepokój, wewnętrzne konflikty, złość, agresja, rezygnacja i poczucie pustki, smutek i przygnębienie, emocjonalne zahamowania i inne [por. Łuciuk-Wojczuk 2010: 113]. Improwizacja umożliwia zatem dostęp do wcześniej ukrytych (a nawet wypartych) uczuć, emocji, stanów emocjonalnych, takich jak strach, wściekłość, ból, które są przyczyną powstania wielu symptomów, a nawet chorób zarówno psychicznych, jak i psychosomatycznych.

Improwizacje instrumentalne, często stosowane w muzykoterapii aktywnej, są najbardziej pomocną metodą, zwłaszcza dla osób (pacjentów), które mają kłopoty w mówieniu o swoich problemach, stanach emocjonalnych, dolegliwościach, ale są otwarte na „słuchanie własnego ja” [Łuciuk-Wojczuk 2010: 113]. Dźwięk instrumentu muzycznego może nadawać się do dialogu z osobą, z którą kontakt werbalny jest ograniczony czy nawet niemożliwy [por. Cesarz 2003: 9].

Zadaniem pacjenta tworzącego improwizację muzyczną jest „uruchowienie wszystkich możliwości w sferze poznawczej” [Kukiełczyńska-Krawczyk 2010: 123] i zrozumienie dzięki temu „[...] jak dalece jego emocjonalność i życie uczuciowe zdeterminowane są przez jego własne doświadczenia. Przez jego wyobraźnię, przez jego sposób postrzegania siebie i innych oraz relacje z innymi” [Galińska 1990, s. 164]. Improwizacja instrumentalna, szeroko stosowana w muzykoterapii aktywnej, pozwala na: poznanie sposobu myślenia pacjenta, kategoryzację i ocenę jego własnych doświadczeń, systemu znaczeń i wartości oraz na to, w jaki sposób postrzega siebie i innych ludzi [por. Galińska 1988: 41]. Możemy zatem powiedzieć, że muzykoterapia improwizowana, jako psychoterapeutyczna metoda, umożliwia podjęcie próby uświadomienia pacjentowi poprzez środek, jakim jest muzyka, jego wszelkich duchowych oraz fizycznych dolegliwości.

W improwizacji do ważnych kwestii należy to, że [Hegi 2010: 133–153]:

- > Improwizacja bazuje na przeszłych doświadczeniach (wzorach doświadczeń z przeszłości), obecnym stanie świadomości (teraźniejszości) oraz przyszłym wpływie muzyki na działanie pacjenta.
- > Improwizacja wymaga od pacjenta umiejętności słuchania siebie, wsłuchiwania się w swoje potrzeby, spontanicznej gry oraz wsłuchiwania się we własne muzyczne wytwory. Wszystkie te czynności są wykonywane symultanicznie. Im lepiej pacjent będzie potrafił słuchać i im uważniej będzie słuchany, tym łatwiej będzie mu wykonać improwizację oraz intensywniej ją przeżywać.
- > Improwizacja jest aktem działalności artystycznej, w której muzyka pobudza do przeżywania i wyrażania dźwiękiem zawartych w niej emocjonalnych treści. Improwizacja to także „doświadczanie własnych emocji”, które możemy odkryć w sobie na nowo;

emocji, które będą dla nas nowym przeżyciem, ale też takich, które już dobrze znamy.

- > Improwizacja wykorzystuje pięć głównych elementów muzycznych (elementów dzieła muzycznego), które podlegają wglądowi i analizie przez terapeutę, a mianowicie: rytm, melodię, harmonię, dynamikę i strukturę (formę). Rytm, melodia i harmonia są odpowiedzialne za cielesne, psychiczne i mentalne (duchowe) siły pacjenta, natomiast dynamika i forma – za napędowe siły ruchu.
- > W improwizacji ważne jest bycie „tu i teraz”, bo muzyka w improwizacji istnieje tylko „tu i teraz”. Improwizację możemy uznać za „świętowanie chwili” [Bailey 2010: 339].
- > Improwizacja wymaga zadbania o wiarygodność oraz przejrzystość, a nie „piękno”, tempo (szybkość) czy złożoność (wysoki stopień skomplikowania) gry.
- > Improwizacja jest „słyszalną wymianą” pomiędzy naszym „wnętrzem” a „zewnątrzem”, natomiast muzykoterapia polega na słuchaniu „życia wewnętrznego” pacjenta.

Język dźwięków, jakim porozumiewamy się podczas improwizacji, można porównać do mowy. Podobnie jak za pomocą mowy poprzez dźwięki możemy opowiadać, dialogować, mówić o naszych doznaniach i przeżyciach, wyrażać nasze emocje, odczucia i nastroje. Jedynym problemem jest znajomość tego „języka dźwięków”, poznanie jego struktury, budowy i reguł. Wynika to stąd, iż prawa logiki rządzące zarówno językiem werbalnym, jak i niewerbalnym są wspólne, podobne do siebie. Indywidualna improwizacja muzyczna, czyli inaczej mówiąc, improwizacja solowa, może skutecznie zaspokajać potrzeby (muzyczne, psychiczne), opierając się na „indywidualnym języku/słowniku muzycznym” jej autora, może być utożsamiana z jej twórcą [Bailey 2010: 335–337]. Już sam wybór kodu muzycznego przez pacjenta jest sposobem jego komunikacji rozumianym w sensie artystycznym. Innymi słowy, podstawowym zadaniem improwizacji jest przełożenie języka emocji i komunikacji na „język muzyczno-dźwiękowy”.

Praktykowanie improwizacji nie wymaga ze strony pacjenta ani żadnej techniki gry na instrumencie muzycznym, ani wiedzy, umiejętności

muzycznych czy nawet doświadczenia [por. Bailey 2010: 328]. Ze strony terapeuty natomiast wymagać będzie zastosowania pewnej taktyki terapeutycznej, do której możemy zaliczyć:

- > stworzenie odpowiedniej i bezpiecznej atmosfery dla pacjenta,
- > trafny wybór tematu improwizacji (zarówno indywidualnych, jak i grupowych),
- > dostosowanie programu terapii do aktualnych potrzeb i możliwości pacjenta.

Wróćmy na chwilę do opisu pięciu ważnych elementów muzycznych szeroko stosowanych w improwizacji. Elementy te są obserwowane, analizowane i oceniane podczas gry pacjenta. Ich znaczenie, rolę i funkcję podają za Fritzem Hegim [2010: 25–128]:

- > Rytm jest wszędzie, wszystko ma swój rytm. Rytm jest życiem, życie jest rytmem. Rytm jest odpowiedzialny za organizację czasowego przebiegu utworu. Z rytmem kojarzone są takie słowa, jak: puls, takt, metrum, ostinato, porządek rytmiczny. Cechą rytmu jest zróżnicowanie dźwięków pod względem długości. Dźwięki mogą być akcentowane lub nie. Za pomocą metrum dźwięki organizowane są w grupy metryczne, z czego wynika regularność rozłożenia akcentów. Metrum porządkuje rytm w utworze. W rytmie ważne są zmienność i powtarzalność.
- > Melodia jest szeregiem dźwięków, określających długość ich trwania i odległości między nimi. Dźwięki te muszą następować po sobie w logicznym porządku. Sama melodia jest powiązana przede wszystkim z rytmem. Wiąże się również z elementami ekspresji muzycznej: dynamiką i artykulacją; natomiast z następstw dźwięków wynikają połączenia harmoniczne. Melodia zwykle związana jest z jedną określoną tonacją i używane dźwięki do niej należą. Melodia jest w muzykoterapii interpretowana jako wyraz myśli pacjenta w muzyczny sposób. Melodię możemy także odbierać jako „zewnątrzny kształt zawartej w niej treści” [Stępień 2002: 199]. Melodie czasami przekazują więcej niż same słowa (przekaz werbalny). Jej ważnym elementem składowym, a jednocześnie materiałem do analiz dla terapeuty, jest użycie skali, interwałów,

akcentowania, sekwencji tonów, wznoszącej bądź opadającej linii melodycznej, frazowania, ogólnej struktury melodii. W kompozycji linii melodycznej często występują takie struktury, jak: zmiana taktu, modulacja, powtórzenie, zwierciadlane odbicie melodii, uproszczenie linii melodycznej, dodanie dodatkowych dźwięków, „opisywanie” dźwięków melodii itp. Najważniejszym składnikiem melodii jest interwał. Każdy pacjent ma swój ulubiony interwał, który jest przez niego często używany w improwizacjach. Każdy interwał jest też indywidualnie odbierany i odczuwany przez pacjentów. Jednak sam interwał – bez melodii, harmonii i rytmu – znaczy niewiele. Właśnie ta zależność pomiędzy strukturą harmoniczną i brzmieniową tworzyła charakter i ekspresję melodii zastosowanej w improwizacji.

- > Dźwięk, a tym samym brzmienie, jest nieopisanym, nieuchwytnym fenomenem, „amorficznym wydarzeniem”, podobnie jak energia czy ludzki oddech [Hegi 2010: 65–66]. Dźwięk ulega ciągłej zmianie: jest w ruchu, nabrzmiewa, wybrzmiewa, zmienia swoją formę, raz jest energią, raz światłem, raz farbą; czasem jest ładny, czasem brzydki. Do podstawowych rodzajów brzmień zaliczamy: dźwięki instrumentalne i wokalne, odgłosy, hałasy, szumy. Dźwięk jest przesłaniem i wiadomością dla słuchacza; każda emocja, każdy nastrój, każde doświadczenie ma swój wydźwięk w muzyce. Brzmienie w muzyce jest tak wielorakie, nieograniczone, zmienne i nieobliczalne, jak wachlarz ludzkich uczuć i emocji. Innymi słowy – dźwięk jest emocją. Brzmienie i barwa zależą także od rodzaju instrumentu oraz od treści improwizacji (treści zadania), jakie mamy wykonać na instrumencie. Osoby niepewne będą wybierały raczej instrumenty o niewielkiej sile brzmienia, natomiast osoby pewne siebie wybiorą instrumenty głośnie, duże oraz donośne.
- > Dynamika mówi nam o sile brzmienia, sile dźwięku. Większość instrumentów muzycznych cechuje się możliwościami wydobywania dźwięków o zróżnicowanej głośności. W dynamice uwidaczniają się trzy faktory: tempo, głośność oraz użycie pauzy (przerwy

w muzyce). Dynamika jest siłą, wyraża również sprzeczności: ten sam utwór można zagrać cicho bądź głośno, delikatnie bądź mocno. W dynamice ważne są także gotowość pacjenta do stosowania zmian dynamicznych oraz siła, z jaką uderza on w instrument.

- > Forma (struktura) to ogólna budowa utworu muzycznego. Jest to środek realizacji wyrazu emocjonalnego dzieła muzycznego za pomocą technik kompozytorskich. Forma organizuje mniejsze i większe części składowe utworu i ustala zasady ich relacji i powtórzeń. Forma muzyczna niekiedy określa także charakter i nastrój muzyki. Użycie formy (struktury) w improwizacji będzie obszarem konfliktu pomiędzy chaosem, porządkiem oraz przypadkiem [por. Hegi 2010: 126]. Z przypadkiem możemy połączyć także spontaniczność, wolność wyboru, które są nieodłącznym elementem każdej improwizacji. Forma w improwizacji instrumentalnej stanowi wyraz symboliki, fantazji, uporządkowania, harmonii wewnętrznej oraz osobowości pacjenta.

W improwizacji muzycznej ważne będzie otwarcie się pacjenta na muzykę oraz praca z wyżej wymienionymi pięcioma elementami. Użycie elementów zarówno stałych, jak i zmiennych w muzyce prowadzi do konfrontacji na następujących biegunach: rzeczywistość, realność–nierealność (rytm); harmonia–dysharmonia (brzmienie, dźwięk); porządek–bałagan (melodia); chęć–obojętność (dynamika) oraz wygrana–strata (forma) [por. Hegi 2010: 133]. Często się zdarza, że melodia wyraża ból i tęsknotę, harmonia – emocje i uczucia, dynamika – siłę wewnętrzną, natomiast rytm odzwierciedla nasze tempo życia. Improwizacja z użyciem melodii jest jak „odkrywanie nowego świata, odkrywanie nowych dróg” [Hegi 2010: 106].

Użycie formy w improwizacji ma podwójne znaczenie. Wielu pacjentów z dolegliwościami psychosomatycznymi wykorzystuje znane im sztywne i skostniałe formy (przejawia się to także w grze). Są oni też zamknięci na zmiany, wykorzystanie nowych elementów formy, wypróbowanie nowych zachowań. Dlatego też improwizacja muzyczna w zakresie użycia formy może być dla pacjenta procesem, w którym albo porzuca się stare i skostniałe formy, albo poszukuje nowych struktur

życiowych. Tak czy inaczej: formę albo tracimy, albo zyskujemy. Podobnego zdania jest Derek Bailey, który uważa, że każda improwizacja zmierza nieświadomie do unikatowej formy; „improwizacja kreuje własną formę” bądź oznacza „wyzwolenie się do formy” [Bailey 2010: 334]. U pacjentów z zaburzeniami psychiatrycznymi użycie danej formy jest odpowiednikiem kształtowania samego siebie, kompozycją samoświadomości, a użycie starej bądź nowej formy ściśle wiąże się z otwartością na zmiany, konformizmem, konserwatyzmem oraz umiłowaniem „znanego” [por. Hegi 2010: 118–119]. Użycie formy jest wspólne zarówno dla pacjentów, jak i artystów, ponieważ jak pisze Fritz Hegi: „[...] obie grupy poszukują dla swoich aktualnych (obecnych) intelektualnych treści jakiejś formy, która musi przeciwstawić się znanym formom społecznym; tak więc w dziedzinie sztuki – dla artystów forma będzie rodzajem misji i powołania, natomiast dla pacjentów forma będzie wyrazem krzyku cierpienia i możliwości radzenia sobie z problemami” [Hegi 2010: 120].

Efektywność użycia elementów dzieła muzycznego w improwizacji instrumentalnej niech potwierdzą słowa Christopha Schwabego dotyczące rehabilitacji dorosłych pacjentów z nerwicami i zaburzeniami czynnościowymi: „[...] aby zaktywizować i reaktywować psychicznie chorego człowieka, trzeba zredukować materiał muzyczny do podstawowych składników: interwały, proste rytmy, pojedyncze dźwięki, motywy. Podstawą postępowania metodycznego jest improwizacja określana jako terapeutyczne pole ćwiczeń. Rozwinięcie dyspozycji twórczych – efekt powyższych ćwiczeń – umożliwi pacjentowi wyjście z tego zamkniętego werbalnego kręgu oraz zwalczanie zahamowań i ułatwia osiągnięcie pozytywnych wyników leczenia. Skuteczne w tym przypadku są wszystkie najprostsze dynamiczno-agogiczno-rytmiczne rodzaje improwizowanych zabaw” [Schwabe 1972: 71].

Zgodnie z założeniami Tadeusza Natansona, jeżeli muzykę pojmuje się jako trzypoziomowy (poziom akustyczny, semantyczny i efektywności) zbiór informacji [Natanson 1992: 89–111], to w przedstawionej wyżej analizie podstawowych elementów dzieła muzycznego, jakie należy brać pod uwagę w wytworach muzyczno-instrumentalnych pacjentów, na poziomie semantycznym zabrakło artykulacji i frazowania oraz

barwy utworu. Nie znaczy to, że elementów tych nie uwzględnia się podczas analizy improwizacji pacjenta. Są one ważne i mogą stanowić część analizy gry pacjenta.

Improwizacje instrumentalne i ruchowe według Heleny Cesarz mogą w bardzo łatwy i przystępny sposób „kształtować i rozwijać potencjał twórczy każdego człowieka” [Cesarz 2008: 23]. Improwizacja muzyczna (improwizacja instrumentalna) jest rodzajem „porusza wyobraźni”. Jej oparcie na symbolach (*stricte* muzycznych) jest motorem do odkrywania tego, co jeszcze nieznanne, nieuświadomione, ukryte, wyparte, niechciane, a często trudne i bolesne. Jak już wspomniano, improwizacja muzyczna łączy się z niepohamowaną spontanicznością. Ale improwizacja jest również odbiciem, odwzorowaniem niepohamowanej fantazji, wyobraźni oraz potencjału pacjenta. To wyobraźnia i fantazja będą nadawały kształt i kierunek danej improwizacji. W każdym momencie gry/improwizacji nasza wyobraźnia będzie zwrócona ku przyszłości i będzie próbowała nadać jej nowy, potencjalny kształt [Bailey 2010: 334].

Improwizacja jest także nieprzewidywalna. Ta niepewność i nieprzewidywalność improwizacji – wprost z codziennego życia – nadaje jej szczególny walor realizmu, który pozwala wielu ludziom zidentyfikować się z nią, mimo że język muzyczny może wydawać się im obcy i nieprzystępny [por. Rzewski 2010: 339].

W przeciwieństwie do języka mówionego i komunikacji werbalnej, która jest nam dobrze znana, komunikacja niewerbalna (poprzez muzykę) jest dla większości pacjentów czymś nowym, obcym, nieuporządkowanym, niepojętym, nieograniczonym i wcześniej niećwiczonym. Zarówno język, jak i muzyka spełniają funkcję obiektu i symbolu jednocześnie. Swoim działaniem obejmują ducha, psychikę i ciało, co umożliwia wgląd pacjenta we własne przeżycia, zagłębienie się w swój świat oraz całościowy ogląd przeżywanej sytuacji [Hegi 2010: 132]. Dźwięk w muzykoterapii aktywnej może wyrażać różne uczucia, czasami nawet z większą precyzją i swobodą niż w komunikacji werbalnej. Dzieje się tak dzięki temu, że „dźwięk nie odtwarza treści słów, lecz ich dynamikę” [Cesarz 2003, s. 9]. Dźwięk instrumentu muzycznego (używany w trakcie improwizacji) zwalnia także blokady w zakresie komunikacji interpersonalnej, znosi

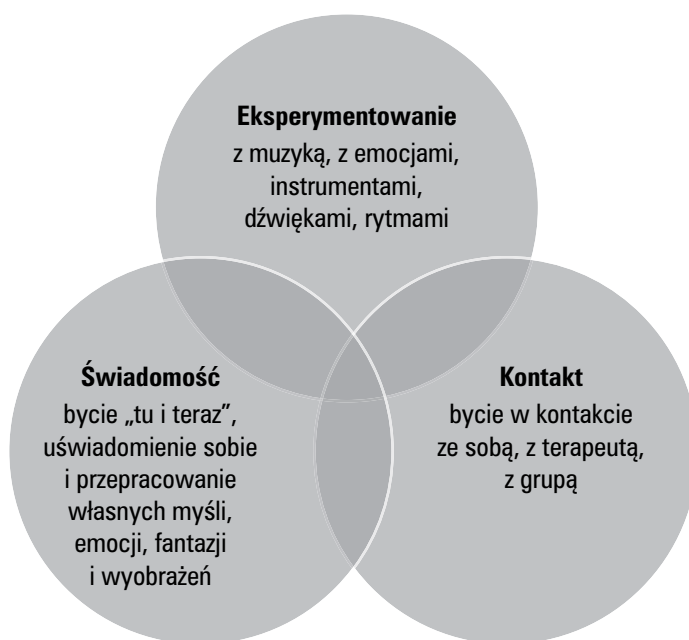
mechanizmy obronne, pozwala otworzyć się na nowe doświadczenia oraz podnosi poziom świadomości własnych doznań i przeżyć pacjentów [por. Cesarz 2003: 12]. Jak pisze Helena Cesarz: „Improwizacyjna gra jest wyrażeniem siebie poprzez dźwięk niezależnie od wszelkich konwencji: stanowi swego rodzaju »kreację« dźwiękową pacjentów, w której pierwszy dźwięk wyzwala kolejny i następne, pobudzając do myślenia, wyrażania i przeżywania swoich emocji, wprawiając w ruch własne ciało” [Cesarz 2003: 10].

W muzykoterapii aktywnej twórcą muzyki jest sam pacjent, w odróżnieniu od muzykoterapii receptywnej, w której korzysta się z gotowych już nagrań oraz utworów muzycznych. Muzykoterapia improwizowana stwarza wolną przestrzeń dla wypowiedzi pacjenta, zakładając, że to, co w nim wewnętrzne, uzewnętrzni się w działaniu w sposób swobodny, autonomiczny i aktywny. Dlatego też każda improwizacja jest wyjątkowa i niepowtarzalna, jak pogoda, nastrój czy też wydarzenia historyczne w naszym życiu – nie ma dwóch takich samych – tak jak nie ma dwóch takich samych ludzi – każdy jest wyjątkowy. Powtórzenie improwizacji – w takim samym kształcie, nawet przez tę samą osobę – jest prawie niemożliwe.

Każda improwizacja staje się dla pacjenta indywidualną próbą i eksperymentem w zakresie postrzegania siebie (odbudowania samooceny); próbą poznawania i przekraczania własnych granic i możliwości (emocjonalnych, duchowych, fizycznych lub też norm i zasad działania) oraz nieustannym poszukiwaniem siebie; próbą poznania siebie poprzez muzykę [Hegi 2010: 137]. Innymi słowy improwizacja muzyczna jest pewnego rodzaju doświadczeniem, które przybiera formę muzycznej wypowiedzi, oraz słyszalną wymianą między tym, co świadome dla pacjenta, i tym, co nieświadome dla pacjenta [por. Hegi 2010: 136].

Ekspertymentowanie z dźwiękiem podczas improwizacji będzie aktem budowania i zarazem metamorfozy osobowości pacjenta. W improwizacji muzycznej pacjent będzie równocześnie przedmiotem i podmiotem: tworzy muzykę – jest jej twórcą i jednocześnie jej wykonawcą (tworzywem). Ekspertymentowanie, siła świadomości i kontakt (ze sobą, z terapeutą, z grupą) to trzy siły improwizacji (rys. 1). Ekspertymentowanie z muzyką, z emocjami, instrumentami, dźwiękami, brzmieniami, barwami, rytmem jest częścią improwizacji. Ekspertymentem możemy

też nazwać zabawowo-symboliczną grę na zadany temat. Drugą ważną siłą improwizacji będzie świadomość. Gra improwizacji odbywa się bowiem w sferze psychologicznej terażniejszości, w pełnej świadomości siebie, swoich przeżyć oraz doświadczeń [por. Cesarz 2008: 26]. Świadomość, uważność, bycie „tu i teraz” są ważne ze względu na potrzebę uświadamiania sobie przez pacjenta przeżywanych emocji, myśli, fantazji, odczuć oraz wyobrażeń powstałych podczas gry/tworzenia improwizacji. Trzeci element – kontakt – to inaczej bycie w kontakcie, bycie z samym sobą, bycie w kontakcie z terapeutą bądź grupą. Kontakt należy do najważniejszych elementów procesu terapeutycznego podczas sesji muzykoterapii. Siłą improwizacji muzycznych (instrumentalnych) leży w jej procesie, czyli możliwościach terapeutyczno-procesowych. Terapią w muzyce możemy nazwać integrację, współpracę oraz porozumienie między nastrojem pacjenta a wytworem muzycznym bądź odnalezienie kontaktu pomiędzy własnymi uczuciami a działaniami pacjenta.



Rys. 1. Elementy improwizacji

Źródło: [Hegi 2010: 152].

Istnieje bardzo wiele technik improwizacyjnych, rodzajów improwizacji muzyczno-instrumentalnych, które służą muzykoterapeutom jako podstawa ich pracy. Improwizacje możemy podzielić ze względu na:

- > rodzaj struktury – wolne (swobodne) bądź strukturyzowane;
- > zastosowaną tematykę – dowolne, tematycznie lub podane przez terapeutę;
- > liczbę osób grających – solowe, ansamblowe bądź grupowe;
- > środek ekspresji – instrumentalne, wokally-instrumentalne, ruchowe bądź wokally.

W muzykoterapii aktywnej istnieje kilka rodzajów środków ekspresji, których możemy użyć w improwizacji, a mogą to być środki muzyczne, słowno-muzyczne, muzyczno-ruchowe, ruchowe, plastyczne, instrumentalne, teatralne, słowne czy też mimiczne. Zastosowanie ekspresji, wszelkich form ekspresji artystycznej i technik kreatywnych z nią związanych, które są szeroko wykorzystywane w psychoterapii, ma na celu [za: Cesarz 2008: 25]:

- > rozwój wyobraźni twórczej, emocjonalności, procesów poznawczych oraz psychomotoryki;
- > rozwój wrażliwości estetycznej;
- > uczenie się prawidłowej komunikacji;
- > wzmacnianie poczucia własnej wartości, rozwój potencjału wewnętrznego człowieka;
- > poprawę jakości życia i inne.

Stosowanie improwizacji instrumentalnych w muzykoterapii aktywnej służy także nawiązaniu kontaktu między terapeutą a pacjentem, ułatwia komunikację niewerbalną oraz zbudowanie relacji pomiędzy wszystkimi uczestnikami zajęć [por. Cesarz 2012: 189]. Za pomocą muzyki, a co za tym idzie – dźwięku instrumentu muzycznego (komunikacji niewerbalnej), stosunkowo łatwo nawiązuje się kontakt z pacjentem, zwalniając jego blokady w zakresie komunikacji interpersonalnej [por. Cesarz 2008: 12].

Improwizacja w muzykoterapii przybiera najczęściej formę współimprowizacji [Stachyra (red.) 2012: 77], w której to komunikować może się pacjent z terapeutą bądź pacjenci między sobą. Poprzez współimprowizację

możliwe jest budowanie muzycznej interakcji oraz wzajemne oddziaływanie w relacji pacjent–terapeuta bądź pacjent–pacjent. Muzyka komponowana na żywo podczas improwizacji to zdaniem wielu muzykoterapeutów „najlepsza forma komunikacji z pacjentem” [por. Kukiełczyńska-Krawczyk 2006: 124].

W komunikacji niewerbalnej ważne jest zarówno „słuchanie zewnętrzne” (*Nach-aussen-Hören*, czyli słuchanie innych, ważne szczególnie w improwizacjach grupowych), jak i „słuchanie wewnętrzne” (*Nach-innen-Hören*, czyli słuchanie siebie, ważne zwłaszcza w improwizacjach indywidualnych). Biorąc pod uwagę te dwa rodzaje słuchania, można rozróżnić następujące rodzaje improwizacji [Hegi 2010: 125]:

- > Improwizacja oparta na związku (*Die Beziehung-Improvisation*). Ten rodzaj improwizacji zawiera w sobie wszystkie formy, w który wymagana jest gra w kontakcie (z inną osobą), jak np.: dialog muzyczny, gry kontaktowe, gry na wyobraźnię (*Phantasiespiele*), gry z podziałem na role, psychodrama w duecie, dialog improwizowany itp. Zastosowane przez graczy impulsy, użycie formy, podjęte muzyczne decyzje będą świadczyć o rodzaju kontaktu między pacjentami (daleko–blisko, *Nähe–Distanz*), o bliskości tego kontaktu (intymność–obcość) oraz o sile kontaktu (kontakt–wycofanie). W improwizacji opartej na kontakcie ważne jest słuchanie zarówno siebie, jak i innych.
- > Improwizacja oparta na temacie, tematyczna improwizacja (*Die themenzentrierte Improvisation*). Ten rodzaj improwizacji zawiera w sobie wszystkie formy improwizacji, które mają jakiś temat podany przez terapeuta albo przez pacjenta. Impulsem do powstania tematu mogą być obrazy, przeżycia, idee, procesy, odczucia, emocje, sytuacje, doświadczenia, nastroje czy też konkretne myśli (przemyslenia). Tematycznie ukierunkowana improwizacja ujawnia wewnętrzne przeżycia pacjenta w sposób bezpieczny i swobodny, sprzyja poprawie komunikacji interpersonalnej oraz korekcie nieprawidłowych zachowań [por. Cesarz 2003: 11–12]. W improwizacji tematycznej ważne jest otworzenie się na nowe doświadczenia oraz budowanie zaufania i poczucia bezpieczeństwa.

- > Improwizacja ćwiczebna (*Die übungszentrierte Improvisation*). W tym rodzaju improwizacji ważne są: kooperacja, współpraca, praca z pięcioma elementami, reguły, zasady oraz poczucie wspólnoty w grupie. W trakcie tych improwizacji muzyka „tematyzuje się sama”, a pacjenci czują się bezpiecznie, mogą muzykować i równocześnie „ćwiczyć” grę na instrumencie. Zadania improwizacyjne mogą dotyczyć w tym wypadku gry w duecie, pracy motywicznej, formy solo–tutti, formy antyfonalnej, użycia ostinata itp.

Jak już wspomniano, jedną z ważniejszych i częściej stosowanych form współimprowizacji jest dialog muzyczny (dialog instrumentalny). W dialogu instrumentalnym pacjenci wchodzą w relację komunikacyjną, która może przybrać wiele form, na przykład pacjent może [por. Cesarz 2003: 11]:

- > powtarzać na zasadzie imitacji wszystko za swoim partnerem z duetu, imitować jego grę na takim samym instrumencie i w taki sam sposób;
- > zsynchronizować swoją grę z jego grą; może grać z taką samą dynamiką i w tym samym tempie; może wykorzystywać jego motywy rytmiczne i melodyczne;
- > odtwarzać za pomocą swojego instrumentu jego nastrój;
- > tworzyć wolną przestrzeń dla nowych wypowiedzi muzycznych, może grać własne struktury muzyczne na zasadzie kontrastu;
- > w dalszej kolejności wprowadzać nowe instrumenty, prowokować partnera do eksperymentowania i większej otwartości.

Metoda dialogu instrumentalnego Christopha Schwabego [za: Stachyra (red.) 2012: 134] szczególnie nadaje się do zastosowania w terapii grupowej w celu poprawy interakcji społecznych. Jest to metoda odpowiednia zwłaszcza do pracy nad rozwojem komunikacji, rozwojem umiejętności społecznych, odgrywania ról, kontrolowania relacji bliskości i dystansu z innymi oraz negocjacji.

Psychologia muzyki wychodzi z założenia, że każdy człowiek jest w stanie grać na prostych instrumentach muzycznych, a tym samym potrafi improwizować. Podczas terapii muzyką istnieje zasada, iż wszystkie wytwory muzyczne pacjentów są dobre; nigdy się ich nie ocenia ani nie

krytykuje. Każdy pacjent gra na miarę swoich możliwości to, co w danej chwili czuje. Ważne w improwizacji jest także wprowadzanie „zasad gry” o charakterze organizacyjno-regulacyjno-zarządczym, które są bardzo ważne zwłaszcza w improwizacjach grupowych [Cesarz 2012: 189]. Należą do nich między innymi: zasada słuchania zarówno siebie, jak i innych w trakcie gry, zasada przestrzegania danego metrum improwizacji, zasada dopasowania się w celu stworzenia harmonii w grze, zasada kolejności wejść itp. Wynika z tego, że „nie ma wolności bez zasad”, reguł, samokontroli oraz samodyscypliny dla poszczególnych uczestników improwizacji.

Improwizacja w muzykoterapii nie ma na celu tworzenia „pięknej muzyki”, lecz ma prowadzić do poczucia wspólnoty – zwłaszcza w improwizacjach grupowych oraz do bliskości, budowania zaufania i poczucia bezpieczeństwa – zwłaszcza w improwizacjach solowych [por. Stachyra (red.) 2012: 76]. W improwizacjach indywidualnych przeważa pokusa indywidualnej ekspresji, natomiast w uczestnictwie w improwizacjach grupowych (zespołowych) przyciąga perspektywa muzycznej wspólnoty [Bailey 2010: 328].

Podstawowymi postulatami swobodnej, indywidualnej improwizacji są następujące założenia [Rzewski 2010, s. 342]:

- > w każdej chwili może wydarzyć się wszystko;
- > jednoczesne zdarzenia będą zachodziły w określonych ciągach;
- > ciągi te będą rozbijane przez nieustannie zmieniające się warunki (np. nowe pomysły, myśli, zmiana strategii gry);
- > działanie pacjenta (lub jego zaniechanie) w każdej chwili będzie miało wpływ (zarówno czynny, jak i bierny) na stan całego systemu;
- > indywidualna percepcja tego stanu może wpłynąć jednocześnie na działanie pacjenta;
- > pomiędzy przeszłością a przyszłością może zaistnieć cykliczna reakcja przyczynowo-skutkowa; oznacza to, że nie tylko terażniejszość wpływać będzie na przyszłość, ale także przyszłość będzie miała wpływ na terażniejszość;
- > przeszłość (uprzednie doświadczenia, przeżycia, sytuacje, emocje) determinować będzie terażniejszość, ale i terażniejszość będzie nieustannie modyfikować przeszłość.

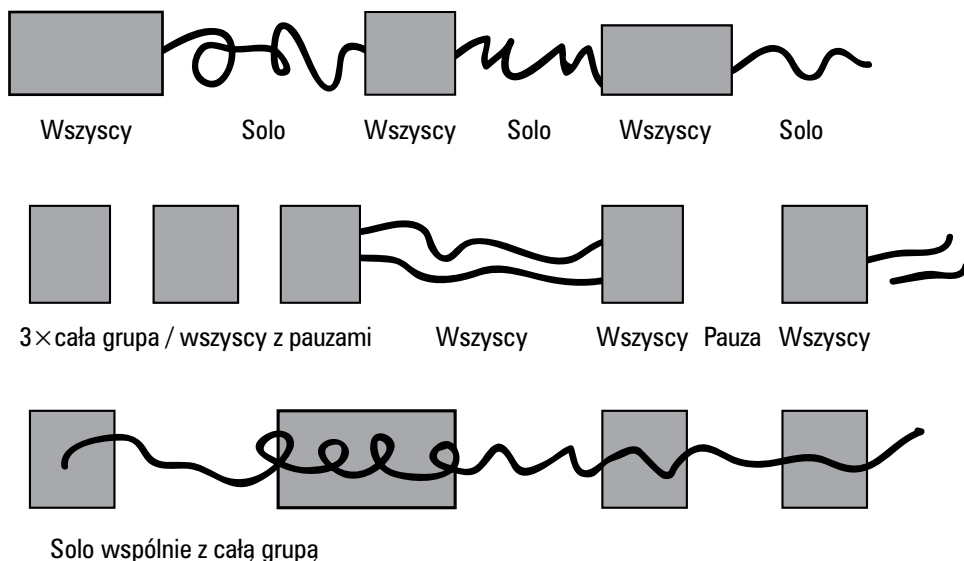
Oprócz szeroko omówionej improwizacji indywidualnej w muzykoterapii aktywnej często stosuje się improwizacje grupowe. Dla większości osób improwizacja stanowi przede wszystkim „okazję do zbiorowego muzykowania i rozwijania wzajemnych relacji” [Bailey 2010: 331]. Swobodna grupowa improwizacja oparta jest na spontanicznej, niewerbalnej interakcji wielu pacjentów/muzyków oraz prowadzi do wykształcenia się uniwersalnego niewerbalnego sposobu komunikacji pomiędzy nimi [por. Rzewski 2010: 342]. Samo użycie różnych instrumentów muzycznych przez pacjentów pozwala na analizę wzajemnych oddziaływań, jakie zachodzą pomiędzy członkami grupy, oraz daje możliwość tworzenia wolnych interakcji w grupie [por. Kukiełczyńska-Krawczyk 2010: 123]. Osoby ceniące, lubiące i dobrze czujące się w improwizacjach grupowych – twierdzi Derek Bailey – to „zwierzęta stadne”, poszukujące towarzystwa innych pacjentów – od duetów począwszy, na zespołach dowolnych rozmiarów skończywszy [por. Bailey 2010: 331]. W trakcie improwizacji grupowej ważnym aspektem jest atmosfera w grupie – jej intuitywno-telepatyczne fundamenty oraz magiczny i podniecający wymiar gry zespołowej [Bailey 2010: 334].

Grupowa improwizacja muzyczna według Kennetha Bruscii [1998: 116] umożliwia między innymi [za: Stachyra (red.) 2012: 78]:

- > ustanowienie niewerbalnego kanału komunikacji;
- > zrozumienie, czym jest autoekspresja oraz kształtowanie tożsamości;
- > zgłębienie różnych aspektów siebie w relacji z innymi;
- > rozwijanie zdolności do wchodzenia w bliskie relacje z innymi;
- > rozwijanie umiejętności grupowych;
- > rozwijanie kreatywności, doświadczenia wolności, spontaniczności, zabawy, przyjemności;
- > stymulowanie i rozwijanie zmysłów;
- > rozwijanie zdolności percepcyjnych i poznawczych.

Improwizacje grupowe, oprócz tego, że są oparte na regułach i zasadach oraz że ważne w nich jest poczucie wspólnoty w grupie, mogą być zbudowane z wielu elementów (rys. 2), jak np. gra solo, gra tutti, pauzy czy też gra w duecie lub trio. Przykładem innej improwizacji grupowej jest przejście „od chaosu” do „harmonii” poprzez wspólną grę, słuchanie

siebie, szukanie harmonii grupowej oraz poszukiwanie wspólnej płaszczyzny porozumienia, czyli np. wspólnego rytmu.



Rys. 2. Przykłady improwizacji grupowej
 Źródło: [Hegi 2010: 201].

Podsumowując, można powiedzieć, że improwizacja muzyczna jest bardzo naturalną, spontaniczną metodą muzykoterapeutyczną, która uczy słuchania drugiej osoby, wchodzenia w interakcje, uczy zachowań niekonformistycznych oraz doświadczania siebie w muzyce.

Stosunek pacjentów do muzyki i instrumentów muzycznych

Większość pacjentów poddanych muzykoterapii to amatorzy w sensie muzycznym, innymi słowy – to osoby nieposiadające wykształcenia

muzycznego. I tak też powinno być. Dlatego zarówno funkcja, cele, rola, jak i forma takich improwizacji będą odmienne od improwizacji wykonywanych przez muzyków, ewentualnie jazzmanów. Improwizacja instrumentalna grana przez pacjentów będzie nastawiona raczej na „prowokowanie do spontanicznych zachowań” [Schwabe 1972: 70] oraz „eksplorację wewnętrznych przeżyć”, a także „kreowanie serdecznej, bliskiej relacji pomiędzy pacjentami a terapeutą” [Kukiełczyńska-Krawczyk 2006: 123].

Wielu pacjentów na pierwszym spotkaniu, przy pierwszym kontakcie z instrumentami muzycznymi wykazuje dużą niepewności, czasami tylko podszytą chęcią zabawy i eksperymentowania. Wielu pacjentów chciałoby (ma „ciśnienie” – *Leistungsdruck*), wykonać zadanie (improwizację) w sposób perfekcyjny, idealny – co nie jest możliwe. Dlatego też tacy pacjenci potrzebują czasu, aby to „ciśnienie” zniwelować, zmniejszyć, zlikwidować oraz rozwinąć w sobie pewien „zabawowy” stosunek do muzykoterapii. Doświadczenie instrumentów, dotykanie ich, odkrywanie ich różnorodności brzmieniowych jest dla niektórych pacjentów przeszkodą nie do pokonania [Tonn 2010: 34]. Pacjentom tym ich własna gra wydaje się okropna, nie do zniesienia, niepasująca do gry reszty grupy. Wynika to z jednej strony z ich przekonania, że ich gra od początku powinna być perfekcyjna, podobna do muzyki słyszanej w radiu, natomiast z drugiej – z niskiej wiary we własne możliwości i braku pewności siebie (zwłaszcza w nowych sytuacjach). Ważne jest – jak pisze Helena Cesarz – że: „improwizacja w muzykoterapii to wyrażanie siebie poprzez dźwięk, niezależnie od wszelkich konwencji związanych z tzw. wykonawstwem artystycznym” [Cesarz 2003: 10]. Należy podkreślić, że w muzykoterapii aktywnej nie jest ważna gra na fortepianie, jej jakość i perfekcjonizm, błyskotliwość i wirtuozeria, tylko umiejętność przekazywania własnych wrażeń muzycznych – co jest dane każdemu człowiekowi [por. Kukiełczyńska-Krawczyk 2010: 125].

Z własnego doświadczenia muzykoterapeutycznego wiem, że pacjenci napotykalący tego rodzaju „przeszkody” w pierwszym kontakcie z instrumentami muzycznymi na zajęciach muzykoterapii najczęściej wyrażają je następującymi komentarzami:

- > „Nie potrafię grać na instrumencie” (niewielkie umiejętności muzyczne).
- > „Nie potrafię tego wyrazić na instrumencie” (niewielkie umiejętności wyrażania emocji i uczuć poprzez muzykę).
- > „Nie mam zdolności muzycznych”, „nie mam poczucia rytmu” (brak zdolności muzycznych).
- > „Nie chcę”, „nie chce mi się” (brak motywacji).
- > „Boję się” (lęk własny).
- > „Nie wiem, jak one brzmią”, „nie znam tych instrumentów” (brak znajomości instrumentów, brak chęci poznania instrumentów muzycznych, brak otwartości) itp.

W takiej sytuacji zadaniem terapeuty będzie nie tylko przedstawienie wszystkich grup instrumentów (instrumentów harmonicznym, melodycznym, o nieokreślonej wysokości dźwięku itd.) z krótką demonstracją ich brzmienia, ale także przekonanie „niedowiarków”, że wszyscy ludzie potrafią grać na instrumentach, ponieważ nie ma ludzi niemuzycznych. Pacjenci ci mogą przekonać się o tym tylko i wyłącznie poprzez samodzielne wypróbowanie instrumentów i ewentualną wspólną grę w improwizacji grupowej. Ważne jest, aby instrumenty zgromadzone na zajęciach muzykoterapeutycznych nie wymagały od pacjentów żadnych umiejętności (muzycznych, technicznych); powinny być „możliwe do użycia od zaraz”, po kilkusekundowym przeszkoleniu. Nazywam takie instrumenty „terapeutycznymi”.

Kolejną przeszkodą są wszelkiego rodzaju inne lęki i ogólna niechęć pacjenta do brania czynnego udziału w zajęciach (muzyko)terapeutycznych. Może to wynikać bądź z braku chęci i zainteresowania muzyką, z braku przekonania o sensowności działania terapii, braku zrozumienia konceptu terapeutycznego, braku otwartości bądź też lęku przed wypróbowaniem czegoś nowego w życiu, zmierzeniem się z czymś nowym. I tutaj – tak jak poprzednio – ważne będą reakcja terapeuty oraz rozmowa.

Pomocnym elementem w kontakcie z muzykoterapią aktywną i improwizacjami są wcześniejsze doświadczenia pacjenta z muzyką, instrumentami i grą na nich. Zainteresowanie muzyką, słuchanie jej, traktowanie jako hobby oraz wiedza muzyczna mogą pomóc w pokonaniu

lęku przed muzykoterapią aktywną, przed samodzielnym muzykowaniem oraz grą na instrumentach. Może to być element pomocny w terapii, lecz u pacjentów będących muzykami zawodowymi wcześniejsze doświadczenie muzyczne z pewnością stanie się wielką przeszkodą – a wiem to również z własnej praktyki.

Podsumowanie

Dzięki swojej wszechstronności muzykoterapia aktywna, a zwłaszcza muzykoterapia improwizowana bardzo dobrze się sprawdza w pracy z pacjentami mającymi różnorodne problemy. Przewidywalnym efektem terapeutycznym stosowania improwizacji na sesjach muzykoterapeutycznych będzie w pierwszej kolejności uświadomienie sobie przez pacjenta problemu oraz szeroko rozumiana nauka refleksyjności. Efektem wtórnym stosowania improwizacji może być uwolnienie skrywanych emocji i uczuć, odreagowanie napięć, rozładowanie napięć emocjonalnych czy też zrzucenie balastu emocjonalnego (uzyskanie efektu *katharsis*). Co jest ważne: poprzez improwizacje (instrumentalne bądź wokalne) pacjent poznaje siebie, swoje reakcje, potrzeby i ewentualnie uczy się je sygnalizować we własnym otoczeniu.

Improwizacje instrumentalne, najczęściej stosowane w muzykoterapii aktywnej (rozumiane jako produkcja dźwięków na instrumentach perkusyjnych), służą przede wszystkim „doświadczeniu siebie i wyrażaniu siebie” w grze solo bądź z inną osobą. Do ważniejszych efektów improwizacji instrumentalnych należą: doświadczanie przez pacjenta samego siebie w nowej relacji, odkrywanie siebie, dowiadywanie się czegoś nowego o sobie (sposobach reakcji, postrzeganiu, nastawieniu); wchodzenie w relacje z drugą osobą (innym pacjentem, muzykoterapeutą) bądź grupą; przyjmowanie różnych ról (nauka nowych zachowań, wypróbowywanie nowych zachowań) czy też kształtowanie nowego sposobu postrzegania siebie – zwłaszcza w improwizacjach solowych [por. Stachyra (red.) 2012: 78].

Można zatem stwierdzić, że improwizacje instrumentalne (wokalne, plastyczne, ruchowe) wspomagają proces terapeutyczny oraz przyczyniają się do przyswajania nowych wzorców zachowań (wypróbowanie nowych wzorców podczas improwizacji), a także nauki rozwiązywania problemów. Jedynym negatywnym aspektem stosowania improwizacji może być aktywizacja wspomnień i przeżytych traum przez pacjenta, które można jednak „przepracować” wspólnie z terapeutą na kolejnych sesjach muzykoterapeutycznych.

Zachęcam do stosowania improwizacji w muzykoterapii aktywnej, która jest bogatym źródłem wiedzy w pracy z pacjentem. Co prawda muzykoterapia aktywna stanowi wyzwanie dla pacjentów, ponieważ muszą oni „wziąć instrument we własne ręce” [Łuciuk-Wojczuk 2010: 113], lecz dostarcza im równocześnie dużo radości, energii, autonomii, kreatywności; reguluje napięcie oraz przynosi dobre samopoczucie. Nie możemy zapominać, że muzykoterapia aktywna zawsze będzie konkurencją dla muzykoterapii *stricte* receptywnej.

Bibliografia

- Bailey Derek, *Swobodna improwizacja*. W: *Kultura dźwięku. Teksty o muzyce nowoczesnej*. Christoph Cox, Daniel Warner (red.). Słowo/obraz terytoria. Gdańsk 2010, s. 326–338.
- Bruscia Kenneth E., *Defining Music Therapy*. Phoenix 1998.
- Bruscia Kenneth E., *Improvisational Models of Music Therapy*. Springfield 1987.
- Cesarz Helena, *Kreatywność w muzykoterapii*. W: *Arteterapia w medycynie i edukacji*. Wiesław Karolak, Barbara Kaczorowska (red.). Wydawnictwo WSHE. Łódź 2008, s. 23–28.
- Cesarz Helena, *Muzykoterapeuta dźwiękiem mówiący, czyli kilka refleksji na temat komunikacji za pomocą instrumentu* „Muzykoterapia Polska” 2003, t. 2(6), s. 7–12.
- Cesarz Helena, *Wybrane metody i techniki muzykoterapii w pracy z osobami zaburzonymi psychicznie*. W: *Podstawy muzykoterapii*. Krzysztof Stachyra (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 2012, s. 185–202.
- Cox Christoph, Warner Daniel (red.), *Kultura dźwięku. Teksty o muzyce nowoczesnej*. Słowo/obraz terytoria. Gdańsk 2010.

- Galińska Elżbieta, *Kierunki rozwojowe w polskiej muzykoterapii*, „Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu” 1988, nr 45, s. 152–174.
- Galińska Elżbieta, *Podstawowe kierunki teoretyczne muzykoterapii*. Leon Henek (red.). „Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu” 1990, nr 52, s. 32–56.
- Hegi Fritz, *Improvisation und Musiktherapie. Möglichkeiten und Wirkungen von freier Musik*. Wiesbaden 2010.
- Kaczmarek Stella, Kieslich Norbert, *Zufriedenheit der psychosomatischen Patienten mit der Musiktherapie*. „Musiktherapeutische Umschau” 2010, Nr. 3/4, s. 95–102.
- Kukielczyńska-Krawczyk Klaudia, *Improwizacja fortepianowa w kształceniu muzykoterapeutów*. W: *Rytmika w kształceniu muzyków, aktorów, tancerzy i w rehabilitacji*. Materiały z ogólnopolskiej sesji naukowej. Akademia Muzyczna w Łodzi. Łódź 2010, s. 121–129.
- Kukielczyńska-Krawczyk Klaudia, *Kompozycja a muzykoterapia*. „Muzykoterapia Polska” 2006, t. 2, nr 2(6), s. 23–30.
- Łuciuk-Wojczuk Agnieszka, *Muzykoterapia w procesie odzyskiwania zdrowia przez pacjentów z chorobami onkologicznymi*. Wydawnictwo Akademii Muzycznej w Krakowie. Kraków 2010.
- Encyklopedia muzyki*. Andrzej Chodkowski (red.). PWN. Warszawa 1995.
- Münzberg Christian, *Musiktherapie in der Psychosomatik*. 17. Musiktherapietagung am Freien Metacentrum München e.V. Wiesbaden 2010.
- Natanson Tadeusz, *Programowanie muzyki terapeutycznej*. „Zeszyt Naukowy Akademii Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu” 1992, nr 53.
- Nordoff Paul, Robbins Clive, *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi*. Kraków 2008.
- Ólszewski Wojciech, *Trochę o improwizacji*. <http://www.aftertouch.art.pl/improwizacja.html> (dostęp: 15.01.2014).
- Priestley Marry, *Analytische Musiktherapie*. Stuttgart 1983.
- Rzewski Frederic, *Kameralne eksplozje: nihilistyczna teoria improwizacji*. W: *Kultura dźwięku. Teksty o muzyce nowoczesnej*. Christoph Cox, Daniel Warner (red.). Gdańsk 2010, s. 339–345.
- Schwabe Christoph, *Leczenie muzyką chorych z nerwicami i zaburzeniami czynnościowymi*. PZWL. Warszawa 1972.
- Słownik języka polskiego on-line*, PWN, hasło: improwizacja, <http://sjp.pwn.pl/szukaj/-improwizacja> (dostęp: 15.01.2014).
- Smeijsters Henk, *Musiktherapie als Psychotherapie*. Stuttgart 1994.
- Stachyra Krzysztof (red.), *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 2012.

- Stachyra Krzysztof (red.), *Podstawy muzykoterapii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 2012.
- Stępień Jolanta, *Zzagadnień kształtowania melodii w improwizacji*. W: *Rytmika w kształceniu muzyków, aktorów, tancerzy i w rehabilitacji*. Barbara Ostrowska (red.). Materiały z V i VI ogólnopolskiej sesji naukowej (Łódź 12–14 grudnia 2000 i 21–23 listopada 2002). Akademia Muzyczna w Łodzi. Łódź 2002, s. 198–217.
- Timmermann Tonius, *Klangstrukturen und ihre psychische Wirkung*. München 1983.
- Tokarski Jan (red.), *Słownik wyrazów obcych*. PWN. Warszawa 1979.
- Tonn Cornelia, „*Das klang ja heute sogar harmonisch*“ – *Beziehungsgestaltung psychosomatischer Patienten in der Musiktherapie*. W: *Musiktherapie in der Psychosomatik*. Christian Müntzberg (red.). Wiesbaden 2010, s. 23–37.
- Wieloch Magdalena, *Improwizacja fortepianowa w oparciu o twórczość własną*. W: *Rytmika w kształceniu muzyków, aktorów, tancerzy i w rehabilitacji*. Materiały z ogólnopolskiej sesji naukowej. Akademia Muzyczna w Łodzi. Łódź 2010, s. 111–120.
- Wierzbicka Elżbieta (red.), *Słownik współczesnego języka polskiego*, t. 1, Wilga. Warszawa 1996.
- Wigram Tonny, *Improvisation. Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators, and Students*. New York 2004.

STELLA KACZMAREK – doktor nauk humanistycznych w dziedzinie pedagogiki muzycznej, jest adiunktem na Wydziale Edukacji Muzycznej Akademii Muzycznej im. Grażyny i Kiejstuta Bacewiczów w Łodzi. Absolwentka kierunku Wychowanie Muzyczne tej uczelni, ukończyła Podyplomowe Studium Psychologii Muzyki na Uniwersytecie Muzycznym im. Fryderyka Chopina w Warszawie oraz muzykoterapię w Fachhochschule Heidelberg – Victor Dulger Institute (Niemcy). Wykładowca na uniwersytetach w Łodzi, Paderborn i Münster. W latach 2007–2011 doktorantka i asystent naukowy na Uniwersytecie Paderborn (Niemcy). W latach 2008–2012 muzykoterapeuta w klinice psychosomatycznej Klinik Rosenberg w Bad Driburg (Niemcy). Obroniła pracę doktorską z pedagogiki muzycznej (pedagogiki instrumentalnej, psychologii muzyki) u prof. Heinera Gembrisa na Uniwersytecie w Paderborn (Niemcy) w styczniu 2012 roku. Zainteresowania: psychologia muzyki, muzykoterapia stosowana, terapia strukturalna w muzykoterapii, muzykoterapia pacjentów psychosomatycznych.

ODDZIAŁYWANIE MUZYKĄ NA OBNIŻONY NASTRÓJ

Aleksandra Trochanowska » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu,
Uniwersytet Wrocławski

» **Streszczenie:** Nastroj towarzyszy człowiekowi na co dzień, wpływając na różne sfery jego funkcjonowania, a szczególnie na funkcje poznawcze, samopoczucie, samoocenę, treści przeżywania oraz jakość życia. Ponadto wywiera wpływ na poziom zdrowia somatycznego i psychicznego. Muzyka, jako bodziec emocjonalny, może nastrój poprawić, podwyższyć. Należy jednak pamiętać, iż każdy człowiek jest inny pod względem czynników decydujących o odbiorze muzyki, a więc cech osobowości, doświadczenia życiowego, preferencji muzycznych, dlatego też oddziaływanie muzyki na nastrój człowieka nie jest procesem jednorodnym. W artykule ukazano możliwość zastosowania muzykoterapii w leczeniu depresji. Przedstawiono liczne badania, które potwierdzają celowość zastosowania muzykoterapii w leczeniu tego zaburzenia.

Słowa kluczowe: depresja, muzyka, muzykoterapia, nastrój.



Wstęp

Muzyka jest nośnikiem emocji. W dzisiejszych czasach już nie kwestionuje się możliwości wyrażania i wzbudzania za pomocą muzyki najrozmaitszych uczuć. W literaturze przedmiotu podkreśla się abstrakcyjność

i emocjonalność muzyki. We współczesnej nauce istnieje natomiast silne dążenie do wyjaśnienia tego, w jaki sposób i za pomocą jakich środków muzyka oddziałuje na sferę emocjonalną człowieka.

Niniejszy artykuł jest poświęcony problematyce wpływu muzyki na obniżony nastrój człowieka. Nastrój stanowi zagadnienie ważne i ciekawe, gdyż człowiek zawsze, w każdym momencie życia ma jakiś nastrój. Nasze funkcjonowanie jest silnie powiązane z doświadczanym nastrojem.

W tematykę oddziaływania muzyką na obniżony nastrój idealnie wpisuje się muzykoterapia. Wykorzystuje ona wpływ muzyki na nastrój w praktyce leczniczej. Muzykoterapeuta, dzięki posiadanej wiedzy i umiejętnościom, może w taki sposób kreować i kontrolować sytuację terapeutyczną, by działanie muzyki na nastrój pacjenta było jak najbardziej korzystne.

