



Akademia Muzyczna
im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

DŹWIĘK
MUZYKA
TERAPIA **2**

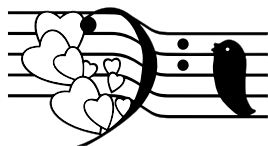


Kulturowe uwarunkowania **muzykoterapii**

**Kulturowe
uwarunkowania
muzykoterapii**



Zakład Muzykoterapii



Studenckie Koło Naukowe Muzykoterapii



Seria **Dźwięk** ✦ **Muzyka** ✦ **Terapia**

Tom 2



Akademia Muzyczna
im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

Kulturowe uwarunkowania muzykoterapii

Redakcja naukowa

Paweł Cylulko

Katarzyna Turek

Wrocław 2024

Recenzent

dr Aleksandra Pijarowska

Redakcja naukowa

Paweł Cylulko

Katarzyna Turek

Opracowanie redakcyjne

Inez Kropidło

Ewa Skotnicka

Mikołaj Szczęsny

Projekt okładki, layout i DTP

Aleksandra Snitsaruk

Na okładce wykorzystano projekt autorstwa Marka Kamińskiego

Publikacja wydana w ramach obchodów jubileuszu 50-lecia Zakładu Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu.

© Copyright by Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu,
Wrocław 2024

ISBN 978-83-65473-46-2

Druk

Partner Poligrafia

Wydawnictwo Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu
www.amuz.wroc.pl

Spis treści

Wprowadzenie – o kategorii kultury w muzykoterapii 7

Część I **Kultura - muzyka - terapia**

Paweł Cylulko
Społeczno-kulturowe uwarunkowania muzykoterapii – wybrane
refleksje 13

Klaudia Kukielczyńska-Krawczyk
Wprowadzenie technik pracy z piosenką na grunt polskiej
muzykoterapii 25

Daniela Colonna Kasjan
Prolegomena do kulturoterapii 37

Część II **Sztuka muzyczna - terapia - dziecko**

Paweł Cylulko
Trzydzieści lat metody tyflomuzykoterapii – specyfika
i uwarunkowania 51

Angelika Wojciechowska
„Między ciszą a ciszą sprawy się kołyszają”, czyli kilka słów o muzyce
i mowie werbalnej w surdomuzykoterapii 69

Weronika Serwa Metody muzykoterapii dzieci przedwcześnie urodzonych przebywających na oddziałach neonatologicznych	83
---	-----------

Aleksandra Pastuszak Propozycje wykorzystania nauki gry na fortepianie w muzykoterapii dziecka ze spektrum autyzmu	99
---	-----------

 Część III**Muzykoterapia - osoby dorosłe - profesja**

Katarzyna Turek, Wiktoria Łukowicz <i>Śpiewnik dla seniora. Śpiewnik wspomagający funkcje poznawcze jako narzędzie do pracy terapeutycznej</i>	115
--	------------

Aneta Sochacka Muzykoterapia w leczeniu weteranów wojennych cierpiących na zespół stresu pourazowego	129
---	------------

Katarzyna Suberlak <i>Sonora Sound Tube</i> jako uniwersalny instrument terapeutyczny	155
---	------------

Wprowadzenie – o kategorii kultury w muzykoterapii

Muzykoterapia, podobnie jak inne dyscypliny sztuki czy też nauki, zależna jest w dużej mierze od kręgów kulturowych, warunków środowiska społecznego i obszarów geograficznych, w których jest podejmowana. Mimo że badanie zjawisk kulturowych związanych z funkcjami pełnionymi przez sztukę muzyczną w życiu współczesnego człowieka to domena kulturoznawców, socjologów muzyki i muzykologów, również profesjonaliści muzykoterapii są zainteresowani jej społecznym wizerunkiem, zwłaszcza sposobem postrzegania jej terapeutycznego oddziaływania, nadawanymi jej znaczeniami, przypisywanymi symbolami oraz przywoływanymi w jej kontekście systemami wartości – tak w wymiarze indywidualnym, jak i zbiorowym.

Zauważając istnienie silnych, nierozzerwalnych związków między kulturą (szczególnie muzyczną) a terapią, z całą pewnością można twierdzić, że w obszarze muzykoterapii mamy do czynienia z użytecznością kategorii kultury, rozumianej, najogólniej rzecz ujmując, jako zbiór zarówno materialnych, jak i niematerialnych dóbr. W opisywaniu, interpretowaniu oraz wyjaśnianiu pewnych zjawisk i prawidłowości na polu muzycznej interwencji terapeutycznej spotykamy się zatem po części z pewną odmianą relatywizmu kulturowego, a po części z międzykulturowym oraz wielokulturowym uniwersalizmem. Kultura z jednej strony determinuje społeczne postrzeganie tej formy terapii, nastawienia, a nawet uprzedzenia do niej i jej przedstawicieli. Z drugiej zaś pozwala samym profesjonalistom muzykoterapii lepiej zrozumieć objętego oddziaływaniem terapeutycznym indywidualnego beneficjenta, różne grupy beneficjentów oraz członków ich najbliższych rodzin.

Kategoria kultury umożliwia również dokładniejsze rozpoznanie zależności zachodzących między czynnikami społecznymi, politycznymi, gospodarczymi i ekonomicznymi a przyjmowanymi na polu muzykoterapii założeniami, podejściami, orientacjami, szkołami oraz stosowanymi środkami oddziaływania terapeutycznego. Pozwala m.in. skuteczniej identyfikować postacie i formy muzykoterapii, jej odniesienia względem pokrewnych dyscyplin, oraz wyjaśniać, w jaki sposób wszystkie one się kształtują w zależności od zaistniałych sytuacji, okoliczności i kontekstów społeczno-kulturowych. Na tej podstawie można także programować zastosowanie elementów kulturopochodnych w przebiegu muzycznej interwencji terapeutycznej. Dostrzeżenie i zrozumienie kwestii uwikłania muzykoterapii w kontekst kulturowo-społeczny pozwala na efektywniejsze i skuteczniejsze oddziaływanie pomocowe w służbie potrzebującemu człowiekowi.

Z socjologicznego punktu widzenia kategoria kultury dotyczy również samego środowiska dyplomowanych muzykoterapeutów, absolwentów wyższych szkół muzycznych uprawiających tę dyscyplinę zawodowo. To oni tworzą swoistą subkulturę profesjonalistów na co dzień zawodowo posługujących się sztuką muzyczną i jej terapeutycznym potencjałem. Nie należy zapominać, że to środowisko także jest przedmiotem badań i rozważań naukowych, głównie pod kątem kwalifikacji, uprawnień i powinności zawodowych.

Muzykoterapia jako samodzielna dyscyplina plasująca się pomiędzy sztuką muzyczną a takimi naukami jak medycyna, pedagogika, nauki o zdrowiu, psychologia czy kultura fizyczna wpływa również na szersze – wykraczające nieraz w znacznej mierze poza indywidualną, subiektywną problematykę pacjenta (klienta) – specyficzne, wewnętrzne i autonomiczne procesy zachodzące w niej samej. W tym wypadku możemy mówić o kulturotwórczym charakterze tej formy interwencji ze względu na terapeutyczne walory samej sztuki muzycznej, co wiąże się z powszechnym wykorzystywaniem jej elementów do różnorodnych pozamuzykoterapeutycznych zadań, m.in. artystycznych, reklamowych, marketingowych, multimedialnych czy politycznych.

Skoncentrowana na kulturze muzykoterapia (ang. *Culture-Centered Music Therapy*) to rozległa i rozwijająca się orientacja w ogólnej teorii oraz praktyce tej dziedziny. Traktując kulturę jako źródło działania, podkreśla sposób, w jaki ludzie rozwijają swoje możliwości przez uczestnictwo w społeczeństwie. Kultura jest bowiem integralnym elementem interakcji międzyludzkich i kreatywności. Tak ukierunkowana muzykoterapia zgłębia implikacje przyjmowania perspektyw integracyjnych (kulturowo-włączeniowych) dla praktyki, teorii i badań. W tym podejściu można mówić o praktyce muzykoterapeutycznej, której zakres rozciąga się od muzykoterapii środowiskowej (społecznościowej) przez muzykoterapię ekologiczną (w skali mikro- oraz mezosystemowej) aż po rozpatrywanie jednostki w kontekście kulturowym.

Rok 2022 był rokiem szczególnego jubileuszu wrocławskich muzykoterapeutów, ponieważ minęło wówczas dokładnie 50 lat od utworzenia pierwszego

w Polsce – i przez prawie ćwierć wieku jedynego – Zakładu Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu (AMKL). Z tej okazji chcielibyśmy zaproponować Czytelnikom kolejny, drugi już tom serii wydawniczej „Dźwięk – Muzyka – Terapia” zatytułowany *Kulturowe uwarunkowania muzykoterapii*. Pragniemy nadmienić, że monografia stanowi rezultat VII Międzynarodowej Konferencji Studentów Muzykoterapii pod tym samym tytułem, zorganizowanej przez Studenckie Koło Naukowe Muzykoterapii (SKNM) oraz Zakład Muzykoterapii AMKL w kwietniu 2021 roku. W konferencji udział wziął m.in. gość specjalny – zaproszony przez studentów SKNM – dr Robert Amchin z University of Louisville, który przedstawił zagadnienia z obszaru muzykoterapii i systemu Carla Orffa (obejmujące następujące tematy: *Orff Schulwerk and Music Therapy, Rhythmic Training Through Orff Schulwerk, Exploring the Melodic Elements of the Orff Schulwerk, Listen to My Drum, Modern Art Explorations*).

Niniejsza publikacja składa się z trzech integralnych części, obejmujących w sumie dziesięć autorskich tekstów. Artykuły zostały opracowane głównie przez studentki i absolwentki kierunku kompozycja i teoria muzyki, zakresu muzykoterapia, a także przez pracowników Zakładu Muzykoterapii AMKL działającego na Wydziale Kompozycji, Dyrygentury, Teorii Muzyki i Muzykoterapii. Podjęta przez autorów tematyka koncentruje się właśnie wokół społeczno-kulturowego wizerunku muzykoterapii i jego wielorakich oraz wielostronnych odniesień zarówno do wiedzy naukowej, jak i do praktycznego doświadczenia wynikającego z kontaktu współczesnego człowieka z terapeutycznym potencjałem sztuki muzycznej.

Część pierwszą monografii zatytułowaną *Kultura – muzyka – leczenie* rozpoczyna artykuł Pawła Cylulki, w którym autor dzieli się refleksjami na temat kulturowo-społecznego wizerunku muzykoterapii oraz terapeutycznej relacji człowiek–muzyka, rozpatrując je w wymiarze zarówno indywidualnym, jak i zbiorowym. W drugim artykule Klaudia Kukielczyńska-Krawczyk prezentuje możliwości zaadaptowania na gruncie polskiej muzykoterapii różnorodnych technik pracy z piosenką o związanej z terapią tematyce lub o znaczeniu terapeutycznym. Tekst artykułu Danieli Colony Kasjan, zawiera natomiast wstępne rozważania wprowadzające do zagadnień kulturoterapii, której autorską koncepcję opracowała i zaproponowała polskiemu czytelnikowi po raz pierwszy Wita Szulc już na początku lat osiemdziesiątych XX wieku.

Druga część tomu, pt. *Sztuka muzyczna – dzieci – terapia*, obejmuje cztery artykuły dotyczące muzykoterapii dzieci. Pierwszy z nich, pióra Pawła Cylulki, omawia specyfikę i wielostronne uwarunkowania autorskiej metody tyflomuzykoterapii dzieci stosowanej od ponad 30 lat w edukacji specjalnej. Angelika Wojciechowska jest zaś autorką tekstu z zakresu surdomuzykoterapii. W swoim artykule oprócz przedstawienia kultury głuchych porusza zagadnienia dotyczące sztuki muzycznej i mowy werbalnej ze szczególnym uwzględnieniem ich cech wspólnych. Muzykoterapia dzieci przedwcześnie

urodzonych przebywających na oddziałach neonatologicznych to przedmiot dociekań Weroniki Serwy. Ostatni artykuł w tej części publikacji – autorstwa Aleksandry Pastuszek – poruszaną tematyką wpisuje się w problematykę oddziaływań mających na celu usprawnianie dziecka ze spektrum autyzmu. Autorka prezentuje w nim propozycję wykorzystania nauki gry na fortepianie opracowaną według własnej koncepcji.

Artykuł Katarzyny Turek i Wiktorii Łukowicz rozpoczyna ostatnią część książki, opatrzoną tytułem *Muzykoterapia – dorośli – profesja*. Współautorki prezentują gotowe narzędzie muzykoterapeutyczne – *Śpiewnik dla seniora. Śpiewnik wspomagający funkcje poznawcze*, zawierający 50 pieśni do pracy metodą uzupełniania luk w tekście. Kolejny artykuł dotyczy muzykoterapii weteranów wojennych. Aneta Sochacka przedstawia w nim badania naukowe dotyczące wykorzystania tej formy muzycznej interwencji w leczeniu osób cierpiących na zespół stresu pourazowego. Tom wieńczy artykuł Katarzyny Suberlak służący prezentacji lutniczego instrumentu muzycznego pod nazwą *Sonora Sound Tube*, którego terapeutyczne działanie muzyczne i wibracyjne wpisuje się w założenia terapii wibroakustycznej i relaksacji muzycznej.

Pragniemy by wieloautorska monografia, która trafia do rąk Czytelników, z uwagi na poruszoną tematykę, wypełniła lukę na polskim rynku wydawniczym z zakresu muzykoterapii i jak najlepiej służyła młodym adeptom sztuki muzykoterapeutycznej, jej dyplomowanym profesjonalistom, zwolennikom oraz wszystkim tym osobom, które są nią zainteresowane. Życzymy milej lektury oraz cennych, budujących refleksji inspirowanych wzajemnym przenikaniem i dopełnianiem się kultury oraz muzykoterapii w służbie potrzebującemu człowiekowi.

dr hab. Paweł Cylulko
dr Katarzyna Turek

Wrocław, luty 2023 r.

: Część I

Kultura – muzyka – terapia



Spółeczno-kulturowe uwarunkowania muzykoterapii – wybrane refleksje

Muzyka jest jednym z istotnych aspektów życia społecznego, towarzysząc człowiekowi prawdopodobnie od zawsze. Bez muzyki trudno wyobrazić sobie kulturę jakiegokolwiek społeczeństwa. Można więc z pełnym przekonaniem powiedzieć, że sztuka dźwięków jest stale obecna w naszym życiu, niezależnie od czasowo-przestrzennych uwarunkowań ludzkiej egzystencji.

Barbara Jabłońska¹

Wprowadzenie

Problematyka społeczno-kulturowych uwarunkowań muzykoterapii stanowi niezwykle ważny obszar refleksji naukowo-badawczych odnoszących się zarówno do teorii muzykoterapii, jak i do jej praktycznego doświadczenia. Próba rozpoznania i interpretowania społecznego wymiaru terapeutycznej relacji człowiek–muzyka pozwala szerzej spojrzeć na funkcjonowanie tej formy

¹ B. Jabłońska, *Socjologia muzyki*, Warszawa 2014, s. 9.

interwencji pomocowej we współczesnym świecie – i w aspekcie indywidualnym, i zbiorowym. Umożliwia m.in. podjęcie próby zdiagnozowania stosunku człowieka do muzykoterapii i do uprawiających ją zawodowo profesjonalistów, a tym samym sprecyzowanie jej wizerunku i określenie jego znaczenia w kontekście zmienności miejsca, czasu oraz kultury. Właściwie dokonana ocena stwarza szanse na jeszcze pełniejsze ugruntowanie miejsca tej dyscypliny wśród innych dziedzin oraz dyscyplin sztuki i nauki, na umocnienie jej tożsamości, transgresji oraz transdyscyplinarności².

Kultura bardzo mocno kształtuje postrzeganie sztuki muzycznej, a dzięki temu także jej oddziaływanie na człowieka oraz na jego doznania, przeżycia i sposób ich wyrażania³. W kontekście tego stwierdzenia należałoby na początku niniejszych rozważań przyjąć zasadniczą tezę, że w służbie potrzebującemu, cierpiącemu człowiekowi kultura i muzykoterapia nie mogą bez siebie istnieć.

Kulturowe inspiracje dla muzykoterapii

Ponieważ w muzykoterapii stosuje się sztukę muzyczną jako główny, nieredukowalny i niewymienialny na inny środek oddziaływania, zdecydowana część impulsów dla tej formy interwencji terapeutycznej pochodzi z obszaru kultury muzycznej właściwej dla jej beneficjentów. Źródła inspiracji mogą w różnym stopniu odnosić się nie tylko do muzykoterapii jako samodzielnej dyscypliny i stosowanych w jej ramach środków prozdrowotnego oddziaływania, ale także do objętych nią pacjentów, jej specjalistów, zwolenników i pasjonatów⁴. Wielorakość i wielostronność tych źródeł powoduje, że uwarunkowania kulturowo-społeczne muzykoterapii przejawiają się na różne sposoby oraz z różnym nasileniem. Czasem są bardzo czytelne i jednoznaczne, innym razem niejasne lub niezauważalne, a niekiedy nawet pozostają niejako w opozycji względem siebie. Wszystkie one są niejednokrotnie bardzo silnie zakorzenione w społeczeństwie i w jego kulturze, dlatego w dużej mierze generują, modyfikują i weryfikują zbiorowy obraz muzykoterapii, różne do niej nastawienia, uprzedzenia oraz stereotypy myślowe na jej temat. Często wizerunek ten nie odpowiada jej istocie i specyfice, a nawet sugeruje nie zawsze korzystne postrzeganie tej dyscypliny, np. w świetle artystycznego nieładu,

2 Zob. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, *Wprowadzenie*, [w:] *Muzykoterapia. Tożsamość – transgresja – transdyscyplinarność*, red. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, Wrocław 2010, s. 10.

3 Zob. B. Jabłońska, dz. cyt., s. 9; D.J. Levitin, *Zasłuchany mózg. Co się dzieje w głowie, gdy słuchasz muzyki*, tłum. M. Szymonik, Kraków 2016, s. 12.

4 Zob. T. Natanson, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1979, s. 12.

nieskrępowanego spontanicznego działania muzycznego czy nieprzewidywalnych efektów terapeutycznych.

Mając na względzie stosowanie w muzykoterapii przede wszystkim sztuki muzycznej, w analizie jej związków z kulturą można skupić się w pierwszej kolejności na kulturze muzycznej, w tym m.in. na terapeutycznej roli uznanych, renomowanych dzieł muzycznych i posługiwaniu się w praktyce klinicznej profesjonalnymi instrumentami muzycznymi oraz na korzystaniu ze specjalistycznych publikacji muzycznych. W drugiej kolejności zaś należałoby poświęcić uwagę bardzo skromnym wytworom muzycznym kreowanym przez beneficjentów muzykoterapii, ich niepokąznym zwykle próbom literackim i plastycznym inspirowanym przez muzykę, prostym instrumentom perkusyjnym konstruowanym nierzadko na elementarnym poziomie umiejętności manualnych oraz zdolności muzycznych czy plastycznych. Ten nietypowy, osobisty, jedyny w swoim rodzaju wkład uczestników zajęć terapeutycznych w kreowanie kultury nabiera szczególnie korzystnych, prozdrowotnych walorów, zwłaszcza gdy jest postrzegany w kategoriach przyjemności, wartości, a nawet potrzeby⁵. Nie zawsze udział pacjentów w szeroko pojętej kulturze spotyka się natomiast ze społecznym uznaniem czy chociażby akceptacją, co dotyczy samego wytworu muzycznego, a tym bardziej jego twórcy, wykonawcy i odbiorcy. Nie można w tym wypadku mówić o masowym utrwalaniu wytworów artystycznych na nośnikach elektronicznych, wprowadzaniu ich do dystrybucji ani popularyzowaniu w środkach masowego przekazu. Mimo to dyplomowani muzykoterapeuci starają się w miarę własnych możliwości postrzegać preferencje, oczekiwania, możliwości, potrzeby i ograniczenia uczestników swoich oddziaływań dwutorowo, tj. w wymiarze indywidualnym, niepowtarzalnym, specyficznym dla każdej jednostki, oraz zespołowym, wspólnym, właściwym dla danej populacji osób. Niezależnie od stopnia i zakresu spersonalizowania lub ujednoclenia oraz standaryzowania swoich czynności zawodowych zawsze czynią to, w mniejszym lub większym stopniu uwzględniając aktualne uwarunkowania, zarówno prozdrowotne, społeczne, jak i kulturowe, w tym m.in. tradycje, standardy oraz stereotypy życia społeczno-kulturalnego.

Społeczne postrzeganie sztuki i jej terapeutycznego potencjału

W niektórych współczesnych grupach społecznych korzystanie z interwencji o charakterze wspierającym i pomocowym może być postrzegane oraz

⁵ Zob. P. Cylulko, *Ekspresja muzyczna pacjenta*, [w:] *Muzykoterapia. Między wglądem a inkluzją*, red. M. Cylkowska-Nowak, W. Strzelecki, Toruń 2017.

przyjmowane jako oznaka słabości, ograniczenia, choroby, niesprawności, a nawet stać się powodem marginalizacji. Przy tym względem osób poszkodowanych, cierpiących, wykluczonych deklaruje się i prezentuje w mediach, a przede wszystkim w życiu publicznym, zdecydowane postawy otwartości, życzliwości, empatii, dużej wyrozumiałości, proponując na ich rzecz różnego rodzaju działania osłonowe oraz asystujące. Na styku tych dwóch niejako odmiennych podejść pojawia się muzykoterapia, z perspektywy współczesnego człowieka budząca niekiedy różnego rodzaju wątpliwości i rozterki. W praktyce przyczynia się to do tego, że beneficjenci, członkowie ich najbliższych rodzin, przyjaciele oraz znajomi przejawiają względem niej rozmaite postawy. Z jednej strony możemy się spotkać z ogólnie przyjętym w zbiorowej świadomości przyzwyczajeniem, a przez to także pozytywnym stosunkiem do kojącego, relaksującego, uspokajającego⁶ i leczniczego oddziaływania muzykoterapii na szeroko pojmowane zdrowie człowieka na różnych etapach oraz w różnych zakresach jego życia⁷. Z drugiej zaś strony w niektórych środowiskach, zwłaszcza małych, lokalnych, ale również naukowych, zakorzenione jest ambiwalentne, sceptyczne nastawienie wobec korzystania z tej formy pomocy⁸. Prekursor polskiej i wrocławskiej muzykoterapii prof. Tadeusz Natanson pod koniec lat siedemdziesiątych ubiegłego stulecia pisał na ten temat 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”⁹.

Postrzeżenie muzykoterapii jako dobrej rozrywki, odskoczni od codziennych problemów, sposobu przełamywania nudy, monotonii i szarości codziennego życia może jak najbardziej stanowić wyznacznik jej pozytywnego odbioru przez współczesnego człowieka. Takie podejście przekłada się również na tendencję do jej lansowania i promowania we współczesnym zapracowanym, zestresowanym, zabieganym społeczeństwie oraz staje się istotnym elementem budowania jej tożsamości. Muzykoterapia może także jawić się jako współczesny synonim kreatywnego działania, samorozwoju, inwestowania w siebie, osiągnięcia sukcesu osobistego, przyjmowania modnego i nowoczesnego stylu życia. W praktyce jednak, jako forma leczenia, rehabilitacji lub usprawniania, nie zawsze musi być postrzegana z zachwytem czy entuzjazmem, ani nawet spotykać się z pełnym zrozumieniem. Czasem bywa odbierana jako coś bardzo osobistego albo wręcz wstydliwego. Zdarza się i tak,

6 Zob. K. Kukielczyńska-Krawczyk, *Odbiór elementów dzieła muzycznego o charakterze uspokajającym*, „Muzykoterapia Polska” 2002, nr 1–2.

7 Zob. W. Szulc, *Muzykoterapia na progu i u kresu ludzkiego życia: ból narodzin i lęki starości – z doświadczeń muzykoterapeutów amerykańskich*, „Muzykoterapia Polska” 2002, nr 3–4.

8 Zob. P. Cylulko, *Tyflomuzykoterapia dzieci. Teoria i praktyka muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnością wzrokową*, Wrocław 2004, s. 68.

9 T. Natanson, dz. cyt., s. 13.

że muzykoterapia jest kojarzona głównie z medycyną ludową, magią, wróżbami, amuletami, kadzidelkami, ruchem New Age, a bywa, że z działalnością różnego rodzaju sekt religijnych.

Muzykoterapia jako samodzielna dyscyplina plasuje się między sztuką a nauką, przy czym pojmowana może być jako wiedza teoretyczna, praktyka kliniczna oraz profesja¹⁰. Na ogół jest ona definiowana w pierwszej kolejności z punktu widzenia specyfiki swoich beneficjentów, tj. dzieci, młodzieży lub dorosłych, osób trwale niepełnosprawnych, przewlekle chorych albo pełnosprawnych, zdrowych, traktowanych indywidualnie lub grupowo. W drugiej zaś kolejności opisuje się ją z perspektywy abstrakcyjności, asemantyczności, bezpostaciowości sztuki muzycznej i jej terapeutycznego potencjału. Badacze zgłębiający muzykoterapię zgodnie podkreślają jej prozdrowotny, wielowymiarowy i interdyscyplinarny charakter¹¹. Z uwagi na dużą różnorodność oddziaływań i zastosowań ta forma muzycznej interwencji terapeutycznej jawi się niekiedy jako specyficzna i niepowtarzalna, ale też jako podobna czy porównywalna do innych form oddziaływań pomocowych. Niezależnie od aktualnie obowiązującego postrzegania roli muzyki w życiu człowieka, przyjmowanych definicji zdrowia, niepełnosprawności lub choroby, konceptualizacji miejsca osoby cierpiącej we współczesnym społeczeństwie, postulatów i paradygmatów wysuwanych przez samą muzykoterapię oraz dyscypliny jej pokrewne jest ona zawsze w większym lub mniejszym stopniu wzbogacona i kształtowana przez kulturę rozumianą jako zbiór wytworów materialnych i niematerialnych¹². Tak beneficjenci, jak i profesjonaliści muzykoterapii są jednak twórcami kultury na miarę swoich możliwości, uzdolnień i oczekiwań. To w niej i dzięki niej mogą nie tylko wyrażać swoje emocje, myśli, asocjacje, doznania, wyobrażenia, doświadczenia, ale przede wszystkim spełniać swoje plany osobiste, rodzinne lub zawodowe. Należy przy tym pamiętać, że na co dzień relacja kultura–muzykoterapia implikuje różnorodne wyzwania, oczekiwania, korzyści i szanse, ale także powoduje ograniczenia, trudności, a nawet zagrożenia w realizowaniu, promowaniu oraz korzystaniu z muzycznej interwencji pomocowej.

Podstawę urzeczywistniania terapeutycznego oddziaływania sztuki muzycznej stanowi wiedza teoretyczna zwana muzykoterapią – nauką

¹⁰ Zob. *Projekt ustawy o zawodzie muzykoterapeuty. Materiały do konsultacji środowiskowej*, oprac. i red. P. Cylulko, Wrocław 2011, s. 15–38; *Statut Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich*, „Muzykoterapia Polska” 2002, nr 1–2, s. 52.

¹¹ Zob. S. Kölsch, *Uzdrowiająca moc muzyki. Naukowo udowodniony leczniczy wpływ muzyki w walce z przewlekłymi chorobami, depresją, demencją czy terapią po udarze i szybki relaks dla każdego*, tłum. M. Gadzina, Białystok 2020, s. 20; P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, dz. cyt.; *Projekt ustawy...*, s. 15.

¹² Zob. *Kultura*, [hasło w:] *Słownik języka polskiego PWN*, [online:] <https://sjp.pwn.pl/sjp/kultura:2565197.html> [7.10.2021]; *Kultura*, [hasło w:] *Wielki słownik języka polskiego*, [online:] https://wsjp.pl/index.php?id_hasla=3479&id_znaczenia=1579575&l=3&ind=0 [7.10.2021].

o muzykoterapii¹³. Wiedza ta jest konstruowana na fundamencie praktycznego doświadczenia, które w aspekcie profesjonalnym określa, szeroko rzecz ujmując, podstawy warsztatu terapeutycznego i metodykę realizacji działań muzykoterapeutycznych. Z perspektywy poszczególnych beneficjentów, ich grup lub rodzin może natomiast wpływać na sposoby społecznego rozeznawania prozdrowotnej relacji człowiek–muzyka¹⁴.

Społeczny wizerunek muzykoterapii

W oddziaływaniach muzykoterapeutycznych, ogólnie rzecz biorąc, można wyróżnić elementy zasadniczo stałe, charakterystyczne dla indywidualnego beneficjenta, wynikające z cech jego osobowości i specyficznego funkcjonowania, oraz komponenty labilne, wspólne dla zbiorowości, zmieniające się dynamicznie w powiązaniu z aktualnie obowiązującymi wymogami społeczno-kulturowymi. Jedne i drugie w zależności od wrażliwości emocjonalno-estetycznej odbiorcy sztuki muzycznej, jego indywidualnego doświadczenia muzycznego i terapeutycznego, tradycji narodowej czy społecznie przyjmowanych wzorców zachowania oraz postępowania mogą w różny sposób rzutować zarówno na indywidualny, jak i na społeczny obraz muzykoterapii. Nie należy natomiast zapominać, że główną i niezaprzeczną rolę w kształtowaniu jej wizerunku odgrywa kultura masowa, a szczególnie mass media. To one dość sugestywnie próbują lansować muzykoterapię jako przyjemny sposób spędzania czasu wolnego, miły dodatek do leczenia, a niekiedy nawet widzą w niej przejaw snobizmu, dobrobytu oraz wpływu kultury zachodniej. Warto w tym miejscu nadmienić, że popkultura nie zawsze stara się wiązać prozdrowotne oddziaływanie muzykoterapii z szeroko pojętą jakością życia współczesnego człowieka, traktując ją raczej jako ciekawostkę, sensację czy przedmiot marketingu, co może się przyczyniać do tego, iż społeczny wizerunek muzykoterapii nie do końca pokrywa się z rzetelnym podejściem do niej i do jej istoty. Zdarza się ponadto, że oddziaływania muzykoterapeutyczne niesłusznie stawiane są niejako w opozycji do lansowanych współcześnie innych usług prozdrowotnych, w tym głównie medycznych lub psychoterapeutycznych. Mimo to dla zwolenników tej dziedziny, zafascynowanych jej fenomenem, a także jej beneficjentów i członków ich najbliższych rodzin muzykoterapia ma niezaprzeczną wartość – moc czasem „magiczną”, a nawet „uzdrawiającą”.

Przy okazji należałoby podkreślić, że z roku na rok wzrasta zapotrzebowanie na indywidualną i grupową muzykoterapię jako formę leczenia,

¹³ Zob. T. Natanson, dz. cyt.

¹⁴ Zob. tamże, s. 96, 188.

rehabilitacji, rekreacji dzieci, w tym bardzo małych, młodzieży i osób dorosłych – również w podeszłym wieku, z trwałymi niepełnosprawnościami oraz przewlekłymi chorobami. Trzeba przy tym nadmienić, iż temu popytowi towarzyszy niejednokrotnie nierównomierność nakładów finansowych na oferowane przez nią usługi prozdrowotne. Chodzi tutaj głównie o skromne możliwości dofinansowania lub ich zupełny brak w wypadku niektórych instytucji edukacji specjalnej oraz opieki zdrowotnej, ale przede wszystkim w wypadku rodzin wielodzietnych, samotnie wychowujących matek, osób wykluczonych, bezrobotnych, migrantów i uchodźców.