Pojęcie nastroju i emocji

Pojęcie nastroju bywa różnie definiowane. Nie jest możliwe pełne zrozumienie problematyki nastroju w oderwaniu od zagadnienia emocji. W języku potocznym nastrój i emocja to słowa, które często są utożsamiane. Nauka, a szczególnie psychologia, stara się je różnicować. Badacze od lat zadają sobie pytania, co odróżnia emocje od nastroju oraz od innych procesów psychicznych, innych pojęć afektywnych. Definiowanie tych zagadnień bywa źródłem sporów i kontrowersji.

Precyzyjne określenie, czym jest nastrój, wciąż przysparza wielu trudności, niemniej najczęściej przyjmuje się, że jest on dłużej utrzymującym się stanem emocjonalnym, który stanowi tło dla innych procesów psychicznych [Bhandari 2008: 97]. Psychologowie Jan Strelau i Dariusz Doliński [2008: 515] podkreślają, że nastrój jest „stanem afektywnym o niewielkiej intensywności, charakteryzującym się określonym znakiem (pozytywnym lub negatywnym)”. Rozróżnienie na nastrój pozytywny (podwyższony) oraz negatywny (obniżony) jest analogiczne do podziału emocji, spośród których również wyodrębniamy emocje pozytywne (np. duma, zaciekawienie, radość) i negatywne (np. strach, smutek, pogarda). Nastrój jest zjawiskiem

obecnym w życiu każdego człowieka. Wprawdzie ludzie nie zawsze wiedzą, co wprawiło ich w dany stan, zazwyczaj jednak potrafią określić, jaki nastrój im towarzyszy. Nastrój stanowi bardzo ważny element naszej egzystencji. Wpływa bowiem na to, jak doświadczamy codzienności.

W psychologii zwraca się uwagę na to, że emocja to „subiektywny stan psychiczny, uruchamiający priorytet dla związanego z nią programu działania. Odczuwaniu emocji towarzyszą zwykle zmiany somatyczne, ekspresje mimiczne i pantomimiczne oraz specyficzne zachowania” [Strelau, Doliński 2008: 514]. Emocje, w porównaniu z nastrojem, są stanami bardziej wyrazistymi i łatwiejszymi do zaobserwowania.

Paul Ekman [2002: 54], psycholog, jeden z najwybitniejszych ekspertów w dziedzinie emocji i motywacji, dopatruje się różnic pomiędzy emocjami a nastrojami w długości trwania obydwu stanów. Emocje są to stany krótkotrwałe, utrzymujące się kilka sekund bądź minut, a nastroje to stany długotrwałe, trwające kilka godzin lub dni. Autor zwraca uwagę na ekspresję mimiczną, typową dla większości emocji, która nie występuje w przypadku nastrojów. Paul Ekman [2002: 55] spekuluje, że być może nastrojom towarzyszą specyficzne wzorce aktywności mięśni twarzy, nieobserwowalne gołym okiem, ale możliwe do wykrycia za pomocą pomiaru ich potencjałów elektrycznych.

Wybitny psycholog holenderski Nico H. Frijda [2002: 56–57] wskazuje na związek pomiędzy emocjami a relacjami człowieka z konkretnymi obiektami, osobami, np.: ktoś boi się czegoś, gniewa się na kogoś itp. Tak więc za podstawową różnicę pomiędzy emocjami i nastrojami autor uznaje ukierunkowanie emocji, nazywane przez niego intencjonalnością. Emocje są ukierunkowane, nastroje natomiast charakteryzują się bardziej rozmytym charakterem. Możemy określić przyczyny powstania określonego nastroju, ale z reguły nie dotyczą one konkretnego obiektu.

Psycholog i psychiatra Richard J. Davidson [2002: 51] uważa, że emocje i nastroje pełnią różne funkcje. Za podstawową funkcję emocji uznaje się kontrolę działań, natomiast główną funkcją nastroju jest kontrolowanie czynności poznawczych. Nastrój jest mechanizmem, który znacząco wpływa na sposób przetwarzania docierających do nas informacji. W depresji wzrasta dostępność wspomnień smutnych, a spada dostępność

wspomnień wesołych. Na wpływ nastroju na funkcje poznawcze zwraca uwagę również N. Frijda. Autor dowodzi, że nastrój negatywny obniża zadowolenie z życia, a podwyższa prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych zdarzeń (w porównaniu z osobami będącymi w pozytywnym nastroju) [Frijda 2002: 60].

Każdy człowiek jest wyjątkowy, inaczej przeżywa rzeczywistość – indywidualnie, niepowtarzalnie, subiektywnie. Istnieją jednak zjawiska wspólne wszystkim ludziom, obecne w życiu każdego człowieka. Należy do nich nastrój, każdy bowiem zawsze ma jakiś nastrój.

Znaczenie nastroju

Nastrój kształtuje postępowanie człowieka w wielu sferach życia. Wpływa m.in. na poziom samooceny, samopoczucie, treści przeżywania oraz jakość życia.

Nastrój wywiera duży wpływ na funkcje poznawcze. Psychologowie Tibor Palfai i Peter Salovey [Łukaszewski 2003: 211] doszli do wniosku, że nastrój kształtuje stosunek do samego siebie. Nastrój obniżony sprawia, że ludzie skupiają uwagę na sobie, natomiast podwyższony ułatwia koncentrację na otaczających obiektach.

Psycholog Bogdan Wojciszke [2011: 86] zauważa, że dobry nastrój ułatwia przychodzenie na myśl pozytywnych informacji, podwyższa oceny siebie, innych ludzi, a nawet ogólnej satysfakcji z życia. Nasila również tendencje do pomagania innym. W obniżonym nastroju automatyczne skojarzenia sprzyjają formułowaniu negatywnych sądów, opinii.

Nastrój negatywny sprzyja nadmiernemu samokrytycyzmowi. W tym miejscu uwidacznia się silne powiązanie pomiędzy obniżonym nastrojem a niską samooceną. Samoocena jest „afektywną reakcją na samego siebie” [Wojciszke 2011: 175]. To swego rodzaju filtr, poprzez który spostrzegamy, rozumiemy i interpretujemy docierające do nas informacje. Samoocena łączy się z poziomem zadowolenia z życia. Osoby o wysokiej samoocenie charakteryzuje skłonność do częstszego doświadczania uczuć

pozytywnych oraz lepsze samopoczucie psychiczne [Wojciszke 2011: 179]. Są one także zdrowsze, rzadziej korzystają z pomocy lekarza i odczuwają mniej dolegliwości niż osoby o niskiej samoocenie. Problematyka związków między nastrojem i samooceną nabiera szczególnego znaczenia przy obniżeniu nastroju oraz negatywnych uczuciach do samego siebie. Nienawiść do własnej osoby bywa przyczyną zachowań autodestrukcyjnych, do których zalicza się m.in.: uzależnienia, samookaleczenia i samobójstwo.

Rezultatem negatywnego nastroju i niskiej samooceny jest obniżenie jakości życia. Problematyka jakości życia jest nierzadko poruszana zarówno w literaturze naukowej, jak i w prasie oraz innych mediach. Coraz częściej zastanawiamy się nad tym, jak żyjemy i czy sposób, w jaki żyjemy, czyni nas szczęśliwymi. Psychologia operuje dwoma określeniami dotyczącymi jakości życia. Pierwszym jest sama jakość życia, a drugim – poczucie jakości życia. Nie należy stosować tych pojęć zamiennie, gdyż mają one różne znaczenia. Jakość życia dotyczy obiektywnych kryteriów oceny warunków ludzkiego życia i działania człowieka, które obejmują środowisko fizyczne, materialne, społeczno-kulturowe, np.: jakość powietrza i wody, mieszkanie, praca, dostęp do edukacji, usługi, ochrona zdrowia. Natomiast pojęcie poczucia jakości życia oznacza własną ocenę wartości i sensu egzystencji. Jest ono rezultatem oceny i wartościowania poszczególnych sfer życia. Ocena ta opiera się w dużej mierze na emocjach i nastroju [Sęk 2007: 45].

Nastrój wpływa też na to, w jaki sposób przetwarzamy informacje. Badania dowodzą, że ludzie w pozytywnym nastroju dokonują bardziej pobieżnej analizy sytuacji, podczas gdy w negatywnym nastroju dokładniej i intensywniej przetwarzają informacje [Wojciszke 2011: 87].

Ciekawe zagadnienie stanowi związek nastroju z twórczością. Przez dłuższy czas twierdzono, że pozytywne emocje sprzyjają twórczości. Pod koniec lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku Geir Kaufmann i Suzanne Vosburg [za: Rutkowska-Didiuk 2011: 216] przeprowadzili szereg badań, z których wynika, że osoby odczuwające pozytywny nastrój wymyślają i analizują wiele rozwiązań, z których większość wydaje im się dobra, ale nie potrafią szybko wybrać jednego, optymalnego rozwiązania. W początkowej fazie twórczości, która wymaga myślenia dywergencyjnego – procesu

nastawionego na generowanie nowatorskich idei poprzez eksplorację wielu możliwych rozwiązań – skuteczniejsze jest doświadczanie pozytywnego nastroju. Jednak w momencie, kiedy należy wybrać jedno najlepsze rozwiązanie i zmobilizować się do działania, optymalne wydaje się posiadanie negatywnego nastroju. Negatywny nastrój działa mobilizująco oraz podwyższa kryteria akceptowalności rozwiązań, przez co zmusza twórcę do autocenzury i wyboru najlepszego rozwiązania [Rutkowska-Didiuk 2011: 216].

Funkcjonowanie człowieka jest silnie związane z nastrojem. Nie sposób wskazać wszystkich czynników, które wpływają na odczuwany nastrój. Może on bowiem zależeć od różnych wydarzeń życiowych, czynników psychofizycznych, a nawet od warunków atmosferycznych.

Pojęcie obniżonego nastroju

Obniżony nastrój cechuje się przeżywaniem smutku, przygnębienia, zubożenia, anhedonią, pojmowaną jako brak lub utrata zdolności odczuwania przyjemności. Obniżeniu nastroju towarzyszą niska samoocena i poczucie beznadziejności. Charakterystyczna jest triada Becka, tj. negatywna ocena tego, co przydarzyło się w życiu człowieka, negatywna ocena tego, co dzieje się aktualnie, oraz pesymistyczne przewidywania co do nadchodzących wydarzeń [Kotlicka-Antczak 2011: 39]. Z obniżeniem nastroju łączą się: wyolbrzymianie niepowodzeń, oskarżanie o nie siebie oraz poczucie winy. Ponadto zwykle wywołuje on inne negatywne doznania, takie jak: frustracja, złość czy żal, utrudniając uwolnienie się od przykrego stanu emocjonalnego.

Zaburzenie depresyjne

Obecnie termin „depresja” jest powszechnie używany nie tylko w psychiatrii, ale i w języku potocznym.

Według dziesiątej rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Zaburzenia Psychiczne i Zaburzenia Zachowania (ICD-10) rozpoznanie epizodu depresyjnego wymaga spełnienia następujących kryteriów (co najmniej dwóch z trzech wymienionych objawów): obniżony nastrój, utrata zainteresowań i zdolności odczuwania przyjemności (anhedonia) oraz utrata energii, zwiększona męczliwość [Cameron 2005: 7]. Ponadto należy stwierdzić co najmniej dwa z następujących objawów: upośledzenie pamięci i uwagi, obniżona samoocena i utrata zaufania do siebie, poczucie winy i bezwartościowości, pesymizm, myśli i tendencje samobójcze, zaburzenia snu, utrata łaknienia, które powinny się utrzymywać przez co najmniej dwa tygodnie [Cameron 2005, 7].

Warto zaznaczyć, że obraz kliniczny depresji nie jest taki sam u wszystkich chorych. Obrazy atypowe depresji pojawiają się często u dorastającej młodzieży. U niektórych chorych może wystąpić zubożenie emocjonalne, prowadzące do utraty zdolności ekspresji smutku czy płaczu [Rybakowski 2011: 177]. Inne objawy, takie jak: rozdrażnienie, nadużywanie alkoholu, zaostrenie fobii lub natręctw, występowanie dolegliwości hipochondrycznych, mogą maskować zaburzenia nastroju [Pużyński, Wciórka 2000: 108].

Wyróżnia się łagodny, umiarkowany oraz ciężki epizod depresyjny. Rozróżnienie stopnia nasilenia epizodu depresyjnego wymaga wnikliwej analizy [Pużyński, Wciórka 2000: 108]. Chorzy z łagodnymi epizodami depresji często korzystają z pomocy lekarzy pierwszego kontaktu, psychoterapeutów. Natomiast chorzy z ciężkimi zaburzeniami depresyjnymi są leczeni w oddziałach psychiatrycznych, często bowiem zagrażają swojemu życiu i zdrowiu z powodu myśli i tendencji samobójczych. Chorzy cierpiący z powodu ciężkiego epizodu depresyjnego są zwykle niezdolni do wykonywania pracy zawodowej i obowiązków domowych.

Ważnym zagadnieniem jest poznanie przyczyn depresji. Źródłem pojawienia się tego zaburzenia upatruje się we współdziałaniu predyspozycji genetycznej, fizycznego stanu organizmu oraz czynników stresowych, głównie przeżytych stresujących wydarzeń życiowych [Rybakowski 2011: 174–175]. W etiologii zaburzeń depresyjnych podkreśla się rolę neuroprzekazników, takich jak: noradrenalina, dopamina, serotonina, których niedobór łączy się z zachorowaniem na depresję.

Podsumowując: depresja jest powszechnie występującym zaburzeniem psychicznym, które wpływa szkodliwie na ogólny stan zdrowia i funkcjonowanie człowieka. Stanowi ona bardzo ważny czynnik zwiększający ryzyko popełnienia samobójstwa. Wyrównanie nastroju ma duże znaczenie dla dobrego samopoczucia i prawidłowego funkcjonowania. Nastrój pozytywny łagodzi skutki negatywnych przeżyć, pomaga w zmaganiu się z trudnościami i przeszkodami. Będąc w pozytywnym nastroju, możemy w pełni cieszyć się życiem.

Oddziaływanie muzyki na nastrój człowieka

Muzyka towarzyszy ludziom od zarania dziejów. Człowiek pierwotny przypisywał jej znaczenie magiczne, mistyczne. W starożytności i średniowieczu muzykę uważano za najważniejszą dziedzinę sztuki, co miało ścisły związek z panującym wtedy przekonaniem, że świat spostrzegany zmysłami jest niedoskonałym odbiciem prawdziwego świata idei. Twierdzono, że muzyka umożliwia wgląd w ów realny świat idei na równi z matematyką czy astronomią [Migut, Wrzałka 2012: 41–42]. Na przestrzeni wieków zmieniał się sposób pojmowania muzyki. Niezmienny natomiast pozostał fakt, iż muzyka towarzyszy człowiekowi na co dzień i stanowi nieodłączny element ludzkiego życia. Współcześnie jest ona zjawiskiem tak powszechnym i naturalnym, iż nie zawsze odbieramy ją w sposób w pełni świadomy, niejednokrotnie traktując jako tło.

Muzyka stanowi powszechnie dostępny środek oddziaływania na ludzki organizm. Ma ona zdolność wywoływania zarówno pozytywnych, jak i negatywnych reakcji organizmu. Jedną z nich jest zmiana nastroju. Zależność między muzyką a nastrojem spostrzega sam odbiorca muzyki, ale także obserwują ją naukowcy, którzy zajmują się tym zagadnieniem i wykorzystują do badania tych zależności coraz nowszą aparaturę.

Muzyka silnie wpływa na funkcje somatyczne i wegetatywne. Pierwotne rytmy muzyczne oddziałują na rytm pracy serca, tętno, oddech, a przez to – pośrednio na stan psychiczny [Kamper-Kubańska 2006: 9].

Jest to przedmiotem wielu badań i analiz. W niniejszym artykule uwzględniono bezpośredni (na psychikę, a więc i nastrój) oraz pośredni (poprzez zmiany somatyczne) wpływ muzyki. Muzyka wpływa na różne funkcje cielesne, wegetatywne. Oddziałuje m.in. na napięcie mięśniowe, układ krwionośny i oddechowy oraz regulację czynności wewnątrzwydalniczych [Kudlik 2012: 57–68]. Może też zmieniać aktywność układu nerwowego, szczególnie wegetatywnego, którego pobudzenie powszechnie uważa się za biologiczną podstawę nastroju [Kudlik, Czerniawska 2011: 121–155].

Z przeżywaniem rozmaitych stanów emocjonalnych najsilniej związane są układy oddechowy i krwionośny. Emocje zmieniają częstość oddechu, np. lękowi towarzyszy gwałtowne przyspieszenie oddechu, niekiedy nawet hiperwentylacja [Kudlik, Czerniawska 2011: 121–155]. Za pomocą oddechu można regulować emocje. Celowa kontrola oddechu pomaga w spadku napięcia, stresu, ułatwia relaksację. Muzyka wspomaga kontrolę oddechu i często bywa w takim celu wykorzystywana.

Reakcje fizjologiczne, dotyczące doświadczania konkretnych stanów emocjonalnych, są bardziej spójne w przypadku oddechu niż tętna i ciśnienia krwi. Niektórzy badacze sugerują wzrost tętna przy doświadczaniu złości, smutku i lęku. Inni stwierdzają tylko, że korelacja między przyspieszeniem tętna a negatywnymi emocjami jest silniej wyrażona niż korelacja między przyspieszeniem tętna a uczuciem szczęścia [Kudlik, Czerniawska 2011: 121–155]. Część naukowców twierdzi, że w momencie słuchania muzyki wywołującej negatywne emocje tętno obniża się, a wzrasta przy muzyce o radosnym charakterze. Natomiast ciśnienie krwi wzrasta podczas słuchania muzyki smutnej, a nie wesołej [Kudlik 2012: 57–68]. Inni badacze wskazują na obniżenie tętna przy muzyce smutnej i jego podwyższenie w przypadku muzyki wywołującej strach [Kudlik 2012: 57–68].

Niespójność wyników można wytłumaczyć osobistymi preferencjami muzycznymi. Psychologowie Agata Kudlik i Ewa Czerniawska [2011: 121–155] przytaczają wyniki badań, podczas których zaobserwowano spowolnienie aktywności serca podczas słuchania nie tylko utworów uspokajających, ale również lubianych przez uczestników badania,

samodzielnie przez nich wybranych. Zależność tę obserwowano nawet wówczas, gdy utwory muzyczne miały charakter energetyczny, aktywizujący. Wyniki te wskazują na wysoce indywidualny wpływ muzyki na nastrój człowieka. Działanie relaksujące można uzyskać, nie tylko słuchając muzyki relaksacyjnej, uspokajającej, ale przede wszystkim sięgając po te utwory muzyczne, które należą do ulubionych.

Muzyka wzbudza w człowieku emocje poprzez tempo i tonację [Kudlik 2012: 57–68]. Psychologowie Alf Gabrielsson i Erik Lindstrom [za: Kudlik 2012: 57–68] na podstawie piśmiennictwa stwierdzili, że szybkie tempo utworu łączy się z odczuwaniem intensywnych emocji, takich jak: szczęście, przyjemność, podniecenie, gniew, strach, a wolne tempo ściśle wiąże się z uspokojeniem, doznaniem wzniosłości, melancholią i smutkiem. Ponadto zwraca się uwagę na to, że muzyka radosna jest komponowana zazwyczaj w tonacji durowej, a muzyka smutna – w tonacji molowej.

Działanie muzyki na układ nerwowy nie ogranicza się do części autonomicznej, obejmuje ono również inne jego części. Muzyka wpływa na wydzielanie neuroprzekaźników aktywujących, a tym samym na nastrój. Są to: adrenalina, noradrenalina, serotonina, dopamina oraz kwas gamma-aminomasłowy (GABA), które działają wyciszająco [Kudlik, Czerniawska 2011: 153]. Agata Kudlik i Ewa Czerniawska [2011: 121–155] przytaczają wyniki badań, podczas których porównywano dwie grupy: jedna słuchała muzyki relaksacyjnej, ocenionej jako przyjemna (grupa eksperymentalna), druga (grupa kontrolna) pozostawała w ciszy. U każdej osoby mierzono poziom kortyzolu (nazywanego hormonem stresu) oraz poziom endorfin (czyli tzw. hormonów szczęścia). Okazało się, że w grupie eksperymentalnej stwierdzono spadek poziomu kortyzolu i wzrost poziomu endorfin. Zmiany poziomów były większe w grupie kontrolnej.

Z przytoczonych danych wynika, że muzyka wpływa na fizjologiczny aspekt nastroju. Drugim bardzo ważnym zagadnieniem jest oddziaływanie muzyki na nastrój człowieka w sferze psychologicznej.

Psycholog Ewa Klimas-Kuchtowa [2010: 40–41] na podstawie piśmiennictwa stworzyła obszerną listę psychologicznych korzyści, jakie

niesie ze sobą muzyka; m.in.: aktywizuje-relaksuje, pobudza wyobraźnię, poprawia koncentrację, działa kataraktycznie, odblokowuje, wzbudza głębokie przeżycia, ułatwia zdystansowanie się, refleksję, zrozumienie sytuacji i świata, dostarcza pozytywnych emocji, poprawia nastrój. Wszystko to zwiększa dobre samopoczucie.

Ludzie sięgają po utwory muzyczne głównie w celu regulacji nastroju. Zdolność wzbudzania emocji przez muzykę w jej odbiorcach jest powszechna [Kudlik 2012: 57–68]. Według specjalistki od neurokognitywistyki Isabelle Peretz niewrażliwe na muzykę jest tylko 4% populacji [za: Kudlik 2012: 57–68].

Muzyka wywołuje określone nastroje, intensyfikuje i zmienia doznania emocjonalne [Kudlik 2012: 57–68]. Wzbudzanie emocji jest procesem szybkim i naturalnym. Człowiek potrafi określić rodzaj emocji w wyniku słuchania muzyki już w ciągu pierwszych 25 ms trwania utworu [Kudlik 2012, 57–68]. Wykazano, że na odbiór emocji, wywoływanych przez muzykę, nie ma wpływu poziom wykształcenia muzycznego. Zarówno osoby zawodowo zajmujące się muzyką, jak i osoby, które nie są muzykami, podobnie postrzegają i oceniają muzykę [Kudlik 2012, 57–68].

Pomiędzy nastrojem a działaniem muzyki zachodzi sprzężenie zwrotne. Zazwyczaj mówi się o wpływie muzyki na zmianę nastroju. Nie należy jednak zapominać o tym, iż aktualnie przeżywane emocje wpływają na odbiór muzyki. Stan psychiczny, a w tym aktualny nastrój, wpływa na przeżywanie muzyki i związane z nim pojawienie się pozytywnych bądź też negatywnych emocji [Jordan-Szymańska 1990: 2]. Utwory wesołe, energetyczne mogą wywołać u odbiorcy radosny nastrój, lecz trudno oczekiwać takiej reakcji u osoby, która cierpi z powodu głębokiej depresji.

Każdy ma własną historię życia, jedyną w swoim rodzaju, niepowtarzalną. Wiedza i doświadczenia życiowe zapisywane są w pamięci. Wywoływane przez muzykę reakcje emocjonalne, różnorodne skojarzenia często nawiązują do osobistych przeżyć [Jordan-Szymańska 1990: 2]. Muzyka ma właściwość aktywowania śladów pamięciowych [Galińska 2005: 535]. W trakcie słuchania utworów muzycznych niejednokrotnie pojawiają się myśli i wspomnienia związane z dawnymi wydarzeniami.

W rozważaniach nad psychologicznymi aspektami oddziaływania muzyki na nastrój nie wolno pomijać tego, że sztuka muzyczna jest nośnikiem piękna i pełni funkcję estetyczną. Według Ewy Klimas-Kuchtowej [Klimas-Kuchtowa 2010: 41] muzyka wzbudza w ludziach odczucia emocjonalne, estetyczne, a nawet aksjologiczne. Oznacza to, że nie tylko utwory radosne, ale też o smutnym, nostalgicznym czy złowieszczym charakterze, mogą wywoływać przyjemne odczucia natury estetycznej.

Liczne i przekonujące są dowody wpływu muzyki na nastrój. Uwidacznia się on w zakresie funkcji psychicznych i somatycznych organizmu, które zawsze są ze sobą ściśle powiązane i stanowią jedność psychosomatyczną. Zmiany psychiczne mogą ujawniać się w funkcjach somatycznych organizmu, a funkcje somatyczne wpływają na stan psychiczny. Oddziaływaniem muzyki na cały organizm ludzki, w tym na nastrój człowieka, w szczególności sposób interesuje się muzykoterapia.

Zastosowanie muzykoterapii w leczeniu depresji

Pierwsze wzmianki o zastosowaniu muzyki w praktyce leczniczej sięgają starożytności. W Starym Testamencie odnajdujemy fragment mówiący o tym, że Dawid, aby uwolnić od złych duchów cierpiącego na depresję Saula, grał na harfie [Natanson 1979: 16]. W XII wieku Majmonides, rabin, lekarz i filozof, zalecał osobom dotkniętym melancholią muzykoterapię [Musiał 2007: 43]. Używane od czasów starożytnych pojęcie melancholii współcześnie zastąpił termin „depresja”. Kolejna wzmianka o zastosowaniu muzyki w leczeniu melancholii pojawia się także w wieku XVII [Musiał 2007: 44].

Współcześnie muzykoterapia jest stosowana w terapii depresji, niezależnie od jej genezy. Jej skuteczność potwierdzają doniesienia naukowe i badania empiryczne.

Role muzyki w leczeniu depresji analizowała brytyjska muzykoterapeutka Anna Maratos wraz ze współpracownikami [za: Paszkiewicz-Mes 2013: 171–172]. Badacze w sposób losowy zakwalifikowali pacjentów

do dwóch grup. Pierwsza grupa została poddana standardowej terapii, przeznaczonej dla osób cierpiących na depresję. Natomiast pacjenci z drugiej grupy dodatkowo brali czynny udział w zajęciach muzykoterapeutycznych. Po trzech miesiącach terapii porównano wyniki leczenia. W drugiej grupie stwierdzono większą poprawę stanu psychicznego, zmniejszyły się objawy lękowe oraz wyraźnie poprawiło się ogólne funkcjonowanie pacjentów. Muzykoterapia była źródłem nowych doznań o charakterze zarówno estetycznym, jak i relaksacyjnym. Po sześciu miesiącach terapii różnice pomiędzy dwoma grupami zniknęły.

Udokumentowany został korzystny wpływ muzykoterapii aktywnej na osoby w podeszłym wieku, będące w depresji [Chen 1992: 208–210]. W badaniu wzięło udział 68 osób, które w sposób losowy zostały przydzielone do dwóch grup. Pacjenci z obu grup przyjmowali leki przeciwdepresyjne, ale tylko jedna grupa uczestniczyła w zajęciach muzykoterapeutycznych. Muzykoterapia odbywała się codziennie przez okres ośmiu tygodni. W grupie pacjentów uczestniczących w muzykoterapii poprawę można było zauważyć już pod koniec pierwszego tygodnia terapii, natomiast u większości osób, które nie brały udziału w zajęciach muzykoterapeutycznych, poprawa pojawiła się dopiero w trzecim i czwartym tygodniu. Farmakoterapia z muzykoterapią były bardziej skuteczne niż sama farmakoterapia. Chorzy poddani muzykoterapii stali się spokojniejsi oraz bardziej aktywni. Atmosfera na oddziale szpitalnym również się poprawiła [Chen 1992: 208–210].

W pracy z osobami w podeszłym wieku często stosuje się muzykoterapię, aby zapobiegać depresji, osłabieniu pamięci czy zmniejszeniu aktywności psychofizycznej. Wojciech Pospiech [za: Paszkiewicz-Mes 2013: 173] poddał analizie wpływ muzykoterapii na trudności w zasypianiu, zaburzenia koncentracji, depresję, podejście do życia, aktywność i zaburzenia apetytu u osób starszych. Muzykoterapia korzystnie wpłynęła na stosunek pacjentów do życia oraz myślenie o przyszłości. Rano, bezpośrednio po obudzeniu, pacjenci mieli lepszy nastrój, większy poziom energii. Zmniejszyło się u nich również odczuwanie nudy.

Zajęcia muzykoterapeutyczne przyjmują różne formy. Porównano bierne słuchanie muzyki z aktywną obserwacją występów muzycznych

i tanecznych pod względem wpływu obydwu tych form aktywności na pamięć oraz łagodną i umiarkowaną depresję u osób starszych, z upośledzeniem funkcji poznawczych [Cross i in. 2012: 413–423]. Przebada- no 100 osób (47 mężczyzn i 53 kobiety). Osoby badane zostały poddane dwóm testom: Skali Depresji Becka oraz Testowi Rozpoznawania Twarzy. Następnie zostali oni losowo podzieleni na dwie grupy: członkowie gru- py pierwszej obserwowali przez 30 minut taniec, natomiast członkowie drugiej grupy przez 30 minut słuchali muzyki tanecznej. Okazało się, że osoby z obu grup uzyskały lepsze wyniki w wymienionych wyżej testach, ale większą poprawę zaobserwowano u osób z grupy pierwszej. Obserwa- cja tańca do muzyki złagodziła objawy depresji u osób w starszym wieku z upośledzeniem funkcji poznawczych [Cross i in. 2012: 413–423].

Muzykoterapia jako metoda wspomagająca, wchodząca w skład kom- pleksowego leczenia, jest łączona z innymi formami terapii, np. tera- pią psychodynamiczną bądź też poznawczo-behawioralną. W badaniu przeprowadzonym przez profesora muzykoterapii Jaakko Erkkilä i jego współpracowników [za: Konieczna-Nowak 2013: 26] wzięło udział 79 osób dorosłych ze zdiagnozowaną depresją. Zostali oni w sposób losowy przypisani do dwóch grup. Osoby, które znalazły się w grupie ekspery- mentalnej, uczestniczyły w 20 indywidualnych sesjach muzykoterapeu- tycznych, prowadzonych przez 10 muzykoterapeutów. Podczas każdej sesji pacjenci aktywnie muzykowali oraz improwizowali na instrumen- tach. Doświadczenia związane z improwizacją analizowano wspólnie z terapeutą zgodnie z zasadami psychodynamiki. Uczestnicy, którzy nie brali udziału w muzykoterapii, otrzymywali standardową opiekę medyczną, co oznacza, że byli oni poddani farmakoterapii, psychotera- pii krótkoterminowej i konsultacji psychiatrycznej. Do pomiaru wyni- ków wykorzystano trzy skale: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale oraz Global Assessment of Functioning. W grupie osób uczestniczących w muzykoterapii wy- kazano duże, pozytywne i istotne statystycznie zmiany, potwierdzone przez wymienione wyżej narzędzia. Twórcy eksperymentu, reprezen- tujący orientację psychoanalityczną, tłumaczą wyniki tym, że „zasto- sowanie improwizacji prowadzić może do przełożenia nieświadomych

treści na grunt prewerbalnej komunikacji, jaką jest symboliczna ekspresja muzyczna, a następnie w sferę refleksji werbalnej” [Konieczna-Nowak 2013: 25].

Muzyka wzbudza emocje, stymuluje wyobraźnię, pomaga w wydobywaniu z podświadomości treści, które wymagają przepracowania. Po takie właściwości muzyki sięga muzykoterapia. Znane są modele muzykoterapii receptywnej, wykorzystujące wpływ muzyki na wyobraźnię, nazywane wizualizacją kierowaną muzyką (*Guided Imagery and Music*, GIM), w których muzykoterapeuta ingeruje w proces wyobrażeniowy pacjenta [Stachyra 2012: 33]. GIM wywodzi się z psychoterapii psychodynamicznej. Wykorzystuje muzykę, wyobraźnię oraz zmienione stany świadomości [Chou, Lin 2006: 93–101]. Model ten można stosować w leczeniu depresji, co wykazali tajwańscy badacze Mei-Hsien Chou i Mei-Feng Lin. Poddali analizie częściowo ustrukturalizowane telefoniczne wywiady z pięcioma pacjentami cierpiącymi na depresję, którzy uczestniczyli w ośmiu indywidualnych sesjach muzykoterapeutycznych, opartych na modelu GIM. Czas trwania każdej sesji wynosił od 90 do 120 minut. Podczas sesji pacjenci dzięki muzyce osiągnęli stan relaksacji. Następnie terapeuta kierował ich wyobraźnią. Kolejny krok stanowiła analiza i dyskusja o powstałych treściach oraz doświadczeniach emocjonalnych. Podczas muzykoterapii wykorzystano brzmienia przypływów i odpływów oceanu, krzyk mew, śpiew wielorybów i delfinów, a także muzykę Josepha Haydna i Ludwiga van Beethovena. Wyodrębniono 55 ważnych doświadczeń związanych ze słuchaniem muzyki, które podzielono na pięć grup tematycznych: leniwe spacerowanie w otoczeniu przyrody, tworzenie surrealistycznej rzeczywistości, odtworzenie dobrych przeżyć, zanurzenie w muzyce i fizyczne oddanie się relaksacji [Chou, Lin 2006: 93–101].

W leczeniu depresji można również zastosować muzykoterapię grupową z elementami terapii poznawczo-behawioralnej. Taki łączony program pracy proponują psychiatra Ewelina Dobrzyńska i współpracownicy [Dobrzyńska i in. 2006: 105–112]. Zorganizowano cykl 12 cotygodniowych zajęć terapeutycznych, podczas których stosowano muzykoterapię z wykorzystaniem technik projekcyjnych, relaksu i wizualizacji przy

muzyce. Sięgnięto również po techniki poznawcze (klaryfikacja, skalowanie i dialog sokratejski) oraz techniki behawioralne (planowanie i monitorowanie aktywności, przewidywanie konsekwencji własnych działań). W zajęciach uczestniczyły kobiety o średniej wieku 67 lat, u których rozpoznano depresję. Pacjentki były leczone ambulatoryjnie środkami przeciwdepresyjnymi. Oceniły zajęcia muzykoterapeutyczne pozytywnie. Stwierdziły, że muzykoterapia wpłynęła korzystnie na redukcję objawów depresyjnych, poprawiła jakość życia towarzyskiego, pomogła w samopoznaniu i dała możliwość kreatywnego wyrażenia siebie. Ewelina Dobrzyńska i współpracownicy sugerują, że połączenie muzykoterapii z terapią poznawczo-behawioralną jest korzystne, jednakże teza ta wymaga dalszej weryfikacji [Dobrzyńska i in. 2006: 105–112].

Nierzadkie są doniesienia na temat muzykoterapii stosowanej u osób starszych. Ciekawe badania przeprowadziła Yadira Albornoz – muzykoterapeutka, kompozytorka, klarncistka i wokalistka. Badała wpływ improwizacyjnej muzykoterapii grupowej (*group improvisational music therapy*) na depresję u młodzieży i osób dorosłych nadużywających substancji psychoaktywnych [Albornoz 2011: 208–224]. Przez improwizacyjną muzykoterapię grupową autorka rozumie taką muzykoterapię, w której improwizacja stanowi podstawę oddziaływań terapeutycznych. W badaniu wzięły udział 24 osoby w wieku od 16 do 60 lat, które były leczone z powodu nadużywania substancji psychoaktywnych. Osoby te zostały w sposób losowy przydzielone do jednej z dwóch grup. W grupie eksperymentalnej – oprócz standardowego leczenia, któremu podlegały również osoby z grupy kontrolnej – prowadzono muzykoterapię. Po trzech miesiącach leczenia okazało się, że osoby, które trafiły do grupy eksperymentalnej, wykazują znacząco mniej objawów depresyjnych niż osoby z grupy kontrolnej [Albornoz 2011: 208–224].

Z roku na rok zwiększa się ilość publikacji poświęconych efektywności muzykoterapii. Niektóre z nich omówiono, by udowodnić celowość stosowania muzykoterapii u chorych na depresję. Nie chodzi tu tylko o przyjemne spędzanie czasu. Niewątpliwie można stwierdzić, że muzykoterapia jest skuteczną metodą leczenia depresji, zwłaszcza w połączeniu z niektórymi metodami terapeutycznymi.

Uważnościowe słuchanie muzyki (*mindful music listening*, MML)

W piśmiennictwie pojawiają się nowe pomysły wykorzystania muzyki w praktyce leczniczej. Wiele z nich nie zostało jeszcze upowszechnionych w praktyce klinicznej, a ich skuteczność wymaga potwierdzenia w badaniach. Do takich pomysłów należy *mindful music listening*, czyli uważnościowe słuchanie muzyki [Eckhardt, Dinsmore 2012: 176–186].

W ostatnich latach coraz częściej w kręgach naukowych podejmuje się tematykę uważności (*mindfulness*). Uważność definiuje się jako receptywny stan świadomości, powstały przez celowe skupianie uwagi na tym, co dzieje się w chwili obecnej, oraz na tym, czego człowiek aktualnie doświadcza [Jankowski, Holas 2009: 59]. Niektórzy terapeuci proponują osobom cierpiącym na depresję stosowanie praktyki uważności [Eckhardt, Dinsmore 2012: 176–186]. Skupianie się na przeszłości bądź przyszłości często rodzi w osobach cierpiących na depresję, lęk, niepokój. Dlatego też zachęca się je do silnej koncentracji na teraźniejszości, co ma sprzyjać doświadczeniu własnych myśli i uczuć z ciekawością, otwartością i akceptacją [Eckhardt, Dinsmore 2012: 178].

Osoby chorujące na depresję mają trudności z regulacją i wyrażaniem emocji [Eckhardt, Dinsmore 2012: 177], a słuchanie muzyki stanowi skuteczne narzędzie wzbudzania emocji. Muzyka ułatwia komunikację pomiędzy depresyjnym pacjentem a terapeutą, stanowi pretekst do rozmowy. Należy pamiętać, iż za pomocą muzyki można wyrazić emocje trudne do zwerbalizowania. Sugeruje się, że słuchanie muzyki może być z powodzeniem wykorzystane w celu pogłębiania samoświadomości pacjentów [Eckhardt, Dinsmore 2012: 177].

Kristen Eckhardt i Julie Dinsmore [2012: 176–186] zaproponowały połączenie słuchania muzyki z praktyką uważności, gdyż obie te techniki, stosowane oddzielnie, okazują się skuteczne w leczeniu depresji. Łączne zastosowanie obydwu interwencji terapeutycznych mogłoby potencjalnie wzmocnić ich działanie. Uważnościowe słuchanie muzyki miałyby pomóc pacjentowi w nazywaniu doświadczanych uczuć, umożliwić mu swobodną ekspresję emocji, naukę wyrażania emocji i ich regulowania.

Pomysł uważnościowego słuchania muzyki zasługuje na uwagę. Podczas zajęć muzykoterapeutycznych pacjenci słuchają muzyki, mają też możliwość porozmawiania na temat odczuwanych emocji, tak więc sama idea skupiania się na własnych uczuciach doświadczanych podczas słuchania muzyki nie jest niczym nowym. Jednakże w uważnościowym słuchaniu muzyki kładzie się nacisk na szczególną koncentrację na odczuwanych w danej chwili emocjach, na ich nazywaniu. Dyskusje dotyczące tematu emocji są szczególnie ważne w przypadku tych pacjentów, którzy o uczuciach rozmawiać nie chcą bądź też nie potrafią [Eckhardt, Dinsmore 2012: 176–186]. Celem uważnościowego słuchania muzyki jest złagodzenie objawów depresji poprzez zwiększenie samoświadomości, ułatwienie wglądu w problemy oraz umożliwienie doznania dzięki muzyce całej gamy różnych uczuć. Uważnościowe słuchanie muzyki może być przydatne w leczeniu depresji. Konieczne są badania poświęcone temu nowemu zagadnieniu.

Podsumowanie

Oddziaływanie muzyki na nastrój człowieka nie jest procesem jednorodnym, przebiegającym w taki sam sposób u wszystkich ludzi. Istnieje wiele czynników, które pośredniczą w relacji muzyka–nastrój i tym samym wpływają na to, czy dany utwór muzyczny u danej osoby nastrój poprawi czy też nie. Część tych czynników dotyczy właściwości percypowanej muzyki. Naukowcy szczególną uwagę zwracają na tempo utworu muzycznego oraz jego tonację, jako na właściwości, które w głównej mierze oddziałują na nastrój. Pozostałe elementy dzieła muzycznego, melodia, rytm, dynamika czy barwa dźwięku również wpływają na percepcję muzyki. W rozważaniach na temat mechanizmów oddziaływania muzyki na nastrój należy uwzględnić odbiorcę utworu muzycznego, jego osobowość, historię życia, myśli, wspomnienia pojawiające się podczas słuchania muzyki oraz preferencje muzyczne. Różnimy się upodobaniami muzycznymi. Jedne utwory nam się podobają, inne są dla nas obojętne, a jeszcze inne nas drażnią. To, jaka muzyka poprawia nastrój, jest kwestią subiektywną i indywidualną.

W niniejszym artykule ukazano skuteczność muzykoterapii w leczeniu depresji. Muzykoterapia jest bardzo pomocną metodą leczenia tego zaburzenia psychicznego. Wszystkie przytoczone doniesienia empiryczne wskazują na to, że muzykoterapia odgrywa istotną rolę w procesie powrotu do zdrowia. Warto więc włączać tę formę terapii w leczenie osób chorych na depresję. Zastosowanie muzykoterapii zwiększa wachlarz możliwości oddziaływań terapeutycznych w tym ciężkim zaburzeniu. Może ona towarzyszyć metodom biologicznym i psychoterapeutycznym leczenia depresji.

Niniejsze opracowanie nie wyczerpuje treści dotyczących wpływu muzyki na nastrój człowieka. Może ono stanowić punkt wyjścia do dalszych analiz bądź też być inspiracją do przeprowadzenia kolejnych badań naukowych, które uzupełniłyby zgromadzoną wiedzę.

Bibliografia

- Albornoz Yadira, *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”* 2011, No. 20 (3), s. 208–224.
- Bhandari Sadgun, *Psychopatologia opisowa*. W: *Psychiatria. Sedno*. Tom 1. Pádraig Wright, Jan Stern, Michael Phelan (red.). Red. wyd. polskiego Janusz Rybakowski. Elsevier Urban & Partner. Wrocław 2008, s. 89–98.
- Cameron Alasdair D., *Psychiatria*. Red. wyd. polskiego S.K. Sidorowicz. Elsevier Urban & Partner. Wrocław 2005.
- Chen X., *Active Music Therapy for senile depression*. „*Chinese Journal of Neurology & Psychiatry*” 1992, No. 25, s. 208–210.
- Chou Mei-Hsien, Lin Mei-Feng, *Exploring the Listening Experiences During Guided Imagery and Music Therapy of Outpatients with Depression*. „*Journal of Nursing Research*” 2006, No. 14 (2), s. 93–101.
- Cross Kara, Flores Roberto, Butterfield Jaclyn. i wsp., *The effect of passive listening versus active observation of music and dance performances on memory recognition and mild to moderate depression in cognitively impaired older adults*. „*Psychological Reports: Mental & Physical Health*” 2012, No. 111 (2), s. 413–423.
- Davidson Richard J., *O emocji, nastroju i innych pojęciach afektywnych*. W: *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*. Paul Ekman, Richard J. Davidson (red.). Tłum. B. Wojciszke. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2002, s. 51.

- Dobrzyńska Ewelina, Więcko R., Cesarz Helena i wsp., *Muzykoterapia i terapia poznawczo-behawioralna u osób starszych z rozpoznaniem depresji*. „Psychogeriatrya Polska” 2006, nr 3, s. 105–112.
- Eckhardt Kristen J., Dinsmore Julie A., *Mindful Music Listening as a Potential Treatment for Depression*. „Journal of Creativity in Mental Health” 2012, No. 7, s. 176–186.
- Ekman Paul, *Nastroje emocje i cechy*. W: *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*. Paul Ekman, Richard J. Davidson (red.). Tłum. B. Wojciszke. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2002, s. 54–56.
- Frijda Nico H., *Różnorodność afektu: emocje i zdarzenia, nastroje, sentymenty*. W: Paul Ekman, Richard J. Davidson (red.), *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*. Tłum. B. Wojciszke. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2002, s. 56–63.
- Galińska Elżbieta, *Muzykoterapia*. W: *Psychoterapia. Teoria*. Lidia Grzesiuk (red.). Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury. Warszawa 2005, s. 531–541.
- Jankowski Tomasz, Holas Paweł, *Poznawcze mechanizmy uważności i jej zastosowanie w psychoterapii*. „Studia Psychologiczne” 2009, nr 47 (4), s. 59–79.
- Jordan-Szymańska Anna, *Model uwarunkowań percepcji utworu muzycznego. Podstawa teoretyczna planu badań eksperymentalnych*. Referat wygłoszony na The International Seminar of Researches and Lecturers in the Psychology of Music, Radziejowice 1990, wrzesień.
- Kamper-Kubańska Monika, *Muzyka między wzniosłością a codziennością. Wyzwania pedagogiczne i kulturowe*. Instytut Pedagogiki UMK. Toruń 2006.
- Klimas-Kuchtowa Ewa, *Synergiczne oddziaływanie muzyki w psychologicznej relacji pomagania*. W: Paweł Cylulko, Joanna Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia. Tożsamość – transgresja – transdyscyplinarność*. Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego. Wrocław: 2010, s. 40–41.
- Konieczna-Nowak Ludwika, *Możliwości stosowania muzykoterapii w leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi – praktyka i stan badań*. „Psychiatria i Psychoterapia” 2013, nr 9 (2), s. 17–28.
- Kotlicka-Antczak Magdalena, *Zaburzenia uczuć (emocji)*. W: *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2011, s. 39–41.
- Kudlik Agata, *Czy muzyka jest stenografią uczuć?* W: *Muzyka i my. O różnych przejawach wpływu muzyki na człowieka*. Ewa Czerniawska (red.). Wydawnictwo Difin. Warszawa 2012, s. 57–68.
- Kudlik Agata, Czerniawska Ewa, *Indywidualne oddziaływanie muzyki na człowieka – wpływ muzyki na nastrój*. W: *Nastrój. Modele, geneza, funkcje*. Ewa Goryńska, Maria Ledzińska, Marcin Zajenkowski (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego. Warszaw 2011, s. 121–155.

- Łukaszewski Wiesław, *Wielkie pytania psychologii*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2003.
- Migut Mateusz, Wrzałka Bartłomiej, *Muzyka a inne rodzaje sztuki*. W: *Muzyka i my. O różnych przejawach wpływu muzyki na człowieka*. Ewa Czerniawska (red.). Wydawnictwo Difin. Warszawa 2012, s. 41–42.
- Musiał Aleksandra, *Depresja – rys historyczny*. „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2007, nr 7 (1), s. 42–46.
- Natanson Tadeusz, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*. Wydawnictwo Ossolineum. Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1979.
- Paszkwicz-Mes Emilia, *Muzykoterapia jako metoda wspomagająca leczenie*. „Hygeia Public Health” 2013, No. 48 (2), s. 168–176.
- Pażyński Stanisław, Wciórka Jacek, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Wyd. 2. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius. Kraków–Warszawa 2000.
- Rutkowska-Didiuk Anna, *Nastój a twórczość*. W: Ewa Goryńska, Maria Ledzińska, Marcin Zajenkowski (red.), *Nastój. Modele, geneza, funkcje*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego. Warszawa 2011, s. 216.
- Rybakowski Janusz, *Choroba afektywna jednobiegunowa (depresja nawracająca)*. W: *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Maria Jarema, Jolanta Rabe-Jabłońska (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2011, s. 174–177.
- Sęk Helena, *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Wyd. 4. Wydawnictwo Naukowe Scholar. Warszawa 2007.
- Stachyra Krzysztof, *Guided Imagery and Music*. W: *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*. Krzysztof Stachyra (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 2012, s. 33.
- Strelau Jan, Doliński Dariusz, *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Tom 1. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2008.
- Wojciszke Bogdan, *Psychologia społeczna*. Wydawnictwo Naukowe Scholar. Warszawa 2011.

ALEKSANDRA TROCHANOWSKA – studentka III roku licencjackich studiów muzykoterapii na Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu oraz IV roku magisterskich studiów psychologicznych Uniwersytetu Wrocławskiego.

CZĘŚĆ 3

Praktyka kliniczna w muzykoterapii

MUZYKOTERAPIA W PRACY Z DZIECKIEM AUTYSTYCZNYM. ZASADY, METODY, STAN BADAŃ – W STRONĘ MUZYKOTERAPII SYSTEMOWEJ

Wojciech Strzelecki » Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

» **Streszczenie:** W artykule podjęto temat zastosowania muzykoterapii w pracy z dzieckiem autystycznym. Opisany został autyzm oraz spektrum autystyczne wraz z określeniem kryteriów diagnostycznych. Autor zwraca uwagę na trudności, jakie mogą pojawić się podczas oddziaływań terapeutycznych w tej grupie pacjentów oraz na ich różnorodność w sferze behawioralnej, co znacząco utrudnia skonstruowanie jednoznacznych wskazań terapeutycznych oraz stworzenie uniwersalnych zasad pracy. Scharakteryzowano również cele oddziaływań muzykoterapeutycznych w pracy z pacjentami autystycznymi. Opierając się na danych z literatury oraz doświadczeniach z własnej działalności praktycznej, autor podejmuje próbę syntetycznej charakterystyki metod i podejść muzykoterapeutycznych znajdujących zastosowanie w pracy z dziećmi autystycznymi. Akcentuje również rolę muzykoterapii indywidualnej oraz wczesnej interwencji muzykoterapeutycznej. Rolę działań praktycznych w tym zakresie osadzono w tradycjach Wrocławskiej Muzykoterapii. W dalszej części tekstu zwrócono uwagę na kwestię badań w tworzeniu możliwie uniwersalnych programów terapeutycznych, podkreślając jednocześnie pojawiające się w tym zakresie problemy. W końcowej części artykułu podkreślono rolę rodzica w sytuacji terapeutycznej wraz z zaletami i trudnościami, jakie z taką współpracą się wiążą. Opisano także możliwość wprowadzenia oddziaływań muzykoterapeutycznych o charakterze

systemowym, mocno zakorzenionych w założeniach systemowej psycho-terapii.

Słowa kluczowe: autyzm, muzykoterapia indywidualna, muzykoterapia systemowa, spectrum autystyczne, wczesna interwencja, Wroclawska Muzykoterapia.



Autyzm

Można przypuszczać, że zainteresowanie autyzmem sięga czasów starożytnych, chociaż nie tak był on wtedy nazywany. Grecy lekarze zakwalifikowali autyzm do kategorii tzw. boskich chorób, a ponieważ zaburzenia te były niezrozumiałe, otaczała je aura obłąkania [Delacato 1995: 46; Zabłocki 2002: 9]. Od zawsze ludzi interesowały te zamknięte w sobie, tajemnicze dzieci, którym na przestrzeni wieków próbowano nawet przypisywać cechy magiczne lub boskie [Brauner, Brauner 1993: 9]. Nim ukazały się pierwsze naukowe publikacje na temat autyzmu, opisy dzieci autystycznych pojawiały się w dawnych mitach i baśniach. Ze źródeł tych wynika, że na początku dzieci rozwijały się normalnie, a później były odmieniane, podmieniane lub zaczarowywane [Bobkowicz-Lewartowska 2000: 11].

Dzisiejsza wiedza na temat autyzmu pozwoliła na wyodrębnienie kryteriów diagnostycznych umożliwiających jego stwierdzenie i wczesną diagnozę, pozwoliła też ograniczyć błędy diagnostyczne i wreszcie określić metody terapeutyczne, które mogą być użyteczne we wspieraniu rozwoju dziecka autystycznego. Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 autyzm należy do całościowych zaburzeń rozwojowych [Perzanowska i in. (red.) 2002: 140].

Wśród najistotniejszych objawów autyzmu wymienia się zaburzenia rozwoju języka oraz niewerbalnych form komunikacji, zaburzenia związków społecznych i empatii oraz sztywność i zamykanie do schematów [Zabłocki 2002: 68].

Mowę dziecka autystycznego, jeżeli w ogóle się wykształci, charakteryzują: eholalie, persewercje, liczne nieprawidłowości gramatyczne,

inwersje zaimków, brak form dialogowych, oderwanie od kontekstu sytuacyjnego i niezrozumiałe, pozbawione spójności wypowiedzi. Dzieci autystyczne często, gdy rozumieją poszczególne słowa (nawet niekiedy trudne), mogą mieć trudności ze zrozumieniem całych wypowiedzi. Zazwyczaj głużą i gaworzą, jednak oba etapy rozwoju mowy pojawiają się znacznie później niż u dzieci zdrowych. Ich mowa nie służy komunikacji – „mówią obok”. W wypowiedziach można zauważyć zaburzenia głosowo-artykulatoryjne i zakłócenia prozodyczne. Charakterystyczny jest brak części mowy opisujących czas, przestrzeń oraz cechy zjawisk, przedmiotów i osób [Zabłocki 2002: 74].

Trudności w mowie i komunikacji niewerbalnej sprzężone są według Michaela Hallidaya z zaburzeniami relacyjnymi, tworząc koło zamknięte. Dziecko autystyczne nie ma kontaktów z ludźmi, nie zna więc komunikacji, nie wie, czym ona jest i do czego służy, a z kolei nie komunikując się, nie nawiązuje kontaktów z innymi [Zabłocki 2002: 80]. Jak twierdzi Michael Rotter, opanowanie przez dziecko autystyczne mowy do piątego roku życia jest dobrą prognozą dalszego jego rozwoju [Zabłocki 2002: 78]. Jest to podstawa wniosku o konieczności wprowadzenia wczesnej interwencji terapeutycznej, jako że jej brak pomija okres sensorywny dla kształtowania się mowy dziecka [Zabłocki 2002: 102]. Wśród hipotez akcentujących rolę czynników systemowych w kształtowaniu się trudności w rozwoju mowy można odnaleźć założenie, że zaburzenie mowy może wynikać z braku reakcji rodziców na podejmowane przez dzieci próby (które często pojawiają się u dzieci z autyzmem pod koniec pierwszego roku życia). Może się wówczas u dziecka pojawić przekonanie, że mowa jest czymś złym i negatywnym lub że tego typu zachowania są bez znaczenia, jeśli nie spotykają się z reakcją. Może to prowadzić do wycofania i rezygnacji [Zabłocki 2002: 81].

Zaburzenia związków społecznych i empatii wiążą się z trudnościami w budowaniu kontaktu emocjonalnego oraz z zakłóconymi kontaktami z osobami dorosłymi. Kontakt z rówieśnikami jest niekiedy nawiązywany, jednak dzieci z autyzmem raczej go nie inicjują (ma on charakter przypadkowy) i zazwyczaj preferują diady niż większe grupy. Ponadto kontakt ten ma raczej charakter krótkotrwały. Dzieci autystyczne

przejawiają niechęć do kontaktu fizycznego (nawet pod postacią noszenia czy karmienia), jednak nie do końca można założyć z całą pewnością, że unikają kontaktu wzrokowego. Raczej jest on nieadekwatny do sytuacji – nie potrafią na przykład łączyć kontaktu wzrokowego z uśmiechem [Zabłocki 2002: 81–82].

Sztywność i zamiłowanie do schematów odzwierciedlają się w zabawach dzieci z autyzmem. Zabawy te mają charakter mechaniczny i powtarzalny, zwykle pozbawione są współdziałania z innymi i innowacji. Dzieci te często mają swoje talizmany (przedmioty, z którymi nigdy się nie rozstają) [Zabłocki 2002: 85].

Trudności w pracy z dzieckiem autystycznym

Nierówny profil umiejętności osób z autyzmem znacząco utrudnia przygotowanie uniwersalnych metod pracy. Tymczasem istnieje naturalna pokusa uproszczeń terapeutycznych. Polega ona przede wszystkim na przenoszeniu założeń dotyczących planowanych działań terapeutycznych z pacjenta na pacjenta oraz na oczekiwaniu zbliżonych efektów w przypadku pacjentów z taką samą lub podobną diagnozą. „Zazwyczaj umiejętności z różnych obszarów rozwoju kształtują się równocześnie, tak że z obserwowanych umiejętności klienta automatycznie wyciągamy wnioski dotyczące innych, co do których zakładamy, że także występują. Ta forma wnioskowania jest niemożliwa przy zaburzeniach ze spektrum autyzmu. Jeśli przy planowaniu treningu będziemy kierować się sferami najlepiej rozwiniętymi według profilu umiejętności, możemy doprowadzić do stawiania zbyt wysokich wymagań, wywołując frustrację i stres. Jeżeli planowanie oparte zostanie na obserwacji umiejętności z mniej rozwiniętych obszarów, może to prowadzić do stawiania klientowi zbyt niskich wymagań, co z kolei może stać się przyczyną jego znudzenia i braku motywacji” [Gottesleben 2002: 91]. Niezbędna jest więc dokładna obserwacja wszystkich obszarów umiejętności, które zamierzamy rozwijać, aby móc zaoferować odpowiednie wsparcie i prowadzenie podczas zajęć.

Z tego samego powodu w przypadku dzieci autystycznych istnieje szereg trudności nawet na etapie diagnozy, jako że obraz autyzmu jest bardzo niejednoznaczny [Lewandowska 2001: 58]. Szczególnie dotyczy to szerokiego traktowania autyzmu, czyli określenia jego mianem wszystkich zaburzeń ze spektrum autystycznego.

Nie istnieje coś takiego jak jednoznacznie określone zachowanie autystyczne, na jego obraz bowiem składa się szereg elementów. Każdą osobliwość charakteryzującą autyzm można również zaobserwować podczas normalnego rozwoju lub w przypadku innych niepełnosprawności. Nie ma zatem jednoznacznego obrazu autyzmu, wyraża się on inaczej w przypadku każdej osoby nim dotkniętej [Gottesleben 2002: 92]. Powoduje to znaczące utrudnienie w konstruowaniu programów interwencji terapeutycznych.

„Różnorodność patologii zachowań i ich rozmiarów przy równoczesnej różnorodności cech temperamentalnych dzieci uniemożliwia opracowanie ścisłego wzorca postępowania terapeutycznego. Każdy terapeuta winien zatem być czujnym regulatorem dopływu ilości emocji i energii oraz jakości bodźców dostarczanych dziecku w czasie zajęć. Pomocna w tym może być czasami rezygnacja z pełnienia funkcji kierowniczej i inspirujące zachęcanie dzieci do zabawy” [Stadnicka 1998: 11].

Istnieje też pewnego rodzaju pułapka polegająca na koncentrowaniu się wyłącznie na deficytach, przez co również dziecko postrzegane jest przez pryzmat tych deficytów. Wpływa to na sposób planowania i prowadzenia terapii, jako że nakierowana jest ona wówczas jedynie na trudności przy niedostrzeganiu roli potencjałów, które z kolei mogą być istotne z punktu widzenia ich rozwijania, a przy tej okazji zmniejszenia skutków wywołanych przez deficyty. Wśród podejść muzykoterapeutycznych na uwagę zasługuje tu podejście Nordoffa-Robbinsa, które koncentruje się na potencjałach twórczych jednostki w miejsce skupiania się na deficytach [Procter, Bryndal 2012: 15].

Ponadto niekiedy pojawia się tendencja do uproszczeń dotyczących funkcjonowania dzieci z różnego typu niepełnosprawnościami i zaburzeniami. I tak jak zdrowe dzieci charakteryzuje się i opisuje przez pryzmat ich cech indywidualnych, tak dzieci niepełnosprawne prościej jest

określać przez pryzmat jedynie cech uniwersalnych, charakteryzujących je w kontekście behawioralnym. Prowadzi to do niedostrzegania ich cech jednostkowych zarówno konstytucjonalnych związanych z temperamentem, osobowością, charakterem, jak i sytuacyjnych związanych z nastawieniem, nastrojem czy wreszcie rodzinnymi, powiązanych z systemem, w którym dziecko przebywa na co dzień. Podejście takie jest oczywiście błędne. Wprawdzie poszukiwanie uniwersaliów behawioralnych opisujących dzieci niepełnosprawne jest konieczne, jako że pozwala choćby na stworzenie kryteriów diagnostycznych. Jednak nie należy zapominać o czynnikach indywidualnych, wpływających na funkcjonowanie dziecka, a przy założeniach dotyczących elastyczności terapeuty – również na sposób prowadzenia terapii.

Wyzwaniem dla terapeutów pracujących z dziećmi autystycznymi mogą być również wyjątkowo silne wahania samopoczucia w ciągu dnia, dlatego czynności, które danego dnia są dobrze znane i łatwe, innego dnia są trudne lub niemożliwe do wykonania. Stąd szczególnie istotne jest takie planowanie, aby móc dopasować sytuację do aktualnych możliwości dziecka [Gottesleben 2002: 92].

W pracy muzykoterapeutycznej z dziećmi autystycznymi konieczne jest również wzięcie pod uwagę specyfiki ich zmysłu słuchu. Reakcje dziecka autystycznego na dźwięki mogą być zbyt intensywne lub zbyt słabe. Może pojawić się niepokój wywołany nawet dźwiękami dnia codziennego, który demonstrowany jest przez zasłanianie uszu lub całkowite ignorowanie dźwięków [Bobkowicz-Lewartowska 2000: 137]. Dzieci autystyczne potrafią reagować na bardzo ciche bodźce, natomiast ignorować dźwięki głośne i hałaśliwe [Zabłocki 2002: 87]. To samo dotyczy odległości od źródła dźwięku. Czasami pojawia się nadwrażliwość na dźwięki pochodzące z daleka, a nie ma reakcji na te pochodzące z bliska. Często jednak są one wrażliwe na muzykę, reagują na melodie, ruszają się w rytm muzyki, nawet przy braku reakcji na inne bodźce. Ważne jest rozpoznanie preferencji dziecka dotyczących bodźców akustycznych, a ewentualne piosenki powinny być proste i bliskie dziecku. Wszelkie działania związane ze wspólnym śpiewaniem, jeśli jest to możliwe, powinny przebiegać powoli, jako że te dzieci nie mają naturalnej potrzeby naśladowania [Zabłocki 2002: 222–223].

Wspomniana nadmierna wrażliwość na dźwięki objawia się: unikaniem dźwięków (szczególnie wysokich), zatykaniem uszu, ignorowaniem dźwięków lub ich zagłuszeniem. W przypadku kontaktu z dzieckiem nadwrażliwym należy mówić cicho, nawet szeptem, ale tak, żeby nie czuło oddechu na uchu (jako że może występować też nadwrażliwość na dotyk). Należy usunąć szumiące urządzenia, a echo powinny tłumić dywany i kotary, wyciszające dźwięki [Zabłocki 2002: 173–174].

Specyficzne reakcje pojawiają się również w przypadku zbyt małej wrażliwości na dźwięki: dziecko często krzyczy lub rzuca przedmiotami (szczególnie wydającymi głośny dźwięk przy upadku), poszukuje nieustannie dźwięków o dużym natężeniu, jako że dociera do niego zbyt mało bodźców. Korzystna w takim przypadku jest stymulacja ostrymi, łatwymi do rozpoznania dźwiękami, które powinny być prezentowane pojedynczo. Sprzyjające jest również otoczenie odbijające dźwięk (brak zasłon, kafelki) [Zabłocki 2002: 174–175].

U dzieci autystycznych pojawia się również tzw. biały szum. Dziecko zaabsorbowane jest wówczas dźwiękami, które samo wydaje lub które pochodzą z jego ciała (np. bicie serca). Zdarza mu się również krzyczeć bez wyraźnego powodu. W przypadku zainteresowania na przykład biciem własnego serca wskazane jest wspólne granie z dzieckiem, jednak w miarę możliwości w rytmie bicia serca dziecka.

Wśród niewerbalnych postaci ekspresji istotną rolę odgrywają również dotyk i ruch. Konieczne jest empatyczne wejście w świat dziecka, które poznaje otaczającą rzeczywistość polisensorycznie i synkretycznie [Lewandowska 2001: 132]. Trzeba więc brać pod uwagę również inne zmysły i rolę, jaką odgrywają. Dzieci autystyczne cechuje często nadwrażliwość na dotyk. Należy więc wyeliminować ubrania i powierzchnie szorstkie i sztywne. Nie należy też wymuszać kontaktu fizycznego. W pomieszczeniu powinna panować stabilna temperatura, jako że dzieci autystyczne często źle znoszą zmiany temperatury i ciśnienia [Zabłocki 2002: 169].

Bywa też i tak, że wrażliwość na dotyk jest zbyt mała. Wówczas dzieci są podrapane lub pogryzione, notorycznie sprawiają sobie ból. Zachowania te często odbierane są jako autoagresywne. Prowadząc wówczas terapię, dobrze jest stymulować dziecko (granie na instrumentach

w połączeniu z kontaktem fizycznym), a dostarczane bodźce powinny być zróżnicowane. Szczególną uwagę należy zwrócić na te części ciała, które są przez dziecko okaleczane [Zabłocki 2002: 169–170].

Muzykoterapia w pracy z dzieckiem autystycznym

Podstawowymi celami pracy z dzieckiem autystycznym, niezależnie od stosowanego podejścia terapeutycznego, jest nawiązanie kontaktu i obniżenie lęku. Realizacja tych celów jest punktem wyjścia do dalszych działań terapeutycznych [Zabłocki 2002: 195].

Mimo że każdy pacjent autystyczny jest inny i różne stosuje się metody terapeutyczne w pracy z nim, istnieją pewne uniwersalne zasady, które mogą być użyteczne. Podstawowym elementem przy opracowywaniu programów terapeutycznych dla osób autystycznych są kompetencje i umiejętności terapeutów. Niezbędna jest świadomość własnych emocji, cierpliwość oraz umiejętność kontrolowania swoich oczekiwań wobec pacjenta, co zapobiega frustracji i rozczarowaniom [Wolińska-Chlebosz 2002: 65]. Jest to szczególnie istotne, ponieważ w przypadku dziecka autystycznego często pojawiają się regresje, które przy braku kontroli własnych oczekiwań wobec pacjenta mogą spowodować silną frustrację terapeuty, a nawet wycofanie się z działań terapeutycznych. Zniechęcający i utrudniający zaangażowanie się w pracę z dzieckiem autystycznym jest również często pojawiający się brak efektów podejmowanych działań [Zabłocki 2002: 89].

Na uwagę zasługuje także tworzenie przejrzystej struktury otoczenia, jasne stawianie wymagań oraz umiejętne przygotowywanie do potencjalnych zmian i wyjaśnienie powodów ich pojawienia się. Buduje to poczucie bezpieczeństwa pacjenta. Istotna jest również wnikliwa obserwacja i analiza potrzeb, zwłaszcza gdy kontakt werbalny jest mocno utrudniony. Niezbędne jest dostosowywanie pracy nad wspieraniem komunikacji do umiejętności i potrzeb dziecka, przy czym pomocne jest korzystanie z form alternatywnej komunikacji, a także wytrwałość

w egzekwowaniu realizacji celów w ramach programów terapeutycznych [Wolińska-Chlebosz 2002: 65–66].

Skuteczności terapii dziecka autystycznego sprzyjają: wczesna diagnoza, wczesna interwencja terapeutyczna, współpraca terapeuty z rodzicami i akceptująca postawa rodziców. Sprzyjające jest również przyjęcie określonych założeń podstawowych: zajęcia są dobrowolne, najważniejsze jest nawiązanie kontaktu z dzieckiem, należy brać udział we wszystkich ćwiczeniach wraz z dzieckiem, przestrzegać prawa dziecka do swobody, wzmacnia to bowiem u niego poczucie kontroli i autonomii, nie powinno się krytykować dziecka, należy natomiast je wzmacniać i chwalić. Wzmacniane powinno być każde nowe osiągnięcie, wykonana czynność czy nawet wykazanie chęci jej wykonania. Należy zaczynać od ćwiczeń prostych, stopniowo przechodząc do tych bardziej wymagających. Optymalne jest takie ułożenie programu działań terapeutycznych, żeby ćwiczenia aktywizujące następowały naprzemiennie z relaksacyjnymi [Zabłocki 2002: 160–161].

W pracy z dzieckiem autystycznym istotne są również wytworzenie porozumienia, atmosfera swobody, pełna akceptacja dziecka, rozpoznawanie i odzwierciedlanie uczuć dziecka, nieprzyspieszanie terapii na siłę, pozostawienie „kierowania” przebiegiem spotkań po stronie dziecka, jednak przy bezwzględnym ograniczeniu zachowań niebezpiecznych, agresywnych czy destrukcyjnych [Bobkowicz-Lewartowska 2000: 93]. Zadaniem terapeuty nie jest przyjmowanie roli kierowniczej, lecz raczej towarzyszenie pacjentowi w jego rozwoju [Cesarz 2003: 9]. Pełnienie funkcji kierowniczej, i to zarówno w terapii, jak i w zabawie, wpływa bowiem na obniżenie zainteresowania i spadek kreatywności dziecka. Najkorzystniejsze z punktu widzenia stymulowania twórczości dziecka jest włączenie się w jego aktywność. Dziecko, odczuwając równorzędność z terapeutą, może uwolnić się od ograniczeń wynikających z nadmiernej dyrektywności dorosłych i łatwiej rozwinąć swoje twórcze potencjały. Zmuszanie dziecka do bezwzględnego podporządkowania się dyspozycjom terapeuty sprzyja spadkowi zaangażowania i zamknięciu się dziecka. Szczególnie istotne jest to podczas pierwszych spotkań terapeutycznych [Stadnicka 1998: 11–12]. Konieczna jest jednak gotowość do przejścia

kontroli nad przebiegiem interakcji, na przykład w przypadku zachowań agresywnych bądź autoagresywnych [Wolińska-Chlebosz 2002: 65].

Zajęcia z dziećmi autystycznymi powinny również cechować się powtarzalnością i stałością, jako że zmiany mogą wywołać niepokój. Dotyczy to przede wszystkim początków terapii, zanim terapeuta zdobędzie elementarne zaufanie dziecka. Zmiany mogą być same w sobie elementem terapii, gdyż jedną z podstawowych cech charakteryzujących dzieci autystyczne jest tendencja do schematyzacji. Jednak mogą zostać wprowadzone dopiero w późniejszej fazie terapii. Doświadczenia autora niniejszego artykułu w prowadzeniu muzykoterapii indywidualnej wskazują, że dzieci z zaburzeniami ze spektrum autystycznego (szczególnie dotyczy to tych z zaburzeniami z tzw. pogranicza autyzmu lub lżejszych jego postaci, jak np. SPD (*Semantic Pragmatic Disorder*) czy zespół Aspergera) są w stanie zaakceptować zmiany, nawet jeżeli początkowo jest to dla nich trudne.

W zajęciach konieczne są przerwy, które zwłaszcza na początku terapii są bardzo długie (bywa, że trwają dłużej niż właściwe zajęcia), jednak niewskazane jest ich zwalczanie na siłę, ponieważ może to powodować zamknięcie się dziecka na kontakt. To dziecko jest głównym uczestnikiem terapii, nie terapeuta [Zabłocki 2002: 153].

W pracy z dzieckiem autystycznym szczególnego znaczenia nabiera zasada ISO, odwołująca się do zgodności materiału muzycznego z aktualnym stanem psychosomatycznym pacjenta. Pacjent uwalnia energię swojej tożsamości dźwiękowej dzięki pomocy terapeuty, który również uwalnia pozawerbalne wyrażanie swojej osobowości, nawiązuje kontakt z pacjentem w sposób dla niego bezpieczny i niezagrażający [Lecourt 2008: 137]. Zasada ta dotyczy muzykoterapii zarówno receptywnej, jak i aktywnej. Rolę zasady ISO w działaniach aktywnych wraz z zastosowaniem improwizacji muzycznej podkreślają opisy działalności praktycznej prowadzonej w ramach podejścia Paula Nordoffa i Clive'a Robbinsa. W miejsce uspokajania krzyczącego chłopca autystycznego Paul Nordoff improwizował z podobną do krzyku chłopca energią i dynamiką. Pojawiła się przez to więź pacjenta z muzyką, a następnie również i z terapeutami. Podejście Nordoff-Robbins wykorzystuje umiejętność dostrojenia się do drugiej osoby, co rodzi poczucie więzi. Stosuje się

improwizację, która w początkowej fazie polega głównie na dostosowywaniu się do pacjenta i włączaniu się w jego improwizację, a następnie na poszerzaniu zakresu środków wyrazu [Procter, Bryndal 2012: 18–19]. Tymczasem improwizowane melodie dziecięce uznać można za prostą postać aktywności twórczej. Początkowo jest to nucenie, następnie pojawiają się słowa i elementy muzyczne, takie jak: rytm, tempo czy intonacja, które zazwyczaj podporządkowane są właściwościom tekstu [Lewandowska 2001: 17]. Najłatwiej jest natomiast pobudzić kreatywność dziecka autystycznego poprzez oddziaływania niewerbalne, na które nie jest ono zamknięte [Wigram 2002: 27].

Według badań prowadzenie muzykoterapii opartej na improwizacji poprzez dostosowanie się terapeuty do dziecka pozwala na zaangażowanie dziecka autystycznego w działanie wspólne oraz uzyskanie z nim kontaktu. Muzyczne cechy ekspresji muzycznej dziecka mogą zostać odwrócone, wzmocnione lub uzupełnione, co pozwala na synchronizację. W celu wywołania określonych zachowań społecznych czy komunikacyjnych terapeuta może również prowokować dziecko do wspólnego opracowania wzorców muzycznych. Angażując się we wspólne działania w ramach muzycznej interakcji, dziecko ma możliwość rozwoju kompetencji społecznych, ćwiczenia wzajemnej imitacji oraz ćwiczenia procesów uwagi [Geretsegger i in. 2012].

W leczeniu dziecka autystycznego Rolando O. Benenzon proponował model muzykopsychoterapii, której celem jest aktywizacja za pomocą technik muzykoterapii aktywnej, prowadzonej w ramach sesji indywidualnych. Głównym zadaniem jest stworzenie lub aktywowanie alternatywnych wobec werbalnych kanałów komunikacyjnych. Działania terapeutyczne opierają się tu również na zasadzie ISO [Lecour 2008: 137; Strzelecki 2012: 150]. Według koncepcji Rolanda O. Benenzona poprzez muzykoterapię można odnaleźć kanał komunikacyjny pomiędzy terapeutą a pacjentem. Kluczowe w terapii jest według niego indywidualne podejście [Lewandowska 2001: 58].

W innych podejściach również istotna jest zasada ISO. Terapeuta dostosowuje się do reakcji dziecka autystycznego poprzez prowadzoną na bieżąco wnikliwą obserwację. Odbywa się to między innymi przez

odzwierciedlanie ruchów dziecka (np. ruchów kołyszących) lub improwizacje muzyczne do jego ruchów. Istotna jest też możliwość wykorzystania płaczu dziecka, który można również odzwierciedlić w improwizacji muzycznej. W przypadku grania na instrumentach ważne jest wspólne granie czy wymiana instrumentów, jako że jest to prosta forma podjęcia współdziałania. Można też stosować oddziaływanie polisensoryczne, na przykład poprzez wystukiwanie rytmu na plecach dziecka [Lewandowska 2001: 58–59].

Na uwagę zasługuje również jedna ze strategii Edith Hillman Boxil: tzw. piosenka wzajemnego kontaktu. Jest ona pierwszym muzycznym przejawem świadomości pacjenta na temat obecności innej osoby i jest to proste odśpiewanie „Witaj”, „Hej” czy „Dzień dobry” [Lewandowska 2001: 100].

Wśród czynników uważanych za szczególnie istotne dla określenia wyjątkowości muzykoterapii jako metody terapeutycznej wymienia się jej abstrakcyjny charakter, umożliwiający dotarcie do ukrytych konfliktów i emocji poprzez pominięcie kontroli intelektualnej. To właśnie przykłady pacjentów autystycznych są potwierdzeniem tej hipotezy, jako że opisano szereg przypadków pacjentów zamkniętych na kontakt werbalny, którzy pozostawali wrażliwi na kontakt nawiązywany za pośrednictwem dźwięku [Lewandowska 2001: 47].

Zastosowanie technik niewerbalnych, takich jak muzykoterapia, jest szczególnie skuteczne w pracy z osobami z zaburzeniami komunikacji. Ponieważ dźwięk instrumentu ma charakter abstrakcyjny, nie niesie ze sobą zagrożeń, które mogą pojawić się w przypadku komunikatów werbalnych. Posiada również właściwości wykazujące podobieństwo do sygnałów odbieranych jeszcze w okresie prenatalnym. Dźwięk może być więc użyteczny w nawiązywaniu kontaktu z osobą, z którą kontakt werbalny jest niełatwy bądź niemożliwy [Cesarz 2003: 8–9]. Badania oparte na obserwacjach dowodzą, że muzykoterapia wpływa pozytywnie na umiejętności komunikacyjne dzieci z autyzmem zarówno w zakresie porozumiewania się, jak i ekspresji emocjonalnej [Edgerton 1994: 60].

W budowaniu kontaktu z osobami zamkniętymi użyteczne mogą być również techniki receptywne. Słuchanie muzyki przez osoby z trudnościami

w kontaktach społecznych osłabia napięcia lękowe i tendencje do izolacji. Przybliża je to do życia społecznego oraz ożywia zablokowane emocje [Cesarz 2002: 15]. Techniki komunikatywne związane są z poprawą komunikacji społecznej pacjenta, podczas wykonywania zadań muzycznych uczy się on zachowań społecznych i emocjonalnych, takich jak współdziałanie [Lewandowska 2001: 52]. Bywa również i tak, że pomimo braku kontaktu werbalnego dzieci autystyczne mogą przejawiać chęć uczestnictwa w śpiewaniu piosenek. U dzieci tych bowiem zaburzenie zdolności werbalnych może nie obejmować tej sfery w połączeniu z warstwą muzyczną. Opisano przypadki dzieci autystycznych, u których pomimo upośledzenia mowy zaobserwowano umiejętność śpiewania piosenek i zdolność do komunikowania się za pomocą śpiewu [Sacks 2008: 247]. Jak pisze Oliver Sacks: „Tylko przy użyciu muzyki mogłem w ogóle nawiązać jakiś kontakt z najbardziej niedostępnymi spośród nich [pacjentów z autyzmem] [...]” [Sacks 2008: 329].

Przy wyborze muzyki stosowanej w pracy z dziećmi za pomocą technik receptywnych istotne znaczenie ma odpowiedni dobór materiału muzycznego zastosowanego w terapii. Jak donoszą badania, innego rodzaju bodźce muzyczne sprzyjają koncentracji uwagi dziecka z ciężką postacią autyzmu wczesnodziecięcego i lekką postacią autyzmu bądź zaburzeniem z pogranicza autyzmu. Dzieci z autyzmem głębokim bardziej i dłużej potrafiły skoncentrować się na muzyce prostej, jasnej i przewidywalnej. Natomiast dzieci z lżejszymi objawami skupiały się dłużej i intensywniej na muzyce bardziej złożonej i zmiennej [Kala 2012: 450].

Podczas muzykoterapii pacjenci niejednokrotnie komunikują za pomocą środków niewerbalnych stłumione lub wyciszone emocje. Uzyskanie kontaktu z własnymi emocjami sprzyja poprawie komunikacji [Cesarz 2003: 11]. Jak pisze Oliver Sacks: „[...] muzyka otwiera dostęp do uczuć, które w innych sytuacjach są zablokowane przed świadomością i ekspresją [...]” [Sacks 2008: 347]. Według badań niektóre dzieci z autyzmem, u których pojawiają się problemy w ekspresji, rozpoznawaniu i nazywaniu emocji, potrafią rozpoznawać emocje niesione przez muzykę, co z czasem wpływać może na poprawę ich funkcjonowania emocjonalnego w otoczeniu społecznym [Khetrapal 2009: 12].

Pomimo stosowania technik niewerbalnych docelowo najistotniejsza jest jednak poprawa każdego rodzaju komunikacji w relacji z innymi, w tym również werbalnej, a co za tym idzie – poprawa funkcjonowania społecznego. Badania potwierdzają skuteczność oddziaływań muzykoterapeutycznych w rozwijaniu kompetencji społecznych dzieci z autyzmem. Zauważono, że pod wpływem terapii zwiększyła się u nich liczba i częstotliwość zachowań komunikacyjnych (w tym werbalnych), jak również pojawiły się próby przejmowania inicjatywy w nawiązywaniu kontaktów [Gooding 2011: 460; Lim 2010: 103]. Jednak zarówno u dzieci z głębokim autyzmem, jak i z lżejszą jego postacią umiejętności niewerbalne poprawiały się znacznie szybciej niż werbalne, co dotyczyło przede wszystkim dzieci z autyzmem głębokim [Lim 2010: 23].

Jeżeli weźmiemy pod uwagę specyfikę zaburzeń ze spektrum autystycznego, szczególnego znaczenia nabiera rola wczesnej interwencji muzykoterapeutycznej, co wiąże się z okresami sensorywnymi dla kształtowania się zarówno rozwoju mowy, jak i budowania i rozwijania kontaktów społecznych. „Usprawnianie dziecka z trudnościami rozwojowymi powinno rozpocząć się możliwie najwcześniej, tj. od pierwszych miesięcy życia, bezpośrednio tuż po rozpoznaniu defektu lub deficytu rozwojowego” [Cylulko 2003: 13].

Oddziaływania muzykoterapeutyczne w ramach wczesnej interwencji prowadzone są w trybie indywidualnym. Muzykoterapia indywidualna daje możliwość skupienia się wyłącznie na pacjencie oraz poznania go, a także dostosowania środków oddziaływania do jego indywidualnych potrzeb, możliwości i ograniczeń. Jednak nie rozwija kontaktów z rówieśnikami, co z kolei jest niewątpliwym atutem muzykoterapii grupowej [Cylulko 2005: 15–16]. Jednak możliwość całkowitego dostosowania działań terapeutycznych do pacjenta (odzwierciedlanie zachowań dziecka, dobór muzyki stosowanej w trakcie terapii) może odgrywać szczególnie istotną rolę w przypadku pracy z dziećmi autystycznymi, jako że może wpływać na: obniżenie lęku, agresji czy autoagresji i wyciszenie zachowań, które mogą obciążać system nerwowy. Można to osiągnąć za pomocą sprzyjającej decentracji, preferowanej przez dziecko muzyki i towarzyszącego jej kołyszącego ruchu czy spokojnej mowy.

Oddziaływanie indywidualne dotyczy głównie przypadków, w których z różnych względów niemożliwe jest pobudzenie aktywności grupowej bądź pojawia się nietolerancja form zajęć wynikających z ogólnych potrzeb grupy [Stadnicka 1998: 11].

Z doświadczeń z prowadzonej przez autora niniejszego artykułu muzykoterapii indywidualnej z dziećmi z zaburzeniami ze spektrum autystycznego wynika, że korzyści płynące z prowadzenia terapii indywidualnej są znaczące. Pacjent autystyczny, niezależnie od tego, czy jest to autyzm głęboki, wiążący się niekiedy z całkowitym brakiem kontaktu werbalnego, czy też zaburzenie z pogranicza autyzmu, ma bardzo ograniczone możliwości przekazania istotnych informacji za pomocą komunikatu wprost. Niewerbalny komunikat muzykoterapeutyczny może być bezcennym źródłem informacji na temat pacjenta i ze strony pacjenta. Jednak równie istotna jest tu rola wnikliwej obserwacji, która jednak jest możliwa w pełnym zakresie jedynie w przypadku terapii indywidualnej. Docelowo optymalne byłoby przygotowanie dziecka poprzez oddziaływania indywidualne do wejścia w grupę, a następnie stosowanie już muzykoterapii grupowej. Terapia grupowa umożliwia realizację dążenia do przynależności grupowej, przeżywanie efektów muzycznych i ruchowych poprzez działanie w grupie i współdziałanie, możliwość zaprezentowania grupie swojej odrębności i indywidualności poprzez swobodne interpretacje i improwizacje ruchowe oraz dźwiękowe i uzyskanie informacji zwrotnej [Stadnicka 1998: 11]. Nordoff i Robbins często pracowali z pacjentami najpierw indywidualnie, a następnie grupowo, co w tym podejściu miało charakter naturalnego następstwa, jeśli przyjąć założenie, że muzyka rozwija relacje interpersonalne [Procter, Bryndal 2012: 23]. Zbyt długo prowadzona terapia indywidualna może też sprzyjać uzależnieniu chorego od terapeuty [Cesarz 2003: 11]. Trzeba jednak pamiętać o tym, że u części dzieci autystycznych poziom właściwej gotowości do wejścia w grupę i w jakiegokolwiek relacje społeczne z rówieśnikami może nie nastąpić nigdy. Dodatkowo w praktyce niekiedy niezwykle trudno jest stworzyć muzykoterapeutyczną grupę dzieci autystycznych, a biorąc z kolei pod uwagę omówioną powyżej różnorodność objawów zaburzeń autystycznych, grupa taka może nie być

właściwie dobrana. Wówczas terapia indywidualna może pozostać jedyną dostępną formą oddziaływania muzykoterapeutycznego. Czas prowadzenia muzykoterapii zależy od pacjenta i może być właściwie nieograniczony. Autyzm jest bowiem zaburzeniem rozwojowym, co wiąże się z tym, że oddziaływania muzykoterapeutyczne nie mają jednorazowego celu, takiego jak usunięcie kryzysu. Jest to raczej forma wspierania rozwoju, a co za tym idzie, jeśli wziąć pod uwagę elastyczność programów terapeutycznych dostosowanych do indywidualnych potrzeb pacjenta, ewoluuje wraz z objawami choroby, których zmienność jest charakterystyczna dla zaburzeń o charakterze rozwojowym.

Według założeń generalnych w pracy z dziećmi najczęściej stosowane są techniki aktywne, co wynika z naturalnych potrzeb dziecka, które poprzez gest, śpiew i ruch realizuje swoją ekspresję w sposób zdecydowanie bardziej naturalny i pozbawiony blokad niż osoba dorosła. Wszelkie techniki pozawerbalne, w tym muzykoterapia, są szczególnie użyteczne w pracy z dziećmi, jako że w ich przypadku niemożliwe jest zastosowanie wielu werbalnych technik psychoterapeutycznych. Szczególnie dotyczy to dziecka niepełnosprawnego lub chorego, ponieważ jego postrzeganie świata jest zmienione lub niedostatecznie rozwinięte [Lewandowska 2001: 56]. W pracy z dzieckiem gotowe wzorce i schematy często się nie sprawdzają, w związku z tym ważne są elastyczność i dostosowanie się do aktualnego nastroju pacjenta i jego poziomu aktywności [Lewandowska 2001: 133].

Istotną rolę odgrywają uzdolnienia dzieci autystycznych. Z przeprowadzonych badań wynika, że wiele dzieci autystycznych ma znaczny potencjał muzyczny, który z całą pewnością powinien być wzmacniany i rozwijany [Heaton 2009: 1445]. Istnieje jednak wiele mitów na ten temat; według jednego z nich, najistotniejszego, większość, jeśli nie wszystkie osoby z autyzmem wykazują tego typu uzdolnienia. Prawda jest taka, że uzdolnienia te nie pojawiają się specjalnie często, niemniej jednak tego typu zdolności się zdarzają. Wśród chorych na autyzm można bowiem spotkać jednostki prezentujące wybitne, fragmentaryczne zdolności, tzw. zdolności wysepkowe. Występują one jednak u około 10% chorych. Wśród tych rzadkich zdolności, oprócz pamięciowych,

językowych, arytmetycznych, plastycznych, wymienia się również zdolności muzyczne, obejmujące wybitny słuch muzyczny, pamięć muzyczną i zdolność komponowania melodii. Przy czym nietypowym zjawiskiem nie jest samo posiadanie nadzwyczajnego talentu, lecz jego izolacja i dynamiczny rozwój w oderwaniu od wszystkich innych aspektów rozwojowych, jako że pojawia się on często u osób niepełnosprawnych intelektualnie z poważnym upośledzeniem funkcji werbalnych i myślenia abstrakcyjnego [Sacks 2008: 181–182]. Zdolności muzyczne i zamiłowanie do muzyki dzieci mogą być przydatne w pracy muzykoterapeutycznej. Wprawdzie pedagogika muzyczna i muzykoterapia znacząco różnią się od siebie, przede wszystkim jeżeli chodzi o główny cel działania: w pedagogice muzycznej liczy się głównie efekt końcowy, w muzykoterapii priorytetowy jest już sam proces. W muzykoterapii najważniejsza jest terapia, następuje pełna akceptacja produkcji muzycznych pacjenta, muzykę stosuje się multisensorycznie i łączy się ją z innymi dziedzinami sztuki. Jednak istnieje tzw. muzykoterapia edukacyjna, która wiąże się z procesami uczenia się, rozwoju oraz realizacją potencjału pacjentów i wychodzeniem naprzeciw ich potrzebom [Stachyra 2009: 65–66].

Podsumowując, poprzez muzykoterapię w pracy z dziećmi autystycznymi można realizować bardzo liczne, różnorodne i dotykające różnych trudności funkcjonalnych cele, takie jak: usprawnienie ruchowe, rozwijanie koncentracji uwagi słuchowej, stymulacja rozwoju emocjonalnego, rozwijanie percepcji słuchowej, kształtowanie mowy i komunikacji, wspomaganie rozwoju społecznego, kształtowanie umiejętności współdziałania oraz dostarczanie dziecku radosnych przeżyć [Zabłocki 2002: 221–222].

Kierunek badań

Zastosowanie muzykoterapii w pracy z dziećmi autystycznymi ma długą tradycję, zarówno w sensie wypracowania metod pracy i działalności praktycznej, jak i w przeprowadzonych badaniach klinicznych,

studiach przypadków oraz badaniach grup. Praktyka muzykoterapeutyczna w pracy z osobami autystycznymi wciąż się rozwija. Stwierdzono również, że w światowej literaturze muzykoterapeutycznej, ale i psychologicznej poświęca się temu tematowi więcej miejsca. Wzrosła również liczba doniesień z badań, a oddziaływaniami praktycznymi objęty jest szerszy zakres wiekowy pacjentów [Geretsegger i in. 2012].

Potrzebne jest jednak rozszerzenie działalności badawczej w tej dziedzinie, aby wnioski opierały się na wiarygodnych dowodach [Kern 2013: 300]. W ciągu ostatnich lat poczyniono zwiększone wysiłki w celu przeprowadzenia bardziej dopracowanych metodologicznie badań w tej dziedzinie. Wiąże się to z koniecznością dopracowania badań, które pozwoliłyby na wyciągnięcie bardziej jednoznacznych wniosków. Mogłoby to wpłynąć na jakość świadczonych usług praktycznych. Słabymi stronami badań są zwykle brak randomizacji, krótki czas realizacji oddziaływań muzykoterapeutycznych bądź też opieranie wniosków na studiach przypadków. Obecnie w badaniach tych kładzie się coraz większy nacisk na metodologię, w tym wprowadzenie grupy kontrolnej oraz dłuższy czas interwencji, co pozwala na wyciąganie bardziej ogólnych wniosków [Geretsegger i in. 2012]. Z kolei opisy tzw. studiów przypadku (*case study*), które są niewątpliwie niezwykle cennym źródłem wiedzy, odnoszą się najczęściej do jednego konkretnego przypadku, co powoduje, że wnioski z nich płynące, już choćby z racji różnorodności osób autystycznych, nie mogą siłą rzeczy mieć charakteru ogólnego. W kategoriach naukowych jako główne wady *case study* wskazuje się brak rzetelności naukowej i solidnych podstaw do generalizacji wniosków. Rozwiązaniem dającym nieco mocniejsze podstawy do wyprowadzenia wniosków bardziej uniwersalnych i przydatnych dla muzykoterapeutów pracujących z dziećmi autystycznymi wydają się tzw. *multiple-case studies*, czyli wielokrotne studia przypadku, które wpływają na trwałość wniosków badawczych. Wybór przypadku powinien być bowiem zgodny z zasadą celowego doboru, tak aby spełnił zamierzone cele badania. Oznacza to, że przypadek powinien być albo wyjątkowy (odmienny), albo typowy (podobny do „przeciętnych”). W przypadku nacisku na odmienność bardziej uzasadnione wydaje się *single-case study*. Jednak w celu uzyskania

wniosków o charakterze uniwersalnym, które mogłyby być zgeneralizowane, zdecydowanie bardziej wskazane są przypadki „typowe” i ich opis według zasad *multiple-case study* [Yin 2009: 9].

Wart podkreślenia jest również pojawiający się w niektórych koncepcjach brak szerszego ujęcia problemu. Zazwyczaj, pomimo stwierdzenia skuteczności oddziaływań muzykoterapeutycznych, brakuje jednak modelu, który określałby neurobiologiczne i poznawcze podstawy, które można by uznać za odpowiedzialne za obserwowaną poprawę [Khetrapal 2009: 17].

Muzykoterapia jest niewątpliwie obiecującą metodą terapeutyczną, jednak potrzebna jest jeszcze naukowa dokumentacja efektów wpływu oddziaływań terapii muzycznej na dzieci z autyzmem. Tak więc badania z randomizacją, dłuższy czas oddziaływań w sytuacji badania, poszerzenie poddawanych badaniom grup czy opis *multiple-case study* wydają się właściwą drogą do osiągnięcia jak najbardziej uniwersalnych wniosków potwierdzających skuteczność oddziaływań muzykoterapeutycznych w pracy z dziećmi autystycznymi.

Wrocławska Muzykoterapia

Jednak pomimo niedoskonałości w zakresie badań najistotniejsze z punktu widzenia muzykoterapii są oddziaływania praktyczne, jako że pamiętać trzeba o nadrzędnej wartości wszelkich oddziaływań zmierzających do poprawy szeroko rozumianej jakości życia, tj. o poprawie funkcjonowania pacjenta/klienta i zmniejszeniu deficytów w zakresie różnych typów rozwoju. Jak pisał twórca wrocławskiej muzykoterapii prof. Tadeusz Natanson: „[ważne jest by] nie stracić z pola widzenia możliwości do osiągnięcia korzyści praktycznych, wynikających ze stosowania muzykoterapii nawet wówczas, gdy problemy te nie mogą być jeszcze naukowo ujęte i wyjaśnione [...]” [Cylulko, Gładyszewska-Cylulko 2010: 177].

Jako działalność o charakterze praktycznym muzykoterapia zmierza do realizacji konkretnych celów terapeutycznych [Lecourt 2008: 46].

W przypadku autyzmu cele te zostały zdecydowanie jasno określone, a dokonania praktyczne są bezsprzeczne. Ustalone są również główne założenia dotyczące trybu postępowania. Istnieje też wiele metod, co umożliwi dokonywanie wyboru najskuteczniejszych spośród nich. W Polsce od początku istnienia muzykoterapii kładziono bardzo duży nacisk na jej aspekty praktyczne, nie zapominając jednak o rozwijaniu założeń teoretycznych. Jak pisał, wspominając postać Tadeusza Natanson, Paweł Cylulko: „specyficzność polskiej muzykoterapii [...] polegała [...] na utrzymaniu harmonijnej równowagi pomiędzy zgłębianą teorią naukową a praktycznym doświadczeniem klinicznym” [Cylulko, Gładyszewska-Cylulko 2010: 176]. Praktyka muzykoterapeutyczna rozwija się i ma niewątpliwie duże osiągnięcia w różnych dziedzinach. Wyprzedza ona wyraźnie myśl teoretyczną, osiągając interesujące i bardzo korzystne rezultaty. Tak więc pomimo nawet niedostatecznych podstaw teoretycznych praktyka sama potwierdza możliwość i celowość stosowania muzykoterapii w profilaktyce, leczeniu, rehabilitacji itd. [Natanson 1992: 55]. Tadeusz Natanson, dokonując przeglądu literatury dotyczącej muzykoterapii, stwierdził: „dysponujemy już dość licznymi pracami zajmującymi się problematyką muzykoterapii w sensie leczniczego oddziaływania muzyką na człowieka, przy czym większość opracowań dotyczy zagadnień praktyki i metodyki postępowania, mniej prac natomiast rozważa teoretyczne podstawy muzykoterapii” [Natanson 1992: 35]. Stwierdzenie to mimo upływu czasu – przynajmniej w odniesieniu do zastosowania muzykoterapii w autyzmie – i mimo bezsprzecznego rozwoju badań jest w dużej mierze wciąż aktualne. Jednak poszukiwanie danych, wyniesionych z badań, które dostarczałyby bardziej jednoznacznych i uniwersalnych wskazań terapeutycznych, jest konieczne, jeśli praktyka ma być chroniona od błędów grożących improwizacji inspirowanej cenną i niezbędną, lecz przecież zawodną i niewystarczającą intuicją [Natanson 1992: 73].

Praca z dzieckiem autystycznym opiera się mocno na założeniach, które znajdują również szersze zastosowanie w szeroko pojętym lecznictwie psychiatrycznym. Jest to jedna z dziedzin, w której najwcześniej zastosowano oddziaływania muzykoterapeutyczne i również na jej gruncie

są one bardzo dokładnie udokumentowane. Tadeusz Natanson twierdził, że takie podejście nie jest bynajmniej ograniczeniem muzykoterapii, ale poszerza pojęcie psychoterapii o bogatą formę oddziaływania. Obecnie muzykoterapia stosowana jest również w leczeniu wielu innych schorzeń niż tylko psychiczne, a jej użyteczność stwierdzono w resocjalizacji, rewalidacji, profilaktyce i rehabilitacji [Cylulko, Gładyszewska-Cylulko 2010: 177–178]. Kojarzona jest jednak wciąż z psychoterapią i psychiatrią. Przyczyn takiego stanu rzeczy szukać należy w specyfice zaburzeń psychicznych, ich etiopatogenezie, obszarze klinicznym, przebiegu oraz następstwach społecznych [Strzelecki 2012: 7; Heaton 2009: 143]. Dodatkowo to właśnie na gruncie leczenia psychiatrycznego muzykoterapia rozwijała się i kształtowała na samym początku swego istnienia jako nauki. Również w Polsce zaczęła wyłaniać się ona na łonie psychiatrii. Wówczas pojawiły się pierwsze założenia teoretyczne i koncepcje metodyczne [Galińska 1992: 157; Strzelecki 2012: 143].

Jednak we Wrocławskiej Muzykoterapii już u podstaw jej powstawania zwracano uwagę na możliwie szerokie zastosowanie terapii muzycznej w licznych obszarach, przy jednoczesnym wzbogacaniu o coraz to nowe doświadczenia myśli teoretycznej. Jak pisał Tadeusz Natanson, „od samego początku obszar możliwości praktycznego stosowania muzykoterapii widziano w Polsce bardzo szeroko [...]” [Cylulko, Gładyszewska-Cylulko 2010: 176].

Udział rodziców

W pracy terapeutycznej z dzieckiem dużą rolę odgrywają rodzice. Bywa tak, że ich udział przynosi bardzo pozytywne efekty, czy wręcz może przyspieszać skutki oddziaływań terapeutycznych. Szczególnie istotne jest to w przypadku wczesnej interwencji muzykoterapeutycznej. W praktyce jest tak, że oddziaływaniom terapeutycznym poddawani są również rodzice, a niekiedy także rodzeństwo niepełnosprawnego dziecka. Włączenie rodziców w proces terapeutyczny umożliwia

wykonywanie niektórych ćwiczeń w warunkach domowych oraz czyni z rodziców aktywnych członków oddziaływań terapeutycznych. „Rodzice współpracujący z dzieckiem stają się niejako współterapeutami [...]” [Cylulko 2003: 14]. Jeśli rodzice znają zasady i założenia terapeutyczne, a także są świadomi zachodzących w pracy z dzieckiem zmian, mogą stwarzać odpowiednie warunki sprzyjające jego rozwojowi [Zabłocki 2002: 115].

Bywa jednak i tak, że konieczna jest modyfikacja zachowań rodzica, jako że niektóre z nich mogą wpływać negatywnie na przebieg i skuteczność oddziaływań terapeutycznych. Z doświadczeń własnych autora artykułu wynika, że postawy rodziców podczas zajęć świadczą niekiedy albo o zbyt małej, albo zbyt dużej wierze w możliwości dziecka. W sytuacji przeceniania możliwości dziecka rodzice mogą mu stawiać zbyt wysokie wymagania, co wpływa negatywnie na jego poziom zaangażowania i może powodować spadek zainteresowania. Stawianie dziecku wymagań zawyżonych, niedostosowanych do jego możliwości jest jednym z najczęściej popełnianych przez rodziców błędów [Kozłowska 2000: 60]. Z kolei zadania zbyt łatwe wywołują u dziecka poczucie nudy, co również obniża jego zaangażowanie, a co za tym idzie – wpływa negatywnie na skuteczność terapii. Według teorii Lwa Wygotskiego, tzw. strefy najbliższego rozwoju, optymalne są dla dziecka zadania na poziomie trudności nieco przekraczającym możliwości samodzielnego ich wykonania za pierwszym razem, możliwe jednak do realizacji przy pomocy i wsparciu. Unika się tym samym zarówno zadań zbyt prostych, jak i zbyt trudnych. Dziecko więc angażuje się w wykonywane działania na optymalnym poziomie i jednocześnie zdobywa nowe umiejętności, a w miarę ich zdobywania poszerza się strefa najbliższego rozwoju, obejmując swym zasięgiem nowe, coraz bardziej złożone zadania [Stefańska-Klar 2008: 149]. Brak wiary w możliwości dziecka może owocować chęcią jego natychmiastowego wyręczenia. Powoduje to, że dziecko nie jest w stanie niekiedy nawet sprawdzić, czy rzeczywiście na danym etapie rozwoju jego umiejętności jest potrzebna pomoc. Z obserwacji własnych autora wynika, że tego typu postawa skutkuje obniżoną motywacją dziecka do podejmowania dalszych prób, co z czasem ulec może

generalizacji, a więc dziecko nie podejmuje również innych działań, spodziewając się wyręczenia i pomocy. Rodzice mogą ograniczać samodzielność dziecka, tłumacząc to jego brakiem możliwości. Nawet jeśli pozwolą dziecku na podjęcie bardziej samodzielnych działań, to zdarza im się głośno manifestować niepokój wynikający z braku wiary w jego umiejętności i możliwości. Może to skutkować przekonaniem dziecka, że bez pomocy nie jest w stanie wykonać pewnych zadań, przez co może nawet nie podejmować niektórych aktywności [Kozłowska 2000: 17].

Istotnym błędem może być również wzmocnianie wszystkich bez wyjątku zachowań dziecka. Wzmocnianie nawet najmniejszych postępów jest jak najbardziej wskazane, jeśli nie konieczne. Natomiast wzmocnianie również działań przy wykonywaniu zadań, co do których wiadomo, że dziecko potrafi wykonać je lepiej, sprawia, że dziecko nie jest w stanie określić, w którym momencie następuje postęp, co również może hamować jego rozwój. Tak więc praca terapeutyczna, szczególnie w przypadku wczesnej interwencji, to w dużej mierze również praca z rodzicami.

W odniesieniu do muzykoterapeutycznej pracy z dzieckiem autystycznym warto zwrócić uwagę na działania Rolanda O. Benenzona, który podejmował pracę w grupach rodzinnych, wykorzystując wodę jako środek służący inicjowaniu komunikacji między dzieckiem autystycznym a rodzicami [Lewandowska 2001: 59].

W stronę muzykoterapii systemowej

Omówiony powyżej udział rodzica w terapii dziecka jest niezwykle istotnym elementem wspierania rozwoju dziecka autystycznego. Należy jednak zwrócić uwagę na pozostałe osoby wchodzące w skład systemu rodzinnego, w którym rozwija się dziecko. Myślenie o rodzinie jako o systemie skłania do refleksji nad możliwością wykorzystania muzykoterapii również w pracy z rodzicami, a wówczas podmiotem oddziaływań muzykoterapeutycznych nie jest dziecko, lecz jego rodzina. Rozpatrywanie rodziny jako systemu będącego źródłem pierwotnej socjalizacji,

w którym kształtuje się w dużej mierze tożsamość jednostki, pozwala postawić tezę, że dla poprawy funkcjonowania systemów rodzinnych nierzadko niezbędne jest oddziaływanie na cały system, a nie jedynie na jego elementy. U rodziców dzieci autystycznych może pojawić się syndrom wypalenia sił, który spowodowany jest zazwyczaj długotrwałą i intensywną, a w praktyce niekiedy nieprzerwaną opieką nad dzieckiem oraz brakiem możliwości regeneracji sił, co powodować może nasilenie i przyspieszenie syndromu. W przeprowadzonych w Polsce badaniach na temat wypalenia analizowano nasilenie takich czynników, jak: poczucie przeciążenia wynikające z ciągłej opieki nad dzieckiem, poczucie braku pomocy i osamotnienia, trudności w dokonywaniu korzystnych zmian w życiu, poczucie bezsensu podejmowanych działań, poczucie braku umiejętności postępowania z własnym dzieckiem, poczucie wyłącznej odpowiedzialności za dziecko, poczucie izolacji i niezrozumienia ze strony otoczenia, poczucie bycia lekceważonym przez instytucje, poczucie niejasności w odniesieniu do umiejętności i możliwości dziecka, poczucie krzywdzenia pozostałych dzieci, wyrzuty sumienia spowodowane pojawiającymi się myślami o oddaniu dziecka, rezygnacja, zmęczenie, frustracja i odczuwanie złej atmosfery w domu. Badania wykazały, że nasilenie syndromu wypalenia sił u rodziców dzieci autystycznych jest większe niż na przykład u rodziców dzieci niepełnosprawnych intelektualnie. Z kolei porównanie wyników badań na przykład z wynikami uzyskanymi przez badaczy syndromu wypalenia sił we Francji przyniosło wniosek, że większe nasilenie objawów występuje u polskich rodziców, co wiązało się przede wszystkim z tym, że francuscy rodzice mieli więcej pozytywnych doświadczeń w kontaktach ze specjalistami, od których uzyskali więcej wsparcia, pomocy i fachowej porady [Bobkowicz-Lewartowska 2000: 29].

Wsparcie tego typu może być dostarczane również przez oddziaływania muzykoterapeutyczne. Można więc przyjąć za terapią systemową, że jednostka jest elementem różnych systemów – w tym rodzinnego. Przykładowo nawiązując w relacjach rodzinnych interakcje ze współmałżonkiem, człowiek tworzy wraz z nim podsystem „para małżeńska”. Z kolei w kontaktach z dziećmi wchodzi w zakres podsystemu „rodzice”,

natomiast w relacjach z własnymi rodzicami stanowi element systemu „dzieci” itd. Wzajemne oddziaływania wewnątrz każdego z podsystemów odbywają się za pośrednictwem zachowań komunikacyjnych i mają cyrkularny charakter, co oznacza, że zachowanie podmiotu jest reakcją na uprzednie zachowanie partnera interakcji wewnątrz danego podsystemu i stanowi jednocześnie jego wzmocnienie i bodziec dla kolejnych reakcji. W celu zrozumienia zachowań jednostki konieczne jest więc rozpatrywanie ich w kontekście społecznym. W podejściu systemowym zasadnicza jest więc koncentracja na procesie komunikacji przebiegającej między ludźmi. Celem terapii systemowej jest zmiana systemu, a nie jednostki [Grzesiuk 2002: 45]. Natomiast system rodzinny, w którym znajduje się niepełnosprawne dziecko, może być poważnie zaburzony nie tylko poprzez syndrom wypalenia sił, ale również przez jego konsekwencje, do których zaliczyć można również zaburzenie relacji wewnątrz systemu.

Walor komunikacyjny muzykoterapii nawiązuje do potrzeb terapeutycznych naświetlonych przez psychoterapię systemową, szczególnie przez szkołę komunikacyjną, w której nacisk kładzie się przede wszystkim na sposób komunikowania się osób wchodzących w interakcję. Za pomocą muzykoterapii grupowej, opierającej się głównie na technikach aktywnych, możliwe jest stworzenie relacji komunikacyjnej opartej na zasadach języka muzycznego. Relacja ta może być o tyle unikatowa, że omija zablokowane często formy werbalne. Jeżeli kontakt werbalny w grupie społecznej jest zaburzony, możliwe staje się porozumiewanie poprzez środki artystyczne – np. przez muzykę. Szczególne znaczenie ma tu podejście odwołujące się do nurtu komunikacyjnego, gdzie muzyka jest traktowana jako środek komunikacji niewerbalnej z drugim człowiekiem, przede wszystkim w sferze emocjonalnej. Muzyka jest w tym ujęciu systemem znaków i sygnałów, zbudowanym według praw muzycznych, przekazującym określone informacje semantyczne i estetyczne [Galińska 1992: 43; Strzelecki 2013: 125].

W grupach rodzinnych, w których relacje mogą być z różnych powodów trudne lub zaburzone, kontakt werbalny obciążony jest często ryzykiem braku szczerości i wzajemnego niezrozumienia. W grupie rodzinnej, poddanej terapii muzycznej w ujęciu systemowym, następuje

przenoszenie zachowań z życia codziennego na płaszczyznę zachowań muzycznych. Odbywa się to poprzez odgrywanie ról oraz wyrażanie uczuć poprzez grę na instrumentach [Cesarz 2003: 9]. W grupie każdy klient ma okazję zobaczyć siebie w relacji z pozostałymi członkami rodziny. Mogą oni też „powiedzieć” sobie rzeczy, których przy zastosowaniu komunikatu werbalnego być może nie powiedzieliby nigdy.

Słuchanie muzyki to również słuchanie komunikatu – niejednoznacznego komunikatu. Specyficzny język muzyki uruchamia wrażliwość na sygnały symboliczne i pobudza do czynności wyobrażeniowych i ekspresywnych. Dzięki temu możliwy dla członków systemu rodzinnego staje się wgląd w ich wzajemny wewnętrzny stan. Tak więc bezpośredniość oddziaływania muzyki jest istotnym warunkiem dla procesów rozumienia, albowiem pozwala na wyobrażeniowe przejmowanie różnych ról, co również ułatwia ich rozumienie [Cesarz 2003: 126]. Według Aleksandra Steina muzyka nie jest jedynie dźwiękiem, ale staje się czymś więcej. Zadanie terapeuty polega na usłyszeniu nie tego, co jest dane, ale właśnie tego, co jest ukryte. Istotą jest więc dekodowanie prezentacji dźwiękowej, mogącej opowiadać archaiczne doświadczenia, a co za tym idzie – usłyszenie uczuć, a nie dźwięków [Stein 1999: 402].

Nie jest to jak dotąd rozpowszechniona forma oddziaływania muzykoterapeutycznego. Jednak pojawia się niekiedy pod postacią warsztatów dla par lub rodzin, mających na celu poprawę wzajemnych relacji. Jednak wzrost popularności muzykoterapii jako dziedziny terapeutycznej pozwala mieć nadzieję, że również w odniesieniu do pracy nad systemami stanie się ona metodą bardziej docenianą i częściej stosowaną.