Odwoływanie się do wartości i norm

Zarówno muzykoterapia, jak i kultura nieustannie odwołują się do natury ludzkiej, przyjmowanych przez człowieka systemów wartości oraz norm społecznych, sposobów oceniania i doświadczania estetycznych wymiarów sztuki¹⁵. Im bardziej punkty odniesienia jednej i drugiej zbliżają się do siebie – nierzadko nawet się pokrywając – tym większego znaczenia nabiera muzykoterapia i tym mocniej dookreśla społecznie swoją prozdrowotną wartość w danym kręgu kulturowym, kultura zaś staje się jej jeszcze bardziej pożądanym elementem. Wraz ze wzrostem użyteczności muzykoterapii dla człowieka rośnie także jej zakorzenienie w kulturze i tym pełniej, jako forma leczniczego interweniowania przez muzykę, zaczyna ona egzystować w danym społeczeństwie. Przyjmowane i respektowane w nim normy oraz zasady zachowania pozwalają jego członkom postrzegać terapię oraz główny środek jej oddziaływania, tj. sztukę muzyczną, w określony sposób, w zależności od osiągniętych lub poświadczanych przez nich warunków życia codziennego, dobrobytu materialnego, sukcesów i zajmowanych pozycji społecznych. W wyniku tego wykształcić się mogą konkretne – niejednokrotnie cenione i oczekiwane w danym kręgu kulturowym – wyobrażenia o niej i przejawiane względem niej, jej beneficjentów i profesjonalistów zachowania. To przede wszystkim społeczeństwo, nie zawsze profesjonalisci, w sposób bardziej lub mniej świadomy konstruuje wizerunek muzykoterapii, uwzględniając głównie przydatność muzyki w obszarze zdrowia i codziennego funkcjonowania swoich członków. Z tego względu w ciągu minionych kilkudziesięciu lat wizerunek muzykoterapii nieustannie i w różny sposób ewoluował, i nadal ulega

¹⁵ Zob. P. Cylulko, *Aksjologiczne podstawy muzykoterapii. Wybrane refleksje dotyczące teorii wartości*, [w:] *Muzykoterapia – stałość i zmiana*, red. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 1, Wrocław 2014; S. Sidorowicz, *Tezy do dyskusji nad deontologią zawodu muzykoterapeuty*, „Muzykoterapia Polska” 2003, nr 2.

przeobrażeniom, kształtowany przez zmieniające się społeczne nastawienie – od nieufności, sceptycyzmu czy też tolerancję i akceptację, aż po zauroczenie.

W niektórych krajach, w tym także w Polsce, bardzo często przypisuje się muzykoterapii rodowód psychiatryczny¹⁶, co wiąże się z prowadzonymi w drugiej połowie XX wieku nowatorskimi doświadczeniami w zakresie praktycznego wdrażania tego rodzaju terapii do leczenia psychiatrycznego, a także ogólnego, z przecieraniem pionierskich szlaków na tym polu, pierwszymi badaniami empirycznymi, konferencjami i publikacjami naukowymi z tego zakresu oraz postaciami prekursorów tej dyscypliny¹⁷. Wraz z upływem czasu zmieniło się ogólnospołeczne postrzeganie tej formy terapii: przestano kojarzyć ją głównie z medycyną, dostrzeżono natomiast jej rewalidacyjne i relaksacyjne zastosowanie w placówkach edukacji specjalnej oraz w rekreacji.

Różnego rodzaju specjalistyczne instytucje, stowarzyszenia i fundacje działające na rzecz osób z niepełnosprawnościami i chorobami zaczęły stawiać sobie za punkt honoru wdrażanie indywidualnych oraz grupowych zajęć muzykoterapeutycznych do kompleksowych usług oferowanych swoim beneficjentom. Świadczyć to może o tym, że ta forma terapii stopniowo zaczyna zajmować coraz bardziej ugruntowane miejsce w społeczeństwie, a dyplomowani muzykoterapeuci, po wyższych studiach I i II stopnia oraz studiach podyplomowych, coraz częściej stają się cenionymi i poszukiwanymi specjalistami. O ich zatrudnieniu oraz osiąganym przez nich uznaniu niejednokrotnie decydują fakt ukończenia studiów z zakresu muzykoterapii na renomowanej wyższej uczelni artystycznej i zdobyte bogate doświadczenie kliniczne w bezpośrednim kontakcie z pacjentami na terenie specjalistycznych placówek. Przy okazji wypada wspomnieć, iż od dłuższego czasu można spotkać się nawet ze swego rodzaju modą na muzykoterapię i niesłusznym zastępowaniem np. zajęć z zakresu edukacji muzycznej (dawniej wychowania muzycznego), umuzykalnienia, rytmiki lub tańca zajęciami muzykoterapeutycznymi. Praktyka ta jest z całą pewnością wysoce niepożądana, gdyż w placówkach oferujących opiekę, wychowanie i rehabilitację osób niepełnosprawnych (głównie dzieci i młodzieży) winny być realizowane różnego rodzaju zajęcia edukacyjne, wychowawcze, rehabilitacyjne oraz terapeutyczne i w żadnym wypadku nie należy którychkolwiek z nich pomijać¹⁸.

16 Zob. H. Cesarz, *O muzyce i muzykoterapii*, „Muzykoterapia Polska” 2003, nr 1, s. 8; T. Natanson, dz. cyt., s. 54–56.

17 Warto przypomnieć, że muzykoterapia jako dyscyplina akademicka w Polsce liczy 50 lat, a pierwszy Zakład Muzykoterapii (1972) oraz pierwsze studia z zakresu muzykoterapii (1973) zostały powołane we Wrocławiu w ramach struktur Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej, aktualnie Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego.

18 Zob. Z. Konaszewicz, *Dziecko niepełnosprawne i muzyka*, Warszawa 1994, s. 5.

Innym pojawiającym się coraz częściej niekorzystnym zjawiskiem, promovany przez współczesne społeczeństwo, jest pomijanie w nazwie oferowanych usług słowa „terapia” oraz zastępowanie terminu „zajęcia muzykoterapeutyczne” określeniami typu „zajęcia z zakresu kreatywności muzycznej”, „zajęcia twórczości muzycznej” lub „zajęcia aktywnego muzykowania”. Wnioskować z tego można, że eliminowany termin odnoszący się do leczenia ma stygmatyzujący wydźwięk społeczny, a przykłady tego typu niekorzystnych praktyk świadczą o wciąż niewielkiej zbiorowej świadomości dotyczącej omawianego zagadnienia i niewystarczającej gotowości do przyjmowania pomocy w ramach oferowanych oddziaływań muzykoterapeutycznych.

Funkcjonujący obecnie w społeczeństwie stereotyp myślowy nierzadko nakazuje kojarzenie terapeutycznego oddziaływania sztuki muzycznej na człowieka z tym, co obserwowalne, mierzalne i niemal namacalne, np. z efektami uspokajającymi oraz relaksującymi. Mimo mocno ugruntowanej społecznej pozycji tego przekonania nie można jednak wielostronnego muzykoterapeutycznego interweniowania pochopnie zredukować, a tym samym w praktyce ograniczyć wyłącznie do wąskiego wymiaru odprężającego czy przyjemnościowego. Rzetelne postrzeganie muzykoterapii jako samodzielnej dyscypliny winno sprowadzać się do teoretycznego konstruktów (nauki), doświadczenia (praktyki klinicznej) i metodyki (profesji). Z racji dźwiękowego charakteru głównego środka oddziaływania, specyfiki jego abstrakcyjnego języka, często nieuchwytnych, odroczonych w czasie lub w ogóle niezauważalnych (zwłaszcza w modelu pozytywistycznym) efektów oddziaływania terapeutycznego, osobom niewtajemniczonym bardzo trudno jest zająć w miarę obiektywną, a przez to wiarygodną postawę względem muzykoterapii jako nauki i zawodu oraz wobec samego terapeutycznego potencjału muzyki. Nie należy też zapominać, że u podstaw muzykoterapii leży m.in. kryterium piękna, chyba najbardziej abstrakcyjnego, a przez to niezwykle trudno definiowalnego pojęcia, którego pełne zrozumienie umyka przedstawicielom nie tylko nauki, ale również kultury i samej sztuki muzycznej. Rozpatrując społeczne podejście do muzykoterapii, trzeba ponadto brać pod uwagę poglądy, wzorce i uprzedzenia przejmowane od członków rodzin oraz przyjaciół jej beneficjentów. Wreszcie bardzo ważne, a może najważniejsze w tym względzie są bezpośrednie relacje uczestników sesji muzykoterapeutycznych oraz zapatrywania innych specjalistów, głównie reprezentujących z jednej strony biologię, medycynę, a z drugiej artystyczny punkt widzenia na kwestię podnoszenia jakości życia współczesnego człowieka. Warto przy tym pamiętać, że coraz większe znaczenie m.in. w ugruntowywaniu pozycji muzykoterapii wśród innych dyscyplin mają prowadzone obecnie badania empiryczne na jej polu, dostarczające tzw. twarde dowody, które także oddziałują na opinię społeczną. Jednocześnie wyobrażenie społeczne danej grupy osób, charakteryzujących się określoną kulturą, może również wpływać na wyznaczanie pola badawczego muzykoterapii, jej realiów, okoliczności oraz warunków jej realizacji.

Od fundamentalnych pytań do konkluzji

Interesowanie się muzykoterapią, przyswajanie nawet ogólnych informacji na jej temat, aktywny udział w indywidualnych lub grupowych sesjach muzykoterapeutycznych lub zdobywanie praktycznych umiejętności w posługiwaniu się tą formą oddziaływania – to wszystko działania zakorzenione w przeżyciach, doświadczeniach i odczuciach osób znajdujących się w danym miejscu oraz w konkretnym czasie i dostarczające profesjonalistom odpowiedzi na fundamentalne pytania: Czy terapeutyczny potencjał sztuki muzycznej jest dostrzegany przez współczesnego człowieka? Czego spodziewa się on po muzykoterapii? Czy będzie w stanie w pełni zaufać muzykoterapeucie i powierzyć mu swoje zdrowie?¹⁹ Uzyskane wyjaśnienia mogą stać się podstawą do ustalenia dla tej formy oddziaływania repertuaru społecznie uznawanych zadań, a co za tym idzie także jej akceptowanych obszarów zastosowania oraz zakresu uprawnień do jej wykonywania. Wszystko to obrazuje, jak w danym społeczeństwie rodzi się, funkcjonuje, podlega modyfikacjom i ewaluacji swoisty oraz niepowtarzalny fenomen muzykoterapii. To, w jaki sposób jest on kultywowany, dowodzi, że ukształtowane koncepcje, pomysły i wizje prozdrowotnego, korzystnego oddziaływania sztuki muzycznej na współczesnego człowieka stanowią najpełniejsze odzwierciedlenie kulturowo-społecznych interpretacji tego rodzaju interwencji pomocowej.

Podsumowując niniejsze rozważania, można zaryzykować twierdzenie, że nie tylko sama sztuka muzyczna, jej terapeutyczny potencjał i pełnienie określonych funkcji związanych z podnoszeniem szeroko pojętej jakości życia współczesnego człowieka, lecz również – a może w niektórych wypadkach przede wszystkim – społeczne wyobrażenie o niej i jej przeznaczeniu stają się czynnikami mającymi istotne znaczenie w postrzeganiu muzykoterapii. Przy tym jeszcze raz podkreślić należy, że kontekst społeczno-kulturowy jest obok różnego rodzaju dobrodziejstw o charakterze prozdrowotnym bardzo ważnym impulsem wpływającym zarówno na prawidłowości, jak i na nieprawidłowości w interpretowaniu dyscypliny, jaką jest muzykoterapia. Specyfika danej kultury, sytuacja ekonomiczna i techniczna społeczeństwa, osiągnięty dobrobyt materialny, postęp cywilizacyjny, poziom świadomości odbiorców kultury muzycznej w zasadniczy sposób warunkują wdrażanie tej odmiany terapii do życia społecznego zbiorowości oraz przypisywanie takim działaniom należnego miejsca wśród innych form oddziaływań pomocowych. Należy więc z całą pewnością potwierdzić postawioną na początku niniejszych rozważań tezę, że kultura

¹⁹ Około 50 lat temu, tj. na początku lat siedemdziesiątych XX w., podobne pytania zadawali sobie pionierzy i twórcy wrocławskiej i polskiej muzykoterapii zgromadzeni wokół Zakładu Muzykoterapii Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu. T. Natanson, dz. cyt., s. 49–52, 100.

oraz muzykoterapia nie mogą bez siebie istnieć i wzajemnie za sobą podążają, służąc zarówno potrzebującemu człowiekowi, jak i całemu społeczeństwu.

Bibliografia

- Cesarz Helena, *O muzyce i muzykoterapii*, „Muzykoterapia Polska” 2003, nr 1.
- Cylulko Paweł, *Tyflomuzykoterapia dzieci. Teoria i praktyka muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnością wzrokową*, Wrocław 2004.
- Cylulko Paweł, *Aksjologiczne podstawy muzykoterapii. Wybrane refleksje dotyczące teorii wartości*, [w:] *Muzykoterapia – stałość i zmiana*, red. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, [w serii] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 1, Wrocław 2014.
- Cylulko Paweł, *Ekspresja muzyczna pacjenta*, [w:] *Muzykoterapia. Między wglądem a inkluzją*, red. M. Cylkowska-Nowak, W. Strzelecki, Toruń 2017.
- Cylulko Paweł, Gładyszewska-Cylulko Joanna, *Wprowadzenie*, [w:] *Muzykoterapia. Tożsamość – transgresja – transdyscyplinarność*, red. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, Wrocław 2010.
- Jabłońska Barbara, *Socjologia muzyki*, Warszawa 2014.
- Konaszek Zofia, *Dziecko niepełnosprawne i muzyka*, Warszawa 1994.
- Kölsch Stefan, *Uzdrowiająca moc muzyki. Naukowo udowodniony leczniczy wpływ muzyki w walce z przewlekłymi chorobami, depresją, demencją czy terapią po udarze i szybki relaks dla każdego*, tłum. M. Gadzina, Białystok 2020.
- Kukielczyńska-Krawczyk Klaudia, *Odbiór elementów dzieła muzycznego o charakterze uspokajającym*, „Muzykoterapia Polska” 2002, nr 1–2.
- Kultura, [hasło w:] *Słownik języka polskiego PWN*, [online:] <https://sjp.pwn.pl/sjp/kultura;2565197.html> [7.10.2021].
- Kultura, [hasło w:] *Wielki słownik języka polskiego*, [online:] https://wsjp.pl/index.php?id_hasla=3479&id_znaczenia=1579575&l=3&ind=0 [7.10.2021].
- Levitin Daniel J., *Zasłuchany mózg. Co się dzieje w głowie, gdy słuchasz muzyki*, tłum. M. Szymonik, Kraków 2016.
- Natanson Tadeusz, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1979.
- Projekt ustawy o zawodzie muzykoterapeuty. Materiały do konsultacji środowiskowej*, oprac. i red. P. Cylulko, Wrocław 2011.
- Sidorowicz Sławomir, *Tezy do dyskusji nad deontologią zawodu muzykoterapeuty*, „Muzykoterapia Polska” 2003, nr 2.
- Statut Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich, „Muzykoterapia Polska” 2002, nr 1–2.
- Zsulc Wita, *Muzykoterapia na progu i u kresu ludzkiego życia: ból narodzin i lęki starości – z doświadczeń muzykoterapeutów amerykańskich*, „Muzykoterapia Polska” 2002, nr 3–4.

Streszczenie

Społeczno-kulturowe uwarunkowania muzykoterapii – wybrane refleksje

Artykuł zawiera wybrane refleksje autora dotyczące kulturowego i społecznego wizerunku muzykoterapii oraz terapeutycznej relacji człowiek–muzyka, traktowanych w wymiarze zarówno indywidualnym, jak i zbiorowym. Jest m.in. spojrzeniem na funkcjonowanie muzykoterapii jako samodzielnej dyscypliny nauki i jako zawodu w kontekście zmienności miejsca, czasu oraz kultury. Zaproponowane rozważania mogą stanowić przyczynek do szerszej dyskusji środowiskowej na temat społeczno-kulturowych uwarunkowań tej formy interwencji pomocowej i zastosowania terapeutycznego potencjału sztuki muzycznej.

Słowa kluczowe: kultura, muzykoterapia, społeczeństwo, sztuka muzyczna

Summary

Socio-cultural determinants of music therapy – selected reflections

This article contains the author's selected reflections on the cultural and social image of music therapy, and the therapeutic man–music relationship, focusing on both the individual and collective dimensions. It offers, among other things, a look at music therapy as an independent discipline of science and as a profession in the context of time, place and cultural changeability. The proposed observations may contribute to a broader community discussion on the socio-cultural determinants of this form of supportive intervention and on the application of the therapeutic potential of music.