Z doświadczeń autora niniejszego artykułu wynika, że poprzez zastosowanie środków niewerbalnych można znacząco poprawić komunikację oraz zbudować czy też odbudować relacje. Doświadczenia te wpływają z jednej strony z warsztatów terapeutyczno-twórczych dla par, z drugiej zaś z pracy muzykoterapeutycznej pod postacią muzykoterapii systemowej z rodzicami dzieci dotkniętych niepełnosprawnościami. Tego typu kontakt niewerbalny jest dla tych osób nowy, unikatowy i pozbawiony szeregu obron, które naturalnie uruchamiają się w przypadku komunikatu werbalnego. Wskazane są więc werbalizacje, jednak

dopiero po uzyskaniu efektu w wyniku oddziaływań niewerbalnych. Zaczynanie od werbalnych prób rozwiązywania trudności relacyjnych może być o tyle utrudnione, że przypomina próbę naprawienia uszkodzonego przedmiotu za pomocą uszkodzonego narzędzia, bowiem to właśnie komunikacja werbalna jest tu zazwyczaj najbardziej zaburzona ze wszystkich systemów komunikacyjnych [Strzelecki 2013: 127].

Zakończenie

Muzykoterapia z pewnością znajduje zastosowanie w pracy z dziećmi z zaburzeniami ze spektrum autystycznego, a metodyka wciąż się rozwija i doskonali. Celem na najbliższe lata wydaje się zintensyfikowanie prac nad badaniami w zakresie pomiaru skuteczności oraz rozszerzenie oddziaływań terapeutycznych na najbliższych członków rodziny dziecka autystycznego.

Działania zmierzające do poprawy stanu badań nad zastosowaniem muzykoterapii w leczeniu autyzmu podejmowane są zarówno w Polsce, jak i na świecie. Natomiast wspieranie rodzin dzieci z różnego typu niepełnosprawnościami odbywa się na drodze różnych form terapeutycznych. Uzasadnione zdaje się również rozpowszechnienie działań muzykoterapeutycznych mających na celu niesienie wsparcia nie tylko pacjentom, ale również ich rodzinom.

Tymczasem należy zakładać, że nawet w przypadku bardzo głębokich postaci autyzmu możliwe jest dotarcie do nietkniętych pokładówowościowych, tych tajemniczych i od lat fascynujących zarówno naukowców, jak i pisarzy, zamkniętych w sobie, milczących ludzi. Należy zatem nadal stosować tę bezcenną niewerbalną formę terapeutyczną, jaką jest muzykoterapia, nawet jeśli stan badań pozostawia jeszcze nieco do życzenia. Tadeusz Natanson twierdził, że do określenia teoretycznych podstaw koncepcji muzykoterapii potrzebne jest zbadanie człowieka, muzyki i wzajemnych między nimi relacji [Natanson 1979: 188]. Natomiast biorąc pod uwagę zarówno podmiot muzykoterapii – człowieka, jak i złożoność

muzyki jako środka oddziaływania, dokładne opisanie tych prawidłowości wraz z potwierdzeniem skuteczności działań na podstawie dobrze metodologicznie opracowanych badań może zająć jeszcze trochę czasu.

Bibliografia

- Brauner Alfred, Brauner Françoise, *Dziecko zagubione w rzeczywistości*. Warszawa 1993.
- Bobkowicz-Lewartowska Lucyna, *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*. Kraków 2000.
- Cesarz Helena, *Muzykoterapeuta dźwiękiem mówiący, czyli kilka refleksji na temat komunikacji za pomocą instrumentu*. „Muzykoterapia Polska” 2003, t. 2, nr 2 (6), s. 7–12.
- Cesarz Helena, *Znaczenie przeżyć muzycznych u osób z zaburzeniami psychicznymi*. „Muzykoterapia Polska” 2002, t. 1, nr 1–2, s. 11–18.
- Cylulko Paweł, *Znaczenie wczesnej muzykoterapeutycznej interwencji dla rozwoju małego niepełnosprawnego dziecka*. „Muzykoterapia Polska” 2003, t. 2, nr 3/4 (7/8), s. 19–24.
- Cylulko Paweł, Gładyszewska-Cylulko Joanna, *Polska naukowa koncepcja muzykoterapii – w trzydziestolecie wydania książki Tadeusza Natansona „Wstęp do nauki o muzykoterapii”*. Dorota Kanafa (red. tomu) *Tadeusz Natanson. Kompozytor, uczony, pedagog*. Seria „Muzycy Wrocławscy”, t. 2, Wrocław 2010, s. 173–184.
- Delacato Carl, *Dziwne, niepojęte. Autystyczne dziecko*. Warszawa 1995.
- Edgerton Cindy, *The effect of improvisational music therapy on the communicative behaviors of autistic children*. „Journal of Music Therapy” 1994, Vol. 1 (21), s. 31–62.
- Galińska Elżbieta, *Kierunki rozwojowe w polskiej muzykoterapii*. „Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu” 1988, nr 45, s. 155–178.
- Galińska Elżbieta, *Poglądy na lecznicze działanie muzyki*. „Albo, Albo – Inspiracje Jungowskie” 1992, nr 1, s. 41–57.
- Geretsegger Monika, Holck Ulla, Gold Christian, *Randomised controlled trial of improvisational music therapy’s effectiveness for children with autism spectrum disorders (TIME-A): study protocol*. „BMC Pediatrics” 2012, Vol. 12, No. 2, <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/12/2> (dostęp: 12.01.2014).
- Gooding Lori, *The effect of a music therapy social skills training program on improving social competence in children and adolescents with social skills deficits*. „Journal of Music Therapy” 2011, Vol. 4 (48), s. 440–462.

- Gottesleben Eva, *Strukturalizacja i wizualizacja – możliwości wsparcia osób z autyzmem*. W: *Życ z autyzmem*. Alina Perzanowska, Agata Wolińska-Chlebosz, Agnieszka Dąbek-Malczyk (red.). Kraków 2002, s. 91–95.
- Grzesiuk Lidia, *Psychoterapia*. Warszawa 2002.
- Heaton Pamela, *Assessing musical skills in autistic children who are not savants*. „Philosophical Transactions of Royal Society B: Biological Sciences” 2009, Vol. 364 (1522), s. 1443–1447.
- Janicki Andrzej, *Muzykoterapia w lecznictwie psychiatrycznym*. „Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu” 1983, nr 34, s. 7–27.
- Kala Amy, *Joint attention responses of children with autism spectrum disorder to simple versus complex music*. „Journal of Music Therapy” 2012, Vol. 4 (49), s. 430–452.
- Kern Petra, Rivera Nicole R., Handler Alie, Humpal Marcia, *Music therapy services for individuals with autism spectrum disorder: a survey of clinical practices and training needs*. „Journal of Music Therapy” 2013, Vol. 4 (50), s. 274–303.
- Khetrpal Neha, *Why does Music Therapy help in Autism?* „Empirical Musicology Review” 2009, Vol. 4, No. 1, s. 11–18.
- Kozłowska Anna, *Znaczenie relacji rodzinnych dla pozytywnego rozwoju dziecka. Diagnoza i terapia*. Warszawa 2000.
- Lecourt Edith, *Muzykoterapia, czyli jak wykorzystać siłę dźwięku*. Chorzów 2008.
- Lewandowska Kinga, *Muzykoterapia dziecięca*. Gdańsk 2001.
- Lim Hayoung A., *Effect of „developmental speech and language training through music” on speech production in children with autism spectrum disorders*. „Journal of Music Therapy” 2010, Vol. 1 (47), s. 2–26.
- Lim Hayoung A., *Use of music in the applied behavior analysis verbal behavior approach for children with autism spectrum disorders*. „Music Therapy Perspectives” 2010, Vol. 28, s. 95–105.
- Natanson Tadeusz, *Programowanie muzyki terapeutycznej. Zarys podstaw teoretycznych*. Wrocław 1992.
- Natanson Tadeusz, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*. Wrocław 1979.
- Procter Simon, Bryndal Agnieszka, *Muzykoterapia Nordoff-Robbins*. W: *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*. Krzysztof Stachyra (red.). Lublin 2012, s. 15–32.
- Sacks Oliver, *Muzykofilia. Opowieści o muzyce i mózgu*. Poznań 2008.
- Stachyra Krzysztof, *Muzykoterapia i wizualizacja w rozwijaniu kompetencji emocjonalnych studentów pedagogiki*. Lublin 2009.
- Stadnicka Janina, *Terapia dzieci muzyką, ruchem i mową*. Warszawa 1998.
- Stefańska-Klar Renata, *Późne dzieciństwo. Młodszy wiek szkolny*. W: *Psychologia rozwoju człowieka. Część 2*. Barbara Harwas-Napierała, Janusz Trempała (red.). Warszawa 2008, s. 130–162.

- Stein Alexander, *Well-Tempered bagatelles – a meditation on listening in psychoanalysis and music*. „Amer. Imago” 1999, Vol. 56 (4), s. 389–416.
- Strzelecki Wojciech, *Muzykoterapia systemowa jako forma wspierania rodziny*. „Piełęgniarstwo Polskie” 2013, nr 2 (48), s. 121–127.
- Strzelecki Wojciech, *Zastosowanie muzykoterapii w psychiatrii*. W: *Psychologia w naukach medycznych. Część 2*. Wojciech Strzelecki, Marta Czarnecka-Iwańczuk, Marcin Cybulski (red.). Poznań 2012, s. 140–155.
- Wigram Tony, *Indications in music therapy*. „British Journal of Music Therapy” 2002, Vol. 1 (16), s. 11–28.
- Wolińska-Chlebosz Agata, *Postępowanie w sytuacji trudnych zachowań osób z autyzmem*. W: *Życ z autyzmem*. Alina Perzanowska, Agata Wolińska-Chlebosz, Agnieszka Dąbek-Malczyk (red.). Kraków 2002, s. 61–76.
- Yin Robert K., *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks 2009.
- Zabłocki Kazimierz Jacek, *Autyzm*. Płock 2002.
- Życ z autyzmem*. Alina Perzanowska, Agata Wolińska-Chlebosz, Agnieszka Dąbek-Malczyk (red.). Kraków 2002.

WOJCIECH STRZELECKI – dr nauk o zdrowiu, psycholog, muzykoterapeuta, czynny muzyk. Adiunkt w Zakładzie Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Autor ponad 90 publikacji, redaktor serii wydawniczych: „Psychologia w Naukach Medycznych” i „Kultura. Media, Etyka”. Zainteresowania naukowe koncentrują się wokół: muzykoterapii, arteterapii, zaburzeń rozwojowych i genetycznych, psychologii rozwojowej oraz myśli i dzieła Alberta Schweitzera. Członek Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich, Polskiego Towarzystwa Nauk o Zdrowiu oraz wiceprezes Polskiego Towarzystwa im. Alberta Schweitzera w Poznaniu. Od 2005 roku opiekun Studenckiego Psychologicznego Koła Naukowego na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu. Prowadzi warsztaty muzykoterapeutyczne w ramach studiów arteterapeutycznych, Letniej Szkoły Arteterapii oraz warsztaty rozwojowe w trybie oddziaływania systemowego. Prowadzi również muzykoterapię indywidualną dzieci z zespołami genetycznymi oraz zaburzeniami ze spektrum autystycznego.

PRAKTYKA W EDUKACJI STUDENTÓW MUZYKOTERAPII. ZAJĘCIA W KLASACH INTEGRACYJNYCH JAKO FORMA PRZYGOTOWANIA DO ZAWODU

Daniela Colonna-Kasjan » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

» **Streszczenie:** W artykule ukazano sposoby realizacji zajęć praktycznych w procesie edukacji studentów muzykoterapii. W modelu studiów wypracowanym w Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu ważną rolę odgrywają zajęcia prowadzone na terenie placówek klinicznych i oświatowych, w których uczestniczą pacjenci dorośli, młodzież i dzieci. Udział w zajęciach umożliwia studentom zapoznanie się z pracą muzykoterapeuty, zdobycie pierwszych doświadczeń w pracy z grupą, skonfrontowanie wyobrażeń o zawodzie z rzeczywistością. Istotne jest kształtowanie postaw otwartych, nacechowanych empatią i życzliwością społeczną, doskonalenie umiejętności komunikacyjnych, niezbędnych w interakcjach społecznych. W trakcie studiów studenci biorą udział m.in. w zajęciach z uczniami klas integracyjnych ze Szkoły Podstawowej nr 43 z Oddziałami Integracyjnymi w Zespole Szkół nr 11 we Wrocławiu. W klasach integracyjnych dzieci z dysfunkcjami rozwojowymi mogą wzrastać i uczyć się w środowisku rówieśniczym, co wpływa korzystnie na ich rozwój emocjonalny i społeczny, na jakość relacji interpersonalnych i motywuje do wspólnej aktywności. Zadania studentów nie są ograniczone do obserwacji, włączają się oni czynnie w działania grupy, by zdobyć umiejętność prowadzenia zajęć, właściwego kierowania aktywnością uczestników, moderowania dyskusji. Bezpośredni kontakt z grupami integracyjnymi stanowi dla studentów okazję do zmierzenia się z rolą

terapeuty, do określenia założeń terapeutycznych oraz ich wstępnej realizacji, pozwala na poznanie specyfiki i problematyki pracy z grupą integracyjną.

Słowa kluczowe: edukacja, integracja, muzykoterapia, zaburzenia rozwojowe.



Jednym z najważniejszych zadań nauczycieli akademickich jest wyposażenie wiedzę teoretyczną i praktyczną, która będzie stanowiła podstawę gromadzenia dalszych doświadczeń, doskonalenia umiejętności i podnoszenia poziomu kompetencji niezbędnych do podjęcia pracy w zawodzie związanym z wybranym kierunkiem studiów.

W modelu studiów muzykoterapii, wypracowanym w Zakładzie Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, znaczącą rolę odgrywają zajęcia praktyczne w placówkach klinicznych i oświatowych. Studenci mogą aktywnie uczestniczyć w zajęciach prowadzonych przez doświadczonych muzykoterapeutów i przygotowywać się do samodzielnego prowadzenia sesji muzykoterapeutycznych.

Proces edukacyjny podczas studiów wyższych przebiega w oparciu o umiejętności i wiedzę zdobyte przez studentów podczas wcześniejszych etapów kształcenia. Absolwenci ogólnokształcących szkół średnich, którzy pomyślnie zdają egzaminy na studia w zakresie muzykoterapii, różnią się poziomem przygotowania muzycznego i wiedzy ogólnej. Jedynie część z nich dysponuje dyplomem ukończenia szkoły muzycznej II stopnia, w której każdy uczeń oprócz solistycznej i zespołowej praktyki wykonawczej realizuje szeroki program przedmiotów z zakresu wiedzy ogólnomuzycznej, zarówno teoretycznych, jak i praktycznych. W zajęciach dydaktycznych z kształcenia słuchu, harmonii uczniowie biorą udział przez wszystkie lata nauki w szkole muzycznej II stopnia, podobnie jest z historią muzyki, w wymiarze 2–4 godzin tygodniowo. Dla przyszłych muzykoterapeutów bardzo ważne są zajęcia z literatury i form muzycznych, które stanowią podbudowę programowania muzyki terapeutycznej. Pierwszy okres studiów powinien służyć wyrównaniu

poziomu wiedzy oraz kształtowaniu i doskonaleniu umiejętności uczenia się studentów, co wymaga troski i zainteresowania ze strony wykładowców.

Kształcenie muzykoterapeutów w uczelni wrocławskiej umożliwia nawiązanie bezpośrednich relacji ze studentami, poznanie ich predyspozycji i możliwości, a także ewentualnych braków, gdyż grupy z poszczególnych roczników są stosunkowo mało liczne (7–14 osób na roku), część zajęć jest realizowana w podgrupach lub indywidualnie. Działania nauczycieli akademickich nie są ograniczone do przekazywania wiedzy specjalistycznej i egzekwowania jej podczas kolokwium i egzaminów. Wpływ wykładowców na młodzież akademicką jest zdecydowanie szerszy, a specyfika szkolnictwa wyższego i jego transformacje wiążą się z potrzebą stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych, co gwarantuje dbałość o poziom uczelni. Praca nauczycieli akademickich ze studentami oparta jest nie tylko na wiedzy przedmiotowej, ale także na wiedzy pedagogicznej. Znaczenie działań pedagogicznych w szkolnictwie wyższym podkreśla Stanisław Palka, który wskazuje, że na pedagogikę szkół wyższych składają się trzy obszary:

- > wychowywanie,
- > kształcenie,
- > samokształtowanie młodzieży szkół wyższych [Palka 2003: 67].

Zdaniem tego autora wychowywanie ma służyć kształtowaniu i wspomaganemu rozwojowi osobowości studentów, kształtowaniu postaw i formowaniu systemu wartości studentów. Kształcenie, które obejmuje także wychowanie intelektualne, nie odnosi się jedynie do nauczania, jego integralną część stanowi rozwijanie zainteresowań i postaw poznawczych, opartych na chęci poznania. Pełnemu rozwojowi osobowości służyć ma samokształtowanie, które obejmuje „samodzielną aktywność studentów: wychowawczą (samowychowanie) i kształcącą (samokształcenie)” [Palka 2003: 68]. Fundamentalną rolę w pracy ze studentami odgrywa zatem stymulowanie ich do podejmowania aktywności naukowej i twórczej, mobilizowanie do poszukiwania materiałów źródłowych oraz poszerzania zakresu wiadomości teoretycznych, motywowanie do samodzielności w myśleniu i działaniu [Podstawa programowa: 32].

W modelu studiów muzykoterapeutycznych podstawy teoretyczne są dla studiujących równie ważne jak bezpośrednie kontakty z pacjentami i podopiecznymi, którzy korzystają z zajęć terapeutycznych. Istotne jest kształtowanie postaw otwartych, nacechowanych empatią i życzliwością społeczną [Rudniański 1985: 20], doskonalenie umiejętności komunikacyjnych, niezbędnych w interakcjach społecznych. Komunikacja werbalna i pozawerbalna umożliwia współdziałanie, osiągnięcie porozumienia, zrozumienie intencji innych osób, celów podejmowanych działań [Nęcki 1996: 109]. Adepti studiów muzykoterapeutycznych mają okazję do treningu umiejętności społecznych w kilku płaszczyznach. Pierwszą z nich jest relacja między wykładowcą muzykoterapeutą a grupą studentów, a także relacje indywidualne z poszczególnymi osobami z danej grupy. Drugą płaszczyznę stanowią kontakty studentów z uczestnikami zajęć muzykoterapeutycznych, które mogą w pewien sposób odzwierciedlać płaszczyznę trzecią, tj. interakcje zachodzące pomiędzy muzykoterapeutą a osobami uczestniczącymi w zajęciach terapeutycznych. W placówkach oświatowych będzie to relacja nauczyciel–uczniowie, wychowawca–wychowankowie. Płaszczyzna czwarta to wzajemne relacje członków grupy uczestniczących w muzykoterapii. Na jakość i poziom efektywności procesu muzykoterapeutycznego mogą też wywierać wpływ relacje terapeuty z rodzicami czy opiekunami wychowanków oraz interakcje zachodzące między członkami zespołu terapeutycznego lub grona pedagogicznego w danym ośrodku. Relacje te są wielokierunkowe i podlegają dynamicznym transformacjom, dlatego też warto je monitorować i reagować adekwatnie do sytuacji, opracowując optymalną strategię postępowania z grupą.

Osiągnięcie zakładanych celów terapeutycznych, wychowawczych i dydaktycznych uzyskanie pozytywnych zmian ułatwia konstruktywny dialog prowadzony na wszystkich płaszczyznach. O dialogu w dydaktyce i praktyce kształcenia pisze Stanisław Palka, który wymienia dialog jako jeden ze znaczących elementów teorii i praktyki pedagogicznej obok podmiotowości i partnerstwa nauczycieli i uczniów, samodzielności poznawczej, aktywności twórczej [Palka 2003: 123]. Na wartość pedagogiki dialogu jako idei pedagogiki humanistycznej zwraca uwagę Zdzisława

Zacłona, podkreślając znaczenie sensu dialogu w edukacji i wychowaniu [2012: 55]. Rola porozumienia i dialogu jest tak samo doniosła w edukacji wczesnoszkolnej, jak i w szkolnictwie wyższym, bez względu na to, czy są to zajęcia teoretyczne, czy praktyczne. Można przyjąć, że w toku studiów muzykoterapeutycznych potrzebny jest nie tylko dialog, ale także podejmowanie odpowiedzialnego współdziałania wykładowcy ze studentami. Obie strony muszą liczyć się z wysokimi wymaganiami, które są im stawiane przez środowisko.

Realizacja programu przedmiotów praktycznych w trakcie studiów muzykoterapii wymaga współpracy z ośrodkami, w których regularnie odbywają się zajęcia muzykoterapeutyczne. Obecność studentów musi być akceptowana nie tylko przez zwierzchników i pracowników ośrodka, ale także przez uczestników zajęć, ponadto udział studentów w zajęciach nie może być postrzegany jako czynnik dezorganizujący czy utrudniający tok pracy.

Od kilkunastu lat studenci uczestniczą w zajęciach z muzykoterapii organizowanych w Szkole Podstawowej nr 43 z Oddziałami Integracyjnymi w Zespole Szkół nr 11 we Wrocławiu. Na terenie placówki prowadzone są ćwiczenia z muzykoterapii dla dzieci z zaburzeniami rozwoju. W ćwiczeniach uczestniczą studenci I roku stacjonarnych studiów muzykoterapii I stopnia oraz studenci podyplomowych studiów muzykoterapii. Studenci, biorąc udział w zajęciach z muzykoterapii w grupach terapeutycznych oraz w klasach integracyjnych, mają możliwość zapoznania się z pracą muzykoterapeuty, zdobycia pierwszych doświadczeń w pracy z grupą, skonfrontowania wyobrażeń o zawodzie z rzeczywistością. Nawiązanie kontaktu z dziećmi wymaga otwartości i pozytywnego nastawienia, ponadto mobilizuje studentów do wykazania się aktywnością, inwencją twórczą elastycznością. Zajęcia w grupach są dostosowane do możliwości dzieci i modyfikowane na bieżąco w zależności od potrzeb. Wszystkie osoby z zewnątrz, które biorą udział w zajęciach, muszą być świadome, że nie zawsze można przewidzieć, jakie będą reakcje i zachowania dzieci, zwłaszcza tych, których problemy w funkcjonowaniu wynikają z zaburzeń emocjonalnych o zróżnicowanej etiologii. Zadania studentów nie są ograniczone do obserwacji, włączają się oni czynnie w działania grupy, by zdobyć umiejętność

prowadzenia zajęć, właściwego kierowania aktywnością uczestników zajęć, moderowania dyskusji. Nie jest to możliwe bez przygotowania teoretycznego, bez znajomości literatury przedmiotowej, a przede wszystkim bez znajomości literatury muzycznej. W działaniach muzykoterapeutycznych dla dzieci niezbędne są również umiejętności wykonawcze – umiejętność gry na instrumentach muzycznych i śpiewu.

Wiedza i umiejętności zdobywane przez studentów muzykoterapii podczas wykładów i zajęć o charakterze warsztatowym, uzupełnione ćwiczeniami praktycznymi, służą budowaniu odpowiedniego poziomu kompetencji zawodowych absolwentów. Jak pisze Wita Szulc: „w edukacji muzykoterapeuty ważne jest [...] rozwijanie elastyczności, zdolności do ogarniania różnych przejawów twórczości pacjenta, uważne słuchanie, »bycie« z pacjentem, towarzyszenie mu w sposób zarówno empatyczny, jak i pełen wrażliwości” [2005: 102]. Autorka ta zwraca uwagę na konieczność zachowania właściwych proporcji w programach studiów i integracji wiedzy teoretycznej z praktyką, a także na potrzebę osobistego uczestnictwa w muzykoterapii, które stanowi nieodzowny element edukacji muzykoterapeutów.

Przygotowanie muzykoterapeuty nie ogranicza się do pracy z pacjentami w ośrodkach służby zdrowia. Zajęcia muzykoterapeutyczne odbywają się m.in. w placówkach oświatowych czy opiekuńczo-wychowawczych. W szkolnictwie integracyjnym i specjalnym nie stosuje się jednak określenia „pacjent”; w zajęciach specjalistycznych biorą udział „uczniowie”, w tym ci o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Prowadzenie grup integracyjnych wymaga odpowiedniego przygotowania i zapewnienia właściwych warunków wszystkim osobom uczestniczącym w zajęciach i je prowadzącym. Idea prowadzenia zajęć szkolnych w klasach integracyjnych inspirowała pedagogów do poszukiwania skutecznych metod wspomagających rozwój dzieci pełnosprawnych i niepełnosprawnych. Integracja dzieci z dysfunkcjami z rówieśnikami, których rozwój przebiega zgodnie z wyznaczonymi normami, może stanowić podbudowę prawidłowych relacji społecznych w obu grupach, może motywować dzieci do wspólnej aktywności, wpływać korzystnie na poziom komunikacji między uczniami i pedagogami.

Integracja może być źródłem trudności w pracy wychowawczej, zwłaszcza gdy do klas integracyjnych trafiają dzieci o niskim poziomie dostosowania do funkcjonowania społecznego, wywołanym zaburzeniami o charakterze autystycznym czy też niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym. Zachowanie takich uczniów w trakcie zajęć dydaktycznych i przerw międzylekcyjnych nie mieści się często w kategoriach uznawanych norm społecznych i bywa przyczyną niepokojów i konfliktów w klasach. W Polsce nauczanie integracyjne realizowane jest od 1962 roku w oddziałach specjalnych w szkołach ogólnodostępnych, od 1983 roku w klasach ogólnodostępnych, do których włącza się pojedynczych uczniów niepełnosprawnych, od 1993 roku w oddziałach integracyjnych z liczbą uczniów 15–20, w tym 3–5 uczniów niepełnosprawnych [Zatorska 2010: 529].

Zdaniem Aleksandra Hulka, integracja w ujęciu szkolno-edukacyjnym polega na „nauczaniu i wychowaniu dzieci, młodzieży i dorosłych z odchyleniami od normy w zwykłych szkołach i innych placówkach oświatowych, przy uwzględnieniu ich odrębnych potrzeb i zaspokajaniu ich dodatkowymi zabiegami, służbami i świadczeniami” [za: Bąbka 2001: 37]. W opinii Jarosława Bąbki doświadczenia zdobywane podczas edukacji integracyjnej stanowią swoistą wartość dla budowania wzajemnych więzi, należy je rozpatrywać w perspektywie ciągłości etapów życia. Działania wychowawcze i edukacyjne powinny umożliwiać kształtowanie u dzieci zdolności interakcyjnych, motorycznych, intelektualnych, zmysłowych i emocjonalnych, odkrywanie różnorodności w świecie społecznym i fizycznym, zdobywanie doświadczeń w relacjach interpersonalnych, zdobywanie doświadczeń i umiejętności pomagających w pokonywaniu trudności, a także socjalizację [Bąbka 2001: 33–34].

Na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych (DzU nr 228, poz. 1490) w placówkach oświatowych, w których uczą się dzieci niepełnosprawne lub niedostosowane społecznie, konstruuje się programy odpowiadające potrzebom poszczególnych uczniów,

wdraża się specjalne formy i metody pracy dydaktyczno-wychowawczej i realizuje się zalecenia zawarte w orzeczeniach o potrzebie kształcenia specjalnego. Programy nauczania mają być połączone z programami wychowawczymi i profilaktycznymi oraz dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości psychofizycznych uczniów. Wszystkim uczniom należy stworzyć odpowiednie warunki do nauki, zapewnić specjalistyczny sprzęt i środki dydaktyczne. Zgodnie z § 1 rozporządzenia dzieci niepełnosprawne: niesłyszące, słabosłyszące, niewidome, słabowidzące, z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją, z upośledzeniem umysłowym, z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, z niepełnosprawnościami sprzężonymi, uczniowie niedostosowani społecznie lub zagrożeni niedostosowaniem społecznym, mają możliwość uczestniczenia w zajęciach szkolnych wspólnie z innymi uczniami w klasach ogólnodostępnych i integracyjnych. Ze względu na specyfikę pracy należy uwzględnić potrzebę organizowania zajęć specjalistycznych – rewalidacyjnych, resocjalizacyjnych i socjoterapeutycznych [Rozporządzenie MEN z dnia 17 listopada 2010]

Zajęcia w klasach integracyjnych w Szkole Podstawowej nr 43 w Zespole Szkół nr 11 we Wrocławiu prowadzone są przez nauczycieli – dydaktyków i specjalistów, do których grona należą m.in.: muzykoterapeuta, arteterapeuta, psycholog, logopedzi, rehabilitanci. W trakcie zajęć edukacyjnych uczniowie mogą liczyć na pomoc pedagogów specjalnych, którzy są zaangażowani w każdej klasie integracyjnej. Uczniowie uczestniczą nie tylko w zajęciach typowo dydaktycznych, ale także w zajęciach o charakterze psychoedukacyjnym, rehabilitacyjnym i terapeutycznym, prowadzonych przez specjalistów szkolnych, w tym w zajęciach arteterapeutycznych – muzykoterapeutycznych i zajęciach terapeutycznych z wykorzystaniem sztuk plastycznych.

Wprowadzenie zajęć muzykoterapeutycznych w tok standardowych zajęć edukacyjnych w szkołach jest zadaniem problematycznym ze względu na brak ściśle określonych przepisów prawnych. Edukacja szkolna oparta jest na podstawach programowych, w których nie zawiera się wytycznych do prowadzenia zajęć o takim charakterze. Muzykoterapia nie może być bowiem alternatywą dla edukacji muzycznej, może stanowić rozszerzenie oferty programowej lub jej uzupełnienie.

Zmiany w szkolnictwie dokonane w ostatnich dziesięcioleciach dają jednak stosunkowo duży zakres swobody w doborze treści nauczania i umożliwiają realizowanie licznych programów autorskich, modyfikujących kształcenie i wychowanie [Gumeniok 2011: 67]. Na mocy prawa do tworzenia szkół integracyjnych i za zgodą Kuratorium Oświaty i władz miasta Wrocławia we wrocławskiej Szkole Podstawowej nr 43 wdrożono autorski program rehabilitacji przez arteterapię, przygotowany przez Annę Regner. Autorka programu podaje: „program »Szkoła integracyjna przez arteterapię« umożliwił realizację dodatkowych form pomocy dzieciom z deficytami fizycznymi i umysłowymi. W trosce o harmonijny rozwój dzieci w szkole zatrudniono zespół specjalistów, w skład którego wchodzi m.in. psycholog, pedagog specjalni, logopedzi, rehabilitanci ruchu, plastykoterapeuta i muzykoterapeuta. [...] Szczególne znaczenie [...] mają logoterapia, muzykoterapia, choreoterapia i terapia przez sztukę plastyczną. Wszystkie wymienione formy terapii mają wspólne cele, do których należą:

- > integrowanie grupy,
- > uaktywnianie twórcze,
- > doskonalenie mowy przez improwizację,
- > rozwijanie umiejętności kojarzenia odbieranych dźwięków z odpowiednimi obrazami i
- > pojęciami,
- > wyzwalanie prawidłowych związków słuchowo-ruchowych,
- > stymulowanie rozwoju ruchowego,
- > kształtowanie wrażliwości emocjonalnej i estetycznej.

Wszystkie te działania składają się na jeden nadrzędny, realizowany za pomocą arteterapii cel, jakim jest rozwijanie indywidualnych możliwości psychofizycznych i usprawnianie procesu uczenia się dzieci niepełnosprawnych w warunkach integracji z pełnosprawnymi rówieśnikami” [Regner 2003: 37–38]. Arteterapia bazuje na terapeutycznych właściwościach sztuki. Znaczenie terapeutycznych funkcji sztuki (na podstawie przekonań psychoanalitycznych) podkreśla Irena Wojnar – „sztuka [...] może dopomóc człowiekowi w obiektywizacji jego przeżyć” [Wojnar 1964: 110], jest narzędziem kompensacji, sublimacji,

ekspresji [Wojnar 1964: 108–120]. Muzykoterapię można traktować jako dziedzinę arteterapii, która w swoisty sposób wpływa na człowieka jako jedność psychosomatyczną, na jego reakcje, emocje, nastroje i elementy zachowania, na jakość relacji z innymi osobami i otaczającą rzeczywistością poprzez terapeutyczne funkcje muzyki.

Współczesna szkoła jest miejscem, w którym proces edukacyjny przebiega w zróżnicowany sposób, wiele zajęć służy aktywizacji uczniów i mobilizowaniu ich do działania. Zajęcia muzykoterapeutyczne z powodzeniem spełniają taką rolę w przypadku zarówno zespołów klasowych, jak i poszczególnych uczniów, którzy korzystają z nich indywidualnie. Muzykoterapia jako dyscyplina naukowa i rodzaj terapii przyjmowana jest niejednokrotnie bardzo entuzjastycznie, co wynika z przekonania o znaczącej roli muzyki dla rozwoju i funkcjonowania człowieka. Niekiedy jednak entuzjazmowi towarzyszy sceptycyzm. Nie neguje się wprawdzie wpływu samej materii muzycznej na odbiorców, czyli podmiot oddziaływania tej dziedziny sztuki, lecz metody i techniki muzykoterapii bywają pojmowane jako bardziej intuicyjne niż oparte na podstawach naukowych. Zastosowania form muzykoterapii w szkolnictwie integracyjnym są związane z przyjętą definicją muzykoterapii, która niejako wbrew nazwie nie musi być ograniczona do działań wyłącznie terapeutycznych. Zajęcia oparte na technikach muzykoterapii mogą stanowić elementy programu wychowawczego czy profilaktycznego szkoły, który powinien być ukierunkowany na osiągnięcie coraz wyższego poziomu rozwoju społecznego uczniów, umiejętności percepcyjnych, kształtowanie wrażliwości emocjonalnej i wrażliwości estetycznej.

Według Tadeusza Natansona muzykoterapia ma prowadzić do „re-humanizacji współczesnego życia, przez wielostronne wykorzystywanie wielorakich walorów substancji muzycznej w celu ochrony i przywracania ludzkiego zdrowia oraz w celu korzystnego wpływania na współkształtowanie zarówno środowiska, w którym człowiek żyje, jak i na panujące w nim stosunki” [Natanson 1988: 123]. Zajęcia o charakterze ściśle terapeutycznym powinny być dostępne dla osób ze zdiagnozowanymi zaburzeniami, czyli dla uczniów z orzeczeniami o specjalnych potrzebach edukacyjnych, związanych z występowaniem określonych

dysfunkcji czy zaburzeń rozwojowych. Zdaniem Tadeusza Natansona zajęcia muzykoterapeutyczne można traktować w sposób bardziej elastyczny, wskazując na ich głęboko humanistyczny wymiar, i wykorzystywać metody oraz techniki muzykoterapii w programach wychowawczych i działaniach profilaktycznych, które autor ten określa jako „wręcz konieczne”. Działania te winny być podejmowane w celu m.in.:

- > niedopuszczania do powstawania sytuacji patogennych,
- > eliminowania potencjalnych czynników patogennych,
- > likwidowania lub przynajmniej łagodzenia ujemnego oddziaływania czynników patogennych, na których powstanie i rozwój nauczyciel nie ma wpływu [Natanson 1988: 124].

Na zastosowania muzykoterapii w procesie doskonalenia komunikacji, ułatwienia uczenia się, koncentrowania uwagi, mobilizacji, ekspresji, rozwoju potencjału wewnętrznego jednostki umożliwiającego osiągnięcie lepszej jakości życia wskazuje Even Ruud w definicji, którą posługuje się Światowa Federacja Muzykoterapii (World Federation of Music Therapy) [za: Szulc 2001: 70].

Dążenie do osiągnięcia optymalnego poziomu jakości życia jest naturalne zarówno w życiu osób zdrowych, jak i osób niepełnosprawnych. Integracja tych środowisk może sprzyjać poprawie jakości życia i budowaniu prawidłowych relacji pomiędzy poszczególnymi osobami. Jakość życia zależna jest w dużej mierze od umiejętności funkcjonowania w środowisku społecznym.

Jednym z zadań współczesnej szkoły, wymienionych w podstawie programowej kształcenia ogólnego, ma być wspomaganie dzieci w rozwoju intelektualnym, emocjonalnym, społecznym, etycznym, przygotowanie uczniów do działań zespołowych i życia w grupie społecznej, kształtowanie postaw szacunku dla innych ludzi, kultury, tradycji. Istotna jest także edukacja zdrowotna i promowanie nawyków dbania o zdrowie w realizowanych programach profilaktycznych [Podstawa programowa]. Cele muzykoterapeutyczne mogą być zatem spójne z celami wychowania i kształcenia, a zajęcia muzykoterapeutyczne mogą być adresowane także do uczniów spełniających kryteria norm rozwojowych jako zajęcia wspomagające ich rozwój osobowy. Zdaniem Wity

Szulc celem muzykoterapii może być promocja szczęścia jako istotnego elementu jakości życia i dążenie do osiągnięcia radości istnienia, wynikającej z harmonijnego i pożytecznego współżycia z otoczeniem [Szulc 2011: 88]. Elżbieta Galińska wyróżnia cztery główne cele muzykoterapii: możliwość nawiązania kontaktu przez muzykę oraz naukę komunikacji drogą pozawerbalną i za pomocą instrumentu, aktywizację emocjonalną, rozwijanie dyspozycji twórczych przez uczestnictwo w improwizacjach muzycznych, rozwijanie wrażliwości estetycznej [za: Szulc 2011: 90]. Na cele muzykoterapii związane z pracą nad odreagowaniem negatywnych emocji, wyzwoleniem potrzeby ekspresji, obniżeniem poziomu lęku i wzmożonego napięcia mięśni, synchronizacją funkcji ustrojowych, uczeniem stymulowanych muzyką form reakcji, wspomaganie rozwoju psychoruchowego, zmianą nieprawidłowych zachowań psychofizycznych, wzmocnieniem poczucia własnej wartości, uwrażliwieniem kulturowym, umuzykalnieniem oraz poprawą komunikacji w grupach i integracją grup zwraca szczególną uwagę Maciej Kierył [za: Kronenberger 2003: 23]. Jak podaje Krzysztof Stachyra, wszelkie działania muzykoterapeutyczne bazują „[...] na tym samym – muzyce, ludzkiej kreatywności, komunikacji z samym sobą, własnymi emocjami, z drugim człowiekiem. W każdym modelu muzykoterapii w centrum pozostaje człowiek” [Stachyra 2012: 197]. Na możliwości wykorzystywania muzykoterapii w kontekście nie tylko terapeutycznym i rehabilitacyjnym, ale także psychopedagogicznym i psychospołecznym zwraca uwagę Edith Lecourt, podkreślając znaczenie dźwięku oraz muzyki, które stanowią „środek wyrazu, komunikacji, strukturyzacji oraz analizy relacji” [Lecourt 2008: 6].

Stosowanie w toku zajęć szkolnych technik muzykoterapii może wpływać dodatnio na poziom efektywności procesu wychowania i kształcenia, poziom wiedzy i umiejętności uczniów. Integrowanie i pogłębianie wiedzy przedmiotowej zazwyczaj następuje szybciej i jest bardziej skuteczne, jeśli przebiega w sprzyjającej atmosferze emocjonalnej i jest wzbogacone o oddziaływanie sztuki, na co wskazuje Bronisława Dymara, której zdaniem „porządkowanie informacji może być efektywniejsze, jeśli w toku współdziałania nauczyciel – uczeń stosuje

się różne bodźce – także plastyczne i muzyczne” [Dymara 1988: 56]. Wiedza przedmiotowa może być przez dzieci znacznie łatwiej przyswajana, jeśli przekazywanie informacji nie ogranicza się do przedstawienia treści werbalnych, ale rozszerzone jest o naukę związaną z tematyką zajęć piosenki lub ułożenie własnej, prezentację właściwie dobranego utworu muzycznego czy improwizację muzyczną.

Muzyka „jest uniwersalnym środkiem przekazu, metodą porozumiewania się. Jest mową bez słów, mową uczuć, specyficznym językiem, posługującym się niezliczonym bogactwem środków ekspresji, wyrażanych poprzez dźwięki. Muzyka dociera do wnętrza człowieka, rozbudzając jego uczucia i emocje. Jej treść, rozpiętość przekazywanych doznań, wrażeń i uczuć są tak bogate i zróżnicowane jak rozległa amplituda ludzkich afektów” [Nordoff, Robbins 2008: 47]. W opinii Kennetha Bruscii „muzyka jest instytucją stworzoną przez człowieka [...], w której ludzie tworzą znaczenia i piękno poprzez dźwięki, używając sztuki kompozycji, improwizacji, wykonawstwa i słuchania. Znaczenia i piękno wyprowadzane są z wewnętrznych związków zachodzących między dźwiękami a innymi formami ludzkiego doświadczenia” [za: Szulc 2005: 18]. Zdaniem Elżbiety Galińskiej muzyka ma nie tylko działanie polisensoryczne, ale także „sprzyja uruchamianiu myślenia metaforycznego i symbolicznego, a więc semantyzacji muzycznych sekwencji” [Galińska, Kozińska 2005: 6]. Muzyka stymuluje procesy wyobrazeniowe, umożliwia wizualizację, inicjuje przeżycia estetyczne.

Muzyka i muzykowanie stanowią istotne czynniki w procesie dydaktycznym – wychowawczym, szczególnie w odniesieniu do edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej, kiedy osiągnąć można pozytywne efekty dzięki plastyczności i otwartości uczniów na stymulację muzyką. Szkoła powinna być miejscem, w którym uczniowie nie tylko wzbogacają zasób posiadanych informacji, nabywają i pogłębiają wiedzę przedmiotową, ale przede wszystkim zdobywają umiejętności, które pozwolą im optymalnie wykorzystywać zgromadzone wiadomości w działaniach praktycznych. Sztuka nowoczesnego uczenia się – nauczania to takie współdziałanie podmiotów zdarzeń, w których jest miejsce nie tylko na rozwój myślenia logicznego, a więc posługiwania się wiedzą pewną

i sprawdzoną, lecz także stwarzane są sytuacje sprzyjające domyślniu się, zgadywaniu, błędzeniu, eksponowaniu zaskakujących pomysłów, „refleksji, pytań, radości, smutku, fascynacji” [Dymara 2000: 46]. Eksplorowaniu świata i zaspokajaniu aktywności poznawczej sprzyjają wszelkie działania oparte na sztuce, które umożliwiają uczenie się przez przeżywanie, budowanie własnych doświadczeń, tworzenie i konfrontowanie własnych pomysłów z innymi. Szczególną rolę w poznawaniu siebie i otoczenia odgrywać mogą zajęcia oparte na technikach muzykoterapeutycznych, w trakcie których wszystkie dzieci mają szansę na czynny kontakt ze sztuką muzyczną w interakcji z innymi uczestnikami zajęć. Dzieci najczęściej z ochotą podejmują wszelkie działania w zakresie aktywności muzycznej. Aktywność ta wynikać powinna z samej natury dziecka, które poznaje świat. Anna Brzezińska podkreśla, iż aktywność własna jest obok zadatków biologicznych, wpływów środowiska i wychowania, jednym z podstawowych czynników rozwoju człowieka [Brzezińska 2007: 109]. Aktywność jednostki można rozpatrywać w kontekście fizjologicznym i psychicznym, jest ona rozumiana jako stan czynny w przeciwieństwie do stanu bierności, bezruchu, braku reakcji na bodźce [Tyszkowa 1990: 13]. Zdaniem Hanny Krauze-Sikorskiej szczególną rolę w rozwoju dziecka odgrywa aktywność motywowana wewnątrznie, spontanicznie podejmowana – inspirowana ciekawością i satysfakcją. Rolą otoczenia dziecka jest stwarzanie warunków sprzyjających jej rozwojowi [Krauze-Sikorska 2010: 21].

Dzieci podejmujące rolę uczniów powinny mieć możliwości wszechstronnego rozwoju nie tylko dzięki zaprogramowanym i zorganizowanym procesom edukacyjnym, ale też poprzez aktywność własną i nabywanie doświadczeń w funkcjonowaniu w środowisku szkolnym. Dostosowanie się do potrzeb i wymagań grupy może być dla dzieci trudne, a w przypadku dzieci z problemami rozwojowymi nie zawsze w pełni możliwe. Należy jednak podejmować starania, by w jak największym stopniu wykorzystywać potencjał każdego z uczniów i stwarzać szanse nawiązywania i utrzymywania więzi w grupie. Jak podaje Justyna Świącicka [2007: 11–12], warto wykorzystywać w pracy wychowawczej wspólne gry i zabawy budujące empatię, rozwijać umiejętności

społeczne, stymulować twórcze myślenie poprzez wykorzystanie dramy czy pantomimy.

Do działań twórczych i zachowań prospołecznych inspirować mogą uczniów zadania przygotowane przez specjalistę – muzykoterapeutę i realizowane podczas zajęć muzykoterapeutycznych. Rola muzykoterapeuty w klasie integracyjnej polega przede wszystkim na:

- > inicjowaniu działań aktywizujących muzycznie i społecznie,
- > stymulowaniu twórczości i kreatywności,
- > motywowaniu do tworzenia i poznawania muzyki,
- > kształtowaniu umiejętności komunikacyjnych,
- > niwelowaniu lęków i oporów,
- > tworzeniu atmosfery bezpieczeństwa,
- > promowaniu zdrowia i działań prozdrowotnych.

W czasie zajęć muzykoterapii uczniowie mają możliwość doskonalenia koordynacji wzrokowo-słuchowo-ruchowej, ćwiczenia umiejętności słuchania, koncentrowania uwagi, wyrażania emocji i ich odbierania oraz interpretowania emocji innych osób, co wpływa korzystnie na poziom kompetencji komunikacyjnych. Zajęcia muzykoterapeutyczne prowadzone w integracyjnych klasach szkolnych różnią się od typowych zajęć terapeutycznych, uczestniczą w nich bowiem wszyscy uczniowie i cele poszczególnych zajęć dostosowane są do potrzeb i możliwości całego zespołu klasowego. Inaczej planuje się zajęcia indywidualne i w małych grupach terapeutycznych. Zajęcia indywidualne są programowane i realizowane w oparciu o diagnozę potrzeb konkretnego dziecka, ich podstawą jest relacja między dzieckiem a muzykoterapeutą. Do zaburzeń, które stanowią przyczynę kierowania dzieci do placówek integracyjnych, należą m.in. różne rodzaje niepełnosprawności fizycznej, niepełnosprawności sprzężonej, mózgowe porażenie dziecięce, zaburzenia ze spektrum autyzmu – w tym zespół Aspergera, zaburzenia zachowania i emocji, ADHD, niepełnosprawność intelektualna – w tym zespół Downa. Zajęcia dla całej klasy wymagają innego sposobu przygotowania i prowadzenia niż zajęcia indywidualne. Uczestnictwo uczniów z dysfunkcjami w zajęciach zespołowych daje im szansę na znalezienie swojego miejsca i w miarę możliwości prawidłowe funkcjonowanie w grupie.

Zajęcia muzykoterapeutyczne nie powinny być porównywane ze standardowymi zajęciami muzycznymi, uczniowie nie są bowiem oceniani za swoją twórczość, ich muzyczna ekspresja nie musi być ściśle podporządkowana kanonom sztuki. Podstawą zajęć jest aktywność własna dzieci i ich wyobraźnia stymulowana dzięki muzyce. Każde dziecko staje się wówczas twórcą, odtwórcą i odbiorcą muzyki. Konstrukcja zajęć umożliwia osiągnięcie sukcesów na forum grupy także osobom bez uzdolnień muzycznych. Sukcesywnie wszystkie dzieci doskonalą swoje umiejętności muzyczne, osiągając coraz wyższy poziom kompetencji muzycznych także w zakresie wykonawstwa. Uczestnictwo w zajęciach muzykoterapii ma również wymiar dydaktyczny, owocuje bowiem rozszerzeniem wiedzy z dziedziny muzyki. Wiedza ta jest przyswajana bez trudu i może niekiedy wykraczać poza obowiązkowy program nauczania na danym poziomie edukacyjnym, zgodnie ze stwierdzeniem Michała Klichowskiego: „efektywność aktywności poznawczej osoby zainteresowanej jest znacznie wyższa niż niezainteresowanej podejmującej zadanie np. z przymusu” [Krauze-Sikorska 2010 12:153]. Wielu uczniów zaczyna interesować się poznawaniem muzyki także w środowisku pozaszkolnym i jej uprawianiem. Dzieci uczestniczą w spotkaniach muzycznych w szkole, w koncertach filharmonicznych i bywają widzami spektakli operowych.

Uczniowie klas integracyjnych 0–3 Szkoły Podstawowej nr 43 we Wrocławiu mają w planie zajęć jedną godzinę dydaktyczną muzykoterapii i jedną godzinę zajęć terapeutycznych z wykorzystaniem sztuk plastycznych w tygodniu. Programy zajęć dostosowane są do poziomu klas i oparte na podstawie programowej edukacji wczesnoszkolnej. Zajęcia prowadzone są w specjalnie urządzonym gabinecie, w którym nie ma ławek ani krzeseł. Podłoga wyłożona jest wykładziną dywanową, na której można nie tylko usiąść w kręgu, ale także bez zbędnego zamieszania i wysiłku ustawić się do tańca, ćwiczeń z elementami rytmiki czy dramy. Sposób umeblowania gabinetu ułatwia uczniom bezkolizyjne poruszanie się na wózkach czy korzystanie z balkoników lub innych pomocy. W gabinecie znajdują się pianino i elektroniczne instrumenty klawiszowe, bogaty zestaw instrumentów perkusyjnych, w tym zestaw

tub dźwiękowych „bum-bum rurek”. Do wyposażenia gabinetu należy sprzęt audio, laptop i telewizor z DVD, książki i albumy o tematyce związanej z muzyką i tańcem, tablice itp. Uczniowie mogą nie tylko słuchać dzieł muzycznych, ale także zapoznać się z fragmentami koncertów, spektakli operowych, baletowych i prezentacjami multimedialnymi. Wyposażenie gabinetu ułatwia prowadzenie zajęć i umożliwia mobilizowanie dzieci do podejmowania różnych rodzajów aktywności muzycznej. Zajęcia dla dzieci w młodszym wieku szkolnym nie mogą być monotonne, ich przebieg powinien być dla nich atrakcyjny. Zaplanowane zajęcia mogą być elastycznie modyfikowane w zależności od potrzeb uczniów w danym dniu. Na efektywność zajęć korzystny wpływ wywiera integrowanie metod i technik muzykoterapeutycznych, w tym elementów muzykoterapii receptywnej i aktywnej. Zdaniem Pawła Cylulko w muzykoterapii dzieci powinno się stosować techniki pracy ukierunkowane na osiąganie określonych celów, skorelowane z aktualnymi potrzebami dzieci [Cylulko 2004: 154].

Jak podaje Cheryl Dileo Maranto, techniki muzykoterapeutyczne można rozpatrywać w kategorii doświadczeń muzycznych. Autorka ta wymienia m.in. techniki receptywne (*receptive*), rekreatywne (*recreative*), improwizacyjne (*improvisatory*), aktywne (*activity*), kombinowane (*combined*) [Maranto 1993: 688–689]. Muzykoterapia receptywna polega na słuchaniu muzyki, która wywołuje odczucia i skojarzenia, wyzwała reakcje emocjonalne. Semantyczna treść muzyczna sprzyja powstawaniu procesów wyobrażeniowych, ułatwia ekspresję werbalną i niewerbalną [Kronenberger 2003: 30–31]. W muzykoterapii receptywnej stosowane są techniki projekcyjne, w których muzykoterapeuta może sformułować metaforycznie temat wyobrażeń, a sam proces wyobrażeniowy traktowany jest zadaniowo [Cesarz 2003: 11]. Jako techniki projekcyjne wymienia się:

- > technikę wolnych skojarzeń,
- > technikę kierowanej wyobraźni,
- > technikę zdań niedokończonych [Dobrzyńska i in. 2006: 87].

Rodzaje i gatunki muzyczne prezentowane dzieciom należy dobierać, kierując się tematem zajęć i ich planem. Młodym odbiorcom łatwiej

jest koncentrować uwagę w trakcie słuchania zadaniowego, kiedy skupiają się na konkretnych cechach muzyki. Treść zadań realizowanych w trakcie aktywnego słuchania muzyki jest zaplanowana z odpowiednim wyprzedzeniem, a ich tematyka pozwala na dokonanie transferu pomiędzy doświadczeniami muzycznymi a doświadczeniami życiowymi. Opierając się na materiale muzycznym, uczestnicy zajęć mogą wyobrażać sobie sekwencje zdarzeń, scen rzeczywistych lub baśniowych, realnych i nierealnych, postacie, elementy krajobrazu, mogą tworzyć opowiadania i własne historyjki, improwizować, przedstawiać skojarzenia w formie rysunkowej. Dzieci wdrożone do słuchania potrafią coraz dłużej koncentrować uwagę, przebywając w grupie: od 1–1,5 minuty w pierwszym okresie zajęć do 8–9 minut po 5–6 miesiącach uczestniczenia w zajęciach muzykoterapii.

Planując przebieg zajęć muzykoterapeutycznych, warto sięgać nie tylko po dzieła popularne, ale także te mniej znane, korzystać z aranżacji w różnych stylach muzycznych i mobilizować dzieci do aktywności poznawczej. Fragmenty muzyki prezentowane dzieciom nie powinny być zbyt długie, by nie wywołać uczucia znużenia, lecz raczej zainteresowanie kontynuowaniem słuchania. Po wysłuchaniu fragmentów muzycznych można poprosić członków grupy o podzielenie się skojarzeniami i zwerbalizowanie wyobrażeń lub wyrażenie ich w formie pozawerbalnej. Dzieci z klas młodszych, szczególnie te z deficytami intelektualnymi, niejednokrotnie mają trudności z komunikowaniem się werbalnym ze względu na ubogi zasób słownictwa i małe doświadczenie. Ważne jest umiejętne wspomaganie takich osób i ułatwienie im wypowiedzi przed resztą grupy. Korzystne jest takie zaplanowanie treści zajęć muzycznych, by były one skorelowane z treściami zajęć edukacji wczesnoszkolnej, realizowanymi równolegle. Prezentację muzyki można poprzedzić rozmową z uczniami, w trakcie której uczestnicy zajęć mogą przyswoić sobie lub przypomnieć określenia przydatne w interpretowaniu percypowanych dzieł muzycznych. Przed odtwarzaniem nagrań muzycznych lub ich wykonaniem należy zmobilizować dzieci do właściwego zachowania podczas słuchania. Umiejętność koncentrowania uwagi na wykonywanym zadaniu – w tym przypadku na słuchaniu muzyki – stanowi podstawę do zapamiętywania treści. Konsekwentna praca w grupie nad

utrzymaniem koncentracji uwagi na właściwym poziomie przynosi z reguły korzystne rezultaty także w wymiarze pozamuzycznym. Dzieci, które potrafią z zaangażowaniem słuchać muzyki, uczą się sukcesywnie słuchania siebie nawzajem, co z kolei ułatwia nawiązywanie i podtrzymywanie rozmów i kontaktów towarzyskich w grupach rówieśniczych i poza nimi. Nastroje i emocje można wyrażać także poprzez improwizacje muzyczne, improwizacje z wykorzystaniem gestów i ruchu w trakcie muzykoterapii aktywnej.

Słuchanie muzyki jest w początkowym okresie szczególnie trudne dla dzieci z deficytami uwagi. Wprowadzenie klarownych reguł dotyczących zachowania podczas zajęć i konsekwentne ich przestrzeganie pozwala na wypracowanie właściwych nastawień. Percepcja muzyki może być trudnym zadaniem także dla tych dzieci, które mają problemy z odbiorem bodźców akustycznych (np. w postaci nadwrażliwości na niektóre częstotliwości dźwięków lub barwy instrumentów). Systematyczna praca z dziećmi i trening słuchania pozwalają niejednokrotnie wyciszyć nadmiernie ekspansywne reakcje i ułatwić odbiór muzyki. Programowanie muzyki do zajęć dla dzieci z dysfunkcjami powinno być poprzedzone wywiadem na temat ich uprzednich doświadczeń muzycznych, zainteresowań, uczestnictwa w zajęciach umuzykalniających, zajęciach tanecznych czy zajęciach rytmiki. Pomocna jest współpraca z rodzicami i opiekunami dzieci oraz prowadzenie systematycznej obserwacji. Obserwacja prowadzona według ustalonego planu stanowi cenną pomoc dla nauczyciela muzykoterapeuty jako jedno z narzędzi ewaluacyjnych. Obserwacją objąć można elementy zachowania się dzieci podczas zajęć, ich reakcje na muzykę, czas i poziom zaangażowania w trakcie aktywnego słuchania, sposoby wykonywania i tworzenia muzyki, strategie podejmowane przez dzieci w sytuacjach dla nich trudnych. Monitorowanie zmian sprzyja twórczemu podejściu do programowania i prowadzenia zajęć dla dzieci, pozwala także na doskonalenie metod pracy, wprowadzanie modyfikacji i weryfikowanie skuteczności działań typowo muzykoterapeutycznych i działań aktywizujących muzycznie uczniów.

Wszelkie formy aktywności muzycznej stanowią fundament muzykoterapii aktywnej, która polega na odtwarzaniu lub improwizowaniu

muzyki za pomocą instrumentu, głosu lub ruchu [Cesarz 2003: 10]. Muzykoterapia aktywna wykorzystywana jest między innymi w psychoedukacji i działaniach socjalizacyjnych. Muzyka jako dzieło wpływa stymulująco na psychomotorykę człowieka, działa aktywizująco lub trankwilizująco, aktywne muzykowanie może intensyfikować działanie muzyki ze względu na wyższy poziom zaangażowania w działanie.

W przebiegu muzykoterapii aktywnej wykorzystuje się improwizacje instrumentalne, swobodne lub kierowane. Wybór instrumentu do zadania może stanowić dla terapeuty informację o charakterze diagnostycznym, istotny jest także sposób wykorzystania instrumentu, sposób wydobywania dźwięków. Inwencja i kreatywność dzieci w przebiegu zajęć pozwalają uzyskać niekonwencjonalne brzmienia, a łączenie instrumentów w grupy inspiruje dzieci do ekspresji twórczej. Instrumenty muzyczne same w sobie przyciągają uwagę dzieci i są dla nich atrakcyjne, instrumenty perkusyjne mogą być wykorzystywane nie tylko do gry, mogą być rekwizytami w trakcie zabaw dramatycznych i muzyczno-ruchowych. Instrumenty wykorzystywane są podczas improwizacji i współimprowizacji. Tematy improwizacji mogą być inspirowane skojarzeniami do wysłuchanej muzyki, dotyczyć wydarzeń z życia codziennego, odwoływać się do tekstów literackich, sztuk plastycznych, ilustrować zmiany pogody czy zjawiska przyrodnicze.

Specyficznym rodzajem improwizacji jest dialog instrumentalny, w którym zamiast słów używa się dźwięku instrumentów perkusyjnych. Dialog instrumentalny ułatwia nawiązanie kontaktu i ekspresję emocji dzieciom, które mają trudności w komunikacji werbalnej, wynikające z przyczyn fizjologicznych i psychicznych (afazja, mutyzm, wybiórczy). Wspólna gra z muzykoterapeutą może stanowić płaszczyznę porozumienia, która będzie podstawą komunikacji i dalszego rozwoju relacji interpersonalnych.

Improwizacja instrumentalna jest sposobem wyrażania siebie poprzez dźwięk, rozbudza kreatywne myślenie, umożliwia ekspresję uczuć. Niekierowana gra na instrumencie zachęca do aktywności muzycznej i odkrywania własnych możliwości, w jej trakcie ćwiczyć można komunikację społeczną. Przenoszenie zachowań z życia codziennego

na płaszczyznę zachowań muzycznych umożliwia swobodną i bezpieczną ekspresję wewnętrznych przeżyć, naukę ról społecznych oraz korekcję dysfunkcyjnych zachowań [Cesarz 2003a: 8–12]. Wspólna gra na instrumentach muzycznych jednoczy grupę i pozwala na uzyskanie poczucia przynależności do społeczności.

Bardzo atrakcyjne dla dzieci są improwizacje muzyczno-ruchowe, z elementami rytmiki i tańca. W trakcie improwizacji ruchowej dzieci mają okazję do spontanicznej ekspresji. Można improwizować do muzyki lub też tworzyć muzykę w trakcie improwizacji. Podczas zajęć muzykoterapeutycznych warto inicjować zabawy muzyczno-ruchowe z elementami rytmiki, dostosowując je do możliwości wszystkich dzieci, w tym szczególnie dzieci niepełnosprawnych. Ćwiczenia z elementami rytmiki i tańca pozwalają doskonalić koordynację wzrokowo-słuchowo-ruchową i refleks.

Do pełnego rozwoju dzieci przyczyniają się w znaczący sposób zajęcia związane ze śpiewem. Głos jest indywidualnym, wyjątkowym atrybutem każdego człowieka [Tarasiewicz 2011: 69]. Śpiewanie piosenek i pieśni pozwala kształtować umiejętność posługiwania się głosem, ćwiczy słuch i pamięć. Podstawą prawidłowej emisji głosu podczas śpiewu jest właściwy sposób oddychania i odpowiednia postawa ciała. Dzieci uczestniczące w zajęciach mają zatem okazję nie tylko do poznania utworów wokalnych, ale także wypracowania właściwych nawyków emitowania głosu. Muzykoterapeuta pracujący z dziećmi musi dysponować umiejętnością śpiewania i akompaniowania. Teksty piosenek mogą stanowić kanwę zajęć terapeutycznych, można je także ilustrować ruchem i za pomocą improwizacji instrumentalnych. Dzieci w trakcie zajęć tworzą własne aranżacje i akompaniamenty rytmiczne, zdarza się, że układają do piosenek nowe zwrotki. Śpiewanie odpowiednio dobranych piosenek z repertuaru dziecięcego daje radość ze wspólnego muzykowania i rozwija dziecięcą wyobraźnię. Śpiewanie pieśni patriotycznych i piosenek ludowych ułatwia zdobywanie wiedzy dotyczącej tradycji i historii, co stanowi podwaliny wychowania obywatelskiego i formuje poczucie przynależności narodowej. Szacunek dla tradycji i kultury własnego kraju jest elementem postawy tolerancji wobec

przedstawicieli innych kultur i narodów. Wspólny śpiew jako działanie zespołowe wpływa korzystnie na poziom integracji grupy. Śpiew solowy jest okazją do autoprezentacji i ekspresji własnych emocji. Dzieci uczestniczące regularnie w zajęciach z muzykoterapii z reguły aktywnie angażują się w śpiewanie i deklarują, że jest to bardzo lubiana forma ich aktywności muzycznej.

Wszystkie techniki muzykoterapeutyczne znajdują swoje zastosowanie także w zajęciach dla grup terapeutycznych, które są powoływane w szkole w zależności od potrzeb dzieci w danym okresie oraz w zajęciach indywidualnych. Zajęcia indywidualne stanowią uzupełnienie zajęć grupowych lub w uzasadnionych przypadkach je zastępują, co jest szczególnie ważne dla uczniów z ADHD czy zaburzeniami o charakterze autystycznym. Mnogość bodźców występujących podczas zajęć grupowych utrudnia czy wręcz uniemożliwia takim osobom prawidłowe funkcjonowanie; bywa, że są nadwrażliwe na niektóre częstotliwości dźwięków, co powoduje burzliwe reakcje emocjonalne. Kontakt z jedną osobą dorosłą jest z reguły dla dziecka niestabilnego emocjonalnie mniej stresujący niż kontakt z grupą. Podczas zajęć indywidualnych można zdiagnozować jakie są trudności danego dziecka, starać się nawiązać z nim relację, ustalić cele oraz plan pracy i stopniowo przepracowywać problemy. Niejednokrotnie po cyklu zajęć indywidualnych dzieci z tak specyficznymi problemami potrafią poradzić sobie na zajęciach w grupie i zaczynają przestrzegać ustalonych reguł, co jest korzystne dla jednostki i całej grupy.

Wszelkie zajęcia muzykoterapeutyczne łączy muzyka, która – jak piszą Dorota Karwowska i Agata Kudlik – „nie tylko pobudza, ale i pozwala komunikować nasze emocje, wpływa na nastrój i pamięć, buduje więzi między ludźmi oraz może determinować nasze zachowanie. Stanowi jeden z najstarszych i najbardziej podstawowych mechanizmów rozwoju społecznego i poznawczego gatunku ludzkiego” [Karwowska, Kudlik 2012: 11]. Walory zajęć muzykoterapeutycznych w postaci łagodzenia stresu, możliwości odreagowania emocji, aktywizacji procesów twórczych, korzystnego wpływu na poziom komunikacji, relacji interpersonalnych i integracji w grupach powinny być wykorzystywane

we wszelkich sytuacjach trudnych czy kryzysowych w przebiegu rozwoju dzieci zdrowych i tam, gdzie jest to potrzebne u dzieci z dysfunkcjami rozwojowymi.

Studenci muzykoterapii, którzy uczestniczą w zajęciach praktycznych w formie ćwiczeń w grupach integracyjnych, mają okazję nie tylko do zweryfikowania poziomu swojej wiedzy teoretycznej, ale przede wszystkim do zdobywania pierwszych doświadczeń zawodowych. Ćwiczenia są realizowane indywidualnie, dlatego też każdy student ma szansę podnoszenia poziomu kompetencji we właściwy dla siebie sposób. Studenci mogą liczyć na merytoryczne wsparcie w przygotowywaniu i prowadzeniu elementów zajęć z dziećmi. Ocena pracy studenta związana jest nie tylko ze sprawdzeniem zasobów posiadanej wiedzy, ale z jego zaangażowaniem w tok zajęć, odpowiedzialnością związaną z realizowaniem podjętych zadań, poziomem kultury bycia, elastyczności, otwartości na zmiany. Konfrontacja z rzeczywistością szkolną i bezpośredni kontakt z grupami integracyjnymi stanowią dla studentów okazję do zmierzenia się z rolą terapeuty, do określenia założeń terapeutycznych oraz ich wstępnej realizacji, pozwalają na poznanie specyfiki i problematyki pracy z grupą integracyjną. Na proces kształcenia i samokształcenia studentów istotny wpływ ma możliwość przekonania się o skuteczności podejmowanych działań terapeutycznych i ich znaczeniu dla grupy integracyjnej. W zasadzie każde działanie prezentowane na forum grupy wiąże się z ocenianiem przez jej członków. Od oceny grupy zależy poziom akceptacji osoby prowadzącej zajęcia, co z kolei wpływa na jakość wzajemnych relacji i atmosferę w czasie zajęć. Każdy student ma szansę zdobywania kolejnych umiejętności – nawiązywania kontaktu z grupą, projektowania, konstruowania i prowadzenia zajęć muzykoterapeutycznych, dokonywania analizy i oceny własnej pracy. Umiejętność dokonywania oceny własnych poczynań jest szczególnie ważna dla dalszego rozwoju, pozwala na wzmocnienie zachowań właściwych i korektę niepożądanych.

W działaniach terapeutycznych niezbędne jest nastawienie na permanentne wszechstronne doskonalenie zawodowe i ciągłe poszukiwanie źródeł inspiracji. Praca muzykoterapeuty wymaga kreatywności,

refleksu, dyrektywności, a także lojalności, dyskrecji, działań zgodnych z regułami etyki, połączonych z umiejętnością zachowania dystansu do pracy terapeutycznej. Różnice indywidualne pomiędzy studentami muzykoterapii sprawiają, że mimo tego samego systemu kształcenia każdy z nich wypracuje swoje własne podejście do muzykoterapii, każdy będzie prowadził zajęcia w sposób odmienny i być może nowatorski, co w efekcie będzie skutkowało poszerzeniem spektrum oddziaływań muzykoterapii. Z wypowiedzi studentów wynika, że cenią sobie możliwość zdobywania doświadczeń praktycznych i podnoszenia poziomu kwalifikacji niezbędnych w profesjonalnym podejściu do pracy muzykoterapeuty. Szkoły podstawowe i ponadpodstawowe w Polsce przechodzą przez system zmian, coraz więcej placówek otwiera i prowadzi klasy integracyjne i klasy terapeutyczne. O rozszerzenie oferty edukacyjnej zabiegają niejednokrotnie rodzice dzieci niepełnosprawnych, którym zależy nie tylko na stymulowaniu rozwoju dzieci i kompensowaniu dysfunkcji, ale także na stworzeniu im możliwości realizacji zainteresowań i aktywizacji twórczej. Niewykluczone, że zapotrzebowanie na zajęcia z zakresu arteterapii, prowadzone przez wykwalifikowanych specjalistów, będzie coraz większe. Warto zatem propagować ideę integracji przez muzykoterapię, rozszerzać i doskonalić ofertę programową uczelni, by jak najlepiej przygotować przyszłych muzykoterapeutów do pracy, w której będą mogli nieść skuteczną pomoc drugiemu człowiekowi.

Bibliografia

- Bąbka Jarosław, *Edukacja integracyjna dzieci pełnosprawnych i niepełnosprawnych. Założenia i rzeczywistość*. Poznań 2001.
- Brzezińska Anna, *Społeczna psychologia rozwoju*. Warszawa 2007.
- Cesarz Helena, *Muzykoterapeuta dźwiękiem mówiący, czyli kilka refleksji na temat komunikacji za pomocą instrumentu*. „Muzykoterapia Polska” 2003, t. 2, nr 2, s. 8–12.
- Cesarz Helena, *O muzyce i muzykoterapii*. „Muzykoterapia Polska” 2003a, t. 2, nr 1, s. 7–13.

- Cylulko Paweł, *Tyflomuzykoterapia dzieci. Terapia i praktyka muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnością wzrokową*. Akademia Muzyczna we Wrocławiu. Wrocław 2004.
- Dobrzyńska Ewelina, Cesarz Helena, Rymaszewska Joanna, Kiejna Andrzej, *Muzykoterapia*. „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej” 2006, t. 6, nr 2, s. 84–88.
- Dymara Bronisława, *Dziecko w świecie muzyki, słów i ciszy*. W: *Dziecko w świecie muzyki*. Bronisława Dymara (red.). Kraków 2000, s. 29–51.
- Dymara Bronisława, *Pedagogika stosowana a muzykoterapia*. W: *XIII ogólnopolskie spotkanie współpracowników Instytutu Muzykoterapii*. Zbigniew Hora, Maria Passella (red.). „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej we Wrocławiu” 1988, nr 45, s. 47–64.
- Galińska Elżbieta, Kozińska Joanna, *Wpływ muzyki na symboliczny i diagnostyczny wymiar procesu wyobraźniowego*. „Muzyka” 2005, nr 4.
- Gumeniok Galyna, Polowa Lesia, *Edukacja w Polsce jako spadek systemowych zmian w społeczeństwie (1990–2010)*. W: *Oblicza wychowania*. Jolanta Szempruch, Beata Bugajska-Jaszczołt, Lidia Pawelec, Irena Stańczak (red.). Kielce 2011, s. 63–70.
- Karwowska Dorota, Kudlik Agata, *Neurofizjologiczne mechanizmy odbioru i przetwarzania muzyki*. W: *Muzyka i my. O różnych przejawach wpływu muzyki na człowieka*. Ewa Czerniawska (red.). Warszawa 2012, s. 11–26.
- Klichowski Michał, *Edukacja aktywnych zainteresowań*. W: *Aktywna edukacja w przedszkolu i szkole. Teoria i praktyka*. Hanna Krauze-Sikorska, Kinga Kuszak (red.). Poznań 2010, s. 151–159.
- Krauze-Sikorska Hanna, *Dziecko jako homo creator. Podmiotowe i sytuacyjne determinanty aktywności twórczej dziecka w okresie średniego i późnego dzieciństwa*. W: *Aktywna edukacja w przedszkolu i szkole. Teoria i praktyka*. Hanna Krauze-Sikorska, Kinga Kuszak (red.). Poznań 2010, s. 19–31.
- Kronenberger Małgorzata, *Muzykoterapia. Podstawy teoretyczne do zastosowania muzykoterapii w profilaktyce stresu*. Szczecin 2003.
- Lecourt Edith, *Muzykoterapia, czyli jak wykorzystać siłę dźwięków*. Chorzów 2008.
- Maranto Cheryl Dileo, *Music Therapy Clinical Practise. A Global Perspective and Classification System*. W: *Music Therapy International perspectives*. Cheryl Dileo Maranto (red.). Pipersville Pennsylvania 1993, s. 683–706.
- Natanson Tadeusz, *Muzyczna profilaktyka w procesie nauczania–wychowania – wybrane refleksje*. W: *XIII ogólnopolskie spotkanie współpracowników Instytutu Muzykoterapii*. Zbigniew Hora, Maria Passella (red.), „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej we Wrocławiu” 1988, nr 45, s. 121–126.
- Nęcki Zbigniew, *Komunikacja międzyludzka*. Kraków 1996.
- Nordoff Paul, Robbins Clive, *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi*. Kraków 2008.

- Palka Stanisław, *Pedagogika w stanie tworzenia. Kontynuacje*. Kraków 2003.
- Podstawa programowa kształcenia ogólnego dla szkół podstawowych. <http://www.men.gov.pl/images/stories/pdf/Reforma/1c.pdf> (dostęp: 27.08.2013).
- Regner Anna, *Arteterapia w szkole integracyjnej*. „Muzykoterapia Polska” 2003, t. 2, nr 1(5), s. 37–42.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r., Dziennik Ustaw nr 228, poz. 1490, § 1, § 4, § 5.
- Rudniański Jarosław, *O dobrym wychowaniu i kształceniu*. Warszawa 1985.
- Rudniański Jarosław, *Uczelnia i ty*. Warszawa 1983.
- Stachyra Krzysztof, *Modele, metody i podejścia do muzykoterapii*. Lublin 2012.
- Szulc Wita, *Arteterapia. Narodziny idei, ewolucja teorii, rozwój praktyki*. Warszawa 2011.
- Szulc Wita, *Muzykoterapia jako przedmiot badań i edukacji*. Lublin 2005.
- Szulc Wita, *Sztuka w służbie medycyny. Od antyku do postmodernizmu*. Poznań 2001.
- Święcicka Justyna, *Ja i grupa. Trening dla uczniów*. Warszawa 2007.
- Tarasiewicz Bogumiła, *Mówię i śpiewam świadomie. Podręcznik do nauki emisji głosu*. Kraków 2011.
- Tyszkowa Maria, *Aktywność i działalność dzieci i młodzieży*. Warszawa 1990.
- Wojnar Irena, *Estetyka i wychowanie*. Warszawa 1964.
- Zacłona Zdzisława, *Wokół zagadnień pedagogiki wczesnoszkolnej*. Nowy Sącz 2012.
- Zatorska Katarzyna, *Warunki i możliwości zaspokajania specjalnych potrzeb edukacyjnych w szkole. Z opinii dyrektorów szkół ogólnodostępnych*. W: *Edukacja alternatywna w XI wieku*. Zbyszko Melosik i Bogusław Śliwerski (red.). Poznań–Kraków 2010, s. 529–540.

DANIELA COLONNA-KASJAN – starszy wykładowca w Zakładzie Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, doktorantka na Wydziale Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu. Pracuje jako muzykoterapeuta z dziećmi z zaburzeniami rozwojowymi oraz z pacjentami Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Psychicznego. Interesuje się wykorzystaniem technik muzykoterapeutycznych w procesie wychowania i edukacji dzieci i młodzieży.

MUZYKOTERAPIA DZIECI W ŚRODOWISKU PRZEDSZKOLNYM W ŚWIETLE POLSKIEJ NAUKOWEJ KONCEPCJI MUZYKOTERAPII TADEUSZA NATANSONA

Agnieszka Szymajda » Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu

» **Streszczenie:** Artykuł stanowi próbę przedstawienia możliwości oddziaływania muzykoterapeutycznego na dzieci z trudnościami w sferze emocjonalnej. Zaprezentowany program muzykoterapii dzieci w wieku przedszkolnym czerpie główne założenia z myśli twórcy polskiej naukowej koncepcji muzykoterapii Tadeusza Natansona. Odniesienia do idei pioniera polskiej muzykoterapii dotyczą przede wszystkim jej humanistycznego aspektu. Holistyczne i podmiotowe podejście do człowieka skłania do rozpatrywania problemów emocjonalnych dziecka w szerokim kontekście oddziaływań, obejmujących najbliższe środowisko, rodzinę i przedszkole. W ten sposób wypełnia się przekonanie o głęboko humanistycznym przesłaniu sztuki muzycznej, roli artysty muzyka, muzykoterapeuty w niesieniu pomocy potrzebującym oraz działaniach służących poprawie jakości życia jednostek, rodzin, grup społecznych.

Słowa kluczowe: dziecko w wieku przedszkolnym, muzykoterapia, zaburzenia emocjonalne.



Wprowadzenie

Umysł małego dziecka wydaje się szczególnie otwarty i wrażliwy na treści, jakie niesie ze sobą muzyka. Spoglądając na rozwój dziecka z perspektywy

modelu lateralnego, dostrzec można zmieniające się w toku rozwoju proporcje między światem *mythos* i *logos*. Dziecko w okresie przedszkolnym żyje prawie całkowicie w świecie *mythos*, który „traci”, zostawia w miarę dorastania i postrzegania rzeczywistości zgodnie z przyjętymi konwencjami kulturowymi. *Mythos* oznacza umysłowość archaiczną, konstytuowaną przez elementy wyobrażeniowo-afektywne, metaforyczność, synkretyzm i subiektywizm. Cechy świata *mythos* to rozwinięta intuicja, bujna wyobraźnia, spontaniczność, kategorie symboli, znaków, cechy geniusza, twórczego artysty, emocjonalnej żywotności, poznania poprzez doświadczenie [Zagórska 2008: 39]. Dziecko w wieku przedszkolnym jest ekspresyjne i spontaniczne, otwarte na świat dźwięków, jakie niesie ze sobą muzyka, rytm, bogactwo barw i odgłosów. W kontakcie z muzyką, szczególnie wykonywaną na żywo, dzieci z łatwością poddają się jej terapeutycznym oddziaływaniom. Odpowiednio dobrane metody i techniki: śpiew, improwizacje ruchowe, wokalne, instrumentalne, zabawy muzyczno-ruchowe znajdują szerokie zastosowanie w muzykoterapii dzieci w wieku przedszkolnym.

Główne założenia polskiej naukowej koncepcji muzykoterapii Tadeusza Natansona

Pojęcie „polska naukowa koncepcja muzykoterapii” związane jest z postacią kompozytora prof. dr. Tadeusza Natansona, który wraz z dr. n. med. Andrzejem Janickim stworzył w latach 70. XX wieku podwaliny nowatorskiej, budzącej liczne kontrowersje dziedziny – łączącej wiedzę medyczną, psychologiczną, pedagogiczną i muzyczną – muzykoterapii [Cylulko, Gładyszewska-Cylulko 2010: 174]. Obaj prekursorzy polskiej i Wrocławskiej Muzykoterapii byli współzałożycielami pierwszego w Polsce Zakładu Muzykoterapii w ówczesnej Państwowej Wyższej Szkole Muzycznej we Wrocławiu (obecnie Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego).

Głównymi założeniami omawianej koncepcji muzykoterapii jest humanistyczne przesłanie sztuki, która ma na celu niesienie pomocy osobom

cierpiącym, współdziałanie w szczytnym dziele ochrony ludzkiego zdrowia [Natanson 1979: 9]. W odpowiedzi na narastające zjawisko dehumanizacji współczesnego świata twórcy Wrocławskiej Muzykoterapii właśnie artystom muzykom, kompozytorom powierzają rolę uwrażliwiania świata społecznego, czynienia go bardziej ludzkim. Proces ten jako jedno z głównych zadań muzykoterapii zasięgiem swoim obejmować miał medycynę, edukację, słowem: wszystkie te miejsca, w których dobro człowieka, jego indywidualny rozwój powinny stanowić wartość nadrzędną. Tadeusz Natanson definiuje muzykoterapię jako „jedno spośród działań zmierzających w kierunku rehumanizacji współczesnego życia [...] w celu korzystnego wpływania zarówno na współkształtowanie środowiska, w którym człowiek żyje i działa, jak i na panujące w nim stosunki międzyludzkie” [Natanson 1992: 125].

Celem podejmowanych przez twórców muzykoterapii w Polsce działań było stworzenie podstaw naukowych muzykoterapii, sprecyzowanie podstawowych pojęć, obszarów zastosowania. Twórcy Wrocławskiej Muzykoterapii widzieli jej szerokie, uniwersalne zastosowanie praktyczne. Asemantyczny charakter muzyki jako środka oddziaływania w muzykoterapii sprawia, że możliwości jej zastosowania są nieograniczone. Wprawdzie dowiedzione efekty działania muzyki – przede wszystkim na sferę doznań psychicznych, emocjonalnych, wyobrażeniowych – skłaniały do wąskiego myślenia o zastosowaniu muzykoterapii, np. w psychiatrii. Jednak pionierzy poszukiwali nowych obszarów zastosowania muzykoterapii i otwarci byli na poszerzenie pola jej oddziaływania na różnorodne grupy pacjentów. Odniesienia do praktyki klinicznej wyróżniały w tym okresie polską nauką koncepcję muzykoterapii Tadeusza Natansona na tle dokonań przedstawicieli innych krajów Europy. W efekcie prowadzonych badań i wymiany doświadczeń, współpracy z przedstawicielami różnych środowisk w kraju i za granicą powstała pierwsza polska definicja muzykoterapii sformułowana przez Tadeusza Natansona. Odnosi się ona do całościowej, humanistycznej koncepcji człowieka: „Muzykoterapia jest metodą postępowania, wielostronnie wykorzystującą wieloraki wpływ muzyki na psychosomatyczny ustrój człowieka” [Natanson 1979: 51]. W definicji tej kluczowe

wyduje się przyjęcie holistycznej koncepcji człowieka, który jako podmiot, centrum procesu muzykoterapii, traktowany jest zawsze w sposób całościowy. Podejście takie skłania do rozpatrywania sytuacji człowieka w kontekście wielu uwarunkowań społecznych, kulturowych, rodzinnych, danych każdemu człowiekowi w sposób niepowtarzalny.

Prowadzone przez twórców Wrocławskiej Muzykoterapii badania kliniczne pozwoliły na sformułowanie naukowych przesłanek do obiektywnego pomiaru oddziaływania muzyki na człowieka. Tadeusz Natanson stworzył metodę kwalitometryczną, umożliwiającą ocenę ilościową zmian w obszarze psychicznym człowieka na następujących poziomach: pobudzenia emocjonalno-afektywnego, pobudzenia wyobraźniowo-skojarzeniowego, pobudzenia psychomotorycznego, pobudzenia intelektualnego [Kukiełczyńska-Krawczyk 2010: 158]. Zapoczątkowany w latach 70. ubiegłego wieku proces odkrywania nowych obszarów i możliwości stosowania muzykoterapii trwa do dziś. Muzykoterapia rozwija się prężnie zarówno jako dyscyplina naukowa, jak i praktyczna, znajdując coraz szersze zastosowanie. Obecnie definiowana jest przez Światową Federację Muzykoterapii w następujący sposób: „Muzykoterapia jest profesjonalnym stosowaniem muzyki i jej elementów jako interwencji medycznych, edukacyjnych oraz w codziennych warunkach w pracy z jednostkami, grupami, rodzinami lub społecznościami, poszukującymi zoptymalizowania ich jakości życia, poprawy w aspekcie fizycznym, społecznym, komunikacyjnym, emocjonalnym, intelektualnym i duchowym oraz poczucia dobrostanu. Badania, praktyka, edukacja i kliniczne szkolenie w muzykoterapii opiera się na profesjonalnych standardach uwzględniających kontekst kulturowy, społeczny i polityczny” [za: Stachyra 2012: 30].

Przedstawiona ogólna analiza głównych założeń polskiej naukowej koncepcji muzykoterapii Tadeusza Natansona pozwala wyłonić kilka elementów, które odnieść można do muzykoterapii dzieci w środowisku przedszkolnym. Pierwszą przesłanką jest społeczny wymiar muzykoterapii, której obecność w instytucjach medycznych i edukacyjnych przyczynia się do kształtowania korzystnej przemiany relacji międzyludzkich, czyniąc je bardziej podmiotowymi, nasyconymi wartościami

humanistycznymi. Kolejną cenną i wartą rozwijania ideą, zawartą w koncepcji Tadeusza Natansona, jest całościowe, holistyczne traktowanie człowieka w podejmowanych działaniach terapeutycznych. Również potwierdzone badaniami naukowymi przekonanie o wymiernym oddziaływaniu muzyki na sferę emocjonalną, wyobraźniową i motoryczną człowieka stało się podstawą naukowego i praktycznego rozwoju muzykoterapii. Pionierzy muzykoterapii w Polsce akcentowali „siłę nastrojotwórczą muzyki” oraz jej wpływ na sferę emocji i przeżyć człowieka. Stworzone przed czterdziestu laty podstawy stały się inspiracją dla muzykoterapeutów pracujących w różnych środowiskach i z różnymi grupami pacjentów. Ciągłe aktualne treści korespondują z prezentowaną w artykule koncepcją muzykoterapii dzieci przedszkolnych, mających trudności w sferze funkcjonowania emocjonalnego.

Muzykoterapia dzieci z trudnościami emocjonalnymi

Dojrzewanie emocjonalne człowieka, niezależnie od jego wieku, wyraża się poprzez zrozumienie innych ludzi, świata oraz samego siebie. Na każdym etapie życia rozwój sfery emocjonalnej oznacza mierzenie się z innymi problemami. W przypadku dzieci w wieku przedszkolnym będą one związane ze zdobywaniem umiejętności panowania nad impulsami emocjonalnymi, nabieraniem świadomości własnych przeżyć oraz pierwszymi próbami rozumienia świata emocji innych. Anna Brzezińska podkreśla, że rozwój dziecka warto analizować zawsze z dwóch punktów widzenia: tego, co przebiega pomyślnie, co pojawia się jako kolejne osiągnięcie rozwojowe i umożliwia efektywniejszą adaptację do środowiska; i tego, co wskazuje na istnienie zakłóceń w procesie rozwoju, co może być źródłem utrudnionego zaspokajania potrzeb, niespełnienia wymagań otoczenia, co może powodować dezadaptację i owocować różnymi zaburzeniami funkcjonowania osobistego i społecznego [Brzezińska 2005: 22]. Zadaniem rozwojowymi w obszarze emocjonalnym dzieci w wieku przedszkolnym są: nabywanie kontroli nad własną

impulsywnością, adaptacja do grupy rówieśniczej, wyjście ze środowiska rodzinnego i zdobywanie pierwszych doświadczeń społecznych w środowisku przedszkolnym. Na tym etapie życia dziecko zaczyna oceniać swoje umiejętności, kształtuje się jego poczucie własnej wartości. W procesie kształtowania samooceny dziecka decydującą rolę odgrywają osoby dorosłe z najbliższego otoczenia, szczególnie rodzice. Wydaje się, że w tym wieku bycie w relacji z osobą dorosłą oznacza dla dziecka poszukiwanie wzajemnej adoracji i potwierdzenia własnej wartości: „Spójrz na mnie, zobacz, co potrafię”. Jak zauważa Erna Furman, nic nie cieszy dziecka w wieku przedszkolnym bardziej niż podziw, który wzbudza: „Ależ jesteś silny! Jaki jesteś duży!” [Furman 1994: 31].

Aprobata i akceptacja przy jednoczesnym przyzwoleniu na autonomię, doświadczenie sukcesów i porażek pozwala dziecku na budowanie pozytywnego obrazu siebie. Jednocześnie kształtująca się u dziecka samoświadomość może stać się przyczyną powstawania silnego lęku przed porażką i niemożnością spełnienia oczekiwań stawianych przez środowisko. Powstały w ten sposób lęk staje się niejednokrotnie przyczyną zaburzeń zachowania, przyjmujących postać zachowań agresywnych, wycofania, nieśmiałości, błaznowania, zaburzeń mowy. Liczba dzieci przedszkolnych, przejawiających trudności o podłożu emocjonalnym, w ostatnich latach zdecydowanie rośnie. Wiele dzieci znajduje się pod stałą opieką poradni psychologiczno-pedagogicznych, często też objęte są programami wczesnej interwencji i uczęszczają na zajęcia do ośrodków rehabilitacyjnych, terapeutycznych.

Omawiany program muzykoterapii adresowany jest do dzieci w wieku przedszkolnym z zaburzeniami zachowania o podłożu emocjonalnym. „Zaburzenie emocjonalne jest kategorią diagnostyczną, która obejmuje subiektywny niepokój dziecka niezakłócający jego postrzeganie rzeczywistości. Zalicza się do niego stany lękowe, zaburzenia nastroju, natręctwa myślowe, fobie. Symptomy tych zaburzeń to poczucie niższości, skrępowanie, wycofanie społeczne, nieśmiałość, lęk, smutek” [Seligman 2003: 331].

Program muzykoterapii dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi obejmuje sesje indywidualne i zajęcia w grupie przedszkolnej. Pierwszym

etapem sesji jest nawiązanie dobrego kontaktu z dzieckiem, stworzenie bezpiecznej, serdecznej atmosfery. Wejście w pełną otwartości i zaufania relację z dzieckiem ułatwić może wykorzystanie instrumentów perkusyjnych. Zagranie swojego nastroju na wybranym instrumencie jest bardzo dobrym i sprawdzonym pomysłem na rozpoczęcie zajęć indywidualnych. Piosenka z imieniem dziecka śpiewana na przywitanie połączona z ruchem może stać się stałym elementem rozpoczynającym zajęcia muzykoterapii. Wypracowana niezmienna struktura sesji muzykoterapeutycznych sprzyja poczuciu bezpieczeństwa dzieci i jest szczególnie cenna w pracy z dziećmi z trudnościami emocjonalnymi, nadpobudliwymi, agresywnymi, wycofanymi. Dzięki stałej strukturze zajęć lęk, który zwykle jest pierwotną przyczyną problemów emocjonalnych dzieci, zmniejsza się przez doświadczenie bezpieczeństwa, następujących po sobie, przewidywalnych części sesji.

Nieocenionym elementem muzykoterapii dzieci jest śpiewanie piosenek. Jest to forma ekspresji bardzo bliska małemu dziecku, a dobrany odpowiednio repertuar piosenek stanowić może doskonały materiał do pracy terapeutycznej. Śpiew jest najbardziej intymnym i intensywnym rodzajem ekspresji, ułatwiającym rozbudzenie aktywności. Na podstawie obserwacji sposobu, w jaki dziecko śpiewa, można rozpoznać jego stan psychiczny [Nordoff, Robbins 2008: 121].

Piosenki bogate w treści emocjonalne, zarówno w płaszczyźnie muzycznej, jak i tekstowej, wyzwalają u dzieci spontaniczną reakcję. Dzieci mają szansę identyfikować się z występującymi postaciami, odgrywać ich przygody, przeżycia, układać własne inscenizacje ruchowe treści piosenki czy tworzyć opracowania instrumentalne. Dzięki możliwości wyrażania emocji, jakie niosą ze sobą piosenki dziecięce, pobudzona zostaje u dzieci zdolność do ekspresji emocji. Ekspresja jest ważnym składnikiem procesu emocjonalnego; to rodzaj uniwersalnego języka informującego o własnych przeżyciach i potrzebach. U dzieci lękowych, wycofanych i nieśmiałych ekspresja własnych przeżyć i potrzeb jest zwykle zablokowana. Natomiast ekspresja wokalna, instrumentalna czy ruchowa dzieci agresywnych i nadpobudliwych jest zwykle bardzo żywiołowa, głośna, chaotyczna i nieuporządkowana. Odpowiednio

dobrana pod względem przebiegu emocjonalnego piosenka oswoja dzieci z emocjami „trudnymi” dla nich do asymilowania, np. piosenka o zapadających w zimowy sen misiach ze spokojnym, utrzymanym w charakterze kołysanki, refrenem działa na dzieci agresywne, nadruchliwe uspokajająco, wyciszająco. Dzieci, ilustrując ruchem treść piosenki, zdobywają coraz pełniejszą kontrolę nad własną impulsywnością, a nadmierne pobudzenie psychoruchowe się zmniejsza.

Inną techniką muzykoterapeutyczną znajdującą zastosowanie w pracy z dziećmi z trudnościami emocjonalnymi jest gra na instrumentach perkusyjnych – improwizacje, ukierunkowane lub nieukierunkowane swobodne działania inspirowane muzyką. Wyrażanie na instrumentach różnych nastrojów, dialogi instrumentalne sprzyjają ekspresji emocjonalnej, poprawiają identyfikację emocji, wzmacniają więzi emocjonalne [Konieczna-Nowak 2012: 220–237]. W przypadku dzieci nieśmiałych wchodzenie w dialog instrumentalny będzie spełniało funkcję otwierania na komunikację i wychodzenia z izolacji. Natomiast improwizacje instrumentalne ukierunkowane, np. rytmiczne towarzyszenie na pianinie improwizacji instrumentalnej dziecka agresywnego, będą ułatwiały mu wypracowanie w sobie ładu, uporządkowania struktury własnych doznań emocjonalnych.

Improwizacje ruchowe stanowią kolejny ważny element muzykoterapii dzieci z problemami emocjonalnymi. Połączenie muzyki, ruchu, rytmu uwalnia emocje, działa aktywizująco i pobudza wyobraźnię dziecka. Jednocześnie sposób wykorzystania przez dziecko przestrzeni, w której porusza się podczas swobodnej improwizacji ruchowej, dostarcza wielu cennych informacji o nim. Jeśli ruch dziecka ogranicza się do małej przestrzeni, dziecko „chodzi pod ścianami”, unika śmiałego wejścia w grupę, to takie zachowanie zwykle wskazuje na nieśmiałość, przeżywanie nadmiernego lęku i napięcia. Zaobserwowane przez muzykoterapeutę zmiany w sposobie wykorzystywania przestrzeni w swobodnym ruchu stają się cenną informacją na temat zmian zachodzących pod wpływem prowadzonych zajęć. Swoboda, nabieranie śmiałości ruchowej w grupie, pełniejsze zajmowanie przestrzeni przez dziecko nieśmiałe świadczą o wzroście poczucia własnej wartości dziecka i pewności siebie. Również obserwacja sposobu

poruszania się w grupie dziecka, np. wycofanie, widoczny lęk przed zderzeniem czy – z drugiej strony – potrącanie, popychanie, jakby niezauważanie innych stanowią dla muzykoterapeuty wartościowy materiał pozwalający ocenić zachodzące pod wpływem prowadzonej muzykoterapii zmiany.

Również twórczość plastyczna dzieci inspirowana muzyką poprzez odpowiednio dobrane tematy i sposoby pracy znajduje zastosowanie w muzykoterapii dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi. Tak jak w innych rodzajach spontanicznej ekspresji, np. wokalne, instrumentalnej, ruchowej, twórczość plastyczna dzieci pozwala na odreagowanie emocji, rozwijanie wrażliwości i empatii. Poniżej zostały przedstawione przykładowe rysunki dzieci obrazujące smutną (odchodzącą) zimą i radosną wiosną. Podczas rysowania dzieci słuchały muzyki o charakterze smutnym: adagio molto z *Koncertu skrzypcowego* nr 1 F-dur „Jesień” („L’Autunno”) Antonia Vivaldiego, i wesołej: allegro z *Koncertu skrzypcowego* nr 1 E-dur „Wiosna” („La Primavera”) również Vivaldiego. Przed przystąpieniem do pracy plastycznej dzieci bawiły się przy piosence pt. *Wsiadaj, zimo, na sanki*, przedstawiały ruchem treść piosenki. Odgrywały role uciekającej zimy i przychodzącej, radosnej wiosny. Na wybranych instrumentach perkusyjnych, według własnych pomysłów, próbowały dźwiękami wygonić zimą. Pracę plastyczną poprzedziła rozmowa z dziećmi na temat sytuacji, w których przeżywają radość i smutek.

Zaprezentowane prace plastyczne dzieci (zob. rys. 1–3), a także obserwacje spontanicznych reakcji ruchowych, instrumentalnych, wokalnych na muzykę ujawniają indywidualne cechy procesu rozwoju każdego dziecka. Zaznaczają się w nim nierzadko elementy pozwalające odnaleźć przyczyny trudności oraz ich indywidualne uwarunkowania. Towarzyszące pracy muzykoterapeuty przeświadczenie o szczególnym charakterze godności ludzkiej i wiara w głęboką wartość każdego samodzielnego bytu jako niezastąpionej części uniwersalnego wszechświata oraz w sens rozwoju każdej indywidualności nadają kierunek podejmowanym działaniom terapeutycznym w pracy z dziećmi z trudnościami w sferze emocjonalnej [Nordoff, Robbins 2008: 126]. Podmiotowe i całościowe spojrzenie na dziecko umożliwia podjęcie właściwych, odpowiadających indywidualnym potrzebom dziecka, działań muzykoterapeutycznych.



Rys. 1. Ekspresyjne i zdecydowane « przedstawienie portretu wesołej wiosny – rysunek wykonany przez Darię, lat 6. Ze zbiorów własnych autorki



Rys. 2. Wyrazisty i bardzo określony obraz smutnej zimy – rysunek wykonany przez Darię, lat 6. Ze zbiorów własnych autorki »



Rys. 3. Subtelny i pełen symbolicznych elementów obraz wesołej wiosny i smutnej zimy – rysunek wykonany przez Anię, lat 5. Ze zbiorów własnych autorki

Muzykoterapia elementem kształtowania środowiska przedszkolnego

Życzliwe środowisko wychowawcze, jakość relacji panujących w instytucjach edukacyjnych, przedszkolach, szkołach, świetlicach warunkują możliwość urzeczywistnienia potencjału indywidualnego, pełnego rozwoju jej uczestników. Dzieje się tak na każdym etapie edukacji. Istnieją uzasadnione przesłanki do stwierdzenia, że klimat otoczenia społecznego odgrywa większą rolę w odniesieniu do małych dzieci niż starszych. Dzieci w miarę dojrzewania nabierają coraz większej niezależności i autonomii w relacjach społecznych. Anna Brzezińska twierdzi, że im człowiek młodszy, tym bardziej podlega bezpośrednim oddziaływaniom środowiska, w którym żyje [Brzezińska 2005: 3]. Z tego względu dbałość o przyjazną atmosferę, przepełnione szacunkiem i serdecznością relacje w grupie przedszkolnej nabierają kluczowego znaczenia w przypadku osiągnięcia satysfakcjonujących efektów podejmowanych działań edukacyjnych i terapeutycznych.

Bogusław Śliwerski wymienia następujące cechy sprzyjającego rozwojowi dziecka środowiska wychowawczego: autentyczność, gotowość do udzielania dziecku stosownej do jego potrzeb pomocy, empatia, twórczość. Autentyczność oznacza danie każdemu dziecku możliwości bycia sobą, niezmuszanie do przyjmowania cudzych uczuć, ocen, wartości, umożliwienie innym bycia sobą, a nie zmuszanie do odgrywania przypisanych im ról społecznych. Gotowość do udzielania dziecku pomocy oznacza czujność wychowawczą, odpowiadanie na pytania dziecka, chęć i próby zaspokajania jego ciekawości oraz dzielenie się własnymi doświadczeniami. W relacji wychowawczej empatia przejawia się w dostrzeganiu uczuć, wartości, postaw innych osób oraz uświadamianiu ich sobie. Twórczość oznacza gotowość do zmiany, wykazywanie elastyczności i oryginalności w rozwiązywaniu problemów [Śliwerski 2001: 57]. Małgorzata Kowalik-Olubińska natomiast wskazuje na następujące elementy wspierające rozwój emocjonalny dziecka w przedszkolu: tworzenie i podtrzymywanie bliskiej więzi psychicznej między nauczycielem i dziećmi, pozytywny klimat emocjonalno-społeczny w grupie

przedszkolnej, podmiotowy styl interakcji między nauczycielem i dziećmi, sytuacje edukacyjne projektowane przez nauczyciela, współdziałanie nauczyciela z rodzicami [Kowalik-Olubińska 2008: 125–138].

Omówione wyżej postulaty, słuszne i warte wdrażania w praktyce pedagogicznej, rzadko znajdują zastosowanie. Dzieje się tak przypuszczalnie z wielu powodów, do których należą m.in.: brak refleksji nad własnym działaniem, schematyzm myślenia, rutyna, ale nierzadko też przeciążenie i ujawniające się cechy wypalenia zawodowego nauczyciela. Przed wychowawcami i nauczycielami stawiane są wymagania i cele często przekraczające ich możliwości i kompetencje. W ostatnich latach na nauczycieli przedszkoli spadł obowiązek zapewnienia pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom o specjalnych potrzebach edukacyjnych. W myśl idei inkluzji przedszkola i szkoły mają być otwarte i przygotowane na przyjęcie wszystkich dzieci, w tym z niepełnosprawnością, ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się, z chorobą przewlekłą, dzieci znajdujących się w sytuacjach kryzysowych lub traumatycznych, ze środowisk zaniedbanych czy odmiennych kulturowo. W tej nowej sytuacji zadaniem przedszkoli jest rozpoznawanie możliwości rozwojowych wszystkich dzieci i zaspokajanie ich indywidualnych potrzeb. Paradygmat inkluzywny zakłada, że za kształcenie wszystkich dzieci odpowiedzialny jest nauczyciel klasowy, wychowawca przedszkola. W podejściu włączającym nauczyciel powinien brać pod uwagę, planując swoje działania edukacyjne i wychowawcze, przede wszystkim jakość stosunków społecznych w grupie rówieśniczej, równouprawnienie w odgrywaniu ról i emocjonalnym funkcjonowaniu. W centrum inkluzywnego myślenia i działania znajduje się klasa szkolna (grupa przedszkolna) jako heterogeniczna grupa dzieci, które wymagają nauczania zindywidualizowanego, a zarazem wspólnego [Kruk-Lasocka 2012: 13].

Stawiane przed nauczycielem przedszkola zadania, biorąc pod uwagę kompetencje zawodowe, jak np. brak odpowiedniej wiedzy z zakresu pedagogiki specjalnej czy znajomości specjalistycznych metod pracy z dzieckiem o specjalnych potrzebach edukacyjnych, wskazują na potrzebę wsparcia nauczycieli przez specjalistów posiadających odpowiednie kwalifikacje. Wsparcie to z powodzeniem może być realizowane

przez wykwalifikowanego muzykoterapeutę. Celem zajęć z muzykoterapii dla nauczycieli przedszkoli może być rozszerzenie warsztatu pracy pedagogicznej o metody i techniki muzykoterapii stosowane w pracy z małymi dziećmi. Istotnym elementem programu doskonalenia zawodowego z zakresu muzykoterapii jest umożliwienie poznania podstawowych technik stosowanych w różnych rodzajach niepełnosprawności dzieci, a także specyfiki funkcjonowania dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Umiejętności te wydają się szczególnie cenne w kontekście procesów inkluzji i integracji społecznej coraz bardziej obecnych w edukacji przedszkolnej. Dzięki zyskanej podczas warsztatów muzykoterapeutycznych wiedzy i zdobyciu szeregu umiejętności praktycznych nauczyciel ma szansę w sposób konstruktywny i profesjonalny radzić sobie z wyzwaniami wynikającymi z pracy w grupach integracyjnych i stać się bardziej otwartym na problemy dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych.

Drugim, nie mniej istotnym celem programu muzykoterapii dla nauczycieli przedszkoli jest wspieranie rozwoju osobistego i pomoc w rozwiązywaniu problemów wynikających z codziennej pracy z dziećmi, z działania „dla innych”, które nierzadko prowadzi do wypalenia i wyczerpania sił. Szczegółowymi założeniami warsztatów muzykoterapeutycznych dla nauczycieli jest wywołanie pozytywnych zmian w obszarze funkcjonowania emocjonalnego, rozwój samoświadomości, odreagowanie napięć, relaksacja, przepracowanie trudnych sytuacji w relacjach z dziećmi, rodzicami i współpracownikami. Program muzykoterapii dla nauczycieli uwzględnia również sesje indywidualne, podczas których możliwe staje się głębsze wejście w problemy poszczególnych uczestników. Do najczęściej stosowanych podczas warsztatów metod i technik należą techniki: receptywne związane ze słuchaniem muzyki; improwizacyjne, podczas których uczestnicy w sposób spontaniczny wykonują na instrumencie lub głosem własne swobodne improwizacje; dialogi instrumentalne; elementy psychodramy, a także różnego rodzaju techniki muzykoterapii aktywnej związanej z tańcem, zabawami muzycznymi.

Ważnym elementem programu muzykoterapii dla nauczycieli przedszkoli jest trening relaksacyjny przy muzyce. Wydaje się on zasadny dla

wszystkich osób pracujących na co dzień z dziećmi. Zajęcia relaksacyjne oparte głównie na treningu autogennym Johanna Heinricha Schulza wzbogacony został o zestawy ćwiczeń oddechowych bazujące na technice Aleksandra [Kędzior 2006: 73–83]. Dzięki samoobserwacji swojej postawy, a przede wszystkim oddechu uczestnicy zyskują orientację w nawykowych trwałych bądź związanych z przeżywaniem sytuacji stresowych napięciach w ciele. Ćwiczeniom towarzyszy delikatna muzyka relaksacyjna utrzymana w „kołysankowym” pulsie, o uspokajającym charakterze. Oto kilka wybranych wypowiedzi uczestniczek prowadzonych warsztatów muzykoterapeutycznych: „Udział w zajęciach z muzykoterapii umożliwił mi doświadczenie terapeutycznej mocy muzyki, pozwolił na intymną wędrówkę w głąb siebie, w świat własnych emocji, uśpionych potrzeb i drzemiących możliwości” (nauczycielka przedszkola z dwudziestoletnim stażem). A oto inna wypowiedź uczestniczki zajęć: „Ćwiczenia oddechowe przy muzyce bardzo mnie wyciszają. Początkowo wydawały mi się bardzo trudne, uświadomiłam sobie, jak bardzo jestem napięta, a głowę pełną mam rozbieganych myśli. Podczas relaksacji za każdym razem coraz głębiej poddaję się kojącemu działaniu muzyki. Bardzo dziękuję za zajęcia” (nauczycielka przedszkola – dziesięć lat pracy). Z innych wypowiedzi uczestniczek zajęć wynika, że muzykoterapia służyć może poprawie funkcjonowania nauczycieli przedszkoli w miejscu pracy. Zyskując pełniejszy wgląd we własne emocje, zahamowania, pragnienia, nauczyciele stają się bardziej gotowi do przyjęcia pełnej empatii i życzliwości postawy wobec dzieci, rozwija się też dzięki temu ich czujność i wrażliwość wychowawcza. Odreagowanie napięć psychofizycznych, odkrywanie własnych możliwości twórczych sprzyjają podniesieniu samooceny, dzięki czemu wzrasta prawdopodobieństwo zmiany postawy nauczyciela na bardziej elastyczną, otwartą na przyjmowanie niestandardowych, oryginalnych rozwiązań problemów wychowawczych. Udział w treningu relaksacyjnym przy muzyce pozwala nauczycielowi zachować odpowiedni dystans, pozytywne nastawienie, radość i humor niezastąpione w budowaniu bliskich relacji z małymi dziećmi.

Inną formą muzykoterapii, której celem jest inspirowanie pozytywnych przemian w środowisku przedszkolnym, są programy dla rodziców

realizowane w dwóch formach: pracy w grupach rodzic–dziecko oraz w grupach rodziców. Głównym celem warsztatów muzykoterapeutycznych dla dzieci i rodziców jest pogłębianie i wspieranie wzajemnej więzi emocjonalnej. Poświęcone przez rodziców chwile dziecku w kontekście szybkiego tempa życia, pośpiechu i notorycznego braku czasu na wspólną zabawę, rozmowę, bycie ze sobą, stanowią nieocenioną wartość w rozwoju emocjonalnym dziecka. Jak zauważa Anna Klim-Klimaszewska: „Dla właściwego rozwoju emocjonalnego dziecka w wieku przedszkolnym największe znaczenie ma autentyczne zainteresowanie się jego odczuciami i zaspokojenie jego podstawowych potrzeb psychicznych: bezpieczeństwa, związku i współdziałania z osobami bliskimi, miłości, stabilizacji uczuciowej oraz akceptacji i uznania” [Klim-Klimaszewska 2005: 38]. Również dla rodziców, którzy często nie ze złej woli, lecz z powodu nadmiaru obowiązków nie potrafią wygospodarować dla dziecka czasu, udział w zajęciach staje się budującym, radosnym doświadczeniem własnego rodzicielstwa.

Omawiane powyżej zagadnienia związane są pośrednio ze wspieraniem rozwoju emocjonalnego dzieci w wieku przedszkolnym poprzez inspirowanie zmian w najbliższym ich otoczeniu, tworzenie sprzyjającego środowiska wychowawczego. Muzykoterapia odgrywa w tych działaniach rolę czynnika wpływającego na poprawę funkcjonowania społecznego, komunikacji interpersonalnej, wzrostu samoświadomości, podnoszenia jakości życia grup społecznych i jednostek.

Zakończenie

Muzykoterapia, jak pisał Tadeusz Natanson, stawia sobie za cel wywieranie korzystnego wpływu zarówno na współkształtowanie środowiska, w którym człowiek żyje i działa, jak i na panujące w nim stosunki międzyludzkie [Natanson 1979: 70]. Program warsztatów z muzykoterapii dla nauczycieli, rodziców, rodziców z dziećmi jest próbą wypełnienia tego przesłania. Wypowiedzi uczestników, rozmowy, obserwacje podejmowanych przez nauczycieli i rodziców działań pokazują efektywność zastosowanych

form pracy w środowisku przedszkolnym. Zmiany w jakości relacji względem dzieci, zarówno rodziców, jak i nauczycieli, zachęcają do stosowania muzykoterapii jako elementu inspirującego korzystne zmiany w środowisku wychowawczym. Przedstawione w artykule szerokie, holistyczne spojrzenie na rolę muzykoterapii w kontekście kształtowania środowiska społecznego, przemiany relacji międzyludzkich w instytucjach edukacyjnych i życiu rodzinnym pokazuje nieograniczone możliwości muzykoterapii. Myśl Tadeusza Natansona znajduje kontynuatorów, a zapoczątkowany przed czterdziestu laty proces tworzenia naukowych podstaw muzykoterapii w oparciu o odważne poszukiwania naukowe i praktyczne trwa do dziś. W ten sposób wypełnia się przekonanie o głęboko humanistycznym przesłaniu sztuki muzycznej, roli artysty muzyka, muzykoterapeuty w niesieniu pomocy potrzebującym oraz działaniach służących poprawie jakości życia jednostek, rodzin, grup społecznych.