Keywords: culture, music therapy, society, musical art

• Paweł Cylulko •

Doktor habilitowany sztuki w dziedzinie sztuki, w dyscyplinie artystycznej sztuki muzyczne, doktor nauk o kulturze fizycznej w zakresie rehabilitacji ruchowej, magister muzykoterapii, magister edukacji muzycznej, kierownik Zakładu Muzykoterapii oraz pełnomocnik Rektora ds. Osób Niepełnosprawnych Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Jest konsultantem współpracującym z Centrum Edukacji Artystycznej. Ma w swoim dorobku liczne publikacje z zakresu muzykoterapii, w tym trzy autorskie monografie, artykuły naukowe oraz współredakcje wielu prac zbiorowych z zakresu muzykoterapii. Do głównych kierunków jego zainteresowań naukowych należą usprawnianie i wychowanie niepełnosprawnych dzieci z wykorzystaniem terapeutycznych walorów sztuki muzycznej oraz kształcenie adeptów muzykoterapii.



Wprowadzenie technik pracy z piosenką na grunt polskiej muzykoterapii

Wprowadzenie

W kulturze polskiej jest wiele piosenek, które wprost lub pośrednio nawiązują swoją tematyką do terapii. Jedną z nich to dobrze znana wszystkim miłośnikom Kabaretu Starszych Panów kompozycja Jerzego Wasowskiego i Jeremiego Przybory zatytułowana *Piosenka jest dobra na wszystko*¹. Odnajdujemy w niej wiele wątków określających terapeutyczne oddziaływanie tych krótkich, popularnych utworów, np.: „piosenka pomoże na wiele, na co dzień, jak i na niedzielę, na to, żebyś Ty patrzył weselej”, „po to wiążą słowo z dźwiękiem, kompozytor i ten drugi, żebyś w sytuacji trudnej mógł [...] szepnąć z wdziękiem: życie [...] nie jest cudne, ale przecież mam piosenkę!”. Warto zatem rozważyć, czy myśli autorów tej kompozycji zgadzają się ze współczesnymi poglądami muzykoterapeutów, wykorzystujących w terapii zarówno wspólny śpiew, słuchanie, analizowanie, jak i pisanie piosenek.

W ostatnich latach muzykoterapeuci coraz częściej sięgają po techniki muzykoterapii związane z pracą z piosenką. Wynika to z jednej strony

1 *Piosenki Kabaretu Starszych Panów od A do Z*, płyta CD nr 2, nr kat.: PRCD 1091–1096, Agencja Muzyczna Polskiego Radia, Warszawa 2014.

z ogromnego zainteresowania tym gatunkiem muzycznym wśród pacjentów/klientów, z drugiej z wprowadzania do terapii nowszych technik na wzór tendencji obserwowanych w muzykoterapii w innych krajach europejskich i w Stanach Zjednoczonych. Na styku różnych kultur i strategii terapeutycznych pojawiają się problemy terminologiczne i programowe. Niektórzy muzykoterapeuci wprost przejmują angielskie nazwy technik pracy z piosenką, inni tworzą ich polskie odpowiedniki. Z pewnością wieloletnia praktyka terapeutyczna w tym zakresie pozwoli ugruntować pewne pojęcia w polskiej kulturze. Niemniej na tym etapie rozwoju owych technik praktyczne będzie przedstawienie możliwości posługiwania się różną terminologią. Istotne jest tutaj także zagadnienie doboru repertuaru muzycznego do pracy z piosenką. Muzykoterapeuci z innych krajów zazwyczaj proponują piosenki z tekstem w języku angielskim. Dla klienta wywodzącego się z kultury polskiej taki repertuar nie zawsze będzie odpowiedni. Konieczne jest zatem zaproponowanie piosenek o tematyce terapeutycznej w języku polskim, by w większym zakresie umożliwić terapeutom i pacjentom korzystanie z tych technik w pracy klinicznej. Kolejne doświadczenia w tym zakresie pozwolą na poszerzenie repertuaru do zastosowania w terapii, odpowiedniego dla słuchacza wywodzącego się z kultury polskiej.

W języku polskim odróżniamy „pieśń” i „piosenkę”. Obie formy łączą tekst literacki z muzycznym. Forma pieśni solowej czy chóralnej doczekała się wielu szacownych opracowań, głównie ze względu na swoją wielowiekową tradycję w historii muzyki². Józef Chomiński i Krystyna Wilkowska-Chomińska proponują podział na pieśń artystyczną i rozrywkową, zauważając jednak, że nie ma między nimi dokładnie wyznaczonej granicy³. Najważniejsza cecha pieśni rozrywkowej to jej funkcjonalny charakter, gdyż jej zadaniem jest uprzyjemnianie spędzania czasu. Według wspomnianych teoretyków muzyki termin „piosenka” można zastosować nawet do wczesnych humorystycznych renesansowych pieśni Giovanniego Giacoma Gastoldiego⁴.

Współczesne definicje piosenki łączą ją raczej z popularną sztuką estradową, która rozwinęła się w początkach XX wieku. Piosenkę określa się jako „krótki i prosty utwór słowno-muzyczny, najczęściej solowy z akompaniamentem instrumentu, małego zespołu instrumentalnego lub orkiestry, czasami wykonywany bez akompaniamentu”⁵. Formę tę definiuje się także jako „krótki utwór muzyczny z tekstem, przeznaczony do śpiewania”⁶.

2 Zob. J. Chomiński, K. Wilkowska-Chomińska, *Formy muzyczne*, t. 3: *Pieśń*, Kraków 1974, s. 20–21.

3 Zob. tamże, s. 372.

4 Zob. tamże, s. 373.

5 *Piosenka*, [hasło w:] *Encyklopedia muzyki RMF Classic*, [online:] <https://www.rmfflclassic.pl> [22.09.2017].

6 *Piosenka*, [hasło w:] *Wielki słownik języka polskiego*, [online:] https://wsjp.pl/index.php?id_hasla=5338, [6.07.2021].

Piosenka jako forma pokrewna pieśni łączy słowo z muzyką. August Wilhelm Ambros⁷ zauważa, że te dwie domeny: słowo i dźwięk, choć są rozgraniczone, to przecież mają pewien punkt styczny, którego istota leży w wywoływaniu nastrojów. W piosence tekst słowno-muzyczny możemy podzielić na linię wokalną ze słowami i akompaniament, czyli pozostałą, czysto instrumentalną część utworu. Należy zatem przyjąć, że w sensie terapeutycznym na słuchacza może oddziaływać i słowo, i muzyka. Powinniśmy więc mieć na uwadze nie tylko odbiór emocjonalny: możliwość ekspresji własnej, wywoływanie różnych nastrojów i emocji przez piosenkę, ale również odbiór semantyczny, czyli odbiór treści – to, jakie skojarzenia, wspomnienia, refleksje budzi w nas dana piosenka.

Szczególne w tym zakresie oddziaływania może się okazać tzw. piosenka poetycka (zwana także autorską i literacką)⁸. Składa się ona z tekstu, niejednokrotnie poetyckiego, refleksyjnej oprawy muzycznej oraz interpretacji, czyli charakterystycznego wykonania.

Zdaniem Michała Traczyka utwory z nurtu tzw. poezji śpiewanej: „są zarówno źródłem przeżyć emocjonalnych i prawd życiowych, jak i nośnikiem wartości intelektualnych oraz wzruszeń estetycznych”⁹. Z przytoczonych wypowiedzi wynika, że nie tylko muzykoterapeuci, ale również literaci i muzykolodzy dostrzegają wartość terapeutyczną piosenki.

Formy pracy z piosenką i ich rola w muzykoterapii

Katrina McFerran wymienia kilka form wykorzystania piosenki, odnosząc je głównie do muzykoterapeutycznej pracy z nastolatkami: analizę tekstu (ang. *lyric analysis*), śpiewanie z terapeutą (ang. *singing together*), wspólne śpiewanie z towarzyszeniem instrumentów perkusyjnych (ang. *group sing-alongs*), piosenkę na życzenie (ang. *song requesting*), tworzenie nowych piosenek (ang. *writing original songs*)¹⁰. Tego typu aktywności mogą być stosowane w terapii nastolatków, w przypadkach depresji, zaburzeń odżywiania, problemów z tożsamością. Piosenka jest bowiem bardzo bliską młodzieży formą wyrazu.

7 Zob. M. Bristiger, *Związki muzyki ze słowem. Z zagadnień analizy muzycznej*, [w serii:] „Z Prac Instytutu Sztuki Polskiej Akademii Nauk. Biblioteka Res Facta”, t. 4, Kraków 1986, s. 102–103.

8 Zob. J.R. Kowalczyk, *Piosenka literacka*, Culture.pl – portal internetowy, [online:] <https://culture.pl/pl/artykul/piosenka-literacka> [6.07.2021].

9 M. Traczyk, *Poezja w piosence. Od Tuwima do Świetlickiego*, Poznań 2009, s. 23.

10 Zob. K. McFerran, *Adolescents, Music and Music Therapy*, London 2010, s. 87, 97–137.

Terapeuci najczęściej stosują ostatnią z wymienionych technik, nazywaną w terminologii polskiej pisanem piosenki (ang. *songwriting*) i obejmującą warstwę zarówno słowną, jak i muzyczną¹¹. Technika ta jest szczególnie polecana w obszarze psychiatrii. Może ona polegać na ułożeniu nowego tekstu do istniejącej piosenki lub tylko na zmianie niektórych słów w już rozpowszechnionym tekście¹². Pisanie piosenki stosowane jest w terapii indywidualnej oraz grupowej. Powstały tekst staje się podstawą do rozpoznania potrzeb, pragnień, emocji, lęków oraz sytuacji życiowej uczestnika terapii. Technika ta może służyć integracji grupy, uczeniu współpracy w grupie czy lepszemu poznaniu się członków grupy. Pisanie piosenki jest bezpiecznym sposobem wyrażania siebie, często bowiem łatwiej przekazać swoje myśli w niejednoznacznej formie utworu poetyckiego niż bezpośrednio w rozmowie z terapeutą czy z grupą¹³.

Od 30 lat ten typ terapii stosuje z pacjentami cierpiącymi na chorobę Huntingtona holenderska muzykoterapeutka Marlies Brandt¹⁴, umożliwiając im w ten sposób wyrażanie najskrytszych myśli i uczuć towarzyszących chorobie. Poniżej zaprezentowany zostanie tekst inspirowany słynną piosenką *Yesterday* napisany przez dwie około sześćdziesięcioletnie klientki cierpiące na wspomniane wcześniej zaburzenie:

Wczoraj moje życie wyglądało inaczej pod każdym względem,
o wiele bardziej przyjemnie niż dzisiaj.
Och, tak bym chciała, ale to było wczoraj.

Byłam zdrowa i mieszkałam we własnym domu,
czułam się jak w domu, tam z moją rodziną.
Och, tak bym chciała, ale to było wczoraj.

Ale żyję dziś nadal i trudno to zaakceptować,
lecz muszę zaakceptować, że będzie coraz gorzej.

Wczoraj tańczyłam, skakałam, spacerowałam
i nie byłam jeszcze zależna od nikogo.
Och, tak bym chciała, ale to było wczoraj.

Ale żyję dziś nadal i trudno to zaakceptować,
lecz muszę zaakceptować, że będzie coraz gorzej.

11 Zob. K. Stachyra, *Receptywne formy muzykoterapii*, [w:] *Podstawy muzykoterapii*, red. K. Stachyra, Lublin 2012, s. 137–139. Zob. też K. Stachyra, *Wybrane techniki muzykoterapii oparte na piosenkach*, *Arteterapia. Terapia przez sztukę*, [online:] <https://arteterapia.pl/wybrane-techniki-muzykoterapii-oparte-na-piosenkach-krzysztof-stachyra> [6.07.2021].

12 Zob. K. McFerran, dz. cyt., s. 132.

13 Zob. tamże, s. 137.

14 Zob. M. Brandt, *Reminiscing. Personal Lyrics of Clients with Huntington's Disease*, Beekbergen 2007.

Wczoraj byłam jeszcze zdrowa i szczęśliwa,
 żadne sprawy mnie nie niepokoiły.
 Och, tak bym chciała, ale to było wczoraj.
 Och, tak bym chciała, ale to było wczoraj¹⁵.

Pacjentki cierpiące na płasawicę Huntingtona, postępującą i obniżającą jakość życia chorobę, wyraziły w tym tekście swoje emocje związane z nasilającymi się objawami, określiły nastrój, nazwały swoje lęki i niepokoje. Pokazały także brak nadziei na lepsze jutro i podejście do życia skoncentrowane na wspomnieniach.

W terapii psychiatrycznej technika pisanie piosenki obejmuje nie tylko powstanie nowego utworu, ale także sam proces tworzenia oryginalnej kompozycji muzycznej – dynamiczny, kreatywny, mający również znaczenie terapeutyczne¹⁶. Wielu terapeutów twierdzi, że ten specyficzny proces pisanie piosenki umożliwia pacjentom doznanie ulgi w cierpieniu, przynosi wzrost poczucia własnej wartości oraz daje radość z tworzenia¹⁷. Podobne znaczenie może mieć nie tylko pisanie tekstu, ale także tworzenie akompaniamentu, czysto muzycznego, do znanych piosenek. Takie formy terapii proponuje się m.in. w podejściu Nordoff–Robbins, zachęcając zarówno dzieci, jak i dorosłych do improwizowania akompaniamentu, co wpływa na ich nastrój i przekłada się na wzrost poczucia własnej wartości¹⁸. Znany muzykoterapeuta Kenneth Bruscia proponuje pacjentom tzw. doświadczenie komponowania, obejmujące nie tylko dokonywanie zmian w tekście piosenki (tj. parodię lub parafrazę piosenki, polegającą na zamianie słów, frazy bądź całego tekstu), ale także komponowanie własnej piosenki bądź jej części, co może obejmować tworzenie nowej melodii i akompaniamentu¹⁹. Takie działania w terapii nazywamy kreatywnymi, czyli twórczymi.

Poniżej zaprezentowano zastosowanie techniki parafrazy piosenki w grupie studentów muzykoterapii. Podstawą do zamiany tekstu stała się *Piosenka zimowa* zespołu *Fart*²⁰. Rozstrzeżeniem zaznaczono miejsca, w których studenci dokonali zmiany słów lub fraz piosenki, adaptując tekst do własnych przeżyć, wspomnień i emocji:

¹⁵ Tamże, s. 10–11 (tłum. K.K-K.).

¹⁶ Zob. M.J. Silverman, *Music Therapy in Mental Health for Illness Management and Recovery*, Oxford 2015, s. 171.

¹⁷ C. O'Callaghan, D. Grocke, *Lyric Analysis Research in Music Therapy: Rationales, Methods and Representations*, „The Arts in Psychotherapy” 2009, Vol. 36, No. 5, s. 320–328.

¹⁸ S. Procter, A. Bryndal, *Muzykoterapia Nordoff–Robbins*, [w:] *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*, red. K. Stachyra, Lublin 2012, s. 19–20.

¹⁹ K. Bruscia, *Defining Music Therapy*, Gilsum, NH 1998, s. 119.

²⁰ Grupa *Fart*, *Piosenka zimowa*, YouTube, [online:] https://www.youtube.com/watch?v=P5u3-QQY_aYU [22.09.2017].

Gdzieś przepadły tamte czasy,
 czas dziecięcych młodych lat.
 Z głową wzniosłą ponad m u r y,
 szedłeś w barwny świat.
 Gdy pachniało wakacjami,
 szkolny dzwonek żegnał nas,
 otwierałeś kufer marzeń,
 wreszcie miałaś czas.

Ref. Gdzie wakacje stulecia,
 gdzie wakacje beztroskie,
 gdy wszystko takie proste
 i uśmiechu czas.
 Gdzie te góry i morze,
 i te piesze wycieczki,
 kiedy ślad polnej drogi,
 wciąż prowadził cię.

Porównanie tekstu oryginalnego z tekstem napisanym przez magistrantów uwypukla wspomnieniowy charakter obydwu wytworów, niemniej autorzy tekstu oryginalnego tęsknią za młodością, przekazują myśli o nieuchronnym przemijaniu, pokazując jednocześnie, że wspomnienia mogą pocieszać. Studenci wyrażają natomiast raczej tęsknotę za beztroską czasów szkolnych i skupiają się na trudnościach związanych z przejściem w dorosłość.

Warstwa tekstowa może być podstawą do zastosowania techniki dyskusji nad słowami piosenki (ang. *song lyric discussion*). Sama bowiem rozmowa o słowach wysłuchanego wcześniej utworu wyzwala całą gamę reakcji emocjonalnych i znaczeniowych. Denise Grocke i Tony Wigram do celów terapeutycznych tej techniki zaliczają:

- czerpanie przyjemności ze słuchania preferowanych gatunków muzycznych,
- uświadamianie sobie trudnych emocji i ich ekspresję oraz dyskusję o nich,
- wgląd w siebie,
- pomoc w zrozumieniu sytuacji klienta²¹.