Bibliografia

- Brzezińska Anna, *Portrety psychologiczne człowieka. Jak zmienia się człowiek w ciągu życia?* „Remedium” 2005, nr 4 (122), s. 1–3.
- Cylulko Paweł, Gładyszewska-Cylulko Joanna, *Polska naukowa koncepcja muzykoterapii – w trzydziestolecie wydania książki „Wstęp do nauki o muzykoterapii” Tadeusza Natansona*. W: Tadeusz Natanson. *Kompozytor, uczonek, pedagog*. Anna Granat-Janki (red.). Wrocław 2010, s. 173–184.
- Furman Erna, *Jak wspierać dziecko w rozwoju – podręcznik psychoanalizy dla rodziców*. Warszawa 1994.
- Kędzior Magdalena, *Technika Aleksandra*. W: *Emisja głosu nauczyciela. Wybrane zagadnienia*. Maria Przybysz-Piwko (red.). Warszawa 2006, s. 73–83.
- Klim-Klimaszewska Anna, *Pedagogika przedszkolna*. Warszawa 2005.
- Konieczna-Nowak Ludwika, *Muzykoterapia dzieci i młodzieży z zaburzeniami emocji i zachowania*. W: *Podstawy muzykoterapii*. Krzysztof Stachyra (red.). Lublin 2012, s. 221–237.
- Kowalik-Olubińska Małgorzata, *Edukacyjny kontekst wspierania rozwoju kompetencji emocjonalnej dziecka*. W: *Edukacja wobec zagrożeń rozwoju i bezpieczeństwa dzieci*. Sabina Guz, Jolanta Andrzejewska (red.). Lublin 2008, s. 125–138.

- Kruk-Lasocka Joanna, *Dostrzec dziecko z perspektywy edukacji włączającej*. Wrocław 2012.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, *Metoda kwalitometryczna Tadeusza Natansona w badaniach muzykoterapeutycznych*. W: Tadeusz Natanson kompozytor, uczyony, pedagog. Anna Granat-Janki (red.). Wrocław 2010, s. 173–184.
- Natanson Tadeusz, *Programowanie muzyki terapeutycznej. Zarys podstaw teoretycznych*. „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej we Wrocławiu” 1992, nr 53, s. 122–132.
- Natanson Tadeusz, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*. Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk 1979.
- Nordoff Paul, Robbins Clive, *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi. Historia, metoda i praktyka*. Kraków 2008.
- Seligman Martin, Walker Rosenhan, *Psychopatologia*. Warszawa 2003.
- Stachyra Krzysztof, *Wstęp do muzykoterapii*. W: *Podstawy muzykoterapii*. Krzysztof Stachyra (red.). Lublin 2012, s. 13–47.
- Śliwowski Bogusław, *Współczesne teorie i nurty wychowania*. Kraków 2001, s. 57.
- Zagórska Wanda, *O utracie mythosu w szkole. Przyczynek do głębszej refleksji nad dojrzałością szkolną*. W: *Emocjonalno-społeczne uwarunkowania dojrzałości szkolnej*. Julian Mach (red.). Warszawa 2008, s. 31–42.

AGNIESZKA SZYMAJDA – pracownik naukowy w Instytucie Pedagogiki Specjalnej Dolnośląskiej Szkoły Wyższej we Wrocławiu. Flecistka, artysta muzyk i muzykoterapeutka. Przewodnicząca Zarządu Głównego Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich oraz przedstawicielka Polski w Europejskiej Federacji Muzykoterapii (EMTC). Prowadzi zajęcia w Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu w ramach Podyplomowych Studiów Muzykoterapii. Do głównych zainteresowań naukowych autorki należą: muzykoterapia dzieci z różnorodnymi dysfunkcjami i utrudnieniami rozwojowymi, muzykoterapia we wspieraniu rozwoju emocjonalnego dzieci w wieku przedszkolnym.

WYKORZYSTANIE MUZYKOTERAPII W KONCEPCJI „WYCHOWANIA PRENATALNEGO”. ISTOTA ROZWOJU MOWY DZIECKA

Katarzyna Herda-Płonka » Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

» **Streszczenie:** Artykuł ma na celu wyjaśnienie założeń „wychowania do odległych celów”, które zakłada, że od samego poczęcia świadomy rodzic celowo wykorzystuje odpowiednie formy oddziaływania wychowawczego, tworząc tym samym optymalne warunki dla rozwoju dziecka. Ponadto dokonano charakterystyki rozwoju mowy dziecka od okresu życia prenatalnego do 6. roku życia, pokazując, że w tym czasie zawiązuje się pełna interakcja – komunikacja między rodzicami a ich dzieckiem. Wreszcie zestawiono tematykę rozwoju mowy dziecka z możliwością wykorzystania muzykoterapii, poczynając od okresu życia prenatalnego dziecka, kiedy następowałoby włączenie wykwalifikowanych muzykoterapeutów w realizację zadań stawianych przez odpowiednią powołaną do tego instytucję, której celem byłaby pedagogizacja rodziców już od pierwszego trymestru życia dziecka.

Słowa kluczowe: koncepcja wychowania prenatalnego, muzykoterapia, personalizacja, rozwój mowy dziecka.



Celem niniejszego opracowania jest próba upowszechnienia istoty zagadnienia koncepcji „wychowania prenatalnego” ze szczególnym uwzględnieniem etapów rozwoju mowy dziecka. Zwrócenie uwagi na to, że rodzic

świadomy swoich celów wychowawczych w myśl koncepcji: „wychowanie do odległych celów” z powodzeniem może i powinien wykorzystywać elementy muzykoterapii do kształtowania całego rozwoju swojego dziecka.

Zacznijmy zatem od interpretacji zagadnienia koncepcji „wychowania prenatalnego”. Założenia teoretyczne tej koncepcji są zaczerpnięte z pedagogiki prenatalnej¹. Jest to dyscyplina nowa, należąca do nauk o wychowaniu, zajmująca się edukacją w zakresie potrzeb dziecka prenatalnego oraz noworodka i kompetencji rodzicielskich. Pedagogika prenatalna ma się przyczyniać do promowania i wspierania pre- i perinatalnego rozwoju człowieka. Rozwój dziecka prenatalnego należy rozpatrywać z punktu widzenia dbania kobiety ciężarnej o siebie i dziecko w zakresie: żywienia, zażywania substancji psychoaktywnych, szeroko rozumianego stresu oraz relacji interpersonalnej pomiędzy kobietą ciężarną i jej dzieckiem, a także kobietą ciężarną, jej dzieckiem i partnerem.

Wszelkie zaniedbania w wyżej wymienionych obszarach negatywnie wpływają na rozwój prenatalny dziecka, czego efektem mogą być takie objawy, jak: wiotkość mięśni, zaburzenia oddechowe, wcześniactwo, hipotrofia, wady rozwojowe, zaburzenia ze strony układu nerwowego, rozwoju psychoruchowego, trudności behawioralne oraz intelektualne, kłopoty z nauką szkolną (np. dysleksja, dysgrafia i dyskalkulia), ADHD, zaburzenia w zakresie odruchów neurologicznych, ruchów, percepcji, orientacji, uwagi, uczenia się, rozwiązywania problemów, podejmowania decyzji, zaburzenia w obszarze uczuć, emocji, pamięci. Matki odczuwające niepokój zazwyczaj mają trudniejszy poród, a po urodzeniu ich dzieci więcej płaczą, cierpią na kolki, są nadwrażliwe na bodźce zewnętrzne. Dzieci, których matki nieustannie podlegały czynnikom stresogennym w czasie ciąży, są uważane za trudne, płaczliwe, mające niski próg tolerancji na frustrację, nadwrażliwe, nerwowe, skłonne do irytacji. W okresie szkolnym mają skłonności do przejawiania symptomów ADHD, przy czym im większy stres w okresie ciąży, tym nasilenie objawów jest większe. Dzieci te są też

1 » W tej części opracowania będę opierać się na rozprawie habilitacyjnej pt. *Pedagogika prenatalna. Nowy obszar nauk o wychowaniu* dr hab. Doroty Kornas-Bieli, która jest autorką koncepcji „wychowania prenatalnego” [Kornas-Biela 2009].

określane jako „temperamentne”, częściej przejawiają zaburzenia lateralizacji, zaburzenia integracji sensorycznej, trudności w procesach poznawczych, w uczeniu się. W życiu dorosłym osoby te są bardziej podatne na stany lękowe, stałe poczucie bezradności i bycie w potrzasku (porażki), zaburzenia emocjonalne i psychiatryczne, np.: nerwice, depresje, neurotyczność². Dlatego okres prenatalny jest ogromnie ważny dla zrozumienia późniejszego rozwoju dziecka [Schaffer 2005: 73].

Pedagogika prenatalna zajmuje się analizą nie tylko czynników szkodliwych dla rozwoju dziecka, ale też działań chroniących i wzmacniających zdrowotne zasoby dziecka. Do grupy czynników wymagających redukcji należą formy przemocy prenatalnej, mające charakter medyczny, fizyczny i psychiczny³. W koncepcji wychowania prenatalnego formy przemocy należy skonfrontować z formami wychowawczego oddziaływania na dziecko prenatalne [Kornas-Biela 2010: 164–167]. Należą do nich: pozytywne myślenie o dziecku; fantazjowanie i wizualizacja na jego temat oraz przyszłych relacji z nim; rozmowy z dzieckiem – w myślach lub na głos; pisanie pamiętnika ciąży oraz pamiętnika rozwoju dziecka, pisanie bajek, listów dla dziecka; słuchanie z dzieckiem muzyki; bujanie go i kołysanie oddechem i ruchem; różne formy kontaktu dotykowego; skupienie się na odczuwaniu różnych sygnałów pochodzących od dziecka; obserwacja ruchów dziecka; formy ekspresji artystycznej; przygotowanie ubranek itp.; medytacja, modlitwa; trwanie w stałej obecności dziecka i włączenie go w całość biegu własnego życia.

2» Jest szereg badań potwierdzających fakt, iż brak odpowiedniej opieki, zaangażowania w proces rozwojowy dziecka w okresie prenatalnym i perinatalnym niekorzystnie wpływa na dalszy jego rozwój, czego efektem mogą być na przykład zaburzenia neurorozwojowe u dziecka. Na przykład zaburzona komunikacja behawioralna ze strony matki może uzewnętrzniać się niekonstruktywnym radzeniem sobie z sytuacją stresogenną (nadużywanie używek czy też przejawianie agresji fizycznej wobec dziecka nienarodzonego), co w konsekwencji może przyczynić się do deficytów rozwojowych dziecka.

3» Przemoc rozumiana jest jako działanie osoby dorosłej (zamierzone lub niezamierzone), które zagraża życiu i zdrowiu oraz prawidłowemu rozwojowi fizycznemu i psychicznemu dziecka w okresie przed urodzeniem [Kornas-Biela 2010: 164].

Kluczowym pojęciem pedagogiki prenatalnej jest „wychowanie prenatalne”. W polskiej literaturze pedagogicznej wychowanie bywa różnie określane⁴. Biorąc pod uwagę rodzaj definicji – regulujący, możemy przyjąć, że za jego pomocą próbuje się określić treść i zakres pojęcia wychowania. Regulujący charakter definicji pojęcia wychowania jest zauważalny, gdy mowa o wychowaniu z dopełnieniem tego terminu przez przymiotnik, np. wychowanie zdrowotne, wychowanie seksualne, wychowanie estetyczne, wychowanie rodzinne itp. [Tchorzewski 2008: 319]. W niniejszej koncepcji przyjęto określenie „wychowanie prenatalne” obejmujące perinatalny i prenatalny okres rozwoju dziecka. Najprostsze definicje wychowania wskazują, że wychowanie należy traktować jako proces, który trwa w czasie i który można opisać. Wychowanie rozumiane jako proces może być opisywane jako sytuacja, w której uczestniczy osoba dorosła (matka) i jeszcze niedorośła (dziecko w jej łonie), które znajdują się w jakiejś symbolicznej interakcji. Interakcja ta przebiega w czasie dziewięciu miesięcy, można ją obserwować i opisać [Kantyka 2011: 166]⁵.

Zatem „wychowywać to znaczy wchodzić w interakcje z drugą osobą po to, by wywierać na nią założony wpływ” [Szewczuk 1998: 1001]. Istotą interakcji jest wywarcie wpływu na drugą osobę, o interakcji wychowawczej możemy mówić wtedy, gdy drugi osobnik (tu dziecko w okresie rozwoju prenatalnego) ten wpływ odbiera, tzn. reaguje w sposób dla siebie specyficzny na przekaz wychowawcy skierowany do niego (np. matka, która czyta bajkę). Mówiąc o symbolicznej interakcji, należy odnieść się do tzw. dialogu prenatalnego, który ma miejsce, gdy zaaprobujemy istnienie poczętego dziecka oraz jego personalizację. Przyjęcie

4 » Odpowiednikiem polskiego pojęcia wychowania prenatalnego w literaturze angielskiej jest pojęcie „prenatal influence”, czyli wpływ prenatalny [Sveca 2008: 201]. Jest to jedyny, poza terminem „education”, termin zbliżony do polskiej interpretacji pojęcia wychowania prenatalnego autorki dr hab. Doroty Koronas-Bieli.

5 » Wszelkie stawiane diagnozy w późniejszym okresie rozwojowym dziecka w zakresie zaburzeń neurorozwojowych uwzględniają okres prenatalny i perinatalny dziecka.

założenia, że dziecko w okresie prenatalnym jest podatne na oddziaływanie wychowawcze, wymusza na wychowawcy – rodzicu konieczność rozpoznawania sytuacji i form oddziaływań wychowawczych korzystnych dla przebiegu rozwoju dziecka. Komunikację z dzieckiem w okresie prenatalnym należy rozumieć nie jako stymulację prenatalną, ale międzyludzki dialog, miłosną interakcję, która przyjmuje różne formy realizacji w wychowaniu prenatalnym [Lichtenberg-Kokoszka 2008: 59].

Przyjęte w niniejszym opracowaniu szerokie rozumienie wychowania obejmuje obok zwykle przez to pojęcie rozumianej edukacji także oddziaływania wychowawcze określane jako *sanare*, które łączą się z biologiczną stroną życia, troską o zdrowie i odpowiednie warunki (właściwe biologiczne podłoże) wzrostu i rozwoju. Prawidłowe wychowanie w tym okresie polegałoby na stworzeniu warunków i dostarczeniu dziecku tego wszystkiego, co może rozwijać jego potencjalność, co sprzyja pełnemu rozwinięciu możliwości osobowych tkwiących w dziecku. Dlatego wychowanie w okresie rozwoju prenatalnego jest rozumiane jako wychowanie⁶ do odległych celów, gdyż stwarza podstawy, by mogły one być osiągnięte [Kornas-Biela 2010, s. 149–150].

Drugie z założeń jest zaczerpnięte z ujęcia personalistycznego, w którym relacja matka–dziecko ma wymiar nie tylko biologiczny (matka – embrión, płód), lecz także międzyosobowy: rola rodzica – wychowawcy polega na takim oddziaływaniu na dziecko, które służy „wzbudzaniu w nim osoby”, rozwijaniu się do pełni człowieczeństwa. W kontekście szeroko i personalistycznie pojmowanego wychowania prenatalnego można także mówić o formach prenatalnej przemocy – rozumianej szeroko jako wszelkie oddziaływanie szkodliwe dla pełni osobowego rozwoju dziecka.

Jeśli uznamy, że prenatalny okres życia człowieka kształtuje podwaliny zdrowia psychofizycznego oraz osobowość, to pedagogika prenatalna staje się wówczas teorią wychowania dziecka prenatalnego oraz teorią edukacji w zakresie przygotowania osób mu bliskich do realizacji zadań, jakie wynikają z najwcześniejszego okresu rozwoju dziecka.

6 » „Wychowanie człowieka zaczyna się dwadzieścia lat przed jego urodzeniem, od wychowania jego matki” [Kornas-Biela 2010: 149–151].

Wychowawcze oddziaływanie na dziecko prenatalne jest procesem zazwyczaj przebiegającym samoistnie, ale może też być zabiegiem intencjonalnym (jedna z cech wychowania), obejmującym zespół czynności zmierzających do optymalnego zaspokojenia bio-psycho-społecznych potrzeb poczętego dziecka. Mówiąc o działaniach pedagogicznych – wychowawczych, mamy na myśli to, że edukacja prenatalna powinna zawierać nie tyle element kształcący, ile raczej wychowujący, ponieważ nie chodzi o to, aby rodzice tylko wiedzieli i potrafili, ale ażeby chcieli zastosować w życiu codziennym zdobytą wiedzę [Lichtenberg-Kokoszka 2008: 80–81].

Przyjmując założenie, że w edukacji prenatalnej istotną rolę odgrywa element wychowujący, zakładamy, że młodzi rodzice przyjęli odpowiedzialność za życie własne, zdrowie potomka i zdrowie innych swoich dzieci [Fijałkowski 2006]. Z kolei matka jeszcze przed urodzeniem dziecka odgrywa zasadniczą rolę w określeniu, jakiego rodzaju człowiekiem stanie się dziecko. Biorąc pod uwagę starochiński system określania wieku człowieka, zakładamy, że dziecko po urodzeniu ma już rok życia. Akt narodzin dziecka nie stanowi tu początku jego istnienia. Noworodek po urodzeniu przynosi na świat swoje dziedzictwo. Jest dzieckiem swych rodziców, wnukiem swych dziadków, prawnukiem pradziadków itd. [Fijałkowski 2006: 17]. Pamiętajmy jednak o tym, że okres ciąży to czas wzajemnego oddziaływania matki na dziecko, dziecka na matkę. Hytten opisuje to obrazowo: „płód zachowuje się egoistycznie, i na pewno nie jest małą ujmującą bezradną osóbką, jak w swej naiwności postrzega go matka. Gdy tylko uczepi się ściany macicy, zaczyna dbać o to, by potrzeby jego były zaspokojone, nie zważając na to, że może to być dla matki uciążliwe. Czyni to, majstrując w mechanizmach kontroli i powodując niemal całkowitą zmianę w jej fizjologii” [Schaffer 2005]. Zatem wydaje się, że wzajemność oddziaływania między dzieckiem a opiekunem jest tak samo godna uwagi w okresie prenatalnym, jak i w późniejszych etapach życia [Schaffer 2005: 73]. Dziecko w ujęciu personalistycznym od poczęcia potrzebuje do swojego rozwoju rozpoznawania i zaspakajania potrzeb emocjonalno-społecznych, po prostu potrzebuje pozostawać w relacji z innymi osobami (matka, ojciec i in.).

Zatem skuteczność wychowania zależy w niemałym stopniu od zaspokojenia zarówno potrzeb fizjologicznych, jak i psychospołecznych, a skuteczność opieki – od sposobu, w jaki się zaspokajają potrzeby dziecka [Łobocki 2005: 47–52].

W powyższym ujęciu istoty wychowania do odległych celów należałoby zastanowić się nad tym, czy aby na pewno kobieta w ciąży powinna być objęta planową opieką dopiero od 21. tygodnia ciąży, w myśl założeń szkół rodzenia. Czy nie jest tak, że kobieta i jej mąż, jako rodzice, powinni być objęci opieką pedagogiczną właśnie od pierwszego trymestru ciąży, tak aby zapewnić dziecku w pełni prawidłowe warunki rozwoju. Sądzę, że taka wczesna pedagogizacja rodziców z wykorzystaniem różnych elementów terapii, w tym muzykoterapii, przyczyniłaby się do stworzenia prawidłowych warunków wzrastania ich dziecka. Czas rozwoju w okresie prenatalnym jest bowiem kluczowy dla późniejszego rozwoju człowieka.

Zwróćmy uwagę na naukę mówienia, która nie rozpoczyna się w momencie, gdy dziecko wypowie pierwsze słowa, lecz w chwili jego urodzenia, a nawet wcześniej, w życiu płodowym. Niemowlęta z wrodzonym zainteresowaniem przysłuchują się rozbrzmiewającym wokół nich dźwiękom i potrafią zrozumieć, co mówimy, na długo zanim same zaczną wypowiadać słowa. O tym powinny wiedzieć kobiety w ciąży, które chcą w sposób świadomy pomóc dziecku w nauce mówienia, ponieważ zrozumienie zawsze wyprzedza o krok mówienie [Wasilewska, Szafran 2012: 129–130].

„W okresie prenatalnym, według L. Kaczmarka, ma miejsce tzw. okres przygotowawczy (od 3 do 9 miesiąca życia płodowego), w którym to rozwija się podstawowy organ nadawczy i odbiorczy mowy, czyli mózg i drogi nerwowe. W okresie prenatalnym dziecko ćwiczy mięśnie potrzebne mu po urodzeniu się do oddychania, pobierania pokarmu i wydawania głosu. W 12 tygodniu pojawia się ruch podciągania, podnoszenia górnej wargi, co stanowi wstępne stadium w rozwoju odruchu ssania. W 17 tygodniu dziecko ćwiczy ruchy ssące, uwypukla i wysuwa wargi ku przodowi. Kształtowanie się wiązań głosowych trwa do końca 3 miesiąca. Dziecko w czasie rozwoju poprzez prozaicznie prostą czynność – połykanie wód płodowych – ćwiczy w ten sposób mięśnie, które

po urodzeniu będą brały udział w mówieniu i oddychaniu. W tym czasie dziecko ma już ukształtowane struny głosowe, więc dziecko jest zdolne do reakcji płaczu na długo przed urodzeniem. Dziecko do 3 miesiąca życia ma ukształtowany aparat słuchu, a w okresie pomiędzy 4–5 miesiącem życia odbiera bodźce akustyczne” [Błaszczyk-Sadowska 2011: 66].

Percepcja mowy zaczyna się więc już w okresie prenatalnym, kiedy dziecko uwrażliwia się na głos matki, intonację i dźwięk mowy. Bywa, że niektóre matki nie są w pełni świadome tego faktu lub też czują pewnego rodzaju barierę w podjęciu dialogu z dzieckiem. Wówczas mogą wykorzystać elementy muzykoterapii, które pozytywnie wpłyną nie tylko na stan emocjonalny matki, ale przede wszystkim na ogólny rozwój dziecka, w tym jego mowy.

Kolejny etap rozwoju mowy przypada na tzw. okres melodii – od urodzenia do pierwszego roku życia. „Pierwszy dźwięk – płacz – wydawany jest przez noworodka jakby przypadkiem. Z czasem dziecko podejmuje kontrolę nad siłą wydychanego powietrza, a więc głośnością wydychanego dźwięku, a także nad częstotliwością drgań więzadeł głosowych, inaczej dziecko eksperymentuje z wokalizacją poprzez to, że pojawiają się krzyki, cmokanie, mlaskanie. [...] Dziecko eksperymentuje z różnymi tonami swojego głosu, można by było powiedzieć, że »śpiewa«, uczy się głośno śmiać. Uzmysławia sobie, że różne ustawienie warg i języka modyfikuje wydawany dźwięk. Pojawiają się wydawane dźwięki w postaci pojedynczych samogłosek (tzw. gruchanie), które niejako stanowią swoisty dialog z opiekunem” [Kroll 2009: 145].

Około 6. miesiąca życia rozpoczyna się kolejny okres, jakim jest tzw. gaworzenie, będące odruchem warunkowym i celowym. Dziecko powtarza dźwięki typu: „ma”, „ta”, „ba”, później: „ta-ta”, „ma-ma”. Z końcem pierwszego roku życia dziecko najczęściej wypowiada proste wyrazy typu: mama czy tata. W tym okresie w pełni rozumie wypowiedzi, tj. wyprzedza umiejętność czynnego posługiwania się językiem [Błaszczyk-Sadowska 2011: 67–68].

W tak zwanym okresie wyrazu (między pierwszym a drugim rokiem życia) dziecko przypisuje jednemu wyrazowi różne znaczenia – w zależności od sytuacji, gestów, melodii jego brzmienia. Pod koniec drugiego

roku życia pojawiają się wypowiedzi dwuwyrazowe. Jest to bardzo istotny moment w procesie nabywania języka. Rozpoczyna się proces gramatyzacji języka. Z kolei od trzeciego roku życia dziecko wkracza w tzw. okres zdania. Zasób słów trzyletniego dziecka oscyluje około 1000 [Błaszczyk-Sadowska 2011: 68–69]. Ostatni okres kształtowania się swoistej mowy dziecka przypada między trzecim a siódmym rokiem życia. Trzylatek powinien mieć opanowane fonetyczne, morfologiczne i syntaktyczno-semantyczne podstawy systemu języka. Czterolatek powinien wypowiedzieć głoski „s”, „z”, „c”, „dz”. A pięcioletek „sz”, „cz”, „ż”, „dż” i „r”. Pod koniec wieku przedszkolnego mowa dziecka staje się już kontekstowa, tzn. jest zrozumiała w swojej strukturze językowej. Wszelkie zaburzenia i wady mowy po skończeniu przez dziecko sześciu lat określane są mianem zaburzenia w rozwoju mowy [Błaszczyk-Sadowska 2011: 69–70].

Na podstawie powyższej krótkiej charakterystyki etapów rozwoju mowy dziecka widać, że mowa kształtuje się od okresu rozwoju prenatalnego aż do ukończenia szóstego roku życia. Mowa to podstawa w kształtowaniu się relacji dziecka z otoczeniem.

Gdyby miała miejsce, wspomniana powyżej, zinstytucjonalizowana opieka pedagogiczna rodziców, to wówczas można byłoby rzeczywiście kształtować świadomość rodziców na temat poszczególnych etapów rozwoju ich dziecka i tym samym przyczynić się do rzeczywistego wdrażania różnych form wsparcia jego rozwoju. Przykładem jest wykorzystanie elementów muzykoterapii.

Analizując literaturę przedmiotu dotyczącą muzykoterapii i innych form terapii z zakresu arteterapii, widzimy, że najczęściej są one stosowane w przypadkach *stricte* terapeutycznych, a nie profilaktycznych.

Warto nadmienić, że obszar profilaktyki logopedycznej z uwzględnieniem muzykoterapii jako terapii wspierającej jest często pomijany, a szkoda, ponieważ muzykoterapia może i powinna wspomagać wykształcenie poprawnej mowy u dzieci. Pomocne w tym celu są chociażby piosenki czy melodie wokalizowane na sylaby: „da”, „di”, „do”, „du”, „de”, „mi”, „me”, „mo”, „mu” itp. [Kantyka 2011: 100].

Badania dotyczące muzyki wskazują, że wśród osób słuchających muzyki zaobserwowano tzw. aktywację krtani, co sprzyjało efektywniejszej

nauce mowy [Borowiec 2011: 31]. Zatem towarzysząca dziecku w czynnościach dnia codziennego muzyka może być pomocna w rozwoju języka, zarówno biernego, czyli rozumianego, jak i czynnego (mówionego). Niektóre dzieci przejawiają zdolność wyśpiewania słów, których w rzeczywistości nie są w stanie artykułować mówiąc. Zatem muzyka może wpłynąć na proces rozwoju mowy poprzez:

- > rozwijanie przez zabawę funkcji percepcyjno-motorycznych,
- > zabawy fonacyjno-oddechowe i słuchowo-fonacyjne,
- > zabawy muzyczno-ruchowe, śpiew, taniec.

Poprzez odpowiednio dobrany zestaw ćwiczeń muzyczno-ruchowych w trakcie zajęć muzykoterapeutycznych dąży się do jednoczesnego pogłębienia rozwoju dziecka w następujących obszarach:

- > percepcja (wzrokowa, słuchowa, dotykowa),
- > naśladowanie,
- > motoryka mała,
- > orientacja w schemacie ciała,
- > orientacja w przestrzeni,
- > koordynacja wzrokowo-ruchowa i wzrokowo-słuchowo-ruchowa,
- > koncentracja uwagi [Waliczek 2009: 63].

Muzykoterapię stosuje się więc zarówno w celu wspierania rozwoju dziecka, korygowania, jak i kompensowania zaburzeń jego rozwoju [Cylulko 2014: 309]. Zatem wydaje się zasadne wykorzystanie elementów muzykoterapeutycznych w całościowym rozwoju dziecka, począwszy od etapu jego rozwoju w okresie prenatalnym. Pedagogizacja rodziców w tym zakresie, upowszechnienie zajęć muzykoterapeutycznych, szeroko rozumianych zajęć arteterapeutycznych przyczyniłoby się do kształtowania odpowiednich relacji rodziców, a także rodziców i dziecka jeszcze nienarodzonego oraz już narodzonego. Brak wiedzy w tym zakresie, brak odpowiednich działań ze strony odpowiednich instytucji, które podjęłyby świadomą pracę nad urzeczywistnieniem – wdrożeniem koncepcji „wychowania prenatalnego”, powoduje, że wpływ na rozwój dziecka jest jedynie powierzchowny. Rozwój dziecka w dużej mierze zależy od tego, jakie warunki wzrastania przygotowują i zorganizują mu rodzice. A warunki te mogłyby być wsparte poprzez celowo i systematycznie

organizowane zajęcia muzykoterapeutyczne. Kto mógłby organizować takie zajęcia dla świadomych dalekosiężnych celów wychowawczych rodziców? Na pewno absolwenci studiów (I i II stopnia lub studiów podyplomowych), którzy ukończyli studia wyższe o specjalności muzykoterapia i którzy są gotowi do podjęcia celowej i systematycznej pracy z rodzicami dziecka, począwszy od pierwszego trymestru jego życia – w myśl koncepcji „wychowania prenatalnego”.

Bibliografia

- Błaszczyk-Sadowska Anna, *Profilaktyka logopedyczna. Z doświadczeń logopedy pracującego w przedszkolu*. W: *Logopeda a specjalne potrzeby edukacyjne w obliczu reformy szkolnej*. Wojciech Brejnak, Ewa Wolnicz-Pawłowska (red.). Wyd. Stefana Kardynała Wyszyńskiego. Warszawa 2011.
- Borowiec Joanna, *Możliwość zastosowania muzyki i wibracji w celu poprawy koordynacyjnych zdolności motorycznych dzieci z uszkodzonym słuchem. Raport z badań wstępnych*. „Fizjoterapia” 2011.
- Cylulko Paweł, *Muzykoterapeuta we współczesnej przestrzeni edukacyjnej*. W: *Profilaktyka, diagnoza i terapia w teorii i praktyce edukacyjnej*. Urszula Szuścik, Joanna Skibińska, Ewa Kochanowska (red.). Wyd. Libron. Kraków 2014.
- Fijałkowski Włodzimierz, *Rodzi się dziecko*. Wyd. Duszpasterstwa Rolników. Włocławek 2006.
- Kantyka Karolina, *Rola piosenki w terapii*. W: *Pedagogiczne aspekty diagnostyki i poradnictwa w teorii i praktyce pedagogiki specjalnej*. Adam Stankowski (red.). Wyd. Verbum. Ruřomberok 2011.
- Korn Friedrich W., *Pedagogika. Kluczowe zagadnienia. Pojęcia. Procesy. Modele*. GWP. Sopot 2012.
- Kornas-Biela Dorota, *Pedagogika prenatalna. Nowy obszar nauk o wychowaniu*. KUL. Lublin 2009.
- Kornas-Biela Dorota, *Pedagogika prenatalna*. W: *Pedagogika. Subdyscypliny i dziedziny wiedzy o edukacji*. Tom 4. Bogusław Śliwerski (red.). GWP. Gdańsk 2010.
- Kroll Aleksander, *Jak mózg uczy się dialogu, czyli o wczesnych początkach nauki mowy. Neurologiczne podstawy komunikacji językowej*. W: *Neurolingwistyka w patologii i zdrowiu*. Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie. Szczecin 2009–2011.

- Lichtenberg-Kokoszka Emilia, *Ciąża zagadnieniem biomedycznym i psychopedagogicznym*. Wyd. Impuls. Kraków 2008.
- Łobocki Mieczysław, *Teoria wychowania w zarysie*. Wyd. Impuls. Kraków 2005.
- Schaffer Rudolph H., *Psychologia dziecka*. Wyd. PWN. Warszawa 2005.
- Sveca S., *Angielsko-słowacki leksykon pedagogiki i andragogiki*. Wydawnictwo IRIOS. Bratysława 2008.
- Szewczuk Włodzimierz, *Encyklopedia psychologii*. Wyższa Szkoła Społeczno-Ekonomiczna. Fundacja Innowacje. Warszawa 1998.
- Tchorzewski A. Michał de, *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. Wyd. Żak. Warszawa 2008.
- Waliczek Gabriela, *Rola muzykoterapii w terapii dziecka z autyzmem*. W: *Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem*. Małgorzata Gambin, Ewa Łukowska (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego. Warszawa 2009.
- Wasilewska Magdalena, Szafran Joanna, *Rozwój mowy dzieci 3–5-letnich. Podstawy psychospołeczne – analiza przypadków*. „Wiadomości Psychiatryczne” 2012, t. 15, nr 15, s. 129–130.

KATARZYNA HERDA-PŁONKA – doktor nauk humanistycznych, wykładowca w Zakładzie Pedagogiki Katedry Filozofii i Nauk Humanistycznych Wydziału Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. W pracy naukowo-dydaktycznej poszukuje praktycznych rozwiązań wspierających zarówno środowisko szkolne, jak i rodzinne w procesie nauczania – uczenia się i wychowania.

ŁĄCZENIE ELEMENTÓW MUZYKOTERAPII I LOGOPEDII W TERAPII DZIECKA Z ZABURZENIEM ROZWOJU MOWY I KOMUNIKACJI

Małgorzata Modelska » Dolnośląskie Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży z MPDz „OSTOJA” we Wrocławiu

» **Streszczenie:** Treścią artykułu jest terapia dziecka z zaburzeniami rozwoju mowy i komunikacji. Ukazuje on, jak skomplikowaną i ważną funkcją dla człowieka jest mowa. Przedstawione są etapy, przez które należy przejść, aby się jej nauczyć, oraz sytuacja dzieci z zaburzeniem rozwoju mowy. Artykuł ukazuje związek między muzyką a mową i przedstawia możliwości, jakie stwarza zastosowanie elementów muzykoterapii w procesie rehabilitacji dziecka z zaburzeniami rozwoju mowy i komunikacji. Dotyczą one między innymi: budowania więzi terapeutycznej, pracy nad emocjami, pracy nad wydobyciem głosu, zapamiętywania nowych wyrazów, stymulacji dłoni i narządu artykulacyjnego.

Słowa kluczowe: dziecko, logopedia, muzykoterapia, zaburzenia rozwoju mowy i komunikacji. <<

Człowiek jest istotą społeczną. Od momentu przyjścia na świat realizuje się we współdziałaniu i w kontaktach z innymi ludźmi. Komunikuje swoje potrzeby za pomocą sygnałów pozawerbalnych i mowy. Dzięki niej wyraża swoje uczucia, pragnienia, wymienia się doświadczeniami. Zdaniem Joanny Konarskiej [2013: 180–181] mowa spełnia trzy funkcje:

- > ekspresywną, polegającą na tym, że mówiący uzewnętrznia swoje stany uczuciowe;
- > impresywną, polegającą na tym, że odbierający wytwarza w sobie pewne stany uczuciowe (mogą one różnić się od stanów nadawcy);
- > symboliczną, polegającą na odsyłaniu świadomości nadawcy i odbiorcy do zjawisk określonych za pomocą symbolu.

Ta ostatnia funkcja pozwala na tworzenie nowych pojęć i rozwój procesu myślenia. Odgrywa kluczową rolę w rozwoju osobowości.

Mowa jest czynnością złożoną, odbywającą się przy współudziale wielu organów ludzkiego organizmu. Proces ten jest zainicjowany przez impuls nerwowy o odpowiedniej częstotliwości, wysłany z pól ruchowych kory mózgowej, który przechodząc przez nerw krtaniowy dolny, wprawia w drgania struny głosowe. Odbywa się to przy współudziale mięśni oddechowych, produkujących odpowiednie ciśnienie powietrza wychodzącego z płuc. Jeśli prawidłowo funkcjonują mięśnie odpowiedzialne za artykulację, dźwięki ułożą się w zrozumiałe słowa [Obrębowski 2001: 55–59; por. Nowak-Wolna 2013: 22–27].

Zdolności do mówienia człowiek nabywa w toku swojego rozwoju. Genowefa Demel [2005: 14–18] wyodrębnia w rozwoju mowy dziecka cztery okresy:

- > okres melodii, który przypada mniej więcej na pierwszy rok życia;
- > okres wyrazu, trwający zazwyczaj od 1. do 2. roku życia;
- > okres zdania, trwający od 2. do 3. roku życia;
- > okres swoistej mowy dziecięcej, trwający od 3. do 7. roku życia.

Pierwsze porozumienie dziecka z otoczeniem odbywa się na początku okresu melodii za pomocą krzyku. W ten sposób sygnalizuje ono swoje potrzeby, takie jak głód, dyskomfort z powodu zimna czy mokrej pieluszki. Około drugiego, trzeciego miesiąca życia malec ćwiczy sobie narządy artykulacyjne poprzez głużenie zwane też gruchaniem. Towarzyszy ono nieskoordynowanym ruchom kończyn i całego ciała. Nie jest to jeszcze mowa, chociaż można już wyróżnić samogłoski, spółgłoski, grupy samogłoskowe i spółgłoskowe. Głużą wszystkie dzieci, także głuche. W mózgu dziecka powstają wtedy pierwsze skojarzenia między dźwiękami a ruchami narządu artykulacyjnego.

Pod koniec pierwszego roku życia obserwujemy gaworzenie, czyli zamierzone naśladowanie dźwięków, które dziecko zasłyszało w otoczeniu. Maluch jest coraz bardziej spostrzegawczy, coraz dłużej skupia uwagę i dużo rozumie, wykonuje proste polecenia. Pojawiają się pierwsze słowa powtarzane ze zrozumieniem, najczęściej: „mama”, „tata”, „baba”.

W okresie wyrazu, jak sama nazwa wskazuje, pojawiają się pierwsze wyrazy. Najczęściej jest to ich pierwsza sylaba lub końcówka. Sporo jest też wyrazów dźwiękonaśladowczych. Dziecko używa już wszystkich samogłosek, prócz nosowych „ą”, „ę”. Ze spółgłosek wymawia wargowe „p”, „b”, „m”, przedniojęzykowo-zębowe „t”, „d”, „n”, tylnojęzykowe „k”, „g”, „h” i środkowojęzykowe „ś”, „ć”. Pozostałe spółgłoski zastępuje innymi, o zbliżonym miejscu artykulacji, a grupy spółgłoskowe upraszcza.

W okresie zdania gwałtownie wzbogaca się słownik dziecka. Pojawiają się poszczególne kategorie gramatyczne. Dziecko zaczyna mówić zdaniami dwu-, trzywyrazowymi oznajmującymi, rozkazującymi, pytającymi i wykrzyknikowymi. Dziecko wymawia wszystkie samogłoski ustne i nosowe, choć niektóre z nich mogą być jeszcze realizowane niewłaściwie. Najczęściej wymawia już głoski: wargowe „p”, „b”, „m” oraz zmiękczone „pi”, „bi”, „mi”, wargowo-zębowe „f”, „w”, „fi”, „wi”, środkowojęzykowe „ś”, „ć”, „ź”, „dź”, „ń”, „ki”, „gi”, tylnojęzykowe „k”, „g”, „h”, przedniojęzykowo-zębowe „t”, „d”, „n”, przedniojęzykowo-dziąsłowe „l”. Pod koniec tego okresu mogą pojawić się głoski „s”, „z”, „c”, „dz”, a nawet „sz”, „cz”, „ż”, „dż”. „Dziecko już wie, jak dana głoska powinna brzmieć, ale jeszcze nie umie jej wypowiedzieć [...]” [Demel 2005: 15].

Specyficznym, bardzo uroczym dla otoczenia dziecka okresem rozwoju mowy jest okres swoistej mowy dziecięcej. To czas uproszczeń, przestawień, poskracanych wyrazów, nowotworów językowych. Pod koniec czwartego roku życia pojawia się głoska „r”. Wcześniej dziecko pomijało ją lub zastępowało inną. Około czwartego-piątego roku życia pojawiają się głoski „sz”, „ż”, „cz”, „dż”, choć mogą być jeszcze wymawiane jako „s”, „z”, „c”, „d”. Pod koniec tego okresu mowa dziecka zbliżona jest do mowy dorosłej [por. Dzikomska-Kaczan 2012: 111–129].

Na każdym z tych etapów mogą wystąpić nieprawidłowości. Tomasz Załęski [1993: 47–50] za patologiczne uznaje opóźnienie większe niż pół roku.

Grażyna Jastrzębowska [2000: 69–84] podaje jedną z najbardziej znanych klasyfikacji zaburzeń mowy, sporządzoną przez Irenę Styczek. Według niej przyczyny tych zaburzeń możemy podzielić na: endogenne i egzogenne. Wśród przyczyn endogennych wyróżniamy:

- > uszkodzenie CUN (uszkodzenie korowych ośrodków mowy; uszkodzenie układu pozapiramidowego; uszkodzenia opuszki w mózgowym porażeniu dziecięcym; zaburzenia metabolizmu, takie jak: fenyloketonuria czy histydynemia; napady padaczkowe; minimalna dysfunkcja mózgowa wywołana lekkim uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego w okresie płodowym bądź we wczesnym dzieciństwie),
- > wady narządów głosowo-artykulacyjnych,
- > uszkodzenia narządu słuchu,
- > niedorozwoje umysłowe,
- > słuchoniemotę bądź agnozę akustyczną,
- > zaburzenia psychiczne i emocjonalne,
- > uwarunkowania genetyczne, o czym świadczy występowanie opóźnionego rozwoju mowy u członków rodziny (szczególnie u osobników płci męskiej),
- > opóźnienie mielinizacji włókien nerwowych typu ruchowego, unerwiających mięśnie narządów artykulacyjnych, co powoduje trudności w wykonywaniu szybkich i precyzyjnych ruchów.

Wśród przyczyn egzogennych wyróżniamy:

- > nieodpowiednią stymulację rozwoju języka,
- > brak podnieć do mówienia lub nadmiar bodźców słownych,
- > nieprawidłowe wzorce i postawy językowe dorosłych,
- > błędna wymowa,
- > stosowanie nieprawidłowych form gramatycznych,
- > nieadekwatne, ubogie słownictwo,
- > naleciałości gwarowe przyjmowane przez dzieci,
- > niewłaściwą reakcję otoczenia na pierwsze wypowiedzi dziecka – brak zainteresowania, lekceważenie bądź przyjmowanie z nadmiernym entuzjazmem wypowiedzi,
- > deprywacje emocjonalne i psychiczne,

> deprivacje środowiskowe:

- niewłaściwe kontakty matki z dzieckiem (małe zainteresowanie dzieckiem, małomówność matek, luźny związek uczuciowy, brak matki),
- wielojęzyczne otoczenie dziecka [por. Przesmycka-Kamińska, Zalewska 2002: 19–35; Kalicińska 2012: 130–138].

Zazwyczaj terapię logopedyczną dziecka z zaburzeniami rozwoju mowy i komunikacji rozpoczyna się od wywiadu i obserwacji pacjenta. Następnie przeprowadza się badanie logopedyczne, analizę wyników badań, diagnozę różnicową, aby w efekcie ustalić rozpoznanie logopedyczne.

Przed przystąpieniem do właściwej terapii należy ją zaprogramować, wyznaczając sobie:

- > cele postępowania logopedycznego,
- > strategie i metody postępowania,
- > organizację postępowania.

Postępowanie terapeutyczne polega na:

- > sformułowaniu szczegółowego programu terapii,
- > organizacji terapii,
- > prowadzeniu dokumentacji terapii,
- > poddaniu okresowej ocenie postępów terapii,
- > weryfikacji hipotez diagnostycznych,
- > modyfikacji programu terapii [Stasiak 2008: 54].

W rzeczywistości nie jest łatwo prowadzić terapię dziecka z zaburzeniami rozwoju i komunikacji z powodu nie tylko tej trudności, ale także jego stanu emocjonalnego. Dziecko, zwłaszcza to, które nie mówi, zdaje sobie sprawę z problemu, przeżywa traumę, wstyd, nie może wyrazić swoich uczuć. Osoby najbliższe mają tendencje do własnej interpretacji jego zachowań i potrzeb. Wszelkie decyzje podejmują za niego. W reakcji na presję otoczenia, na słowo „powiedz”, dziecko często wycofuje się z wszelkich prób porozumiewania się werbalnego. Pojawiają się zaburzenia zachowania, agresja i autoagresja [Modelska 2013: 301–309].

Jeżeli pacjent nie mówi lub jego umiejętności mówienia nie są wystarczające w komunikacji z otoczeniem, należy rozważyć wprowadzenie jednej z metod komunikacji wspomagającej lub alternatywnej

(*augmentative and alternative communication*, AAC) [Smyczek, Szwiec 2000: 21–26; por. Loska 1998: 240–258]. Terapię logopedyczną dziecka z zaburzeniami rozwoju i komunikacji można wesprzeć technikami zaczerpniętymi z muzykoterapii. Ojciec polskiej muzykoterapii Tadeusz Natanson twierdził, że: „Muzykoterapia jest metodą postępowania wielostronnie wykorzystującą wieloraki wpływ muzyki na psychosomatyczny ustrój człowieka [...]” [Natanson 1979: 51].

Muzykoterapia posługuje się muzyką w różnych jej formach:

- > recepcji muzycznej,
- > reprodukcji muzycznej,
- > produkcji muzycznej.

Muzyka jest środkiem uniwersalnym, pozwalającym łączyć się ze wszystkimi innymi technikami terapii. Ma wiele wspólnego z mową. Podobnie jak ona jest zbiorem dźwięków o określonej barwie, wysokości, głośności. Te cechy powodowały, iż język muzyczny był wykorzystywany już przez starożytne plemiona afrykańskie. Rytm tam-tamów niósł wiadomość do odległych miejsc. Głos ludzki jest szczególnym instrumentem. Możemy operować nim na różne sposoby, zmieniać jego barwę, wysokość, dynamikę, rytm [Dewhurst-Maddock 2001: 43–56].

Muzyka ma też inne szczególne właściwości, przemawiające za tym, aby zastosować ją w terapii logopedycznej.

Po pierwsze, jako środek komunikacji pozawerbalnej może być podstawą nawiązania kontaktu terapeutycznego z dzieckiem z zaburzeniami rozwoju mowy i komunikacji. Zarówno swobodna, jak i kierowana improwizacja na instrumentach muzycznych ma szansę przejść w formę dialogu z terapeutą. Tego, czego dziecko nie potrafi wyrazić słowami, możemy doszukać się w jego grze. Zarówno wybór instrumentu, jak i sposób wydobywania dźwięku mogą dostarczyć terapeutce wielu informacji na temat cech temperamentu, lęków, niepokojów i nastrojów dziecka [Galińska 1992: 28].

Wielu cennych informacji o diagnostycznych i terapeutycznych walorach wypowiedzianych przez dzieci za pomocą prostych instrumentów perkusyjnych dostarcza Paweł Cylulko [2013: 355–370].

Dziecko, które nie mówi, nie potrafi przekazać otoczeniu informacji na temat swoich przeżyć. Muzyka ma zdolność omijania kontroli kory

mózgowej, docierania do konfliktów, wyciągania ich na zewnątrz oraz działania katartycznego. Dzięki temu może wniknąć w psychikę dziecka i pomóc mu w rozładowaniu napięcia emocjonalnego. Pożądanym efektem terapeutycznym może wywołać zarówno słuchanie, odtwarzanie muzyki, jak i wspólne muzykowanie.

„Biorąc aktywny udział w tworzeniu muzyki, dziecko poznaje jej bogactwo wyrazowe, podążając za niesionymi przez nią emocjami. Muzyka odwołuje się do jego wyobraźni, dostarcza wciąż nowych wrażeń i emocji. Za jej pośrednictwem życie wewnętrzne dziecka staje się bogatsze, rozwijają się jego zdolności percepcyjne i wyrazowe. Dziecko rozpoznaje elementy struktury muzycznej, jej formę, ekspresję i równocześnie poprzez swoją »muzykę« przekazuje odbiorcy swoje uczucia, nastroje i impulsy – absorbuje całą jego osobowość i prowadzi do stanu wewnętrznej harmonii [...]” [Robbins, Nordoff 2008: 48].

Najważniejszym zadaniem terapii logopedycznej, choć nie zawsze możliwym do zrealizowania, jest sprawienie, aby dziecko mówiło. Często poczucie wstydu u pacjenta niemówiącego jest tak wielkie, że nie pozwala na wydobywanie jakiegokolwiek dźwięku. Kiedy uda się nawiązać kontakt terapeutyczny, możliwe jest rozpoczęcie terapii za pomocą wspólnego śpiewania.

„Dziecku, które nie wydaje z siebie żadnych dźwięków, terapeuta może zaśpiewać piosenkę, aby zademonstrować, jak ona brzmi. Gdy mu się spodoba, stara się zainteresować go wspólną wokalizacją, nuceniem melodii na jednej głosce, np. [a]. Terapeuta nuci fragment, po czym czeka na reakcję dziecka. Następuje cisza komunikacyjna, która czasem trwa długo, ponieważ u niektórych dzieci informacja dłużej dociera do mózgu i powraca do odpowiednich mięśni odpowiedzialnych za wokalizację. Warto poczekać. Po pewnym czasie dziecko nuci piosenkę na zmianę z terapeutą. Dalsze etapy pracy to nucenie piosenki na jednej sylabie, potem z wykorzystaniem kilku sylab, wyrazów jednosylabowych i dźwiękonaśladowczych. Terapeuta powinien dobrać piosenkę tak, aby dziecko mogło dośpiewać ostatnią sylabę lub wyraz w danym fragmencie. Z pełnym sukcesem będziemy mieć do czynienia wtedy, gdy mały pacjent zaśpiewa całą piosenkę” [Modelska 2013: 306–307].

Nie należy oczekiwać, że dziecko wykona ćwiczenie poprawnie. Trzeba chwalić je za każdą próbę, dostrzec jego mocne strony, cieszyć się wraz z nim z każdego sukcesu, nie szczędząc pochwał, które motywują je do działania. Ćwiczenia oraz poziom ich trudności należy dostosować do potrzeb małego pacjenta.

Muzyka odgrywa bardzo ważną rolę w przyswajaniu sobie nowych słów, treści, a zwłaszcza jej element – rytm, który:

- > ułatwia postrzeganie poprzez fakt grupowania,
- > ukierunkowuje i wyrównuje uwagę słuchacza,
- > daje człowiekowi poczucie równowagi (np. dzieci czują rytm wiersza, zanim zrozumieją jego znaczenie),
- > daje uczucie zwartości i plastycznej wyrazistości, co wpływa korzystnie na postawę uczącego się.

Z rytmem wiąże się zasada skandowania, mechanicznego zapamiętywania, odgrywająca dużą rolę u osób, dla których przyporządkowanie materiału odpowiedniemu kontekstowi jest często niemożliwe [Lehman 1975: 87–95].

Dzieci, które mają problemy z przyswojeniem sobie nowych słów, zwrotów, zapamiętają je, gdy podamy je w formie piosenki z prostą, wpadającą w ucho melodią.

Terapia logopedyczna zwana jest także terapią ręki i mowy, ponieważ obszar kory mózgowej odpowiedzialny za ruchy dłoni oraz obszar ruchowy mowy mają w korze mózgowej dużą reprezentację i położone są blisko siebie. Dzięki temu stymulacja dłoni pobudza w mózgu bezpośrednio ośrodek odpowiedzialny za dłonie, a pośrednio ośrodek ruchowy mowy. Także w świetle tych faktów zasadne jest zastosowanie w terapii logopedycznej instrumentów muzycznych. Wydają one różne dźwięki, mają różne kształty, wielkość, ciężar i zbudowane są z różnych materiałów (np. drewna, plastiku, metalu, filcu, skóry) o różnej fakturze (np. szorstkiej, śliskiej, chropowatej), dzięki czemu nie tylko motywują dziecko do działania, ale także stymulują je polisensorycznie [Cylulko 2013: 357].

Terapia dziecka z zaburzonym rozwojem mowy i komunikacji jest procesem złożonym. Powinna być prowadzona wielokierunkowo

z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb pacjenta. Zastosowanie w niej muzykoterapii pomaga w:

- > budowaniu więzi terapeutycznej,
- > pracy nad emocjami,
- > pracy nad wydobyciem głosu,
- > zapamiętywaniu nowych wyrazów,
- > stymulacji dłoni i narządu artykulacyjnego.

Dzięki zastosowaniu technik zaczerpniętych z muzykoterapii terapia logopedyczna jest nie tylko skuteczna, ale też przyjemna dla małego pacjenta.

Bibliografia

- Cylulko Paweł, *Posługiwanie się prostymi instrumentami perkusyjnymi sposobem bezśłownego komunikowania się z dziećmi*. W: *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych*. Barbara Winczura (red.). Kraków 2013, s. 355–370.
- Demel Genowefa, *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*. Warszawa 2005.
- Dewhurst-Maddock Olivea, *Terapia dźwiękiem. Jak osiągnąć zdrowie poprzez muzykę i śpiew*. Kraków–Białystok 2001.
- Dzikomska-Kaczan Anna, *Mowa dziecka z uszkodzeniem centralnego układu nerwowego*. W: *Podstawy komunikacji językowej i jej zaburzenia*. Krystyna Nowak-Wolna (red.). Opole 2012, s. 111–129.
- Galińska Elżbieta, *Psychoterapeutyczne założenia muzykoterapii*. „Muzykoterapia, Biuletyn Grupy Roboczej »Muzykoterapia«” 1992, nr 2/2, s. 24–32.
- Jastrzębowska Grażyna, *Istota i klasyfikacje opóźnień w rozwoju mowy – przegląd stanowisk*, „Logopedia” 2000, nr 28, s. 69–84.
- Kalicińska Urszula, *Klasyfikacje zaburzeń mowy*. W: *Podstawy komunikacji językowej i jej zaburzenia*. Krystyna Nowak-Wolna (red.). Opole 2012, s. 130–138.
- Konarska Joanna, *Zaburzenia mowy i komunikacji w świetle relacji interpersonalnych*. W: *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych*. Barbara Winczura (red.). Kraków 2013, s. 180–181.
- Lehman Dieter, *Rytm w procesie uczenia się*. „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu” 1975, nr 9, s. 87–95.
- Loska Magdalena, *Niewerbalne metody porozumiewania się*. W: *Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Wychowanie i nauczanie*. Ewa Mazanek (red.). Warszawa 1998, s. 240–258.

- Modelska Małgorzata, *Wybrane zagadnienia terapii dziecka z zaburzeniami rozwoju mowy i komunikacji*. W: *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych*. Barbara Winczura (red.). Kraków 2013, s. 301–309.
- Natanson Tadeusz, *Wstęp do nauki muzykoterapii*. Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1979.
- Nowak-Wolna Krystyna, *Podstawy komunikacji interpersonalnej*. W: *Podstawy komunikacji językowej i jej zaburzenia*. Krystyna Nowak-Wolna (red.). Opole 2012, s. 22–27.
- Obrębowski Andrzej, *Biologiczne podstawy mowy*. W: *Zaburzenia mowy*. Stanisław Grabias (red.). Lublin 2001, s. 55–59.
- Przesmycka-Kamińska Joanna, Zalewska Marina, *Opóźnienie rozwoju mowy – ujęcie interdyscyplinarne*. W: *Metody wspomagające rozwój mowy w różnych jego opóźnieniach*. Maria Przybysz-Piwkova (red.). Warszawa 2002, s. 19–35.
- Robbins Clive, Nordoff Paul, *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi. Historia, metoda i praktyka*. Kraków 2008.
- Smyczek Alina, Szwiec Jolanta, *Metody nauczania alternatywnych sposobów porozumiewania się i techniki posługiwania się symbolami*. „Rewalidacja” 2000, nr 1 (7), s. 21–26.
- Stasiak Joanna, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii prologaty*. W: *Logopedia. Standardy postępowania*. Tom 37. Stanisław Grabias (red.). Lublin 2008, s. 54.
- Zaleski Tomasz, *Klasyfikacja zaburzeń mowy*. W: *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*. Tadeusz Gałkowski, Zbigniew Tarkowski, Tomasz Zaleski (red.). Lublin 1993, s. 47–50.