Szczególną techniką pracy z piosenką jest przypominanie/przywoływanie piosenki (ang. *song recall*). Technikę tę proponuje muzykoterapeutka Cheryl Dileo Maranto²². Polega ona na wspólnym wysłuchaniu i omówieniu piosenki, która w przeszłości miała duże znaczenie dla klienta. Można zastosować tę technikę w postaci przykładowego zadania zatytułowanego „Piosenka

²¹ Zob. D. Grocke, T. Wigram, *Receptive Methods in Music Therapy. Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*, London–Philadelphia 2007, s. 158–178.

²² Zob. C.D. Maranto, *Music Therapy International Perspectives*, Pipersville, PA 1993, s. 694–696.

mojego życia”. W takim wypadku zachęcamy klienta/pacjenta do zastanowienia się, którą piosenkę uznałby za najważniejszą w swoim życiu. Czy tę, przy której poznał przysłego partnera życiowego, przy której zatańczył pierwszy taniec na ślubie lub którą śpiewał jako kołysankę swojemu dziecku, a może piosenkę niezwiązaną z konkretnym wydarzeniem, ale po prostu taką, która zawsze dobrze na niego wpływa i poprawia jego nastrój? Wprowadzenie takiego zadania w grupie terapeutycznej nie tylko pozwala danej osobie zaprezentować własne odczucia, ale również prowadzi do ciekawych dyskusji i interakcji.

Praca z piosenką dotyczy nie tylko analizy tekstu czy jego parafrazy, lecz także wykorzystania wspólnego śpiewu w takich technikach, jak:

- śpiew indywidualny z terapeutą (ang. *singing together*)²³,
- śpiew grupowy z tworzeniem akompaniamentu do piosenki (ang. *group sing-alongs*)²⁴,
- śpiewanie/intonowanie melodyczno-rytmiczne obejmujące znany lub na bieżąco tworzony do muzyki tekst (ang. *rhythmic/melodic chanting*)²⁵,
- śpiewanie terapeutyczne, stosowane do wspomagania intonacji i artykulacji w mowie w terapii neurologicznej (ang. *therapeutic singing*)²⁶,
- terapia melodyczno-intonacyjna, łącząca wzorzec intonacyjny danej frazy językowej z zaimprovizowanym zwrotem melodycznym (ang. *melodic intonation therapy*)²⁷.

Iwona Polak, specjalistka w zakresie terapii śpiewem, zaznacza, że choć nie w pełni uświadamiamy sobie walory terapeutyczne śpiewania, to bez wątpienia czynność ta reguluje nasz oddech i gimnastykuje mięśnie; śpiewając, przejmujemy nastrój wykonywanych utworów, współpracujemy w grupie, rozwijamy umiejętności muzyczne²⁸. Niektóre z wymienionych technik wykorzystywane są niekiedy w terapii logopedycznej. Wspólne śpiewanie może być efektywnie stosowane także w terapii osób cierpiących na chorobę Alzheimera czy Parkinsona²⁹.

Szczególnie istotny jest dobór piosenek do terapii. Warto przy tej okazji zastanowić się, czy są utwory częściej niż inne wykorzystywane w ten sposób. W zasadzie każda piosenka może mieć znaczenie terapeutyczne, o ile odnosi

²³ Zob. K. McFerran, dz. cyt., s. 87.

²⁴ Zob. Tamże.

²⁵ Zob. C.D. Maranto, dz. cyt., s. 694–696.

²⁶ Zob. A. Bukowska, L. Konieczna, *Neuromuzykoterapia w pracy muzykoterapeutów, fizjoterapeutów, logopedów i terapeutów zajęciowych*, [w:] *Muzykoterapia. Tożsamość – transgresja – transdyscyplinarność*, red. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, Wrocław 2010, s. 48.

²⁷ Zob. tamże.

²⁸ Zob. I. Polak, *Rozważania o terapii śpiewem*, „Życie Muzyczne” 2004, nr 10–12, s. 33–34.

²⁹ Zob. C. Elephant i in., *The Effect of Group Music Therapy on Mood, Speech, and Singing in Individuals with Parkinson's Disease – A Feasibility Study*, „Journal of Music Therapy” 2012, Vol. 49, No. 3.

się ona do naszej sfery emocjonalnej, łączy się ze wspomnieniami czy z sytuacją życiową. Bywają jednak piosenki, które ze względu na swoją treść lub symboliczne znaczenie są chętniej wykorzystywane przez polskich czy światowych terapeutów. Należą do nich:

- *She* (piosenka z repertuaru Charlesa Aznavoura) – proponowana w celach relaksacyjnych³⁰;
- *What a Wonderful World* (piosenka z repertuaru Louisa Armstronga) – wykorzystywana w celu zmiany tekstu piosenki (m.in. w technice uzupełniania luk, ang. *fill-in-the-blank*), dla poprawy nastroju, ukierunkowania pacjenta na pozytywne aspekty życia³¹;
- *Yesterday* (z repertuaru zespołu The Beatles) – wykorzystywana w sytuacji powrotu do wspomnień, w celu analizy tekstu piosenki w wypadku zawodu miłosnego czy dla odkrycia dawnych traum i przeżyć³²;
- *Chodź, pomaluj mój świat* (zespołu Dwa Plus Jeden) oraz *Wiosna* (zespołu Skaldowie) – wykorzystywane w celu zmiany tekstu piosenki i pozytywnie ukierunkowujące na przyszłość, stosowane w muzykoterapii w obszarze psychiatrii³³;
- *As Time Goes By* (piosenka z filmu *Casablanca*) – przydatna do analizy tekstu w terapii reminiscencyjnej³⁴;
- *If I Can Dream* (piosenka z repertuaru Elvisa Presley'a) – wykorzystywana do analizy tekstu w celu odkrywania marzeń i pragnień³⁵;
- *Another Day in Paradise* (piosenka Phila Collinsa) – stosowana w celu lekkiej aktywizacji³⁶.

Terapeuci proponują listy obejmujące od kilku do nawet kilkudziesięciu utworów. Podczas zajęć prowadzonych z osobami z zaburzeniami nerwicowymi pomocne okazały się takie polskie piosenki, jak *Zacznij od Bacha* (z repertuaru Zbigniewa Wodeckiego), *Chodź, pomaluj mój świat* (zespołu Dwa Plus Jeden), *Mój jest ten kawałek podłogi* (zespołu Mr. Zoob) oraz *Piosenka zimowa* (zespołu Fart)³⁷. W terapii osób starszych natomiast praktyczne może się okazać

30 Zob. M. Kierył, B. Gurgoń, *Wykorzystanie muzyki ocenianej przez odbiorców jednoznacznie jako muzyka relaksująca lub aktywizująca*, [w:] *Muzykoterapia w agresji, lęku i cierpieniu*, red. S. Sidorowicz, P. Cylulko, „Zeszyt Naukowy”, nr 76, Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, 2000, s. 62.

31 Zob. M.J. Silverman, dz. cyt., s. 176.

32 Zob. D. Grocke, T. Wigram, dz. cyt., s. 163.

33 Zob. J. Nowak, *Spotkania poetycko-muzyczne jako forma muzykoterapii kreatywnej u osób po przeżytym kryzysie psychicznym*, praca magisterska, Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, 2013, s. 72–73.

34 Zob. D. Grocke, T. Wigram, dz. cyt., s. 177.

35 Zob. tamże, s. 175.

36 Zob. M. Kierył, B. Gurgoń, dz. cyt., s. 63.

37 Przytoczone przykłady pochodzą z własnej praktyki muzykoterapeutycznej autorki w Dziennym Oddziale Leczenia Nerwic we Wrocławiu.

stosowanie piosenek ludowych i tradycyjnych, takich jak *Pojedziemy na łów* czy *Upływa szybko życie*³⁸.

Problematyka stosowania technik pracy z piosenką

W muzykoterapii mogą zaistnieć okoliczności, w których wykorzystanie technik pracy z piosenką nie będzie najbardziej efektywnym działaniem. Poniżej wymieniono kilka takich sytuacji terapeutycznych:

- w technikach projekcyjno-wyobrażeniowych – kiedy prosimy o realizację wyobrażenia do zadanego tematu, np. „Moja ulubiona postać z bajki”, korzystniejsza będzie muzyka czysto instrumentalna, która pozwala na osobistą, indywidualną eksplorację myśli, wspomnień, fantazji nienarzuconych przez tekst;
- w pracy z nastrojem:
 - » utożsamianie własnego nastroju z muzyką bywa niekiedy łatwiejsze dla klienta przy muzyce instrumentalnej, ze względu na jej nieokreśloność; w pracy z piosenką może się okazać, że tekst wywołuje inne emocje niż sama muzyka bez słów;
 - » jeśli nastrój piosenki jest niedostosowany pod względem literackim czy muzycznym do nastroju pacjenta; przypomina to działanie napiętnowane w starożytnym przysłowiu biblijnym: „Kto śpiewa pieśni człowiekowi mającemu przygnębione serce, jest jak ktoś, kto zdejmuje szatę w chłodny dzień, i jak ocet winny wylany na sodę” (Prz 25, 20)³⁹;
- w wypadku prezentacji piosenki z tekstem w niezrozumiałym dla klienta języku; w tej sytuacji oddziałuje przede wszystkim muzyka, ale trzeba pamiętać, że dana piosenka ma konkretny tekst i on też w pewnym zakresie wpływa na klienta. Sylaby, samogłoski, spółgłoski, choć w obcym języku, mogą przypominać znane słowa i wywoływać niezamierzone skojarzenia.

Inną sytuację dobrze ilustruje przykład z własnej praktyki terapeutycznej autorki. Bardzo ważne jest bowiem odpowiednie połączenie nastroju tekstu i muzyki z momentem terapii. Na powitanie grupy zaproponowano piosenkę w wersji instrumentalnej zatytułowaną *Hey Jude* (z repertuaru zespołu

³⁸ Zob. K. Turek, *Rola muzykoterapii w zachowaniu sprawności psychofizycznej u osób starszych*, [w:] E. Trypka i in., *Sprawny umysł. Aktywności wspomagające funkcje poznawcze w wieku sennioralnym*, [w serii:] „Biblioteka Nestora”, t. 10, red. A. Pierzchalska i zesp., Wrocław 2018, s. 84–87.

³⁹ *Pismo Święte w Przekładzie Nowego Świata*, edycja polska, New York 2018, s. 937–938.

The Beatles). Jeden z pacjentów wyraził swoje oburzenie na nieodpowiednie zastosowanie w tym momencie tego akurat utworu. Znał bowiem treść tej piosenki i oddziaływał na niego nieobecny tekst, mówiący o pożegnaniu, a nie o powitaniu.

Zakończenie

Dlaczego warto w terapii, zwłaszcza kreatywnej, ale także i w profilaktyce czy w codziennym życiu, korzystać z walorów piosenek?

Piosenka jest formą niezwykle popularną, lubianą i znaną przez wielu słuchaczy. Niektórzy pacjenci sugerują, że muzyka bez warstwy wokalne dla nich po prostu nie istnieje. Niemniej należy pamiętać, że wiele technik muzykoterapii wymaga muzyki czysto instrumentalnej.

W pracy muzykoterapeutycznej najlepiej zatem sięgać po piosenki, które są preferowane, lubiane przez uczniów, podopiecznych czy pacjentów, takie, w których zarówno tekst, jak i muzyka będą miały znaczenie terapeutyczne, służąc relaksacji bądź aktywizacji, zmianie nastroju czy refleksji nad własnym życiem. Stosowne będzie wykorzystywanie piosenek w języku polskim, który jest najbardziej zrozumiały dla słuchacza z naszej kultury.

Bibliografia

- Brandt Marlies, *Reminiscing. Personal Lyrics of Clients with Huntington's Disease*, Beekbergen 2007.
- Bristiger Michał, *Związki muzyki ze słowem. Z zagadnień analizy muzycznej*, [w serii:] „Z Prac Instytutu Sztuki Polskiej Akademii Nauk. Biblioteka Res Facta”, t. 4, Kraków 1986.
- Bruscia Kenneth, *Defining Music Therapy*, Gilsum, NH 1998.
- Bukowska Anna, Konieczna Ludwika, *Neuromuzykoterapia w pracy muzykoterapeutów, fizjoterapeutów, logopedów i terapeutów zajęciowych*, [w:] *Muzykoterapia. Tożsamość – transgresja – transdyscyplinarność*, red. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, Wrocław 2010.
- Chomiński Józef, Wilkowska-Chomińska Krystyna, *Formy muzyczne*, t. 3: *Pieśń*, Kraków 1974.
- Elefant Cochavit i in., *The Effect of Group Music Therapy on Mood, Speech, and Singing in Individuals with Parkinson's Disease – A Feasibility Study*, „Journal of Music Therapy” 2012, Vol. 49, No. 3.

- Groce Denise, Wigram Tony, *Receptive Methods in Music Therapy. Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*, London–Philadelphia 2007.
- Grupa Fart, *Piosenka zimowa*, YouTube, [online:] https://www.youtube.com/watch?v=P5u3QQY_aYU [22.09.2017].
- Kierył Maciej, Gurgoń Barbara, *Wykorzystanie muzyki ocenianej przez odbiorców jednoznacznie jako muzyka relaksująca lub aktywizująca*, [w:] *Muzykoterapia w agresji, lęku i cierpieniu*, red. S. Sidorowicz, P. Cylulko, „Zeszyt Naukowy”, nr 76, Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, 2000.
- Kowalczyk Janusz R., *Piosenka literacka*, Culture.pl – portal internetowy [online:] <https://culture.pl/pl/artykul/piosenka-literacka> [6.07.2021].
- Maranto Cheryl Dileo, *Music Therapy International Perspectives*, Pipersville, PA 1993.
- McFerran Katrina, *Adolescents, Music and Music Therapy*, London 2010.
- Nowak Justyna, *Spotkania poetycko-muzyczne jako forma muzykoterapii kreatywnej u osób po przeżytym kryzysie psychicznym*, praca magisterska, Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, 2013.
- O’Callaghan Clare, Grocke Denise, *Lyric Analysis Research in Music Therapy: Rationales, Methods and Representations*, „The Arts in Psychotherapy” 2009, Vol. 36, No. 5.
- Piosenka*, [hasło w:] *Encyklopedia muzyki RMF Classic*, [online:] <https://www.rmf-classic.pl> [22.09.2017].
- Piosenka*, [hasło w:] *Wielki słownik języka polskiego*, [online:] https://wsjp.pl/index.php?id_hasla=5338 [6.07.2021].
- Piosenki Kabaretu Starszych Panów od A do Z*, płyta CD nr 2, nr kat. PRCD 1091–1096, Agencja Muzyczna Polskiego Radia, Warszawa 2014.
- Pismo Święte w Przekładzie Nowego Świata*, edycja polska, New York 2018.
- Polak Iwona, *Rozważania o terapii śpiewem*, „Życie Muzyczne” 2004, nr 10–12.
- Procter Simon, Bryndal Agnieszka, *Muzykoterapia Nordoff–Robbins*, [w:] *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*, red. K. Stachyra, Lublin 2012.
- Silverman Michael J., *Music Therapy in Mental Health for Illness Management and Recovery*, Oxford 2015.
- Stachyra Krzysztof, *Receptywne formy muzykoterapii*, [w:] *Podstawy muzykoterapii*, red. K. Stachyra, Lublin 2012.
- Stachyra Krzysztof, *Wybrane techniki muzykoterapii oparte na piosenkach, Arteterapia. Terapia przez sztukę*, [online:] <https://arteterapia.pl/wybrane-techniki-muzykoterapii-oparte-na-piosenkach-krzysztof-stachyra> [6.07.2021].
- Traczyk Michał, *Poezja w piosence. Od Tuwima do Świetlickiego*, Poznań 2009.
- Turek Katarzyna, *Rola muzykoterapii w zachowaniu sprawności psychofizycznej u osób starszych*, [w:] E. Trypka i in., *Sprawny umysł. Aktywności wspomagające funkcje poznawcze w wieku senioralnym*, [w serii:] „Biblioteka Nestora”, t. 10, red. A. Pierzchalska i zesp., Wrocław 2018.

Streszczenie

Wprowadzenie technik pracy z piosenką na grunt polskiej muzykoterapii

W kulturze polskiej istnieje wiele piosenek o tematyce czy znaczeniu terapeutycznym. Piosenki do pracy klinicznej proponowane przez terapeutów światowych (m.in. Tony'ego Wigrama, Denise Grocke, Marlies Brandt, Michaela Silvermana) pochodzą głównie z kultury anglo-amerykańskiej. Dlatego w artykule pokazano możliwości zaadaptowania na gruncie polskiej muzykoterapii różnorodnych technik pracy z piosenką wraz z przykładami muzycznymi i klinicznymi, dostosowanymi do klienta pochodzącego z kultury polskiej.

Słowa kluczowe: analiza tekstu piosenki, piosenka, songwriting, techniki muzykoterapii

Summary

Introducing song-based techniques to Polish music therapy

In Polish culture, there are many songs with a therapeutic theme or significance. Songs for clinical work proposed by world therapists (e.g. Tony Wigram, Denise Grocke, Marlies Brandt, Michael Silverman) come mainly from Anglo-American culture. Therefore, the article shows the possibilities of adapting various song-based techniques into Polish music therapy, together with musical and clinical examples adapted to the needs of a client from Polish culture.

Keywords: song text analysis, song, songwriting, music therapy techniques

• Klaudia Kukielczyńska-Krawczyk •

Muzykoterapeuta, kompozytor, wykładowca Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. W roku 2006 obroniła rozprawę doktorską na temat *Oddziaływanie wybranych elementów dzieła muzycznego o charakterze uspokajającym na zmienność rytmu zatokowego* na Wydziale Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. W jej dorobku naukowym znajduje się kilkadziesiąt publikacji w języku polskim i angielskim. Zagadnienia muzykoterapii prezentowała na wielu krajowych i międzynarodowych konferencjach naukowych, m.in. w Krems i w Wiedniu, na Dolnośląskim Festiwalu Nauki oraz w Artez Conservatorium w Enschede w Holandii. Specjalizuje się w muzykoterapii zaburzeń nerwicowych, programowaniu muzyki do terapii, improwizacji w terapii oraz historii muzykoterapii. Prowadzi zajęcia terapeutyczne na oddziałach psychiatrycznych we Wrocławiu. Przez 10 lat opiekowała się Studenckim Kołem Naukowym Muzykoterapii, organizując krajowe i międzynarodowe konferencje studentów muzykoterapii, zapraszając wybitnych muzykoterapeutów z krajów europejskich i ze Stanów Zjednoczonych oraz wspierając projekty naukowo-artystyczne studentów. Popularyzuje zagadnienia związane z muzykoterapią m.in. na Uniwersytetach Trzeciego Wieku oraz w ramach Otwartej Akademii w Akademii Muzycznej we Wrocławiu.



Prolegomena do kulturoterapii

Kultura jako podstawa kulturoterapii

Kultura stanowi swego rodzaju wyznacznik poziomu cywilizacyjnego społeczeństwa, a kompetencje w zakresie świadomości i ekspresji kultury zaliczane są do kompetencji kluczowych, wpływających bezpośrednio na jakość funkcjonowania w społeczeństwie.

Każdy człowiek wzrasta w określonym środowisku kulturowym, które wywiera wpływ na jego sposób postrzegania świata, nastawienie i postawy wobec zachodzących zjawisk. Nie ma możliwości dokonania wyboru kręgu kulturowego, w którym przychodzi się na świat. Dziecko, rozwijając się, korzysta w mniejszym lub większym stopniu z dziedzictwa i dóbr kultury formujących jego osobowość. Z kręgiem kulturowym, w którym zachodzi proces rozwoju, związane jest także kształtowanie poczucia tożsamości, własnej wartości, potrzeb i aspiracji. Poziom doświadczeń kulturowych i kulturalnych nabytych w okresie dzieciństwa wpływa znacząco na funkcjonowanie człowieka w późniejszych latach. W zależności od okoliczności, możliwości, perspektyw rozwoju, osobniczych predyspozycji i poziomu jakości życia każdy z nas dokonuje wyborów i mniej lub bardziej świadomie sam staje się uczestnikiem oraz twórcą kultury przez kontynuowanie tradycji albo poszukiwanie nowych form działania.

Słowo „kultura” wywodzi się z łacińskiego *cultus* oznaczającego ‘uprawę, pielęgnowanie’ i pierwotnie odnoszono je do uprawy roli – *cultura agri*.

Rolniczy rodowód słowa kultura wiązano z ludzką potrzebą uprawiania, pielęgnowania, troski, której celem jest tworzenie dóbr lub urzeczywistnianie wartości¹. Już dwa tysiące lat temu zaczęto używać przypisywanego Markowi Tulliuszowi Cynceronowi (I wiek p.n.e.) pojęcia *cultura animi*, oznaczającego kulturę ducha, jego pielęgnowanie i troskę o rozwój duchowy². Odniesienia do uprawy roli, rybołówstwa i hodowli zwierząt znaleźć można także w księgach Starego i Nowego Testamentu, przypowieściach i mitach. Teksty te kierowano do kręgu odbiorców, którym takie elementy rzeczywistości były najbliższe, i z tego powodu najłatwiejsze do zrozumienia. Aktualnie ze względu na postęp techniczny duża część społeczeństw żyje z dala od natury, dlatego też związane z nią znaczenia metaforyczne stają się coraz trudniejsze do interpretacji. Kultura stworzona przez człowieka nie powinna jednak pozostawać sprzeczna z naturą.

„Uprawa” umysłu była i jest traktowana jako synonim lub opis kształcenia, wspomaganie w rozwoju, nabywania oglądy, nadawania szlachetności, doskonalenia, wychowania. Każda jednostka wychowuje się w swoistym środowisku kulturowym i uczy się w ogromnej mierze przez doświadczenie. Bolesław Żychliński opisał wychowanie jako formę, „w której wyrabia się umysłowy i moralny kształt człowieka”³. Autor ten podkreślał, jak ważne jest ukazywanie wzorców, uczenie przez modelowanie i świadomość, że od wychowania dzieci zależą nie tylko relacje w najbliższym otoczeniu, ale w konsekwencji również trwałość lub upadek państwa⁴. Wychowanie oparte na kulturze i ku kulturze od lat stanowi zatem zadanie dla rodziców i opiekunów, ale powinno być przedmiotem troski całego społeczeństwa.

W procesie edukacji i wychowania zwraca się szczególną uwagę na kształtowanie i podnoszenie poziomu kluczowych kompetencji, do których należą te oparte na wartościach kulturowych.

Kompetencje w zakresie świadomości i ekspresji kulturalnej obejmują rozumienie sposobów kreatywnego wyrażania i komunikowania pomysłów i znaczeń w różnych kulturach, za pomocą różnych rodzajów sztuki i innych form kulturalnych, oraz poszanowanie dla tego procesu. Obejmują one angażowanie się w rozumienie, rozwijanie i wyrażanie własnych pomysłów oraz odczuwanie swojego miejsca lub roli w społeczeństwie na wiele różnych sposobów i w wielu kontekstach⁵.

1 Zob. E. Włodarczyk, *Kultura*, [hasło w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 2, red. T. Pilch, Warszawa 2003, s. 950.

2 Zob. G. Żuk, *Kultura w kontekście wartości*, [w:] tegoż, *Edukacja aksjologiczna. Zarys problematyki*, Lublin 2016, s. 89.

3 B. Żychliński, *Słowo do matek. O dobrem wychowaniu dzieci*, Poznań 1909, s. 7.

4 Zob. tamże, s. 11–13.

5 *Zalecenie Rady Unii Europejskiej z dnia 22 maja 2018 r. w sprawie kompetencji kluczowych w procesie uczenia się przez całe życie*, [w:] *Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej* (2018/C 189/01), Bruksela 2018, s. 11.

Działania kulturowe i kulturalne

W języku polskim znaczenie przymiotników „kulturowy” i „kulturalny” nie jest tożsame. Określenie „kulturowy” odnosi się do zjawisk kultury, postrzeganej jako dynamiczny system, „konstytutywny aspekt [życia społecznego] – jako sposób życia pewnej zbiorowości”⁶. Człowiek nie jest w stanie odseparować się od zjawisk kulturowych, gdyż sam jest ich częścią, jako twórca, odtwórca i odbiorca. Słowo „kulturalny” zawiera w sobie natomiast element wartościujący i może dotyczyć zarówno cech zachowania człowieka, jak i jego wytworów. Z reguły cenieni są ludzie o wysokiej kulturze osobistej, w przeciwieństwie do osób niekulturalnych, których zachowanie jest niezgodne z normami społeczno-obyczajowymi.

Kulturę dzieli się na niższą i wyższą, a popularną sztukę masową przeciwstawia się sztuce przez wielkie „S”. Hierarchizacja sztuki jest związana ze specyfiką przekazu i odbioru, preferencjami, gustem estetycznym oraz potrzebami twórców i odbiorców – konsumentów sztuki. Sztuka elitarna miała pełnić funkcję sztuki wyższej wobec sztuki dla mas, podobnie jak ugruntowane tradycją sztuki piękne: muzyka, poezja, malarstwo i rzeźba, w stosunku do filmu, telewizji i internetu, czyli mediów, które zaczęły powstawać w czasach industrialnych⁷. Dyskusja o funkcjach sztuki zapewne będzie się nadal toczyć, ale należy pamiętać o potrzebie adaptacji do ewolucyjnych i rewolucyjnych transformacji kulturowych wywierających wpływ na wszystkie obszary funkcjonowania ludzi. Granice pomiędzy obszarami kultury czy sztuki wyższej i niższej stają się ze względu na zachodzące zmiany społeczne mniej wyraźne, co powoduje, że nawet odbiorca o wysublimowanym guście może z satysfakcją korzystać z dóbr kultury prezentowanych w internecie, a blogi czy vlogi nie muszą ustępować poziomem literaturze.

Jeśli jednak kontakt ze sztuką jako wytworem kultury ma wносить konstruktywne wartości do życia człowieka, to należy z rozmysłem wybierać te dzieła, których poziom estetyczny odpowiada naszym potrzebom, zdając sobie sprawę z potencjalnych zagrożeń wynikających m.in. z relatywizmu moralno-etycznego i z merkantylnego podejścia do sztuki jako produktu, mającego służyć wyłącznie zyskowi.

Trudno nie zgodzić się z tezą, że kultura i wytwory kulturowe odgrywają istotną rolę w rozwoju oraz w podnoszeniu poziomu egzystencji jednostek i grup społecznych, dlatego warto wykorzystać te elementy w procesach związanych z profilaktyką i z terapią.

⁶ M. Krajewski, A. Skórzyńska, *Diagnoza w kulturze. Wstęp*, „Kultura Współczesna” 2016, nr 5 („Diagnoza w kulturze”), s. 11.

⁷ Zob. G. Dziamski, *Sztuka wysoka i niska*, „Dyskurs. Pismo Naukowo-Artystyczne ASP we Wrocławiu” 2017, nr 23.

Kulturoterapia jako pochodna kultury

W działaniach profilaktycznych, promocji zdrowia i w pracy terapeutycznej od dawna wykorzystuje się różnorodne wytwory kultury. Postrzeganie kultury jako podstawy terapii zależy od rodzaju stosowanych procedur i podejścia do samego pojęcia kulturoterapii. Autorską koncepcję kulturoterapii przedstawiła w 1994 roku Wita Szulc, która rozumie ją jako

[jedno] z wielu działań ukierunkowanych na człowieka i jego środowisko, podejmowanych w celu przywrócenia lub potęgowania zdrowia i zmierzających do poprawy jakości życia, [...] do osiągnięcia tego celu wykorzystuje się określone wytwory kultury, przede wszystkim sztukę⁸.

W swojej definicji Szulc nawiązuje do podejścia Bogdana Suchodolskiego, pojmującego kulturę jako proces, którego celem jest kształtowanie ludzkiego bytu i wszystkich jego aspektów, w tym postaw wobec siebie i otoczenia oraz sposobów postrzegania wartości uniwersalnych, takich jak prawda i piękno⁹.

Można przyjąć, że kulturoterapia stanowi rodzaj działań terapeutycznych opartych na wykorzystaniu dóbr kultury materialnej i niematerialnej przez percepcję lub aktywność twórczą w procesie ukierunkowanym na uzyskanie rezultatów w postaci poprawy lub utrzymania stanu zdrowia i kondycji psychofizycznej, promocję zdrowia oraz rozwój osobisty.

Obszar dóbr kultury składa się z wielu dziedzin, które same w sobie mogą inspirować do podejmowania różnych rodzajów aktywności zorientowanej na osiągnięcie celów profilaktycznych i terapeutycznych. Zgodnie z podziałem wskazanym przez Andrzeja Mirskiego jako dobra kultury traktuje się:

- dziedzictwo kulturowe złożone z dorobku wszystkich dziedzin sztuki, a także języka, wierzeń, dorobku fizycznego, jako świadectwa rozwoju technicznego;
- sferę piękna i refleksji;
- kapitał medialny, jako utrwalone kulturowo formy porozumiewania się i wymieniania informacji, zapośredniczone w znakach kulturowych;
- kapitał intelektualny, rozumiany jako wiedza oraz umiejętność jej stosowania;
- technologię i wytwory techniczne (jako aspekt produktowy) oraz ekonomię, organizację i zarządzanie (jako aspekt procesualny).

⁸ W. Szulc, *Arteterapia. Narodziny idei, ewolucja teorii, rozwój praktyki*, Warszawa 2011, s. 20. Zob. też W. Szulc, *Kulturoterapia. Wykorzystanie sztuki i działalności kulturalno-oświatowej w leczeniu*, wyd. 2 poszerz. i uzup., Poznań 1994.

⁹ Zob. tamże.

Na kulturę składają się także systemy wartości, ideologie i wzory zachowań, jako wytwory ludzkiej działalności¹⁰.

W kulturoterapii można wykorzystywać wszystkie obszary kultury, integralnie lub indywidualnie, a wykorzystanie to powinno się opierać na wiedzy, umiejętnościach i kompetencjach terapeuty.

Dzieła kultury jako kanwa terapii

Podstawę działań kulturoterapeutycznych stanowią różnorodne dzieła wszechstronnie rozumianej kultury. Z uwagi na formy pracy oraz sposób i poziom bezpośredniego zaangażowania można dokonać umownego podziału na kulturoterapię percepcyjną i twórczą, z zastrzeżeniem, że nie są to formy przeciwstawne, ale raczej uzupełniające się wzajemnie, które mogą być stosowane integralnie.

Kulturoterapia percepcyjna

Kulturoterapia percepcyjna obejmuje działania oparte na twórczości artystycznej, dziedzictwie kulturowym, z którym pacjent/klient/podopieczny ma kontakt podczas zajęć, a także poza zajęciami terapeutycznymi. Styczność z wytworami kultury materialnej i niematerialnej w kontekście terapii powinna:

- pełnić funkcję bodźca do inicjowania interakcji,
- stymulować do podejmowania aktywności poznawczej i kreatywnej,
- prowokować reakcje,
- mobilizować do ekspresji,
- motywować do podejmowania działań naprawczych,
- uwrażliwiać i wzbogacać duchowo,
- umożliwiać kształtowanie pożądanych społecznie postaw wobec kultury i sztuki.

W sesjach kulturoterapii wykorzystuje się wszelkie wytwory kultury, przy czym ich rodzaj zależy przede wszystkim od założeń i celów terapii oraz od potrzeb i możliwości pacjentów czy klientów.

Podczas zajęć kulturoterapeutycznych w różnorodny sposób stosować można dzieła muzyczne w formie bezpośrednich wykonań lub nagrań audio

¹⁰ Zob. A. Mirski, *Twórczość jako źródło kultury*, „Zarządzanie w Kulturze” 2011, t. 12, nr 2, s. 161–164.

i wideo, twórczość teatralną, filmową, literaturę, malarstwo, rzeźbę, fotografię itp. W trakcie sesji terapeutycznych należy tworzyć warunki do kontaktu z materiałem kulturowym, ale praca dotyczy także reminiscencji i refleksji, które powstają w konsekwencji uprzednich doświadczeń uczestników zajęć.