MAŁGORZATA MODELSKA – magister sztuki, muzykoterapeuta, logopeda, oligofrenopedagog, certyfikowany międzynarodowy terapeuta metody Castillo Moralesa. Jest zatrudniona jako muzykoterapeuta i logopeda w Ośrodku Rehabilitacyjno-Edukacyjnym dla Dzieci Niepełnosprawnych przy ul. Górnickiego we Wrocławiu.

MUZYKOTERAPIA HOLISTYCZNA – W NURCIE SPOŁECZNOŚCIOWYM W ŚWIETLICY SOCJOTERAPEUTYCZNEJ

Karolina Kantyka » Uniwersytet Śląski w Katowicach

» **Streszczenie:** Niniejszy artykuł stanowi podsumowanie półtorarocznych badań muzykoterapeutycznych prowadzonych w świetlicy socjoterapeutycznej. Prezentuje pracę w nurcie muzykoterapii społecznościowej oraz jej wpływ na uspołecznienie badanej grupy. Przedstawia zarówno wyniki prowadzonych badań socjometrycznych, jak i obserwacji grupy.

Słowa kluczowe: muzykoterapia społecznościowa, świetlica socjoterapeutyczna.



Muzykoterapia należy do stosunkowo nowych form terapii. Mimo że została zapoczątkowana już w starożytności, swój rozkwit datuje dopiero na lata 50. ubiegłego wieku. Jako jedna z form arteterapeutycznych stanowi odmianę terapii ściśle współdziałającej z takimi naukami, jak: pedagogika, pedagogika specjalna, medycyna oraz psychologia. Dlatego też postrzegana jest w wymiarze holistycznym bądź jako forma oddziaływania holistycznego. W pierwszej kolejności chciałam przedstawić ogólne definicje holizmu, które wyrażają się w następujący sposób: „1. Holizm – z gr. *holos* – cały – pogląd, według którego zjawiska należy ujmować całościowo i organicznie; 2. teoria rozwoju zapoczątkowana

przez Jana Christiana Smutsa głosząca, że całości nie da się sprowadzić do sumy części, a świat podlega ewolucji, w której toku wyłaniają się coraz to nowe całości; 3. w teorii i metodologii nauk społecznych – pogląd odrzucający indywidualizm metodologiczny głoszący, że zjawiska społeczne tworzą układy całościowe” [Tokarski 1980: 283–284].

Z powyższych teorii wynika, iż holizm stanowi formę całościowego postrzegania poszczególnych zjawisk, problemów oraz dyscyplin. Ustosunkowując przedstawione definicje do muzykoterapii pojmowanej jako „kontrolowane wykorzystanie muzyki w terapii, rehabilitacji, edukacji oraz rozwijaniu dzieci i dorosłych w sferze zaburzeń fizycznych, umysłowych i emocjonalnych” [Bruscia 1998: 265 – tłumaczenie własne], można stwierdzić, że należy ona do dziedzin interdyscyplinarnych, które oddziałują na pacjenta w sposób całościowy, a zatem ściśle powiązany z pojęciem holizmu.

Zwracając również uwagę na to, iż „holizm nakazuje zajmowanie się całościowo osobą pacjenta, jego otoczeniem oraz wszelkimi czynnościami zmierzającymi do rozpoznania choroby i jej leczenia [...] oraz podkreśla rolę wszystkich uczestników procesu leczenia: lekarzy pielęgniarek, fizyko-, muzyko- i psychoterapeutów, zarówno w systemie zorganizowanym, jak i indywidualnym” [Metera 2006: 112–113], możemy zauważyć, że łączy się on w naturalny sposób z osobą muzykoterapeuty.

Ze względu na interdyscyplinarny charakter muzykoterapii należy zwrócić uwagę na możliwości jej oddziaływania. Anna Metera wymienia między innymi następujące subdyscypliny wykorzystujące wspomnianą formę terapii: kardiologia, onkologia, anestezjologia, protetyka, pulmonologia, psychiatria, chirurgia, medycyna holistyczna, edukacja specjalna, logopedia [Metera 2006: 93–112].

Muzykoterapia oddziałuje na człowieka w sposób całościowy, wpływając zarówno na jego samopoczucie psychiczne, jak i fizyczne. W szeroko prowadzonych badaniach muzykoterapeutycznych można zauważyć, iż wpływa ona na takie aspekty życia, jak: zmniejszenie odczuwania bólu przez pacjenta, wyciszenie i przygotowanie do zabiegu operacyjnego, spowolnienie lub analogicznie przyspieszenie rytmu zatokowego serca, ułatwienie zasypiania, zredukowanie napięcia mięśniowego, uspokojenie, zwiększenie koncentracji uwagi, uspołecznienie, zwiększenie

umiejętności komunikacyjnych, zwiększenie reakcji na mimikę i gesty [zob. Heal, Wigram (red.) 1998; Davis, Gfeller 1999].

Całościowe oddziaływanie muzyki na człowieka wynika z jej „abstrakcyjnego charakteru, który pozwala na uniknięcie kontroli intelektualnej i dotarcie do głęboko ukrytych konfliktów i emocji” [Lewandowska 2001: 47]. Również dzięki swojemu niewerbalnemu przekazowi „zdolna jest wyrazić to, co nie daje się wysłować, co wywodzi się z podświadomości” [Lewandowska 2001: 47]. Muzyka odgrywa znaczącą rolę w pobudzaniu procesu wyobraźniowego i aktywizowaniu fantazji. Istotną funkcją muzyki, wielokrotnie wspomnianą w literaturze, jest działanie odprężające, które w efekcie powoduje uzyskanie równowagi między sferą psychiczną i fizyczną pacjenta.

Tadeusz Natanson wymienia takie poziomy oddziaływania muzycznego, jak:

- > Poziom akustyczny – jako ogólny zbiór cech dźwięku, podlegający ocenie obiektywnej i subiektywnej.
- > Poziom semantyczny – wyrażający się w takich aspektach jak: forma i treść; interwały, melodyka; rytm, metrum, tempo; dynamika; tonalność i faktura; artykulacja i frazowanie; barwa; budowa formalna.
- > Poziom estetyczny – stanowiący zbiór takich elementów, jak: wyraz muzyczny; cechy wykonawcze; gust muzyczny [Natanson 1979: 112–173].

Wymienione powyżej poziomy oddziaływania muzykoterapeutycznego świadczą o holistycznym wpływie muzyki. Ich różnorodność, ilość oraz zakres stanowią potwierdzenie, iż muzyka jest jednym ze znaczących środków terapeutycznych.

Kolejnym dowodem wynikającym z różnorodności oddziaływań muzykoterapeutycznych, związanych z jej interdyscyplinarnością, są populacje pacjentów/klientów, z którymi pracują muzykoterapeuci. Według danych Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Amerykańskich (American Music Therapy Association) z 1998 roku należą do nich takie grupy, jak: pacjenci chorzy terminalnie, dzieci w wieku szkolnym, dzieci w wieku niemowlęcym, osoby w wieku podeszłym, osoby z zaburzeniami psychicznymi, osoby

z zaburzeniami neurologicznymi, osoby z niepełnosprawnością intelektualną, osoby nadużywające środków psychoaktywnych, osoby z zaburzeniami sensorycznymi, osoby z zaburzeniami rozwojowymi [Davis 1999: 8].

Postrzegając muzykoterapię jako formę oddziałującą holistycznie na klienta, należy zaznaczyć, iż jak w każdej terapii niezbędne jest formułowanie zarówno celów głównych, jak i szczegółowych, które pomagają w ustaleniu potrzeb i priorytetów w leczeniu, usprawnianiu, korygowaniu, kompensowaniu deficytów oraz nauczaniu pacjenta. Podejście to może wydawać się również dość kontrowersyjne, gdyż prowadzone badania nie są zupełnie wymierne (ze względu na przewagę jakościowych badań empirycznych, opartych na obserwacji), jednakże – co cieszy – z roku na rok następuje wzrost ich liczby oraz kierunków, w których są prowadzone.

Inny sposób pojmowania muzykoterapii holistycznej zawiera twierdzenie, że stanowi ona formę terapeutyczną, „w której klient postrzegany jest jako całość w ramach większej całości – czyli rodziny, społeczności i społeczeństwa” [Pavlicevic, Ansdell 2004: 252]. Muzykoterapia w oddziaływaniu społecznym przejawia się w nurcie nazywanym powszechnie muzykoterapią społecznościową (*Community Music Therapy*), odchodząc od tradycyjnego pojmowania muzykoterapii, która zwraca się do klienta jako jednostki borykającej się z określonymi zaburzeniami i w której wykorzystywane są określone odgórnie metody i techniki mające na celu dążenie do usprawnienia, korygowania oraz kompensowania braków. Wywodzi się to ściśle z podejścia medycznego, które uważa muzykoterapię, według modelu konsensusu, za „odseparowaną, definiowalną i powtarzalną interwencję, która wpływa na określony, zdiagnozowany problem w przewidywalny sposób, nie poddając się wpływom społecznym, kulturowym czy środowiskowym” [Stachyra (red.) 2012: 189]. Owo podejście tzw. konsensusu, określającego co jest, a co nie jest muzykoterapią, zostaje przeciwstawione koncepcji, która podąża za potrzebami wspólnoty i bierze pod uwagę tworzenie nowych metod oraz technik działania, a co za tym idzie – daje wybór grupie, dostosowując się do niej jako do społeczności, która sama decyduje o swoich potrzebach.

Jednakże nie należy zapominać, iż praca z grupą wymaga od terapeuty dużego zaangażowania, dbania o każdego uczestnika osobno oraz

o całą grupę. Potrzebne jest również generowanie zarówno indywidualnych, jak i grupowych celów terapeutycznych, które powinny być tworzone zgodnie z potrzebami, możliwościami oraz wiedzą i zainteresowaniami danej grupy. Pomocne dla terapeuty może być poznanie specyfiki i dynamiki grupy, ról, jakie wygenerowała grupa i przybrali jej członkowie, a także poznanie etapów, przez które musi przejść, i pomoc w tym zakresie. Wyróżniamy pięć etapów rozwoju grupy opracowanych przez Bruca W. Tuckmana i Mary A.C. Jansen:

Tabela 1. Etapy rozwoju grupy. Opracowanie i tłumaczenie własne na podstawie [Jacobs 2012: 38–39]

Lp.	Proces	Efekt	Relacje
1	formowanie	udział	akceptacja
2	ścieranie	wyjaśnienie	przynależność
3	normowanie	zaangażowanie	wsparcie
4	działanie	osiągnięcia	duma
5	separacja	poznanie	satysfakcja

Biorąc pod uwagę wszystkie etapy zachodzącego procesu grupowego, terapeuta może odpowiednio przygotować się do zajęć. Określić potrzeby grupy i rodzaj wsparcia, jakim powinien ją obdarzyć. Grupa jest dynamicznym organizmem społecznym, na który oddziałują przede wszystkim relacje między członkami grupy.

Muzykoterapia w świetlicy socjoterapeutycznej

Gdy wprowadza się muzykoterapię do świetlicy socjoterapeutycznej, niezbędne jest poznanie wszystkich członków grupy, z którą dane jest nam pracować. W przypadku prowadzonych badań wspomnianą grupę

stanowili wychowankowie uczęszczający w latach 2011–2013 do przykościelnej świetlicy socjoterapeutycznej w Tychach. Biorąc pod uwagę, iż świetlica przyjmuje dzieci zapisywane przez rodziców na podstawie skierowania z ośrodka pomocy społecznej, można stwierdzić, że nie ma określonych ścisłych kryteriów przyjęć. Grupa, której dotyczą przeprowadzone badania, była bardzo zróżnicowana zarówno pod względem wiekowym uczestników (od 4 do 16 lat), jak i zaburzeń, które im towarzyszyły, takich jak: niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim i umiarkowanym, niedostosowanie społeczne, zaburzenia emocjonalne, ADHD oraz zespół FAS. Problem stanowi dobrowolność uczestnictwa w zajęciach świetlicowych, co powoduje, że dzieci nie uczęszczają cyklicznie na spotkania bądź rezygnują z udziału w sesjach. Tak zróżnicowana grupa stanowi nie lada wyzwanie dla terapeuty, który prowadząc zajęcia, musi zainteresować dzieci, zachęcić je do współpracy i aktywności oraz dostosować wymagania do każdego uczestnika.

Prowadzone w świetlicy sesje muzykoterapeutyczne miały charakter dobrowolny – uczestnictwo w zajęciach wynikało z chęci aktywnego udziału uczestników. Każda sesja muzykoterapeutyczna miała określoną strukturę, na którą składały się takie aktywności, jak: ćwiczenia ruchowe do muzyki; improwizacja wokalna, wokalno-instrumentalna, instrumentalna; ćwiczenia grupowe (w podgrupach lub w parach), wykorzystujące formy dramaterapii; relaksacja do muzyki.

Sesja rozpoczynała się od zaśpiewania piosenki powitalnej, która towarzyszyła każdemu zajęciom. Następnie przeprowadzano ćwiczenia aktywizujące (np. z chustą Klanzy) z towarzyszeniem muzyki. Kolejną grupę aktywności stanowiły zabawy o charakterze integracyjnym z podziałem na podgrupy bądź diady. Również wykorzystywana była improwizacja wokalna, instrumentalna i wokalno-instrumentalna, zabawy ruchowe oraz taneczne. Osobną grupę stanowiły ćwiczenia relaksacyjne, wyciszające, które wprowadzane były jedynie na niektórych sesjach w zależności od potrzeb grupy. Elementem kończącym sesję była piosenka pożegnalna wykonywana przy akompaniamencie gitary oraz instrumentów perkusyjnych.

Prowadzone badania miały charakter ilościowo-jakościowy. Główny problem badawczy sformułowano następująco: Czy i w jakim stopniu zajęcia muzykoterapeutyczne wpływają na uspołecznienie dzieci w badanej grupie? Celem badań było ustalenie zależności między muzykoterapią a uspołecznieniem dzieci w badanej grupie. Podstawową metodą badawczą stanowiła metoda eksperymentu pedagogicznego (*quasi*-eksperymentu – technika jednej grupy). Do wykorzystanych technik badawczych należały: tabela socjometryczna – technika Moreno, obserwacja uczestnicząca oraz analiza dokumentów. Ich wyniki zaprezentowano poniżej. Ze względu na ilościowy charakter badań postawiono hipotezę badawczą, która zakładała, że muzykoterapia wpływa pozytywnie na relacje dzieci w grupie. Wyszczególniono również zmienną zależną – relacje społeczne uczestników badanej grupy, oraz zmienną niezależną – program muzykoterapeutyczny.

W badaniach socjometrycznych posłużono się tabelą socjometryczną Jacoba Moreno, której wyniki kształtują się w dwóch podstawowych formach – skali popularności w grupie oraz skali stosunku emocjonalnego do grupy.

Stosunek grupy do jednostki (czyli prezentowaną powyżej popularność dziecka w grupie) oznacza stopień sympatii (liczbę wyborów pozytywnych) i antypatii (liczbę wyborów negatywnych), jakimi darzone jest dziecko przez wszystkie dzieci należące do danej grupy. Określeniu popularności służą następujące kategorie: akceptacja (A), polaryzacja akceptacji (P), przeciętna akceptacja (X), izolacja (I), odrzucenie (O).

„Prezentuje się to w następujący sposób:

- > akceptacja – oznacza silne postawy pozytywne członków grupy wobec jednostki przy braku postaw negatywnych. Pozycję tę zajmują osoby otrzymujące wysoką liczbę ocen pozytywnych i niewiele lub żadnych ocen negatywnych;
- > przeciętna akceptacja – to kategoria, do której zaliczane są dzieci raczej lubiane, ale niezajmujące ważnych miejsc w strukturze grupy. Otrzymują one na skali sympatii przeciętną liczbę ocen pozytywnych, powyżej lub poniżej przeciętnej i jednocześnie na skali antypatii zajmują pozycję średnią, powyżej lub poniżej średniej;

- > polaryzacja akceptacji – oznacza silne postawy pozytywne części grupy i postawy negatywne drugiej części. W kategorii tej mieszczą się dzieci, o których wielu badanych wypowiadało się »bardzo lubię« lub »lubię« i które jednocześnie uzyskały wysoką liczbę wypowiedzi »nie lubię« i »bardzo nie lubię«. Mówi się, że status tych dzieci jest niezrównoważony, albo też, że są to osoby kontrowersyjne;
- > izolacja – do tej kategorii zaliczane są dzieci, które otrzymują niewiele ocen pozytywnych lub wcale ich nie otrzymują. Nie otrzymują też informacji »nie lubię ciebie« od innych członków grupy” [Pilkiewicz 1969: 9].

Tabela 2 przedstawia w sposób ilościowy skalę popularności dzieci w danej grupie po pierwszym i drugim badaniu.

Z przedstawionych rezultatów badań wynika, że liczba dzieci akceptowanych przez grupę zmniejszyła się, natomiast liczba osób, wobec których grupa nie jest w stanie w sposób jednoznaczny określić sympatii lub antypatii, wzrosła. Biorąc pod uwagę powyższe wyniki, możemy stwierdzić, iż relacje w grupie zmieniają się w sposób dynamiczny. Powodem zaistniałych zmian mogą być zarówno problemy, z jakimi borykają się dzieci w okresie dorastania, pogarszająca się sytuacja rodzinna, która pod względem materialnym i społecznym jest często poniżej przyjętej średniej krajowej, niepowodzenia szkolne, jak i relacje podczas zajęć świetlicowych i zabaw z rówieśnikami. Relacje między dziećmi kształtują się cały czas, co zauważono, prowadząc obserwacje. Warto zaznaczyć, że podczas sesji muzykoterapeutycznych grupa nie wykazywała niechęci ani agresji wobec poszczególnych uczestników zajęć. Zachodzące zmiany w relacjach widoczne były głównie w zmieniającym się na przestrzeni dwóch lat doborze partnerów do współpracy w parach oraz podgrupach, tworzenie małych podgrup podczas zajęć i wybór miejsca w kole.

Warto zwrócić uwagę również na zmiany, jakie zaszły w stosunku emocjonalnym dzieci wobec grupy. Tabela 3 w sposób ilościowy przedstawia stosunek emocjonalny poszczególnych uczestników zajęć muzykoterapeutycznych do grupy.

Tabela 2. Opracowanie ilościowe wyników skali popularności. Opracowanie własne

Skala sympatii	Skala antypatii	Określenie zależności	Wynik pretestu		Wynik posttestu	
			liczba osób	%	liczba osób	%
W	N	A ₀ wybitna akceptacja	6	46	5	38
W	X	A ₁ silna akceptacja	2	15,4	1	7,7
W	-X	A ₁ silna akceptacja	0	0	1	7,7
+ X	N	A ₂ słaba akceptacja	2	15,4	0	0
W	+X	P ₁ silna polaryzacja	0	0	1	7,7
+X	W	P ₁ silna polaryzacja	1	7,7	2	15,4
W	W	P ₀ wybitna polaryzacja	0	0	1	7,7
X	N	I ₂ słaba izolacja	1	7,7	0	0
X	W	O ₁ silne odrzucenie	0	0	1	7,7
-X	W	O ₁ silne odrzucenie	1	7,7	1	7,7

Tabela 3. Opracowanie ilościowe wyników skali stosunku emocjonalnego do grupy. Opracowanie własne

Skala sympatii	Skala antypatii	Określenie zależności	Wynik pretestu		Wynik posttestu	
			liczba osób	%	liczba osób	%
W	N	Ss ₀ wybitna sympatia	7	54	4	31
W	-X	Ss ₁ silna sympatia	1	7,7	2	15,4
+ X	N	Ss ₂ słaba sympatia	0	0	1	7,7
+X	X	Xs przeciętna sympatia	1	7,7	0	0
X	+X	Xs przeciętna sympatia	1	7,7	0	0
+X	-X	Ss ₂ słaba sympatia	1	7,7	0	0
W	+X	Ps ₁ silna polaryzacja sympatii	1	7,7	2	15,4
+X	W	Ps ₁ silna polaryzacja sympatii	0	0	1	7,7
W	W	Ps ₀ wybitna polaryzacja sympatii	0	0	1	7,7
X	W	At ₁ silna antypatia	0	0	1	7,7
-X	W	At ₁ silna antypatia	0	0	1	7,7

Z przedstawionych rezultatów badań wynika, że liczba osób, które darzyły grupę dużą sympatią, znacznie zmalała (z 7 do 3), jednakże jeżeli chodzi o ogólny wynik osób darzących grupę sympatią, zmalał on jedynie o jedną osobę. Niepokojąca zmiana natomiast zaszła w stosunku antypatycznym do grupy, który pojawił się dopiero w drugim badaniu. Zmiana ta może być spowodowana zarówno zdarzeniami, jakie miały miejsce bezpośrednio przed przeprowadzeniem badania, relacjami, jakie panują między rodzeństwami (gdyż do świetlicy zapisanych jest wiele rodzeństw), jak i sytuacją rodzinną oraz szkolną. Wyniki te pokazują, jak zmieniły się relacje, które miały miejsce przed wprowadzeniem zajęć muzykoterapeutycznych. Odnosząc się do problemu badawczego i podejmując tym samym próbę odpowiedzi, można stwierdzić, że zajęcia muzykoterapeutyczne wpłynęły na opisane zmiany, jakie zaszły w badanej grupie. Mimo że wyniki nie są zadowalające, warto porównać je z rezultatami obserwacji udokumentowanymi w sprawozdaniach z sesji muzykoterapeutycznych, które wykazują, iż grupa coraz lepiej współpracuje zarówno w relacjach z uczestnikami, jak i z osobą prowadzącą zajęcia.

Drugą technikę badawczą stanowiła obserwacja uczestnicząca, która dotyczyła takich aspektów, jak: zachowanie, motywacja i aktywność, integracja/relacje wśród uczestników, reakcja na zadania oraz koncentracja uwagi.

W tabelach 4 i 5 przedstawiono zapis obserwacji grupy po pierwszej sesji muzykoterapeutycznej oraz po jednej z końcowych sesji.

Tabela 4. Obserwacja grupy z 28.11.2011 r. Opracowanie własne

Obserwacja grupy	
Data	28.11.2011 r.
Zachowanie	Zmęczenie, zniechęcenie.
Motywacja i aktywność	Grupa wykazywała aktywność na niskim poziomie, która z biegiem zajęć wzrastała.

Obserwacja grupy	
Spontaniczność i wyobraźnia	Patrząc na grupę całościowo, można stwierdzić, że spontaniczność i wyobraźnia były na niskim poziomie, co może wynikać ze słabej relacji z terapeutą na początku współpracy z grupą.
Integracja/relacje wśród uczestników	Widać wyraźny podział na podgrupy wśród uczestników, który wynika ze zróżnicowania płci i wieku członków grupy.
Reakcja na zadania	Grupa reagowała pozytywnie na zadania proponowane przez terapeutę.

Tabela 5. Obserwacja grupy z 18.02.2013 r. Opracowanie własne

Obserwacja grupy	
Data	18.02.2013 r.
Zachowanie	Zainteresowanie.
Motywacja i aktywność	Dzieci aktywnie uczestniczyły w zajęciach, chętnie podejmowały współpracę z terapeutą. Energetycznie reagowały na zadania.
Spontaniczność i wyobraźnia	Chętnie podejmowały inicjatywę. Szczególnie podczas zabawy z chustą Klanzy. Wymyślały własne zasady do proponowanych zabaw oraz proponowały niektóre z zabaw. Uczestniczyły aktywnie i żywiołowo.
Integracja/relacje wśród uczestników	Dzieci współpracowały wspólnie w podgrupach i w parach.
Reakcja na zadania	Dzieci wykazywały zainteresowanie podczas ćwiczeń. Wykonywały zadania bez zbędnych komentarzy czy uwag. Chętnie współpracowały w podgrupach, parach, całą grupą.

Omówienie wyników badań

Biorąc pod uwagę cały okres trwania badań, czyli od listopada 2011 do czerwca 2013 roku, można stwierdzić, że zaszło dużo zmian we wszystkich badanych aspektach. Pierwszym z nich jest zachowanie, które w czasie prowadzonych badań było wyraźnie zróżnicowane – począwszy od początkowego zniechęcenia do wzrostu zaangażowania ze strony dziewczynek, przy czym w końcowym etapie chłopcy byli dużo bardziej zaangażowani w zajęcia niż dziewczynki. Również powyższy opis dotyczy motywacji i zaangażowania w zajęcia, które biorąc pod uwagę całą grupę, na początku było małe, ale z każdym kolejnym spotkaniem się zwiększało, co w efekcie doprowadziło do aktywnego uczestnictwa w zajęciach całej grupy świetlicowej. Integracja i wzajemne relacje uczestników to aspekt, który najlepiej obrazują przedstawione tabele. Jednakże z przeprowadzonej obserwacji wynika, że grupa dokonała wyraźnego podziału na chłopców i dziewczyny oraz liczne podgrupy bardziej zaprzyjaźnionych ze sobą osób. Reakcja na poszczególne zadania również była dość zróżnicowana. Wynika to z różnorodności samych aktywności oraz preferencji dzieci. Niektóre ćwiczenia cieszyły się dużą aprobatą. Można zaliczyć do nich: ćwiczenia z chustą Klanzy, improwizacje instrumentalne, wykonywanie piosenek z gestami, a także liczne zabawy konstrukcyjne oraz twórcze. Ostatnim elementem brany pod uwagę w obserwacji grupy była koncentracja uwagi. Można stwierdzić, że zależała ona od wielu aspektów, takich jak: pogoda, zmęczenie, rodzaj zadania oraz liczba uczestników. Biorąc pod uwagę całą grupę, koncentracja uwagi zmieniała się dynamicznie. Przy dużym zmęczeniu, podobnie jak w czasie brzydkiej, deszczowej lub śnieżnej pogody, była dużo słabsza, co powodowało spowolnioną reakcję grupy na zadania. Rodzaj zadania również nie był bez znaczenia w tym aspekcie. Nowe zadania skłaniały do maksymalnego skupienia i wywoływały zainteresowanie stawianym wyzwaniem. Liczba uczestniczących w zajęciach osób, obecność kolegi lub koleżanki potęgowały koncentrację uwagi przy podziale na podgrupy. W przypadku braku podziału koncentracja uwagi malała.

Wnioski

Odnosząc się do postawionej hipotezy badawczej, można mieć wrażenie, że nie została ona potwierdzona, przede wszystkim ze względu na wyniki uzyskane w badaniu socjometrycznym. Zmiana w relacjach społecznych uczestników zajęć może również wynikać z lepszego poznania się wychowanków, a także dokonanych podziałów na podgrupy. Jednakże z przeprowadzonych obserwacji zajęć wynika, że dzieci żyły ze sobą, zaczęły razem współpracować i realizować przydzielone im zadania. Nawiązały przyjaźnie, ale – co za tym idzie – również dookreśliły swój stosunek do pozostałych członków grupy.

Zachodzące zmiany były często dynamiczne i różnorodne, jednakże – biorąc pod uwagę przekrój wszystkich przeprowadzonych sesji muzykoterapeutycznych – motywacja, zachowanie, koncentracja uwagi, reakcja na zadania i oczywiście relacje z koleżankami i kolegami znacznie się zmieniły w porównaniu z pierwszymi zajęciami z grupą. Wzrósł poziom koncentracji oraz motywacji do działań, coraz częściej reakcja na zadania była pozytywna i wiązała się z wykonywaniem ich w atmosferze koncentracji i pełnej współpracy. Dlatego też można dojść do wniosku, że muzykoterapia stanowi dynamiczną formę terapii, która w badanej grupie wpłynęła na liczne zmiany w relacjach między jej członkami.

Muzykoterapia społecznościowa umożliwia wykorzystywanie zróżnicowanych metod, co pozwala na nawiązanie pełnej współpracy z grupą. Muzykoterapeuta może bowiem wychodzić naprzeciw potrzebom oraz pomysłom poszczególnych członków grupy. „Muzykoterapia społecznościowa jest antymodelem, który zachęca terapeutów do oparcia się postawie »równego traktowania wszystkich« (jakiegokolwiek rodzaju), a zamiast tego podąża za potrzebami klientów, kontekstów i tam gdzie prowadzi muzyka” [Stachyra (red.) 2012: 193]. Przeprowadzone badania stanowią dowód, że relacje, jakie zachodzą w grupie, zmieniają się w sposób dynamiczny i są zależne od bardzo wielu czynników zewnętrznych. Jednakże poprzez działania muzykoterapeutyczne dostosowane do potrzeb grupy może być wywierany wpływ na jej zachowania i kształtujące się relacje. Dlatego też łączenie różnorodnych form oddziaływania terapeutycznego

oraz dostosowanie ich do możliwości i potrzeb jednostki bądź grupy pozwala na zwiększenie uzyskiwanych rezultatów, a tym samym na lepsze funkcjonowanie osób w środowisku społecznym.

Bibliografia

- Bruscia Kenneth, *Defining Music Therapy*. Barcelona 1998.
- Davis William B., Gfeller Kate E., Thaut Michael H., *An introduction to Music Therapy*. Boston 1999.
- Heal Margaret, Wigram Tony (red.), *Music Therapy in Health and Education*. J. Kingsley, 1993.
- Jacobs Ed E., Masson Robert L., Harvill Riley L., Schimmel Christine J., *Group Counselling. Strategies and Skills*. Belmont 2012.
- Lewandowska Kinga, *Muzykoterapia dziecięca*. Gdańsk 2001.
- Metera Anna, *Muzykoterapia. Muzyka w medycynie i edukacji*. Leszno 2006.
- Natanson Tadeusz, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*. Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1979.
- Pavlicevic Mercédès M., Ansdell Gary, *Community Music Therapy*. London–Philadelphia 2004.
- Pilkiewicz Michał, *Socjometryczna Skala Akceptacji jako technika badania pozycji jednostki w nieformalnej strukturze grupy*. „Psychologia Wychowawcza” 1969, nr 1.
- Stachyra Krzysztof (red.), *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*. Lublin 2012.
- Stachyra Krzysztof (red.), *Podstawy muzykoterapii*. Lublin 2012.
- Tokarski Jan (red.), *Słownik wyrazów obcych*. Warszawa 1980.

KAROLINA KANTYKA – absolwentka Akademii Muzycznej im. Karola Szymanowskiego w Katowicach, specjalność muzykoterapia, oraz Uniwersytetu Śląskiego na kierunku zintegrowana edukacja wczesnoszkolna i oligofrenopedagogika. Obecnie studentka studiów doktoranckich na kierunku pedagogika na Uniwersytecie Śląskim w Katowicach.

MUZYKOTERAPIA DZIECI Z RODZIN W TRUDNEJ SYTUACJI ŻYCIOWEJ

Alicja Ryczkowska » Uniwersytet Wrocławski, Dzielne Ogniska Wychowawcze we Wrocławiu

» **Streszczenie:** Muzykoterapia stanowi jedną z form programu wychowawczo-terapeutycznego, w którym uczestniczą podopieczni dziennych ognisk wychowawczych. Ukierunkowana jest związku z tym zarówno na cele terapeutyczne, jak i socjalizacyjne. Zajęcia pozwalają dzieciom przede wszystkim na doskonalenie umiejętności społecznych, poprawę samopoczucia, regulację napięcia psychosomatycznego oraz rozwój kreatywności.

Słowa kluczowe: dzieci, dzielne ogniska wychowawcze, muzykoterapia. ««

W publikacji niniejszej pragnę przedstawić program muzykoterapeutyczny realizowany przeze mnie z wychowankami dziennych ognisk wychowawczych. Program ten ukierunkowany jest zarówno na cele wychowawcze (ściśle związane z charakterem placówek), jak i cele terapeutyczne wynikające z potrzeb dzieci. Jako absolwentka Wrocławskiej Muzykoterapii, w pracy swojej czerpię z wiedzy i umiejętności zdobytych podczas studiów na Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu.

Poniżej omówiona zostanie sytuacja rodzinna podopiecznych ognisk wychowawczych, ich funkcjonowanie psychospołeczne, program socjalizacyjno-terapeutyczny, w którym uczestniczą, w tym także program

muzykoterapeutyczny. W kontekście potrzeb dzieci przeanalizowane zostaną cele muzykoterapii, a także metody i techniki stosowane podczas zajęć.

Sytuacja rodzinna podopiecznych ognisk wychowawczych

Do grup ogniskowych, w których prowadzę muzykoterapię, uczęszczają dzieci w wieku od szóstego do dwunastego roku życia, pochodzące z rodzin znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej. Same ogniska wychowawcze są placówkami o charakterze profilaktycznym, które pomagają rodzinom ubogim, wielodzietnym, rozbitym oraz dysfunkcyjnym w sprawowaniu funkcji opiekuńczych oraz wychowawczych. Ich celem jest zapobieganie niedostosowaniu, a także sieroctwu społecznemu dzieci [<http://iskierka-wroc.pl/strona/statut.html>]. Trudna sytuacja życiowa rodziny wiązać się może z różnymi czynnikami. Część podopiecznych uczęszcza do ognisk wyłącznie z powodu problemów materialnych rodziny. Inni przyjmowani są do placówek w wyniku niewydolności lub niepełnej wydolności wychowawczej opiekunów prawnych. Powodem przyjęcia dziecka do ogniska mogą być także sprawiane przez nie duże problemy wychowawcze lub edukacyjne. Część rodzin współpracujących z placówkami objęta jest nadzorem kuratorskim. Niewydolność lub niepełna wydolność wychowawcza rodziny wiązać się może między innymi z brakiem dostatecznej opieki nad dziećmi, zaniedbywaniem przez opiekunów potrzeb wychowanków, awanturami, przemocą psychiczną lub fizyczną. Przyczynami niewydolności lub niepełnej niewydolności wychowawczej opiekunów bywają niekiedy takie czynniki, jak nadużywanie alkoholu czy objawy zaburzeń psychicznych, np. upośledzenia umysłowego, depresji, zaburzeń osobowości. Zarówno przyczyną, jak i skutkiem niewydolności wychowawczej może być także rozbitcie rodziny – dzieci nierzadko wychowywane są przez samotnych rodziców, niektóre z nich przebywają w rodzinie zastępczej w związku z odebraniem lub ograniczeniem praw rodzicielskich opiekunom biologicznym; podopieczni ognisk bywają także oddzieleni od swojego rodzeństwa. Część

dzieci wychowuje się w rodzinach zrekonstruowanych, co wiąże się z obecnością w ich życiu ojczyma lub macochy, a czasem również przybranego albo przyrodniego rodzeństwa. Na socjalizację wychowanków ognisk mają niekiedy wpływ także konkubenci opiekunów prawnych, pełniący funkcje rodzicielskie. Często w procesie wychowania znaczącą rolę odgrywiają dziadkowie dzieci. Nierzadkim zjawiskiem jest również bezrobocie jednego lub obojga rodziców, wpływające na niski standard życia, w tym trudne warunki lokalowe – często, z powodów materialnych, kilkuosobowa rodzina zajmuje kawalerkę. Trudności finansowe i mała przestrzeń życiowa decydują zwykle o wysokim poziomie stresu rodziny, a często też o nerwowej atmosferze panującej w domu.

Funkcjonowanie psychospołeczne dzieci

Sytuacja rodzinna i materialna, co oczywiste, wywiera przemożny wpływ na funkcjonowanie psychospołeczne wychowanków ognisk. Funkcjonowanie to uzależnione jest zarówno od rodzaju i nasilenia stresorów, z którymi dzieci mają do czynienia w domu, jak i od samej konstrukcji psychicznej podopiecznych. Istotne jest też to, w jakim stopniu sytuacja domowa dąży ku stabilizacji – należy dodać, że położenie dzieci, na skutek współpracy rodziny z ogniskiem, nadzoru kuratorskiego (w przypadku części rodzin), a także pomocy materialnej, często ulega poprawie.

Niestabilna sytuacja domowa najdotkliwiej odbija się na sferze emocjonalnej i motywacyjnej dzieci. Część wychowanków doświadcza w związku z nią nasilonych negatywnych emocji, takich jak strach, lęk, złość, przygnębienie czy apatia. Dzieci bywają także chwiejne emocjonalnie, zestresowane, czasem nieufne. Stan psychiczny podopiecznych, a także wzorce relacji interpersonalnych wyniesione z domu, rzutują na ich funkcjonowanie społeczne również poza rodziną. Niektórzy wychowankowie mają pewne trudności w kontrolowaniu reakcji emocjonalnych, bywają impulsywni w działaniu, czasem ich zachowanie wskazuje na pewne symptomy zaburzenia hiperkinetycznego [zob. Bilikiewicz (red.)

2009: 446–447]. Dzieci mają niekiedy problem z przestrzeganiem norm grupowych, bywają agresywne, próbują rozwiązywać konflikty w sposób siłowy. Niektórzy podopieczni wykazują pewne cechy zaburzenia opozycyjno-buntowniczego [zob. Carson i in. 2003: 807–824]. Inne dzieci są natomiast wycofane społecznie, bierne, czasem nadmiernie uległe. Zdarza się, że podopieczni z powodu braku odpowiednich umiejętności społecznych, doświadczają odrzucenia ze strony rówieśników [por. Vasta i in. 1995: 505–515]. W związku z obniżonym nastrojem, niektórzy wychowankowie miewają nieco obniżony także napęd psychomotoryczny, który wpływa ujemnie na efektywność ich pracy. Część dzieci ma trudności w nauce, przejawiające się zaburzeniami czytania, pisania czy umiejętności arytmetycznych. Problemem są także wcześniejsze braki edukacyjne podopiecznych, mogące wynikać z zaniedbań rodzicielskich, stresów domowych czy trudnej sytuacji lokalowej rodziny [por. Bilikiewicz (red.) 2009: 445]. Niektórzy wychowankowie, w związku z trudnościami w nauce, jeden lub więcej razy powtarzali klasę. Pojedyncze dzieci wykazują cechy lekkiego upośledzenia umysłowego. Niepowodzenia w życiu społecznym, nauce, ubóstwo lub inne czynniki wpływają na obniżoną samoocenę części podopiecznych, ich brak wiary we własne możliwości, wyuczoną bezradność [por. Osik, Gindrich 2001: 51–57]. Należy dodać, że do ognisk uczęszczają również wychowankowie, u których proces rozwoju i socjalizacji wydaje się przebiegać prawidłowo, a zachowanie sprawia wrażenie typowego. Dzieci te mają zwykle mniejsze problemy domowe (np. trudności finansowe), a i one maleją w wyniku współpracy rodziny z ogniskiem oraz ze stowarzyszeniem, przy którym ono działa.

Program wychowawczo-terapeutyczny, w którym uczestniczą dzieci

Dzieci uczęszczające do ognisk wychowawczych, z którymi współpracuję, uczestniczą w szerokim programie wychowawczo-terapeutycznym. Oprócz muzykoterapii, biorą udział także w zajęciach indywidualnych

i grupowych z psychologiem, w zajęciach wychowawczo-profilaktycznych, w terapii pedagogicznej, w socjoterapii, w zajęciach prowadzonych Metodą Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne oraz w zajęciach artystycznych o nachyleniu terapeutycznym – taneczno-teatralnych, muzycznych i plastycznych. Wychowankowie dodatkowo uczęszczają na zajęcia sportowe, a niektórzy także na zajęcia logopedyczne. Dzieci uczestniczą w zorganizowanych wyjściach, np. w plener, na basen czy do kina. Pracownicy ognisk współpracują także z rodzicami podopiecznych, prowadząc dla nich poradnictwo życiowe i wychowawcze, pomagają również budować i podtrzymywać więzi emocjonalne wychowanków i rodziny. Zdarza się, że opiekunowie dzieci biorą udział w psychoterapii indywidualnej prowadzonej w ramach stowarzyszenia, przy którym działa ognisko. Wychowawcy, oprócz sprawowania funkcji opiekuńczo-wychowawczych, nadzorują także naukę podopiecznych, pomagając im w odrabianiu zadania i kontrolując oceny. Dzieci przychodzą do ogniska po szkole i spędzają w nim sporo czasu – do sześciu godzin dziennie. Duża część wychowanków uczęszcza do placówki także w soboty oraz w czasie ferii i wakacji, a niektórzy biorą udział w wyjazdach wakacyjnych [<http://iskierkawroc.pl/>].

Program muzykoterapeutyczny realizowany z wychowankami ognisk

W muzykoterapii podopieczni uczestniczą raz w tygodniu. Zajęcia prowadzone są w niewielkich grupkach – bierze w nich udział od trojga do siedmiorga dzieci, w zależności od frekwencji wychowanków w danym dniu. Jak już wspomniano, w procesie muzykoterapii przenikają się działania ukierunkowane na cele terapeutyczne oraz wychowawcze – nie da się zresztą ściśle oddzielić jednych od drugich, gdyż ćwiczenia służące socjalizacji mają zwykle również swój wymiar terapeutyczny, a zadania o nastawieniu terapeutycznym wspierają proces wychowania. Dążenia wychowawcze koncentrują się wokół przyswajania sobie przez dzieci norm społecznych, opanowywania przez nie umiejętności współpracy

i wyrabiania w sobie postaw prospołecznych, a także korygowania zachowań utrudniających społeczne funkcjonowanie. Na bieżąco omawiane są także sytuacje problemowe pojawiające się podczas zajęć, np. konflikty podopiecznych. Do najistotniejszych celów muzykoterapii należą także: normowanie napięcia psychosomatycznego, w tym obniżanie poziomu agresji, stresu i lęku wychowanków, relaksacja, poprawa nastroju, poprawa koncentracji uwagi, rozwijanie umiejętności kontrolowania impulsywnych działań (w tym zachowań motorycznych), kształtowanie zdolności rozpoznawania własnych emocji oraz panowania nad swoimi reakcjami emocjonalnymi, praca nad prawidłowym rozpoznawaniem ekspresji emocjonalnej innych oraz nabywanie przez dzieci ekspresji i nawyków zachowań sprzyjających sprawnej komunikacji werbalnej i niewerbalnej. Celem jest również, naturalne w przypadku zajęć, których podstawowym narzędziem jest sztuka, rozwijanie wyobraźni i kreatywności, przydatnych człowiekowi w większości dziedzin życia.

Metody i techniki muzykoterapeutyczne wykorzystywane podczas zajęć dostosowywane są, w miarę możliwości, zarówno do długodystansowych, jak i do aktualnych potrzeb dzieci. Wychowankowie biorą udział zarówno w aktywnych, jak i w receptywnych formach muzykoterapii – przeważają jednak działania czynne, ze względu na silną potrzebę aktywności motorycznej u dzieci. Wśród wyszczególnianych przez Elżbietę Galińską grup metod muzykoterapii na zajęciach stosowane są metody odreagowująco-wyobrażeniowe i aktywizujące emocjonalnie, treningowe, relaksacyjne, komunikatywne oraz kreatywne [Galińska 1997: 22]. Dzieci biorą także udział w większości typów ćwiczeń muzykoterapeutycznych wymienianych przez Helenę Cesarz w „Karcie zachowania się pacjenta w trakcie muzykoterapii” [Cesarz 2012: 289–290], połączonych czasem z elementami innych dziedzin arteterapii. Na zajęciach pojawiają się ćwiczenia ruchowe przy muzyce, między innymi taniec, zadania inhibicyjno-incytacyjne, „lustro”, ćwiczenia kinezylogiczne, rozluźniające, oddechowe i ogólnousprawniające, a także improwizacje ruchowe i instrumentalne, dialogi instrumentalne, ćwiczenia muzyczno-dramatyczne, dźwiękowe ilustracje zjawisk i stanów emocjonalnych, zabawa w dyrygenta i orkiestrę, śpiew grupowy, działania

plastyczne zintegrowane z muzyką – plastyczne interpretacje muzyki oraz dźwiękowe interpretacje treści plastycznych, techniki relaksacyjne z wykorzystaniem muzyki. Poszczególne ćwiczenia przeplatane są rozmowami sterowanymi i dyskusjami. Dzieci wypowiadają się także (pomiędzy kolejnymi zadaniami i pod koniec zajęć) na temat własnego odbioru ćwiczeń, dzielą się refleksami, mówią o swoich odczuciach. Model muzykoterapii można określić jako eklektyczny, ponieważ podczas zajęć łączone są elementy różnych podejść i metod muzykoterapeutycznych, między innymi Mobilnej Rekreacji Muzycznej Macieja Kieryła, niektóre techniki muzykoterapii zorientowanej analitycznie czy elementy metody portretu muzycznego Elżbiety Galińskiej [zob. Stachyra (red.) 2012: 56–57, 97–115, 117–129; Gulińska-Grzeluszka 2009: 84–91].

Należy dodać, że schemat zajęć jest zmienny, ze względu na potrzebę realizacji ćwiczeń dostosowanych do aktualnego samopoczucia podopiecznych, a także do rozkładu dnia w ognisku. Dzieci, które uczestniczą w muzykoterapii od razu po podwieczorku, wykonują na początku zajęć ćwiczenia z zastosowaniem instrumentów lub relaksacyjne, ponieważ niewskazane jest, aby brały udział w ćwiczeniach ruchowych krótko po posiłku. Natomiast grupa, która uczestniczy w zajęciach przed podwieczorkiem, wykonuje zwykle w pierwszej części warsztatów ćwiczenia ruchowe służące regulacji napięcia psychofizycznego, a do relaksu przystępuje w ostatnim etapie warsztatów.

Jednym z zasadniczych celów muzykoterapii, a zarazem warunkiem samego przeprowadzenia zajęć jest, jak wiadomo, przestrzeganie przez wychowanków zasad ustalonego wspólnie z nimi regulaminu. Często jest to trudne dla podopiecznych, którzy wynieśli z domu nieprawidłowe schematy zachowań interpersonalnych, ich wychowanie było częściowo zaniedbywane przez rodziców czy mają indywidualne trudności w kontrolowaniu impulsywnych działań. Jak w każdym innym środowisku, dzieci poprzez niewłaściwe zachowania chcą czasem także zwrócić na siebie uwagę osoby prowadzącej zajęcia, zaimponować rówieśnikom czy podjąć walkę o dominację. Nauka kulturalnego i opanowanego funkcjonowania wymaga więc od podopiecznych wzmożonej pracy, a od muzykoterapeuty skutecznych metod pedagogicznych. Jak pokazuje praktyka, w celu

utrzymania dyscypliny w grupie przydatne jest ustalenie z wychowankami jasnego regulaminu, a także uzgodnienie konsekwencji jego nieprzestrzegania – może to być rodzaj kontraktu pomiędzy muzykoterapeutą a dziećmi, pod którym podpiszą się podopieczni. Potrzebne wydaje się także sięganie do elementów różnych podejść pedagogicznych, w zależności od zaistniałej sytuacji problemowej oraz obserwowanego stopnia skuteczności konkretnych działań wychowawczych. W swojej praktyce stosuję między innymi elementy modelu behawioralnego, koncentrując się na wzmacnianiu zachowań pożądanых i wygaszaniu negatywnych, oraz modelu humanistycznego, wykorzystując technikę aktywnego słuchania [zob. Edwards 2006: 73–99, 188–219]. W rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych i doraźnych problemów wychowawczych przydatne okazują się także zasady *Porozumienia bez przemocy* Marschalla B. Rosenberga, czyli modelu porozumiewania się opartego umiejętności empatycznego mówienia o spostrzeżeniach, emocjach i potrzebach obu stron konfliktu oraz konstruktywnym wyrażaniu oczekiwań w postaci prośb [zob. Rosenberg 2011: 15–16]. Ponieważ na zajęciach muzykoterapeutycznych nie zawsze jest czas i możliwość dokładnego omówienia i rozwiązania sytuacji konfliktowych, bardzo istotna staje się współpraca z wychowawcą oraz psychologiem, którzy w razie potrzeby rozmawiają z dziećmi na temat problemów zaistniałych na zajęciach, nierzadko znając ich kontekst i przyczyny lepiej niż muzykoterapeuta ze względu na częsty kontakt z wychowankami. Fakt, iż współpraca taka i przepływ informacji pomiędzy muzykoterapeutą a wychowawcą i psychologiem istnieje, wpływa także na większą motywację dzieci do przestrzegania zasad regulaminu.

Do głównych dążeń muzykoterapii należą, jak już wspomniano, normowanie napięcia psychofizycznego, w tym obniżanie poziomu stresu, lęku i agresji oraz relaks i nauka jego osiągnięcia, a także kontrolowanie impulsywnych działań. Realizacja tych celów jest szczególnie ważna w przypadku dzieci z trudną sytuacją rodzinną, które doświadczają w związku z nią negatywnych emocji, przekładających się również na napięcia somatyczne. W rozładowywaniu tych napięć istotne znaczenie ma aktywność ruchowa przy muzyce. Lubianą przez podopiecznych formą pracy są ćwiczenia inhibicyjno-incytacyjne, pozytywnie wpływające także

na umiejętność kontroli działań motorycznych oraz na poprawę koncentracji uwagi. Nawet dzieci bardzo ruchliwe akceptują zadania pobudzająco-hamujące, często wykazując chęć ich realizacji podczas zajęć. Wychowankowie pozytywnie reagują na pracę z rekwizytami, uatrakcyjniamy ćwiczenia – na przykład na chustki lub balony angażujące dodatkowo pracę rąk. W ćwiczeniach inhibicyjno-incytacyjnych istotną funkcję spełnia również zmiana tempa i kierunku chodu lub tańca, a także ustalenie w jakiej pozycji mają się ustawić dzieci, kiedy ucichnie muzyka lub zmieni się jej charakter – należy dodać, że nowe elementy wprowadzane są stopniowo [por. Brzozowska-Kuczkiewicz 1991: 96–99]. Dodatkowy walor mają ćwiczenia pobudzająco-hamujące oparte na improwizacjach tanecznych, które pozwalają na swobodną ekspresję twórczą. W ćwiczeniach inhibicyjno-incytacyjnych oraz we wszystkich innych typach ćwiczeń, unika się metody konkursowej. Powodem tego jest założenie, że zajęcia powinny być czasem przerwy od współzawodnictwa, którego dzieci mają na co dzień aż zbyt wiele. Za podstawowy cel uznaje się raczej naukę współpracy. W związku z tym w działaniach inhibicyjno-incytacyjnych stosowane są niekiedy także elementy służące integracji grupy, np. polecenie ustawienia się przez grupę dzieci we wspólną „żywą rzeźbę”, którą podopieczni tworzą w przerwie od muzyki, stając nieruchomo blisko siebie, np. chwytając się za ręce [zob. Metera 2006: 203–210]. Podobnym celom służy taniec – zorganizowany lub improwizowany. Walorem pierwszego typu tańca, zwykle przybierającego formę grupową, jest ćwiczenie umiejętności dostosowania się do ustalonych zasad społecznych, możliwość identyfikacji z grupą społeczną, poczucie wspólnoty i wzajemnego wsparcia [por. Pędzich 2003: 87–92, 2014: 221–222], natomiast drugi typ tańca pozwala na swobodną aktywność ruchową i rozwijanie umiejętności twórczego myślenia i działania. W celu rozładowania nadmiaru napięć psychosomatycznych, na zajęciach stosowane są także ćwiczenia oddechowe, rozluźniające i ogólnousprawniające z towarzyszeniem muzyki [zob. Janiszewski 1993: 7–22, Stachyra (red.) 2012: 84–90]. Dzieci wykonują również ćwiczenia kinezylogiczne, które są szczególnie ważne w przypadku wychowanków mających problemy z koncentrowaniem uwagi oraz z nauką.

Jeśli chodzi o relaksację przy muzyce, wychowankowie uczestniczą zazwyczaj w wizualizacjach z elementami treningu autogennego Schulzta. Dzieci biorą również udział w wizualizacjach z elementami relaksacji progresywnej Jacobsona, a także w kierowanych lub swobodnych ćwiczeniach wyobraźniowych bez elementów treningowych, które przybierają postać opowieści proponowanych przez prowadzącą (np. wędrówki nad morzem, jeziorem, po ogrodzie, lesie czy parku, podróże w kosmos), wyobrażeń dzieci na zadany temat (np. „moje marzenie”, „miejsce, w którym czuję się bezpiecznie” – istniejące realnie lub wymyślone) lub całkiem swobodnych wyobrażeń wychowanków [por. Kronenberger: 2004: 172–193, 2003: 146–152]. Skończywszy relaks, podopieczni dzielą się zwykle swoimi wyobrażeniami. Po wizualizacjach na zadany temat często następuje rozmowa sterowana lub dyskusja dotycząca tego samego zagadnienia. Wychowankowie uczestniczą w relaksacji, leżąc na karimatach lub materacach. Mają do dyspozycji także poduszki i kocyki, które znaczenie ułatwiają relaks, wpływając na wygodę i ciepło (pomocne w osiągnięciu rozluźnienia) oraz powodując wzrost poczucia bezpieczeństwa u ćwiczących. Po relaksacji wykonywane są zwykle powolne ćwiczenia aktywizujące przy spokojnej muzyce. Oprócz wizualizacji na zajęciach pojawiają się też ćwiczenia receptywne, służące aktywizacji funkcji poznawczych – do zadań takich należy m.in. śledzenie zmian w strukturze muzycznej czy wsłuchiwanie się w audiosferę otoczenia z intencją wychwycenia wszystkich możliwych dźwięków [por. Schafer 1995: 8].

Jak już wspomniano, ważną rolę w procesie muzykoterapii odgrywiają działania służące kształtowaniu umiejętności komunikacji, współpracy i wzmacnianiu postaw prospołecznych u dzieci. Są one szczególnie istotne w przypadku wychowanków mających problemy z dostosowaniem się do niektórych zasad społecznych. W związku z tym ważne jest ciągle przypomnianie i utrwalanie tych norm, a także wspólne omawianie sensu ich respektowania, na przykład w postaci rozmowy sterowanej. Niektóre z ćwiczeń pełnić mogą także funkcję swego rodzaju testów socjometrycznych, ujawniając, jak wysoką pozycję zajmują w zespole poszczególne osoby oraz w jakim stopniu grupa jest spójna. Informacje te pozwalają z kolei na dobór form pracy, które wpłyną na poprawę pozycji w zespole dzieci

wykazujących symptomy wycofania społecznego lub będących z pewnych przyczyn odrzucane przez grupę [por. Colonna-Kasjan 2000: 95–101]. Odpowiednie działania mogą również pomóc w skorygowaniu wzorców wchodzenia w interakcje podopiecznych, którzy wykazują skłonność do negatywnej dominacji nad innymi, przejawiającej się na przykład wydawaniem nieuzasadnionych poleceń dzieciom stojącym niżej w hierarchii grupy. Sympatie i antypatie wychowanków, a także poziom ich popularności w grupie ujawniają się w toku wielu ćwiczeń. Dzieje się tak już przy okazji dobierania się dzieci w dowolne lub ustalone przez osobę prowadzącą zajęcia pary czy niewielkie grupki w celu wykonania określonego zadania. Socjometryczną funkcję pełnią także działania polegające na dedykowaniu przez dzieci jednej osobie z grupy własnej improwizacji instrumentalnej czy innych wytworów lub słuchanego utworu muzycznego. Informacji o sposobach wchodzenia w interakcje społeczne przez dzieci, a także o ich pozycji w grupie dostarczają również swobodne dialogi instrumentalne prowadzone przez całą grupę lub w mniejszych zespołach.

Dobrymi ćwiczeniami umiejętności komunikacyjnych oraz ekspresji niewerbalnej sprzyjającej porozumiewaniu się, a także zdolności prawidłowego jej rozpoznawania są także dialogi instrumentalne na zadany lub dowolny temat oraz działania muzyczno-dramatyczne z wykorzystaniem gry instrumentalnej i pantomimicznej, polegające na wcielaniu się przez dzieci w różne role społeczne [por. Cesarz 2008: 23–28]. Dialogi instrumentalne i inscenizacje muzykodramatyczne realizowane są niekiedy także w formie kalamburów. Dzieci losują wówczas przygotowane przez prowadzącą karteczki, na których zapisane są rodzaje scenek lub dialogów przeznaczonych do odegrania, albo same wymyślają tematy przedstawień. Podczas gdy wybrane dziecko lub para dzieci realizuje scenkę, pozostali uczestnicy zajęć starają się odgadnąć, co jest inscenizowane [por. Polak 1979: 75–76,]. Działania muzyczno-teatralne stanowią często wstęp do rozmowy sterowanej lub dyskusji na tematy dotyczące relacji międzyludzkich. Przykładami takich zagadnień są: przyjaźń, miłość, „sposoby rozwiązywania konfliktów i inne.

W celu ćwiczenia podstawowych ról grupowych na zajęciach realizowana jest też, lubiana przez wychowanków, zabawa w dyrygenta

i orkiestrę. Wcielając się kolejno w kierownika oraz członków zespołu perkusyjnego, dzieci mają okazję popracować nad umiejętnością wydawania poleceń oraz ich realizowania, a także nad zdolnością współpracy. W zabawie pojawiają się stopniowo kolejne elementy wykonywane przez orkiestrę, np. zmiany tempa czy dynamiki gry. Ćwiczenie prowadzone jest zarówno z podkładem, jak i bez podkładu muzycznego. Inną formą działania ukierunkowanego na kształtowanie umiejętności współpracy jest ćwiczenie zwane lustrem, które podopieczni realizują w parach lub w kole. Jego istotę stanowi, jak wiadomo, dokładne naśladownictwo gestów jednej osoby przez drugą lub przez pozostałe, stojące w kręgu. Po pewnym czasie następuje zamiana ról, pozwalająca na wejście przez każde dziecko zarówno w rolę przedstawiającego gesty, jak i naśladującego je. Do innych zadań służących nauce współpracy i integracji dzieci należą także działania twórcze inspirowane muzyką, realizowane w parach lub większych grupach, na przykład rysowanie na wspólnej powierzchni scen inspirowanych muzyką czy wspólne tworzenie opowiadania ilustrującego słuchany utwór. Opowiadanie takie jest następnie inscenizowane przez dzieci z wykorzystaniem instrumentów, gestów pantomimicznych, a czasem także rekwizytów, na przykład chust.

Istotną funkcję pełnią także ćwiczenia nastawione na budowanie ufnych relacji w grupie. Ich przykładem jest taniec w parach, w których jedna osoba ma zawiązane oczy. Niewidzące dziecko jest prowadzone przez drugie w tańcu lub oprowadzane po pomieszczeniu przy akompaniamencie powolnej muzyki. Następnie role są zmieniane. Dzieci oczywiście opowiadają następnie o swoich odczuciach dotyczących obu tych ról. Innym ćwiczeniem mającym na celu budowanie zaufania członków grupy jest zabawa w ciepło-zimno z wykorzystaniem instrumentów, w którym głośność gry dzieci informuje osobę szukającą innego dziecka o tym, jak blisko się od niego znajduje [zob. Metera 2006: 203–210].

Podsumowując powyższe rozważania można stwierdzić, iż muzykoterapia dzieci w dziennych ogniskach wychowawczych ukierunkowana jest na cele terapeutyczno-wychowawcze. Jej głównymi dążeniami są: pomoc dzieciom w przyswajaniu norm społecznych, nauka inicjowania i podtrzymywania relacji społecznych, normowanie napięcia

psychosomatycznego, relaksacja i poprawa nastroju. Ponieważ dzieci, przystępując do zajęć często są zmęczone (po szkole i po odrabianiu lekcji), muzykoterapia powinna mieć również charakter częściowo rekreacyjny. Istotne jest także omawianie na zajęciach zaistniałych sytuacji problemowych oraz współpraca w tym zakresie z wychowawcą dzieci.

Bibliografia

- Bilikiewicz Adam (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa 2009.
- Brzozowska-Kuczkiewicz Marzena, *Jacques-Dalcroze Emil i jego rytmika*. Warszawa 1991.
- Carson Robert C., Butcher James N., Mineka Susan, *Psychologia zaburzeń*, Tom 2. Gdańsk 2003.
- Cesarz Helena, *Karta zachowania się pacjenta w trakcie muzykoterapii*. W: *Podstawy muzykoterapii*. Krzysztof Stachyra (red.). Lublin 2012, s. 288–291.
- Cesarz Helena, *Kreatywność w muzykoterapii*. W: *Arteterapia w medycynie i edukacji*. Wiesław Karolak, Barbara Kaczorowska (red.). Łódź 2008, s. 23–28.
- Colonna-Kasjan Daniela, *Zastosowanie muzykoterapii w procesie edukacji i wychowaniu dzieci z zaburzeniami na tle emocjonalnym na podstawie własnych badań i doświadczeń*. „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu” 2000, nr 76, s. 95–101.
- Edwards Clifford H., *Dyscyplina i kierowanie klasą*. Warszawa 2006.
- Galińska Elżbieta, *Psychoterapeutyczne założenia muzykoterapii i ich realizacja*. „Psychoterapia” 1977, nr XXII, s. 21–32.
- Gindrich Piotr, *Nasilenie zjawiska specyficznych i niespecyficznych trudności w uczeniu wśród uczniów szkół masowych w świetle wyników ankiety*. W: *Wspomaganie rozwoju uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*. Danuta Osik, Anna Wojnarska (red.). Lublin 2001, s. 17–22.
- Gładyszewska-Cylulko Joanna, *Rysunek inspirowany wizualizacją przy muzyce*. „Muzykoterapia polska” 2003, t. 2, nr 3/4 (7/8), s. 19–23.
- Gulińska-Grzeluszka Diana, *Muzykoterapia dzieci agresywnych*. Łódź 2009.
- Janiszewski Mirosław, *Muzykoterapia aktywna*. Warszawa-Łódź 1993.
- Konieczna-Nowak Ludwika, *Muzykoterapia dzieci i młodzieży z zaburzeniami emocji i zachowania*, W: *Podstawy muzykoterapii*. Krzysztof Stachyra (red.). Lublin 2012, s. 221–237.

- Kronenberger Małgorzata, *Muzykoterapia. Podstawy teoretyczne do zastosowania muzykoterapii w profilaktyce stresu*. Szczecin 2003.
- Kronenberger Małgorzata, *Muzykoterapia. Wykorzystanie technik aktywnych i receptywnych w profilaktyce stresu*. Łódź 2004.
- Lewandowska Kinga, *Muzykoterapia dziecięca*. Gdańsk 1996.
- Metera Anna, *Muzykoterapia. Muzyka w medycynie i edukacji*. Leszno 2006.
- Osik Danuta, Gindrich Piotr, *Trudności przystosowawcze uczniów dyslektycznych ujawniające się w samoocenie*. W: *Wspomaganie rozwoju uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*. Danuta Osik, Anna Wojnarska (red.). Lublin 2001, s. 51–57.
- Pędzich Zuzanna, *Od chorei do tańców w kręgu – terapeutyczne i duchowe wymiary tańca*. „Nowiny psychologiczne” 2003, nr 4, s. 87–92.
- Pędzich Zuzanna (red.), *Psychoterapia tańcem i ruchem*. Sopot 2014.
- Polak Iwona, *Techniki parateatralne w psycho- i muzykoterapii*. „Zeszyt Naukowy Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu” 1979, nr 22, s. 71–79.
- Rosenberg Marshall B. *Porozumienie bez przemocy. O języku serca*. Warszawa 2011.
- Schafer Muray Raymond, *Poznaj dźwięk. 100 ćwiczeń w słuchaniu i tworzeniu dźwięków*. Poznań 1995.
- Skowrońska-Lebecka Ewa, *Gest i dźwięk*. Warszawa 1995.
- Stachyra Krzysztof (red.), *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*. Lublin 2012.
- Stadnicka Janina, *Terapia dzieci muzyką, ruchem i mową*. Warszawa 1998.
- Vasta Ross, Haith Marshall M., Miller Scott A., *Psychologia dziecka*. Warszawa 1995.

Strony internetowe

<http://iskierkawroc.pl/> (dostęp: 5.04.2014 r.)

<http://iskierkawroc.pl/strona/statut.html> (dostęp: 5.04.2014 r.)

ALICJA RYCZKOWSKA – muzykoterapeuta i muzykolog, prowadzi zajęcia muzykoterapeutyczne w Ogniskach Wychowawczych Stowarzyszenia Pomocy „Iskierka” we Wrocławiu. Jest doktorantką przy Katedrze Muzykologii Uniwersytetu Wrocławskiego. W kręgu jej zainteresowań naukowych znajdują się zagadnienia związane z psychologią muzyki, muzykoterapią oraz historią muzyki.

WYKORZYSTANIE ELEMENTÓW MUZYKOTERAPII W HIPOTERAPII DZIECI

Agnieszka Kardasz-Sopel » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

» **Streszczenie:** Artykuł zawiera omówienie możliwości wykorzystania elementów muzykoterapii w hipoterapii dzieci niepełnosprawnych. Autorka stara się w nim pokazać, jak bardzo przydatne mogą okazać się techniki muzykoterapeutyczne podczas zajęć z hipoterapii. Krótko wyjaśnia też, czym jest sama hipoterapia i do kogo jest ona adresowana, a także pokazuje, jakie atuty niesie ze sobą zastosowanie połączenia obu tych metod podczas pracy z dzieckiem.

Słowa kluczowe: dziecko niepełnosprawne, hipoterapia, koń, muzykoterapia.



Wyjaśnienie terminu „hipoterapia”

Wyraz „hipoterapia” pochodzi od greckiego słowa *hippos* – koń. Hipoterapia jest działaniem mającym na celu przywracanie zdrowia i sprawności z wykorzystaniem konia i jazdy konnej. Daje ona szeroki wachlarz możliwości terapeutycznych, dlatego jest jedną z metod, z której chętnie korzysta wielu pacjentów o różnorodnych potrzebach terapeutycznych. Duża rozbieżność schorzeń pacjentów i wynikająca stąd konieczność

podejmowania podczas terapii zróżnicowanych działań stały się powodem, dla którego hipoterapia nie stworzyła swojej systematyki ćwiczeń. Czerpie ona wiele pomysłów z zasobu i terminologii gimnastyki ogólnej oraz innych specjalistycznych metod terapeutycznych. Hipoterapia to metoda uzupełniająca i wspomagająca główne metody terapeutyczne, stąd też wskazane jest, aby hipoterapeuci byli również specjalistami z zakresu pedagogiki, pedagogiki specjalnej, psychologii, logopedii lub rehabilitacji.

Hipoterapia ma walory wyjątkowe i niezastąpione, które wyróżniają ją spośród innych form terapii. Należy do nich przede wszystkim kontakt z żywym zwierzęciem, który ma ogromny wpływ na rozwój emocji, budowanie więzi społecznych oraz zaspokajanie potrzeby nabywania umiejętności dawania czegoś od siebie i opiekowania się kimś [Strumińska 2007: 16–18].

Trochę inaczej definicja ta prezentowana jest w Kanonach polskiej Hipoterapii. Według tych kanonów hipoterapia jest to ukierunkowane działanie terapeutyczne, mające służyć poprawie funkcjonowania człowieka w sferach fizycznej, emocjonalnej, poznawczej i społecznej, podczas którego specjalnie przygotowany koń stanowi integralną część procesu terapeutycznego. Realizowana jest przez wykwalifikowanego hipoterapeutę zgodnie z zaleceniami lekarza kierującego na hipoterapię i we współpracy z innymi specjalistami prowadzącymi danego pacjenta.

Warto krótko omówić, czym są wspomniane powyżej kanony. Odgrywają one bowiem znaczącą rolę w kształtowaniu polskiej hipoterapii. Kanony polskiej Hipoterapii zostały opracowane przez zespół specjalistów i zatwierdzone przez Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Hipoterapeutycznego w 2002 roku. Słowo *canon* oznacza po łacinie prawo, przepis; po grecku określa miarę, wzorzec. Kanony polskiej Hipoterapii odpowiadają obu tym znaczeniom. Z jednej strony stanowią zbiór norm, zasad, reguł, nakazów, z drugiej są wzorcem, modelem, do jakiego powinniśmy dążyć. Najnowsza wersja Kanonów Polskiej Hipoterapii została przyjęta na Nadzwyczajnym Walnym Zgromadzeniu PTHip w Katowicach w 2007 roku [Gasińska i in. 2007: 1].

Cele hipoterapii

Oddziaływanie hipoterapii jest bardzo szerokie. Ma ona bowiem wpływ na sferę fizyczną, emocjonalno-motywacyjną, poznawczą i społeczną. Cechują ją jasno określone cele, do których należy zmierzać podczas prowadzenia zajęć. Są to: stymulacja rozwoju psychoruchowego dziecka, pobudzenie psychomotoryczne, w tym: poprawa kondycji wzrokowo-ruchowej, orientacji przestrzennej oraz poznanie schematu własnego ciała, zwiększenie koncentracji uwagi i zaktywizowanie, zwiększenie motywacji do wykonywania ćwiczeń, rozwijanie samodzielności, a także zmniejszanie zaburzeń równowagi i praca nad reakcjami obronnymi, zwiększenie możliwości lokomocyjnych, zwiększenie poczucia własnej wartości, relaksacja i osłabienie, zniwelowanie reakcji nerwicowych, zapewnienie kontaktu ze zwierzęciem i naturą.

Z hipoterapii mogą korzystać osoby cierpiące na takie choroby, jak: mózgowie porażenie dziecięce, przewaga niedowładów w kończynach dolnych, zaburzenia równowagi, przywiedzione ułożenie kończyn; porażenia i niedowłady spastyczne; wiotkość ciała; opóźnienia psychoruchowe; kręcz karku; stwardnienie rozsiane; dystrofie mięśniowe; rozszczepy kręgosłupa po zoperowaniu przepukliny oponowo-rdzeniowej; skrzywienia kręgosłupa; wady postawy; choroba Scheuermanna; stany po urazach kręgosłupa i rdzenia; przykurcz i ograniczenia ruchomości mięśni i stawów; stan po amputacjach kończyn; autyzm dziecięcy; zespół Downa; wady słuchu; wady wzroku; zaburzenia emocjonalne i adaptacyjne towarzyszące alkoholizmowi, narkomanii, problemom tzw. trudnych dzieci i trudnej młodzieży; nerwice; zwyrodnienie stawów biodrowych; otyłość; choroby krążenia.

Pośród przeciwwskazań wymieniane są: silne uczulenie na sierść lub pot koński, astma oskrzelowa; niezagojone rany; zły ogólny stan zdrowia; skrajne wyniszczenie, np. w trakcie choroby nowotworowej; ostre infekcje i stany gorączkowe; infekcje dróg moczowych; zwichnięte stawy biodrowe; dysplazje z częstymi incydentami zwichnięć; stany po świeżych złamaniach i operacjach kręgosłupa; duże skoliozy o kącie skrzywienia powyżej 25 stopni; częstsza niż co trzy miesiące skłonność

do dyskopatii; zeszywniające zapalenie kręgosłupa; osteoporoza lub inna przyczyna łamliwości kości; artrogrypoza ze znacznym utrwalonym przykurczem biodrowym; miastenie (choroba mięśni); bardzo ciężkie i częste napady padaczkowe; bardzo ciężkie upośledzenia umysłowe; skrajne autyzmy; krytyczne bunty z towarzyszącymi krzykami, niepokojem ruchowym i agresją; hemofilia i inne skazy krwotoczne; ostra faza choroby Scheuermanna i jej postać obejmująca odcinek lędźwiowy.

W Polsce wśród korzystających z terapeutycznych usług jeździeckich najliczniejszą grupę stanowią dzieci (87,6%), w tym najwięcej w wieku 5–10 lat (35,6%), następnie w wieku do 5 lat (29,6%), 10–15 lat (22,2%), młodzież powyżej 15 lat i osoby dorosłe (12,5%). Największą grupę (41,48%) stanowią osoby z dziecięcym porażeniem mózgowym [Wyżnikiewicz-Nawracała 2002: 112].

Wykorzystanie elementów muzykoterapii w hipoterapii – stan badań

Gdyby odnieść się do stanu badań, a co za tym idzie – wiedzy dotyczącej wykorzystania muzykoterapii w hipoterapii, nietrudno byłoby stwierdzić, że są one znikome. Badaniem tej kwestii zajmowało się do tej pory niewiele osób, dlatego w artykule tym będę opierać się głównie na doświadczeniach własnych. Mam jednak nadzieję, że z czasem sytuacja się zmieni i terapeuci zaczną celowo stosować elementy muzykoterapii w hipoterapii, gdyż nie zdawaliśmy sobie dotąd sprawy, jak często w sytuacji hipoterapii mamy przypadkowo do czynienia z muzyką. Niejednokrotnie w czasie zajęć hipoterapeutycznych słyszymy w oddali muzykę płynącą z radia. Poza tym wielu rodziców pyta, czy terapeuci nie mają nic przeciwko, aby podczas hipoterapii ich dzieciom towarzyszył telefon czy iPod odtwarzający jakiś konkretny, lubiany przez dziecko utwór muzyczny. Nieraz zdarza się więc, że dziecko poddane zostaje terapeutycznemu działaniu muzyki, gdyż pod wpływem słyszanych dźwięków może zmienić się jego nastrój, nastawienie do zajęć. Dziecko może się

za pomocą muzyki uspokoić, zrelaksować bądź też zaktywizować, jeśli muzyka była energiczna [Stogniew 2012: 1–43].

Prowadząc zajęcia z hipoterapii, wielokrotnie sama obserwowałam, jak silnie dzieci reagują na poszczególne przypadkowe bodźce muzyczne, dlatego z czasem zaczęłam je stosować celowo.

Śpiew podczas zajęć z hipoterapii

Nie ulega wątpliwości, że wśród elementów muzykoterapii w hipoterapii najważniejszą rolę odgrywa śpiew. Być może wynika to z tego, że jest to najprostsza, najbardziej dostępna forma muzykowania. Jednak niewątpliwie śpiew w hipoterapii jest wykorzystywany bardzo często. Najczęściej terapeuci sięgają po krótkie, rymowane piosenki o prostej melodyce, związane z końmi, lub aktywizujące do podjęcia konkretnej czynności. Czasem jednak zdarza się, że pacjenci sami proszą o możliwość wykonania, zaśpiewania wraz z terapeutą danego utworu. Może dziwić fakt, że często są to kolędy bądź piosenki biesiadne. Jednak są one powszechnie znane, a także nieskomplikowane i mogą (szczególnie kolędy) wywoływać w dzieciach pozytywne skojarzenia, co tłumaczyłoby chęć śpiewania ich przez dzieci. Może być tak, że piosenki wykonuje tylko terapeuta, ale lepsze efekty przynosi wspólny śpiew wraz z dzieckiem – nie zawsze jednak możliwy ze względu na stan zdrowia dziecka. W celu udoskonalenia i urozmaicenia pracy hipoterapeutów powstał, wydany przez Polskie Towarzystwo Hipoterapeutyczne, *Śpiewnik z koniem w tle*. Jest to zbiór piosenek o tematyce związanej z koniem i jego otoczeniem. Do niektórych z nich opracowane zostały zabawy ruchowe, które można wykonywać, nawet siedząc na koniu. Utwory znajdujące się tam opracowali hipoterapeuci podczas swojej wieloletniej pracy terapeutycznej, jest to więc materiał sprawdzony przez samych zainteresowanych. Sądzę, że to doskonała pomoc dla terapeutów, którzy chcieliby wdrożyć elementy muzykoterapii do swoich zajęć z hipoterapii, tym bardziej że do każdej piosenki dołączono zapis nutowy, jest także płyta,

na której nagrane są wszystkie utwory zawarte w śpiewniku. Nagrania mogą posłużyć jako pomoc do nauki piosenek bądź też być prezentowane z odtwarzacza podczas zajęć. Poniżej zamieszczam tekst przykładowej, wartej uwagi piosenki.

Gdzie rzeka płynie wartko (do melodii *Gdzie strumyk płynie z wolna*)

1. Gdzie rzeka płynie wartko,
a z nieba spływa żar,
tam konik idzie z wolna
i skubie, co się da.
Tam konik idzie z wolna
i skubie co się da, da, da.
2. Tu Ania (w tym miejscu imię danego pacjenta) wciąż się śmieje,
na boki zsuwa się,
a koń parska wesoło
i mówi: prosto siedź.
A koń parska wesoło
i mówi: prosto siedź, siedź, siedź.
3. Wracamy już do stajni
i konik cieszy się,
bo czeka tam marchewka
i pyszne sianko też.
Bo czeka tam marchewka
i pyszne sianko też, też, też [Stogniew 2012: 26–27].

Poza tradycyjnym śpiewem w muzykoterapii wykorzystywana jest technika *songwriting*. Ze względu na częste upośledzenie intelektualne uczestników zajęć warto obniżyć odrobinę stopień trudności i zmieniać poszczególne frazy znanego, powstałego już wcześniej tekstu, zamiast budować tekst od początku, oraz wykorzystać istniejącą już melodię. Chyba że dziecko samo zechce stworzyć melodię, bo zdarzają się przecież pacjenci bardzo muzykalni. Warto wziąć pod uwagę fakt, jak ważną rolę w życiu dziecka odgrywa zabawa, podczas której młody człowiek ma okazję poznać swoje ciało i jego możliwości, przeżywać najrozmaitsze

uczucia, uczyć się odróżniać rzeczy nieskomplikowane od sprawiających mu trudność czy nawiązać kontakt z otoczeniem i odnajdywać się w różnych rolach. Zabawa stanowi dla niego najpełniejszą odpowiedź na potrzeby i nadzieje występujące w wieku dziecięcym. Dlatego dobrze jest wykorzystać w hipoterapii zabawy z elementami muzyki. Przykładem może być zabawa „Chodzi konik koło drogi” do melodii znanej piosenki „Chodzi lisek koło drogi”. Podczas niej zastęp złożony z 3–4 jeźdźców porusza się po kole. Prowadzący zabawę stoi w środku koła i wydaje polecenia poszczególnym jeźdźcom, którzy mogą samodzielnie kierować koniem, a w przypadku braku takich umiejętności, ich konie mogą być prowadzone na uwiązach przez pomocników. Towarzyszy temu następująca wyliczanka:

Chodzi konik koło drogi.

Ma ogon i cztery nogi.

Raz, dwa, trzy, robisz woltę Ty.

Raz, dwa, trzy, klepiesz konia Ty.

Raz, dwa, trzy, podnieś ręce Ty.

Raz, dwa, trzy, łapiesz piłkę Ty [Wolff 2007: 239].

Zabawa ta ma na celu trenowanie koncentracji uwagi oraz ćwiczenie nowych umiejętności, na które jest kładziony nacisk w poleceniach [Wolff 2007: 239].

Podczas praktyki hipoterapeutycznej niejednokrotnie sama miałam okazję obserwować, jak dużo dobrego może wnieść muzyka, muzykoterapia, a konkretnie śpiew do zajęć hipoterapeutycznych. Powołam się na dwa przypadki. Zarówno z jednym, jak i z drugim dzieckiem miałam styczność na dwutygodniowym turnusie rehabilitacyjnym w Ośrodku Rehabilitacyjno-Wypoczynkowym „Wielspin” w Wągrowcu, gdzie miałam przyjemność pracować. Pierwszy z nich dotyczył sześciolatniej dziewczynki cierpiącej na dystrofię mięśniową. U dziewczynki tej choroba była już rozwinięta do tego stopnia, że musiała się ona poruszać na wózku inwalidzkim. Ze względu na wciąż postępujący zanik mięśni dziewczynka nie była w stanie pionizować się ani ustabilizować tułowia,

dlatego musiałam asekurować ją z góry, siedząc razem z nią na koniu. Dziecko sprawiało wrażenie, jak gdyby jazda konna sprawiała mu ból, poza tym ze względu na nieśmiałość dziewczynki, która była niezwykle małomówna i ewidentnie zawstydzona obecnością nowych osób (terapeuty i osoby prowadzącej konia), na zajęciach początkowo miałam pewną trudność w nawiązaniu z nią kontaktu. Na drugich zajęciach mama pacjentki dała mi swój telefon komórkowy, prosząc, abym podczas zajęć cały czas odtwarzała dziewczynce piosenkę znanej i lubianej przez dzieci wokalistki Bébé Lilly, pod tytułem *Kowboje*. Podczas słuchania utworu widać było u dziewczynki wyraźną poprawę nastroju, poza tym uspokajała się, a muzyka jakby dodawała jej odwagi i śmiałości, gdyż stała się zdecydowanie bardziej rozmowna. Następnego dnia postanowiłam lepiej przygotować się do zajęć i nauczyć się śpiewać tę piosenkę, tym bardziej że jej tekst zdawał się adekwatny do zajęć z hipoterapii. Pozwolę sobie zresztą zacytować jego refren:

Dzielne dzieciaki Amerykę chcą podbić całą i odnaleźć Eldorado. I tacy kowboje mali jadą na koniach, gdzie mój galop słychać aż po noc.

Od tej pory piosenka ta towarzyszyła nam już podczas każdych zajęć; początkowo dziewczynka tylko przysłuchiwała się mojemu śpiewowi, z biegiem czasu jednak zaczęła sama śpiewać poszczególne wyrazy, frazy, aż pod koniec turnusu śpiewaliśmy już wspólnie całość, czemu towarzyszyło również klaskanie konkretnych rytmów, oczywiście na tyle, na ile pozwolił stan mięśni dziewczynki. Spoglądając na tę sytuację z perspektywy czasu, stwierdzam, że był to rodzaj muzykoterapii, najpierw receptywnej, która następnie przerodziła się w aktywną. Drugi przypadek, o którym chciałabym napisać, dotyczy ośmioletniego chłopca, którego spotkałam na tym samym turnusie. U chłopca tego zdiagnozowano autyzm, dodatkowo był on od urodzenia niewidomy. Chłopiec był wytykany i wyśmiewany przez inne dzieci na turnusie ze względu na problem dotyczący ciągłej chęci masturbacji, onanizowania się. Stąd też niechęć innych turnusowiczów do niego. Kiedy dziecko to przyszło do mnie na zajęcia, zupełnie nie mogliśmy się porozumieć. Chłopiec

w zasadzie w ogóle nie wykazywał zainteresowania zajęciami, koniem, na którym jeździł, czy też moją osobą. Nie potrafił się porozumiewać, gdyż jak większość dzieci cierpiących na autyzm nie mówił, jednak poprzez gesty odrzucał wszelkie formy ćwiczeń, jakie mu proponowałam, oraz nowe przedmioty, jakie chciałam mu pokazać, które mogłyby się wydawać fakturalnie ciekawe dla osoby niewidomej. Jego nastawienie było bardzo negatywne i z góry odrzucał wszystkie moje pomysły. Starałam się bacznie obserwować chłopca i w pewnym momencie moją uwagę przykuł fakt, że podczas zajęć chłopiec prawie przez cały czas nucił jakieś melodie. Postanowiłam dokładnie wsłuchać się w dźwięki wydawane przez chłopca. Okazało się, że tymi melodiami są kołędy. Wpadłam więc na pomysł, aby dyskretnie, po cichu, za pomocą śpiewu mormorando – nucenia towarzyszyć chłopcu, tworząc do śpiewanych przez niego kołęd drugi głos. Pacjent, słysząc mój śpiew, zaczął być bardzo radosny, wręcz zaśmiewał się. Było widać, że wspólne muzykowanie go cieszy. Od tej pory na każdych zajęciach wspólnie śpiewaliśmy różne melodie na dwa głosy; choć przeważały kołędy, pojawiały się także piosenki harcerskie, ogniskowe oraz wspólne improwizacje głosem. Za sprawą tej aktywności nastawienie chłopca do zajęć diametralnie się zmieniło, wyraźnie cieszył się, gdy miał wsiąść na konia, a muzyka stała się naszym wspólnym językiem, pomostem do porozumienia, za pomocą którego mogliśmy nawiązać kontakt.

Sądzę, że powyższe przykłady doskonale obrazują, jak dobrze sprawdza się śpiewanie podczas zajęć z hipoterapii.

Ćwiczenia rytmiczne podczas zajęć z hipoterapii

Podczas hipoterapii warto też przeprowadzić zajęcia łączące słowo z ruchem i rytmem. Niezwykle przydatne okazują się tu wierszyki i piosenki z powtarzającymi się rytmicznie słowami, które łatwo można zaprezentować ruchowo. Oto przykładowy wierszyk [Dzwonkowska, Górską 2007: 168–170]:

Rączki klaszczą klap, klap, klap.
 Nóżki tupią tup, tup, tup.
 Tutaj swoją głowę mam, a na nosie sobie gram.
 Tutaj swoje uszy mam, oczy patrzą tu i tam.
 Buzia mówi: Am, Am, Am,
 a na brzuszku bam, bam, bam.

Ciekawe przykłady takich wierszyków, które można połączyć na przykład z wystukiwaniem rytmów na instrumentach perkusyjnych, znaleźć można w tomiku wierszy dziecięcych, zatytułowanym *Wiersze na jedno kopyto*, dołączonym do powieści dla dzieci *Koń na receptę* Agaty Widzowskiej-Pasiak [2011: 14–15].

Ćwiczenia rytmiczne wpływają na rozwój psychomotoryki dzieci, poprawiają koncentrację uwagi i są bardzo aktywizujące. Oto przykładowe ćwiczenia:

- > wyklaskiwanie podanego rytmu na różnych częściach ciała konia – zadzie, boku, szyi (można też klaskać we własne dłonie);
- > wykonywanie rytmicznych ruchów ciała, np. zabawa w zegar – kiwamy się w rytm tykania, który sami ustalamy, mówiąc „tik-tak”, albo szeroko rozkładamy ręce na boki i licząc do czterech, kolejnymi małymi, równymi ruchami dążymy do złączenia się dłoni nad głową lub z przodu;
- > nauka piosenek i wierszyków z gestykulacją – możemy do nich wymyślać gesty ilustrujące treść piosenki;
- > ćwiczenia łączące słowo, rytm i gest, np. recytacja wierszyka w podanym rytmie z jednoczesnym wyklaskiwaniem tego rytmu dłońmi i o kolana;
- > mówienie rytmiczne – wystukiwanie równego niezbyt szybkiego rytmu z dołączeniem do niego wypowiedzi, np. „dzień-do-bry” (trzy klaśnięcia w równych odstępach), albo ćwiczenia wykonywane na poruszającym się kłusem koniu do następującej wyliczanki: „Jechał, jechał, pan, pan, pan. Na koniku sam, sam, sam. A za panem chłop, chłop, chłop, na koniku hop, hop, hop” [Dzwonkowska, Górską 2007: 168–170].

Wykorzystanie elementów muzyki podczas zajęć z hipoterapii dla dzieci niewidomych

Obserwując dzieci niewidome i słabo widzące, nietrudno dojść do wniosku, że są one bardzo podatne na działanie muzyki. Podczas hipoterapii zakres możliwości ćwiczeń z dziećmi niewidomymi wydaje się ograniczony. Dlatego warto wykorzystać podczas zajęć muzykę, co otwiera przed terapeutami szersze perspektywy.

Wykorzystanie ćwiczeń z użyciem dźwięku może mieć dla małych pacjentów także znaczenie muzykoterapeutyczne i może podnosić ich samoocenę, wiarę w siebie, w swój potencjał. Oto kilka propozycji ćwiczeń dla dzieci niewidomych:

- > rozpoznawanie odgłosów z otoczenia – na spacerze słycać różne zwierzęta, prosimy więc dziecko, aby wsłuchało się w odgłosy, nazwało i naśladowało zwierzę, które się odzywa; słycać też odgłosy dochodzące z drogi, prosimy dziecko, aby rozpoznało, co nią jedzie – samochód osobowy, ciężarowy, rower, motocykl;
- > odgadywanie, jakie jest pochodzenie głosu, skąd głos dochodzi (można wykorzystać instrumenty perkusyjne – terapeuta bądź osoba prowadząca konia gra na instrumencie, a dziecko określa jego usytuowanie, skąd dochodzi dźwięk; może też zgadywać, jaki instrument zagrał);
- > odgadywanie odgłosów upadających przedmiotów;
- > jeżdżenie za dźwiękiem – prosimy dziecko, aby dojechało konno w miejsce, z którego dochodzi dźwięk z magnetofonu lub grany przez terapeutę. Z czasem można zwiększać liczbę dźwięków tak, aby dziecko musiało spośród kilku wyróżnić tylko jeden, znaczący w konkretnym zadaniu, i zareagować na barwę konkretnego instrumentu;
- > zajęcia z zabawkami dźwiękowymi – uderzamy dźwięcząca zabawką w zad lub inną część ciała konia, np. szyję, łopatkę, brzuch; prosimy dziecko, aby odgadło, gdzie znajduje się zabawka lub w jaką część ciała konia uderzyliśmy [Dzwonkowska, Górńska 2007: 172].

Elementy muzyczne można wykorzystać również w sporcie osób niewidomych. W poznańskiej stajni terapeutycznej „Lajkonik” dzieci niewidome są przygotowywane do olimpiad specjalnych w kategorii ujeżdżenie. Ze względu na to, że nie widzą poszczególnych liter na czworoboku ujeżdżeniowym, które mogłyby sugerować, jaką figurę na koniu mają w danym momencie wykonać, litery zostały w ich przypadku zastąpione instrumentami, nie tylko perkusyjnymi, ale również melodycznymi, jak skrzypce, flet poprzeczny, gitara klasyczna czy trąbka. W momencie, gdy dziecko niewidome słyszy ustalony wcześniej sygnał dźwiękowy zagrany na danym instrumencie, wie, jaki ruch na koniu ma wykonać – zatrzymanie, zmianę chodu, woltę, zmianę kierunku poprzez przekątną bądź też półwoltę. Można więc wnioskować, że muzyka stanowi dla dziecka niewidomego duże ułatwienie, ale także urozmaicenie zajęć z hipoterapii czy zajęć z jazdy konnej.

Wykorzystanie programów aktywności Marianny i Christophera Knillów podczas zajęć z hipoterapii

Podczas zajęć z hipoterapii przydatne mogą się okazać również, bazujące na muzyce, programy aktywności Marianny i Christophera Knillów. Programy aktywności przeznaczone są do pracy z dziećmi, młodzieżą i dorosłymi o różnym poziomie rozwoju intelektualnego, społecznego i fizycznego i stanowią dobre uzupełnienie zajęć z hipoterapii, podczas których koń jest dla dziecka źródłem dodatkowych stymulacji. Podręcznik Marianny i Christophera Knillów zawiera cztery programy podstawowe: program wprowadzający oraz programy specjalne przeznaczone dla dzieci ze znaczną niepełnosprawnością fizyczną. Podczas realizacji wszystkich programów każdy ruch dziecka wspierany jest przez specjalny akompaniament muzyczny, będący sygnałem konkretnej aktywności, dlatego też programy te z powodzeniem mogą być stosowane w muzykoterapii. Muzyka ma stymulować uwagę dziecka oraz stwarzać korzystne podstawy

do uczenia się. Dziecko musi zapamiętać kolejne sekwencje sygnałów muzycznych, dzięki czemu dotyk terapeuty i kolejność czynności są dla niego przewidywalne. Wykorzystane w tej metodzie sygnały muzyczne odzwierciedlają rytm i charakter każdej czynności. Istotnym elementem realizacji programów jest świadome i aktywne używanie głosu przez terapeutę, który słowem powinien intonować i zachęcać dziecko do podjęcia danej aktywności, mobilizować je do działania. Program wprowadzający, który lepiej sprawdza się w hipoterapii od programu specjalnego, ma na celu pomoc dziecku w poznaniu swojego ciała, wspomaga rozwój wyobrażenia ciała jako jedności, nawet wtedy, gdy dziecko – ze względu na swoją głęboką niepełnosprawność – nie jest zdolne do tego, by używać ciała aktywnie i świadomie. Program ten składa się z siedmiu aktywności i trwa około 8 minut. Ważniejszy niż sam ruch jest tu rozwój kontaktu i komunikacji. Ze względu na jego stosunkowo krótki czas trwania z powodzeniem może być stosowany podczas tradycyjnych 30-minutowych zajęć z hipoterapii. Aktywności, jakie po kolei ma wykonywać dziecko, to:

- > kołysanie;
- > wymachiwanie rękoma;
- > pocieranie dłońmi w rytm słuchanej muzyki;
- > klaskanie, głaskanie głowy i brzucha;
- > relaksacja – zakończenie programu, odpoczynek, wyciszenie po ćwiczeniach (spokojny rytm muzyki i powolny, kołyszący chód konia sprzyjają odpoczynkowi) [Gąsiorowska, 2007: 213–216].

Włączenie programu Marianny i Christophera Knillów w zajęcia hipoterapii pomaga dziecku niepełnosprawnemu w zdobywaniu doświadczeń, nabywaniu podstawowych informacji o sobie, o własnym ciele. Program rozwija też w dzieciach potrzebę interakcji z innymi osobami, potrzebę ruchu oraz zabawy. Stałe sekwencje poszczególnych aktywności, ich stała kolejność, zaakcentowanie poszczególnych ruchów odpowiednio dobraną muzyką i głosem terapeuty pomagają dziecku przewidywać mającą nadejść aktywność. Dziecko czuje, że wszystko zależy od jego inicjatywy, co je dowartościowuje. Wykorzystana podczas programów muzyka może oddziaływać na nastrój dziecka uspokajająco bądź też aktywizująco [Gąsiorowska 2006: 8–10].

Wykorzystanie wybranych technik i metod muzykoterapeutycznych podczas hipoterapii dzieci

W hipoterapii, choć początkowo może się to wydawać trudne czy wręcz mało realne, można wykorzystać wiele technik i metod typowych dla muzykoterapii. Co więcej, terapia taka, w której skorzystamy z dwóch bodźców – żywego zwierzęcia, jakim jest koń, i muzyki, może przynieść lepsze efekty niż w przypadku użycia tylko konia lub tylko muzyki jako środka leczniczego. Wynika to z faktu, że za sprawą syntezy tych dwóch odmian terapii dziecko podlega większym stymulacjom, ma styczność z większą ilością bodźców jednocześnie, a więc doświadcza wielu wrażeń zmysłowych. Jego zmysły zaczynają aktywniej pracować, co prowadzi do poprawy integracji sensorycznej dziecka.

Jedną z technik muzykoterapeutycznych, którą możemy zastosować podczas zajęć z hipoterapii, jest technika improwizacji czy też dialogu instrumentalnego. Dziecko, siedząc na koniu, dostaje do ręki instrument perkusyjny, terapeuta również korzysta z jakiegoś instrumentu, dzięki czemu mogą wspólnie improwizować bądź też prowadzić dialog instrumentalny, co sprawdza się szczególnie w przypadku dzieci, z którymi nie ma kontaktu słownego, np. pacjentów cierpiących na autyzm. Poprzez grę na instrumencie mogą one wyrazić swoje emocje, także te negatywne, uczucia, których nie potrafią wypowiedzieć. Poza improwizacją na instrumencie terapeuta może także wspólnie z dzieckiem improwizować za pomocą głosu. Improwizacja ta powinna przebiegać raczej bez użycia słów, a tylko za pomocą śpiewu mormorando czy też śpiewu sylabowego (choćaby na sylabie „la”). Dzięki tej formie często mogą wyjść na jaw rzeczy, o których wcześniej nie mieliśmy pojęcia. Możemy odkryć niechęć dziecka do zajęć, ale także jego niewidoczny wcześniej potencjał. Pracując w firmie REH-MED+, działającej przy ośrodku rehabilitacyjno-wypoczynkowym Wielspin w Puszczykowie, miałam kontakt z czteroletnim chłopcem, który urodził się głuchy. Kiedy trafił do ośrodka na terapię, był już jednak po operacji ucha, założono mu także aparat – implant słuchowy, który nie spowodował całkowitego przywrócenia słuchu, ale miał wpływ na poprawę stanu zdrowia chłopca, dzięki czemu chłopiec nie był

już głuchy, ale niedosłyszający i zaczął wypowiadać pierwsze, pojedyncze słowa, takie jak: „tak”, „nie”, „mama”. Pacjent ten był niezwykle aktywny, co prawdopodobnie wynikało z faktu, że niedobory słuchu, chciał sobie zrekompensować poprzez działanie innych zmysłów. Szczególnie wyczulony miał zmysł dotyku, chciał dotknąć dosłownie wszystkiego, co stało na jego drodze. Ewidentnie był też kinestetykiem, miał ciągle niezaspokojoną potrzebę ruchu, wciąż chciał biegać, skakać, ale również niszczyć porządek, który zastał w danym miejscu. Zachowywał się jak dziecko z nadpobudliwością. Nic więc dziwnego, że wsiadając na konia, również był bardzo aktywny, a do tego niecierpliwy. Miał duże problemy z koncentracją, domagał się ciągłych zmian pozycji na koniu, a kontakt z nim z powodu nieumiejętności używania słów był bardzo utrudniony. Mama chłopca, która na co dzień prowadziła przedszkole dla dzieci z niedoborami słuchu, powiedziała mi, że jej syn bardzo dobrze reaguje na instrumenty perkusyjne z metalowymi częściami, takie jak janczary, tamburyn czy trójkąt. Instrumenty te dobrze wzbudzały wibracje, dzięki czemu były dla chłopca słyszalne, wzbudzały jego zainteresowanie. Postanowiłam skorzystać z rady mamy dziecka i na kolejnych zajęciach wprowadzić jako dodatkowy element te właśnie instrumenty. Okazało się to doskonałą decyzją. Chłopiec, słysząc dźwięk instrumentów, wyraźnie się uspokajał, wyciszał, poprawiała się jego koncentracja. Mogliśmy także wspólnie muzykować, a konkretnie prowadzić dialog instrumentalny, co dawało chłopcu mnóstwo radości.

Oprócz improwizacji podczas hipoterapii można również poprowadzić trening relaksacyjny. Dobrze jest go jednak wzbogacić, dodając do niego jakieś słowa związane z sytuacją, w której dziecko się znajduje – jazdą konną czy pobytem w stajni, np. „leżysz wygodnie na miękkiej sierści konia, wokół czuć zapach siana i świeżej trawy, ze stajni słychać delikatne odgłosy końskiego parskania i rżenia...”. Dobrym momentem na przeprowadzenie treningu relaksacyjnego jest ostatnie 10 minut zajęć, kiedy chcemy wyciszyć dziecko, uspokoić po ćwiczeniach, które mogły podnieść jego napięcie psychofizyczne, bądź też chcemy, aby po prostu odpoczęło. Relaksacja na koniu może przebiegać nawet lepiej niż w przypadku zwyczajnej relaksacji na materacu, gdyż dochodzą dodatkowe

atuty, powodujące rozluźnienie, takie jak miękka, miła w dotyku sierść konia, przyjemne ciepło, jakie wytwarza koń (końska temperatura ciała jest wyższa od ludzkiej), dające poczucie bezpieczeństwa, a także posuwisty wolny ruch zwierzęcia poruszającego się stępem, który może mieć działanie usypiające, wprowadzające niejako w trans. Treningowi relaksacyjnemu może towarzyszyć muzyka prezentowana z odtwarzacza, magnetofonu, z tego też względu relaksację łatwiej przeprowadzić w hali przeznaczonej do hipoterapii niż na świeżym powietrzu.

W czasie hipoterapii wykorzystać można także niektóre elementy zaczerpnięte z Metody Mobilnej Rekreacji Muzycznej Macieja Kieryła. Dużym ułatwieniem w zastosowaniu tej metody jest fakt, iż nie podlega ona ścisłym regułom. Ze względu na wykorzystanie w niej muzyki z płyt, tak jak i w przypadku relaksacji, zajęcia takie powinny odbywać się w hali. Metoda Mobilnej Rekreacji Muzycznej trwa dosyć długo, chociaż w czasie hipoterapii możemy pominąć kilka jej etapów, z wyjątkiem pierwszego i ostatniego, które zawsze muszą być stałe. Aby zrealizować wszystkie zamierzone cele, wykorzystując w hipoterapii tę metodę, powinniśmy przeznaczyć na nią całe 30-minutowe zajęcia. Na koniu można przeprowadzić uruchomienie, które będzie się charakteryzowało ćwiczeniami oddechowymi, ruchami dłoni i głowy do towarzyszącej ćwiczeniom muzyki relaksacyjnej. Etap zrytmizowania trzeba ograniczyć do klaskania na różne sposoby oraz rytmicznego wypowiedania samogłosek, sylab i wyliczanek, gdyż ćwiczenia stóp i imitacja marszu w przypadku jazdy konnej nie są możliwe. Na etapie odreagowania warto skupić się na ekspresyjnych wokalizach i współmuzykowaniu do utworów muzycznych. Uwrażliwianie może odbywać się bez wprowadzenia szczególnych zmian, modyfikacji i bazować na naśladownictwie dźwięków natury, muzykowaniu i wygrywaniu emocji. Również etap relaksu jest możliwy do przeprowadzenia na koniu, ale z pominięciem prezentowania fotografii ułatwiających wyobrażenia. Dodatkowo musi on być zdecydowanie krótszy niż 7–10 minut, chyba że pominiemy któryś z wcześniejszych szczebli. Aktywizacja łagodna nie będzie trudna do przeprowadzenia, gdyż zarówno pogłębienie oddechu, przeciąganie, rozciąganie, krążenia ramionami i naśladowanie ruszającego się lasu mogą odbywać się na koniu poruszającym się stępem.

W przypadku aktywizacji dynamicznej należałoby się skupić na improwizacji muzycznej bądź też teatralnej, ale tylko z wykorzystaniem rąk, gdyż improwizacja taneczna nie wchodzi w grę.

W hipoterapii można również wykorzystać elementy muzykoterapii zaproponowane w metodzie Gertrudy Orff. Bazuje ona jednak w dużym stopniu na improwizacji, dialogu instrumentalnym, które opisywałam już wcześniej. Jej podstawową zasadą jest tworzenie muzyki przez dziecko, opiera się ona na zabawach z wykorzystaniem dźwięku, bardzo dobrze współgrających z zajęciami hipoterapii, w których wskazane jest stosowanie wielu elementów ludycznych, zabawowych. Poza instrumentami perkusyjnymi, na których możemy na przykład naśladować rżenie konia, parskanie, stukot kopyt podczas stępa czy kłusa, warto też wykorzystać zabawki dźwiękowe, które ze względu na swój wygląd są dla dzieci fascynujące, jak choćby gumowe piszczące piłki dla najmłodszych pacjentów czy maleńkie grzechotki – zabawki z masy plastycznej, przydatne szczególnie we wczesnej interwencji. Stosując tę metodę, terapeuta powinien uwzględnić pomysły i inicjatywy dziecka, ćwiczenia, zabawy, które chciałoby ono wykonać. Warto wykorzystać fakt, iż dodatkowo dziecko siedzi na koniu i jednym z zadań może być na przykład zakładanie dzwoniących bransoletek na uszy konia, przy czym istnieją dwa warianty tego ćwiczenia – możliwe jest zakładanie bransoletki w linii prostej, czyli np. lewą ręką na lewe ucho konia, bądź po przekątnej, tzn. lewą ręką na prawe ucho konia, bądź też rytmiczne masowanie konia dźwięczącymi piłkami.

Myślę, że powyższe przykłady są dowodem na to, że możliwości połączenia muzykoterapii z hipoterapią jest naprawdę wiele, wystarczy tylko mieć pomysł na zajęcia i dużo zapału.

Przeciwwskazania do stosowania elementów muzykoterapii podczas zajęć z hipoterapii

Przed zastosowaniem elementów muzykoterapii podczas zajęć hipoterapeutycznych konieczne trzeba uwzględnić kilka przeciwwskazań,

które mogą uniemożliwić terapeutom przeprowadzenie tego typu zajęć. Pierwszym z nich jest znaczne upośledzenie intelektualne dziecka, które może charakteryzować się problemami z koncentracją uwagi, zaburzeniami w rozwoju procesów poznawczych. Dziecko silnie upośledzone intelektualnie może nie być w stanie skupić się równocześnie na obu czynnościach, jak choćby śpiew czy gra na instrumentach oraz jazda konna. Nawet w przypadku biernego siedzenia na stępującym koniu dziecko musi utrzymywać prawidłową postawę, co wymaga od niego pewnego wysiłku i skupienia uwagi. Pośród przeciwwskazań może znaleźć się również nietolerancja muzyki – głównie przez osoby cierpiące na autyzm. Dzieci ze spektrum autyzmu często charakteryzuje nadwrażliwość słuchowa, stąd też brzmienie muzyki może wydawać się im nieprzyjemne, drażniące. Mogą się one czuć osaczone przez głośne dźwięki, podirytowane, a ich obroną będzie zazwyczaj krytyczny bunt, przejawiający się krzykami czy też autoagresją, agresją skierowaną w stronę terapeuty lub, co gorsza, konia, który w takim momencie może ze strachu ponieść dziecko bądź też zrzucić. Ostatnim z przeciwwskazań jest nieprzystosowanie konia do jakiegoś rodzaju muzyki czy barwy instrumentu albo wręcz nietolerancja jakichkolwiek dźwięków, które nie występują w naturze. Należy pamiętać o tym, że koń jest istotą niezwykle wrażliwą i reaktywną na docierające do niego bodźce. Każdy koń wymaga indywidualnego podejścia, gdyż to, co jednemu zwierzęciu będzie całkiem obojętne, dla drugiego może być przerażającym bodźcem, przed którym będzie on uciekać. Wszystko zależy od temperamentu konia, ale także jego stopnia przystosowania do nowych sytuacji oraz doświadczenia, ilości czasu przepracowanego na zajęciach z hipoterapii. Ważne, aby uwzględnić fakt, że nie z każdym koniem możemy pozwolić sobie na zastosowanie elementów muzykoterapii podczas zajęć. Są konie, które nadają się do tego idealnie, ale i takie, które są zbyt nerwowe, aby znieść w jednym czasie tak wiele różnych bodźców, jakich dostarcza im hipoterapia. Nie można też zapomnieć o tym, że choćbyśmy mieli do czynienia z pozoru z najspokojniejszym koniem na świecie, jest to tylko zwierzę, które wcześniej należy przyzwycząić do wszystkich nowych elementów, jakie zamierzamy wprowadzić. Należy korzystać w stajni oraz na hali z radia,

śpiewać w obecności konia, np. czyszcząc go, i nie tylko grać przy nim na wykorzystywanych później instrumentach perkusyjnych, ale także dotykać go za pomocą tego instrumentu, pokazać mu, jak on wygląda, a nawet dać do powąchania, gdyż – jak u większości zwierząt – również u koni zmysł węchu jest źródłem najlepszego poznania.

Jeżeli będziemy pamiętać o wszystkich powyższych przeciwwskazaniach, możemy być pewni, że terapia będzie w pełni bezpieczna, a w dodatku może przynieść niebywale efekty i okazać się skuteczniejsza od samej muzykoterapii czy też samej hipoterapii; bo przecież im więcej czynników stymulujących dziecko niepełnosprawne, tym bardziej terapia jest skuteczna.

Bibliografia

- Dzwonkowska Joanna, Górka Joanna, *Dzieci niewidzące i słabowidzące*. W: *Psychopedagogiczne aspekty hipoterapii dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie*. Anna Strumińska (red.). Warszawa 2007, s. 171–173.
- Dzwonkowska Joanna, Górka Joanna, *Usprawnianie językowe*. W: *Psychopedagogiczne aspekty hipoterapii dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie*. Anna Strumińska (red.). Warszawa 2007, s. 168–170.
- Gasińska Monika, Krupiński Jan, Należyty Maria, Paszkiewicz Alicja, Smolak Wincenty, Solecka Irena, Strumińska Anna, Ustjan Dominika, Wońska Marta, *Kanony Polskiej Hipoterapii*. Katowice 2007.
- Gąsiorowska Barbara, *Od bierności do inicjatywy i aktywności – włączenie programów aktywności Christopfera Knilla do zajęć hipoterapii*. „Przegląd Hipoterapeutyczny” 2006, nr 1(1), s. 8–10.
- Gąsiorowska Barbara, *Wykorzystanie w hipoterapii innych metod stosowanych w pracy z dziećmi o zaburzonym rozwoju*. W: *Psychopedagogiczne aspekty hipoterapii dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie*. Anna Strumińska (red.). Warszawa 2007, s. 213–216.
- Stogniew Michał, *Śpiewnik z koniem w tle*. Warszawa 2012.
- Stogniew Michał, *Wykorzystanie wybranych utworów literatury akordeonowej jako narzędzi muzykoterapeutycznych stanowiących pomoc w procesie hipoterapii*. Niepublikowana praca magisterska [wydruk komputerowy]. Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego w Katowicach. Katowice 2008.

- Strumińska Anna, *Definicja hipoterapii i zakres działań hipoterapeutycznych*. W: *Psychopedagogiczne aspekty hipoterapii dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie*. Anna Strumińska (red.). Warszawa 2007, s. 16–18.
- Wolff Magdalena, *Rola zabawy w hipoterapii*. W: *Psychopedagogiczne aspekty hipoterapii dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie*. Anna Strumińska (red.). Warszawa 2007, s. 234–240.
- Widzowska-Pasiak Agata, *Wiersze na jedno kopyto*. W: *Koń na receptę*. Agata Widzowska-Pasiak (red.). Rzeszów 2011, s. 3–22.
- Wyżnikiewicz-Nawracała Anita, *Jeździectwo w rozwoju motorycznym i psychospołecznym osób niepełnosprawnych*. Gdańsk 2002.

AGNIESZKA KARDASZ-SOPEL – studentka III roku studiów licencjackich muzykoterapii na Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Ma uprawnienia instruktora rekreacji ruchowej w specjalności hipoterapia i pracuje w tym zawodzie. Interesuje się pracą z dziećmi niepełnosprawnymi, pedagogiką specjalną. W wolnych chwilach gra na fortepianie oraz jeździ konno.

Pierwszym tomem serii „Wrocławska muzykoterapia” zatytułowanym *Muzykoterapia – stałość i zmiana* Wydawnictwo Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu inauguruje nowy cykl publikacji poświęconych muzykoterapii, redagowany z myślą o studentach tego kierunku, zawodowo czynnych muzykoterapeutach oraz innych specjalistach chcących poszerzać zakres swojej wiedzy i umiejętności. Liczymy na to, że seria stanie się inspiracją do wnikliwych, głębokich i pełnych otwartości studiów nad muzykoterapią jako nauką i profesją, której terażniejszość i przyszłość zależy od nas wszystkich.

ISBN 978-83-65473-47-9



9 788365 473479