Problematyka poruszana w trakcie kulturoterapii powinna być związana z potrzebami pacjentów/klientów, dlatego należy wykorzystywać takie materiały, które będą podstawą działań diagnostycznych, terapeutycznych, profilaktycznych czy promujących zdrowie.

W ramach zajęć kulturoterapii prowadzonych przeze mnie z pacjentami dorosłymi wykorzystywałam różnorodne materiały związane z aktywnością kulturową, w tym m.in. reprodukcje obrazów i fotografie, których tematyka korelowała z programem zajęć. W trakcie zajęć można się bowiem identyfikować z przedstawionymi postaciami, być w opozycji wobec nich, przyjmować rolę obserwatora, można zastanawiać się, co ja zrobił(a)bym na miejscu postaci, czy chciał(a)bym się przenieść w świat wykreowany przez malarza, czy podjąłbym(-)byłabym interwencję, widząc zobrazowaną scenę, czy potrafię wczuć się w sytuację w sposób empatyczny, co mnie drażni, co mnie raduje lub uspokaja. Dzięki technologiom informatycznym jesteśmy w stanie zobaczyć z najdrobniejszymi szczegółami wiele dzieł sztuki, których znaczenie symboliczne bywa ukryte w detalach¹¹. Można się zastanawiać, co bohater obrazu widzi, co wpływa na jego zachowanie w uchwyconym momencie, porównać je do życia w świecie rzeczywistym, wyciągnąć własne wnioski, poszukać alternatywnych rozwiązań; można także zainspirować się dziełami abstrakcyjnymi czy obrazami natury i dzięki nim zyskać wgląd we własne emocje. Kontakt ze sztuką kształtuje nastawienie wobec niej, wpływa na potrzeby, pomaga formować gust estetyczny i poczucie piękna. W trakcie kulturoterapii nie ma jednak konieczności ograniczania się do ukazywania wyłącznie piękna. Zdarza się, że przy pomocy obrazów dystopijnych, stanowiących antytezę piękna, udaje się poruszyć emocje i skłonić nie tylko do refleksji, ale także do działania¹².

Podczas sesji kulturoterapeutycznych prezentowałam także fragmenty spektakli operowych, baletowych, teatralnych oraz musicali. Wybór materiału zależy od potrzeb pacjentów i koncepcji terapii. Historie bohaterów spektakli stają się często inspiracją do podejmowania aktywności życiowej. W pracy terapeutycznej istotne są nie tylko fakty i relacje, ale również nastroje, emocje, przeżycia, wzruszenia, które towarzyszą odbiorowi sztuki scenicznej. Każdy uczestnik zajęć może sobie zadać pytanie, w jaki sposób pokierowałby losami bohaterów, gdyby to od niego one zależały, jakie wartości mają kluczowe znaczenie w rozwiązywaniu ukazanych problemów, czy chciałby zamienić się z wybraną postacią lub zagrać podobną rolę w życiu, jaki mógłby być ciąg dalszy spektaklu, gdyby można go było stworzyć. Bogactwo sztuki scenicznej

11 Zob. J. Lenyk-Barszcz, P. Barszcz, *Wielkie sekrety arcydzieł sztuki*, Warszawa 2021, s. 10–11.

12 Zob. U. Eco, *Historia piękna*, tłum. A. Kuciak, wyd. 2, Poznań 2009, s. 131–137.

mobilizuje do różnorodnych refleksji, z wielu spektakli da się wysnuć wnioski przydatne w budowaniu kompetencji determinujących poziom i jakość życia. Można bowiem przyjrzeć się sylwetkom bohaterów i podążać ich tropami albo wręcz przeciwnie – buntować się i planować odmienne sposoby działania. Dzięki *Matce czarnoskrzydłych snów* Hanny Kulenty łatwiej zrozumieć istotę schizofrenii. Violetta, bohaterka *Traviaty* Giuseppe Verdiego, potrafi poświęcić swoje osobiste szczęście w imię miłości i odchodzi ze złamanym sercem, ale i czystym sumieniem. Postawa Swanildy i Franza z *Coppélii* Léo Delibes'a sprawia, że outsider dr Coppelius przestaje być sekowany w środowisku, w którym przyszło mu żyć i marzyć o stworzeniu idealnego mechanizmu imitującego człowieka. Klara, bohaterka *Dziadka do orzechów* Piotra Czajkowskiego, pokonuje strach przed myszami i wybawia głównego bohatera z opresji. Dziecko sportretowane przez Maurice'a Ravela w fantazji operowej *Dziecko i czary* dostaje lekcję życiowej mądrości, z której każdy widz ma okazję się czegoś nauczyć. Maria z *Dźwięków muzyki* w reżyserii Roberta Wise'a pokazuje zaś, jak radzić sobie ze stresem i umieć cieszyć się drobiazgami.

Wiele wartości nadających kierunek zajęciom kulturoterapeutycznym i inspirujących do działania wnoszą także filmy, a nawet fragmenty poezji i prozy, dobrane zgodnie z potrzebami i możliwościami pacjentów.

Kulturoterapia twórcza

Kulturoterapia twórcza wymaga aktywności twórczej i bezpośredniego zaangażowania. Uczestnicy zajęć terapeutycznych zaczynają brać udział w procesie twórczym, kreując muzykę, ruch do muzyki, taniec, teksty literackie, dzieła plastyczne (obrazy, rysunki, rzeźby, ceramikę), biorąc udział w spektaklach teatralnych. Na szczególną uwagę zasługują formy pracy, które nie tylko umożliwiają działania diagnostyczne i terapeutyczne, ale także sprzyjają kształtowaniu kreatywności i stymulują do aktywności twórczej.

Dzieci i dorośli stosunkowo chętnie podejmują aktywność twórczą, jeśli mają do tego warunki i nie czują się oceniani. Różnica między działalnością dydaktyczną a terapeutyczną dotyczy przede wszystkim podejścia do procesu twórczego i jego efektów. Działania dydaktyczne poddawane są permanentnej ewaluacji, a efekty pracy oceniane według ściśle określonych kryteriów. W kulturoterapii najistotniejszym elementem jest proces zachodzący w trakcie sesji terapeutycznych. Uczestnicy zajęć mogą pozwolić sobie na swobodę twórczą, gdyż powstające dzieła nie podlegają ocenie pod kątem ich walorów artystycznych. Wiele osób deklaruje, że obawia się uczestniczenia w aktywnych formach terapii, gdyż nie czują się dostatecznie kompetentne. Zadaniem zespołu terapeutycznego jest stworzenie warunków, w których wszyscy

uczestnicy zajęć będą mogli czuć się bezpiecznie, co umożliwi uzyskanie atmosfery sprzyjającej otwartości i szczerości.

Proces twórczy stanowi niekiedy wstęp do wglądu, do analizy potrzeb i ograniczeń, ujście dla emocji, które bywają tłumione. Twórczość indywidualna pełni także funkcję katartyczną i pozwala przepracować, a czasem rozwiązać problemy. Wprawdzie kulturoterapia powinna być procesem zamierzonym, ale zdarzało się, że twórcy instynktownie poszukiwali sposobów radzenia sobie z problemami: znane dzieła nierzadko powstawały w wyniku kumulacji trudności, a proces ich kreacji związany był z pokonywaniem kryzysu. Autor jednego z najbardziej znanych polskich polonezów, Michał Kleofas Ogiński, który z ciężkim sercem musiał wyemigrować po klęsce insurekcji kościuszkowskiej w 1794 roku, wspominał, że „pogrążony w najczarniejszych myślach i nieraz ulegając rozpaczom”¹³, nie miał zapалу i chęci, by zajmować się muzyką. Mimo wszystko instynktownie szukał jednak możliwości rozładowania skumulowanych emocji, jak pisał:

Jeśli w trakcie moich wędrówek po opuszczeniu kraju natrafiłem przypadkiem w drodze na fortepian, zasiadałem do niego machinalnie i wydobywałem zeń dźwięki smutne, rozdzierające, czasem gwałtowne, [...] improwizowałem tematy, fantazje i melodie głęboko melancholijne¹⁴.

Warto zaznaczyć, że współcześnie właśnie improwizację wykorzystuje się jako podstawę muzykoterapii analitycznej czy kreatywnej w pracy z pacjentami, którzy przez muzykę mogą wyrazić swoje pragnienia, potrzeby lub problemy.

Z kryzysem emocjonalnym zmagał się także dwudziestoletni Fryderyk Chopin, który w swoim „Dzienniczku” utrwalił targające nim nastroje i uczucia, gdy opuściwszy Warszawę w 1830 roku, dowiedział się o upadku powstania listopadowego. Rozczarowany brakiem interwencji ze strony Francji i pozostawieniem Polaków bez pomocy, miał skomponować muzyczny obraz gniewu i buntu, *Etiudę c-moll* op. 10 nr 12, nazywaną „Etiudą rewolucyjną”. Utwór w roku 1873 tak opisał Marceli Antoni Szulc:

uraganem burzliwych i rozszalałych lewej ręki pasażów migocą błyskawiczne urywki melodii tak konwulsyjnej, namiętnej, tak pełnej dumy i pogardy, i wspinałej grozy, iżby tę sztukę jedynie z posągami Jowisza porównać wypadło, kiedy siedząc na szczycie Olimpu, wszechwładną prawicą pioruny miota na świat struchlały¹⁵.

13 J. Cegiella, *Przeboje mistrzów*, Warszawa 1987, wyd. 2, s. 234.

14 Tamże.

15 M.A. Szulc, *Fryderyk Chopin i utwory jego muzyczne. Przyczynek do życiorysu i oceny kompozycji artysty*, wstęp D. Idaszak, Warszawa 1986, s. 74.

Nieszczęśliwa miłość skłoniła Hectora Berlioza do nadużycia opium i napisania autobiograficznej *Symfonii fantastycznej*, w której środkami muzycznymi przedstawiono opowieść w pięciu częściach, rozpoczynającą się marzeniami o ukochanej, a kończąca ukazaniem tej ostatniej jako czarownicy podczas sabatu. Ujęte w dźwięki przeżycia emocjonalne i wizje kompozytora zostały okielznane i przyniosły mu (wprawdzie nie od razu) popularność oraz umożliwiły osiągnięcie sukcesu¹⁶.

Jako reminiscencje epizodów depresyjnych i z potrzeby poszukiwania sposobu ekspresji emocji powstały m.in. *II koncert fortepianowy c-moll op. 18* Sergieja Rachmaninowa, dedykowany jego terapeutce¹⁷, a także *Adagio z Concierto de Aranjuez* Joaquína Rodriga, który ukazał swoje emocje po śmierci nie-narodzonego dziecka i po ciężkiej chorobie żony¹⁸.

Z poważnymi problemami wynikającymi z wyjątkowo trudnych przeżyć w obozie koncentracyjnym Ravensbrück poradziła sobie w twórczy sposób Wanda Póltawska. Autorka po formalnym odzyskaniu wolności nie była w stanie uwolnić swojej psychiki od dramatycznych wspomnień, ze szczególną wyrazistością wracających nocami w postaci snów. Nie była z pewnością jedyną ocalałą odwracającą moment pogrążania się w śnie, który wiązał się z nasileniem stresu. Jak wspomina: „wreszcie napięcie tych nocy tak wzrosło, że po prostu przestałam się kłaść spać”¹⁹. Póltawska zdawała sobie sprawę, że musi znaleźć rozwiązanie, co udało się dzięki pomocy jej przedwojennej nauczycielki, która zasugerowała, by wszystko opisać. Zwerbalizowanie problemu i ujęcie w słowa emocji, przeżyć, ekstremalnych doświadczeń okazało się skuteczne i umożliwiło jej zamknięcie tego etapu w życiu.

Podsumowanie

Sesje kulturoterapii powinny być prowadzone w taki sposób, by uczestnicy zajęć mieli szanse osiągnąć stan równowagi emocjonalnej, oderwać się od trudów codziennego życia, szukać inspiracji do działania, poszerzyć swoją wiedzę o otaczającym świecie, poznać tradycję i obyczaje, a także nawiązać

¹⁶ Zob. T. Chylińska, S. Haraschin, B. Schäffer, *Przewodnik koncertowy*, wyd. 3 przejr. i poszerz., Warszawa 1980, s. 108–110.

¹⁷ Zob. A. Dodhia, *Depression and the Composer: Rachmaninoff's Story*, Northwest Public Broadcasting, [online:] <https://www.nwpb.org/2018/05/09/depression-and-the-composer-rachmaninoffs-story/> [22.03.2021].

¹⁸ Zob. L. Dobrowolski, [booklet do płyty CD:] *Joaquín Rodrigo*, [w serii:] „Biblioteka Gazety Wyborczej. Wielcy Kompozytorzy”, Warszawa 2005, s. 29.

¹⁹ W. Póltawska, *I boję się snów*, wyd. 4, Częstochowa 1998, s. 9.

kontakty z osobami o zbliżonych upodobaniach. Udział w zajęciach powinien przyczyniać się także do pogłębienia zainteresowań kulturalnych i do rozwoju osobistego. Z moich doświadczeń zebranych podczas pracy z pacjentami wynika, że wiele osób nie zdaje sobie sprawy z roli, jaką odgrywają kultura i sztuka w życiu człowieka. Pisał o tym Cyprian Norwid:

O sztuko! Człowiek do ciebie powraca
 Jak do cierplivej matki dziecię smutne
 Lub marnotrawny syn [...]
 Tak jesteś czasu ciszy; czasu burzy
 Ty się zamieniasz w ton, czekasz w trybunie,
 Aż się sumienie kształtem wymarmurzy,
 Podniesie czoło i fałsz w proch aż runie!
 [...] Bo piękno na to jest, by zachwycalo,
 Do pracy [...]”²⁰.

Warto zatem poszukiwać dzieł kultury, dzięki którym można dążyć do osiągnięcia wspomnianego stanu równowagi emocjonalnej, zainspirować się do aktywności twórczej i działania, zyskać wgląd w samego siebie, pogłębić wiedzę o świecie i własnym dziedzictwie kulturowym, a także wzbogacić swoje życie duchowe, gdyż – jak pisał Stanisław Lem – „nauka objaśnia świat, ale pogodzić z nim może jedynie sztuka”²¹.

Bibliografia

- Cegiella Janusz, *Przeboje mistrzów*, wyd. 2, Warszawa 1987.
- Chylińska Teresa, Haraschin Stanisław, Schäffer Bogusław, *Przewodnik koncertowy*, wyd. 3 przejrz. i poszerz., Warszawa 1980.
- Dobrowolski Łukasz, [booklet do płyty CD:] *Joaquín Rodrigo*, [w serii:] „Biblioteka Gazety Wyborczej. Wielcy Kompozytorzy”, Warszawa 2005.
- Dodhia Anjuli, *Depression and the Composer: Rachmaninoff’s Story*, Northwest Public Broadcasting, [online:] <https://www.nwpb.org/2018/05/09/depression-and-the-composer-rachmaninoffs-story/> [22.03.2021].
- Dziamski Grzegorz, *Sztuka wysoka i niska*, „Dyskurs. Pismo Naukowo-Artystyczne ASP we Wrocławiu” 2017, nr 23.

²⁰ C.K. Norwid, *Promethidion*, [online:] <https://wolnelektury.pl/katalog/lektura/promethidion.html> [25.03.2021].

²¹ S. Lem, *Bajki robotów*, postł. J. Jarzębski, Kraków 2019, s. 127.

- Eco Umberto, *Historia piękna*, tłum. A. Kuciak, wyd. 2, Poznań 2009.
- Krajewski Marek, Skórzyńska Agata, *Diagnoza w kulturze. Wstęp*, „Kultura Współczesna” 2016, nr 5 („Diagnoza w kulturze”).
- Lem Stanisław, *Bajki robotów*, posł. J. Jarzębski, Kraków 2019.
- Lenyk-Barszcz Joanna, Barszcz Przemysław, *Wielkie sekrety arcydzieł sztuki*, Warszawa 2021.
- Mirski Andrzej, *Twórczość jako źródło kultury*, „Zarządzanie w Kulturze” 2011, t. 12, nr 2.
- Norwid Cyprian Kamil, *Promethidion*, [online:] <https://wolnelektury.pl/media/book/pdf/promethidion.pdf> [25.03.2021].
- Póltawska Wanda, *I boję się snów*, wyd. 4, Częstochowa 1988.
- Szulc Marcei A., *Fryderyk Chopin i utwory jego muzyczne. Przyczynek do życiorysu i oceny kompozycji artysty*, wstęp D. Idaszak, Warszawa 1986.
- Szulc Wita, *Kulturoterapia. Wykorzystanie sztuki i działalności kulturalno-oświatowej w lecznictwie*, wyd. 2 poszerz. i uzupełn., Poznań 1994.
- Szulc Wita, *Arteterapia. Narodziny idei, ewolucja teorii, rozwój praktyki*, Warszawa 2011.
- Włodarczyk Ewa, *Kultura*, [hasło w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 2, red. T. Pilch, Warszawa 2003.
- Zalecenie Rady Unii Europejskiej z dnia 22 maja 2018 r. w sprawie kompetencji kluczowych w procesie uczenia się przez całe życie*, [w:] *Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej* (2018/C 189/01), Bruksela 2018.
- Żuk Grzegorz, *Kultura w kontekście wartości*, [w:] tegoż, *Edukacja aksjologiczna. Zarys problematyki*, Lublin 2016.
- Żychliński Bolesław, *Słowo do matek. O dobrem wychowaniu dzieci*, Poznań 1909.

Streszczenie

Prolegomena do kulturoterapii

Tekst artykułu stanowi wprowadzenie do dyskusji na temat kulturoterapii. Kultura i wytwory kulturowe odgrywają istotną rolę w rozwoju oraz w podnoszeniu poziomu egzystencji jednostek i grup społecznych, dlatego warto wykorzystać te elementy w procesach związanych z profilaktyką i terapią. Kulturoterapia to rodzaj działań terapeutycznych opartych na wykorzystaniu dóbr kultury materialnej i niematerialnej przez percepcję lub aktywność twórczą w procesie ukierunkowanym na uzyskanie rezultatów w postaci poprawy lub utrzymania stanu zdrowia i kondycji psychofizycznej, promocji zdrowia oraz rozwoju osobistego. Kulturoterapia percepcyjna obejmuje działania oparte na twórczości artystycznej, dziedzictwie kulturowym, z którym pacjent/klient/podopieczny ma kontakt podczas zajęć, a także poza zajęciami terapeutycznymi. Kulturoterapia twórcza wymaga aktywności twórczej i bezpośredniego zaangażowania w proces kreacji w sferze muzycznej, muzyczno-ruchowej, teatralnej, plastycznej (obejmującej malarstwo, rysunek, rzeźbę, ceramikę). W artykule zostały

zamieszczone przykłady działań i możliwości wykorzystania kulturoterapii w praktyce klinicznej.

Słowa kluczowe: aktywność, kultura, sztuka, terapia, twórczość

Summary

Prolegomena to culture therapy

The article is an introduction to the discussion of culture therapy. Culture and cultural products play an important role in the development of individuals and social groups, and in improving the quality of their lives, so it is worth using these elements in preventive and therapeutic processes. Culture therapy is a type of therapeutic intervention based on the use of tangible and intangible cultural products through perception or creative actions in a process aimed at the maintenance or improvement of health and psycho-physical condition, at health promotion and personal development. Perceptual culture therapy includes activities based on artistic output and cultural heritage, with which the patient/client comes into contact during and outside therapy sessions. Creative culture therapy requires creative activity and direct involvement in a creative process in the spheres of music, movement, theatre, visual arts (including painting, drawing, sculpture, ceramics). The article includes examples of activities and discusses the possibilities of using culture therapy in clinical practice.

Keywords: activity, culture, art, therapy, creativity

• Daniela Colonna Kasjan

Doktor nauk społecznych w zakresie pedagogiki, muzykoterapeuta i pedagog, starszy wykładowca w Zakładzie Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego (AMKL) we Wrocławiu, kierownik Podyplomowych Studiów Muzykoterapii AMKL. Członek Zarządu Głównego Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich. Autorka publikacji z dziedziny muzykoterapii, edukacji i wychowania oraz kultury ludowej. Zainteresowania: rozwój społeczny, wychowanie przez sztukę, muzyka tradycyjna, wykorzystanie dóbr kultury w terapii.

: Część II

Sztuka muzyczna – terapia – dziecko



Trzydzieści lat metody tyflomuzykoterapii – specyfika i uwarunkowania

Wprowadzenie

Z roku na rok coraz bardziej rośnie społeczna świadomość na temat osób z różnego rodzaju niedomaganiem, niedyspozycjami, trudnościami i ograniczeniami, w tym m.in. dzieci z deficytami sensorycznymi w zakresie zmysłu wzroku. Niejednokrotnie zauważa się przy tym, że posiadają one typowe dla wszystkich dzieci pragnienia, oczekiwania, marzenia, zainteresowania i uzdolnienia, w tym także muzyczne. Ta bardzo ważna prawidłowość skłania profesjonalistów z różnych obszarów nauki i sztuki do opracowywania nowych modeli, metod, podejść i sposobów działania możliwych do wykorzystania w pracy z małymi niepełnosprawnymi beneficjentami, a także do modyfikowania oraz sprawdzania w praktyce już istniejących. Dzięki tym działaniom spośród dostępnych w obszarze edukacji i rehabilitacji dzieci propozycji napotkamy zarówno sprawdzone, uznane, tradycyjne metody wychowawcze, usprawniające, terapeutyczne, jak i podejścia nowe, nowatorskie, oryginalne. Jedną z takich propozycji jest stosowana w rodzimym szkolnictwie specjalnym dla dzieci z niepełnosprawnością wzroku nieprzerwanie od ponad trzydziestu lat metoda tyflomuzykoterapii oparta na koncepcji oraz modelu tyflomuzykoterapii.

Terapia dzieci z niepełnosprawnością wzroku przy użyciu sztuki muzycznej jest mi bardzo bliska oraz dobrze znana z punktu widzenia teorii i praktyki, a także metodyki jej nauczania¹. Zacząłem się nią zajmować profesjonalnie w roku 1991, przy czym początkowo czyniłem to jako dyplomowany nauczyciel wychowania muzycznego (edukacji muzycznej), a równocześnie jeszcze słuchacz przedostatniego roku pięcioletnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku kompozycja i teoria muzyki, w specjalności muzykoterapia, odbywanych w Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu (AMKL). Najpierw nieodpłatnie realizowałem (w ramach wolontariatu) cotygodniowe zajęcia z udziałem podopiecznych Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego Dzieci Niewidomych im. Marii Grzegorzewskiej we Wrocławiu². W tym samym czasie rozpocząłem także prowadzenie zajęć tyflomuzykoterapeutycznych z udziałem dzieci, młodzieży i osób dorosłych na turnusach rehabilitacyjno-leczniczych oraz rekreacyjno-wypoczynkowych organizowanych przez Okręg Wrocławski Polskiego Związku Niewidomych. Przy okazji dodam, że w tamtym czasie tego typu zajęcia stanowiły w Polsce nowatorską i nieznaną formę muzycznej interwencji pomocowej skierowaną do osób z różnego rodzaju niepełnosprawnościami, w tym także z niepełnosprawnością wzroku. Zajęcia te spotykały się z dużym zainteresowaniem, ale także z różnorodnymi utrudnieniami i postawami osób niepełnosprawnych, członków ich najbliższych rodzin oraz innych ówczesnych specjalistów z zakresu służby zdrowia, pedagogiki specjalnej oraz muzycznej, cieszących się już dobrze ugruntowaną pozycją zawodową oraz społecznym uznaniem w niesieniu pomocy osobom potrzebującym. Mimo upływu wielu lat niejednokrotnie w dalszym ciągu daje się zaobserwować specyficzne podejście społeczeństwa do tej formy terapii i jej beneficjentów. Opiera się ono na zakorzenionych od wieków stereotypach myślowych, do których w pierwszej kolejności można zaliczyć błędne przekonanie, że każdy niewidomy człowiek jest od urodzenia wybitnie utalentowanym muzykiem obdarzonym nadzwyczajnymi zdolnościami, w tym przede wszystkim absolutnym słuchem, bardzo dobrą pamięcią muzyczną i szczególnym poczuciem rytmu. Na ogół uważa się przy tym, iż wymienione cechy, zgodnie z tym błędnym przekonaniem, niejako idą w parze z niepełnosprawnością wzroku i są jej najlepszą rekompensatą³. Stereotyp ten wywołuje wiele zamieszania, zwłaszcza wśród rodziców dzieci

1 Zob. P. Cylulko, *Tyflomuzykoterapia dzieci. Teoria i praktyka muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnością wzrokową*, Wrocław 2004; P. Cylulko, *Muzykoterapia niewidomych i słabowidzących dzieci. Poradnik metodyczny*, „Zeszyt Tyflogiczny” 1999, nr 16; P. Cylulko, *Muzykoterapia w rehabilitacji ruchowej dzieci niewidomych i słabowidzących*, Warszawa 1998.

2 Aktualnie placówka ta nosi nazwę Dolnośląski Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy nr 13 dla Uczniów Niewidomych i Słabowidzących oraz z innymi niepełnosprawnościami im. Marii Grzegorzewskiej we Wrocławiu.

3 Zob. X. Pfammatter, *Music as a Leisure-Time Occupation for the Blind*, „Review of the European Blind” 1988, No. 2, s. 28.

niepełnosprawnych, którzy licząc na wyjątkowy talent artystyczny swoich pociech, wiążą z nim duże nadzieje. Dorita Berger jest zdania, że rodzice „muszą pozbyć się oczekiwań co do przyszłego splendoru i sławy, czy też zachwycających osiągnięć lub występów w światłach scen koncertowych. Jeśli taki talent się rzeczywiście ujawni – wspaniale”⁴. Drugi stereotyp natomiast, słabszy od poprzedniego, polega na przeświadczeniu, iż utalentowanym muzycznie niewidomym osobom niepotrzebna jest terapia muzyczna, gdyż na co dzień bardzo często i chętnie obcują z muzyką, a czas przeznaczony na zajęcia muzyczne lepiej byłoby poświęcić na naukę pisma Braille’a, orientacji przestrzennej lub rutynowych czynności. Oczywiście można spotkać się niekiedy z lepszą sprawnością słuchową tych osób, ale jej zakres i stopień zależą od wieku, w którym zaistniała niepełnosprawność, od mechanizmów kompensujących deprivację sensoryczną, a przede wszystkim od wyćwiczenia analizatora słuchowego w przebiegu życia osobniczego jednostki. Należałoby przy tym pamiętać, że w wielu wypadkach niepełnosprawności wzroku towarzyszy także upośledzenie słuchu i wówczas mamy do czynienia z osobami z niepełnosprawnością sprzężoną, tj. głuchoniewidomymi. Oba wspomniane stereotypy w znacznym stopniu utrudniają pozyskiwanie beneficjentów muzykoterapii oraz wdrażanie na stałe tej formy oddziaływania do usług oferowanych przez placówki szkolnictwa, nawet specjalnego, i opieki zdrowotnej. Z przykrością należy również stwierdzić, iż nadal, mimo upływu czasu, można się spotkać, choć w mniejszym stopniu i w sposób bardziej niejawny, z różnego rodzaju sygnałami niewłaściwego nastawienia do muzykoterapii, jej beneficjentów i profesjonalistów ją zawodowo uprawiających.

Autorska koncepcja muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnością wzroku

Dzieci z niepełnosprawnością wzroku stanowią jedną z populacji beneficjentów oddziaływań muzykoterapeutycznych oferowanych w różnych formach kształcenia specjalnego, integracyjnego i inkluzyjnego. W tej społeczności, niejednorodnej pod względem funkcjonowania analizatora wzroku oraz wtórnych następstw niepełnosprawności, można spotkać osoby zupełnie niewidome, szczałkowowidzące oraz słabowidzące, przy czym niektóre z nich cierpią na dodatkowe deficyty rozwojowe oraz przewlekłe choroby i schorzenia. W praktyce przyczynia się to do tego, że na codzień dysponują one bardzo

⁴ Zob. D.S. Berger, *Dzieciaki, muzyka i spektrum autyzmu. Jak wykorzystać terapeutyczną moc dźwięków*, tłum. A. Rewilak, Kraków 2023, s. 92.

zróżnicowanymi percepcyjnymi, psychomotorycznymi, twórczymi, odtwórczymi i wysiłkowymi możliwościami. Mimo to na polu sztuki muzycznej i dzięki niej czują się w pełni wolne, niezależne, autonomiczne, gdyż w jej odbiorze, doświadczaniu, przeżywaniu nie rozpoznają ograniczeń, konieczności objaśniania, interpretowania, tłumaczenia ani potrzeby obecności pośrednika, opiekuna czy przewodnika. Dzieci, podejmując różne formy aktywności muzycznej na polu terapii, nawet na elementarnym poziomie swoich możliwości psychofizycznych i uzdolnień artystycznych, mogą spontanicznie doświadczać intuicji, niezależności własnej twórczej aktywności, odkrywać swoje mocne strony, potencjał oraz ukryte talenty. Mogą także w przystępny i bezpieczny sposób rozeznawać i akceptować utrudnienia, porażki oraz ograniczoność swojego sprawczego oraz artystycznego działania⁵.

Dzięki temu, iż sztuka muzyczna nie angażuje nie w pełni funkcjonującego wzroku (ani analizatorów zastępczych) beneficjentów, nie wymaga też dodatkowych zabiegów asystujących, jest ona całkowicie dostępną dla nich formą aktywności, a jednocześnie najbardziej komunikatywną i przez to najbliższą ze wszystkich sztuk pięknych. Ze względu na dźwiękową naturę muzyki oraz jej bezpośredni odbiór przez analizator słuchu, pacjenci są w stanie czerpać z niej nieograniczone prozdrowotne, edukacyjne i rehabilitacyjne dobrodziejstwa, które następnie mogą być przenoszone na inne obszary życia i sytuacje życiowe, co z kolei przyczynia się do pełniejszego funkcjonowania, a tym samym do podnoszenia szeroko pojętej jakości życia⁶. Przekonanie to leży u podstaw koncepcji, modelu oraz metody tyflomuzykoterapii.

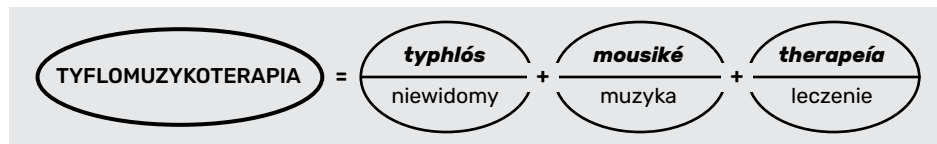
Termin „tyflomuzykoterapia” pochodzi od trzech starogreckich słów: *typhlós* – osoba niewidoma, *mousiké* – muzyka, jej tworzenie i odtwarzanie, oraz *therapeía* – leczenie, przywracanie ludzkiego zdrowia⁷ (zob. rysunek 1). Tyflomuzykoterapia, podobnie jak surdomuzykoterapia, jako samodzielna subdyscyplina muzykoterapii ogólnej swoimi korzeniami sięga początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku i związana jest z edukacją specjalną realizowaną na terenie typowego dla naszego kraju ośrodka szkolno-wychowawczego dla dzieci z niepełnosprawnością wzroku. Warto przypomnieć, że odczuwało się wówczas zarówno w teorii, jak i w praktyce opieki zdrowotnej i edukacyjnej zupełny brak gotowych opracowanych koncepcji naukowych, podejść, modeli oraz metod terapeutycznych przeznaczonych do pracy z omawianą populacją

5 Zob. M. Dauber, „What Is Essential Is Invisible to the Eye” – A Music Therapy Tale of a Young Woman with Visual Impairment, „Approaches: An Interdisciplinary Journal of Music Therapy” 2011, Special Issue.

6 Zob. M. Straś-Romanowska, T. Frąckowiak, *Personalistyczno-egzystencjalna koncepcja poczucia jakości życia a doświadczanie niepełnosprawności*, [w:] *Jakość życia w niepełnosprawności – mity a rzeczywistość*, red. M. Flanczewska-Wolny, Gliwice–Kraków 2007, s. 15–17; F.M. Wolf, *Music Therapy with the Blind*, „British Journal of Music Therapy” 1978, Vol. 9, No. 3, s. 29.

7 *Słownik wyrazów obcych*, red. Elżbieta Sobol, oprac. A. Stankiewicz i in., wyd. nowe, Warszawa 1997, s. 752, 1103, 1138; *Słownik wyrazów obcych*, red. Jan Tokarski, Warszawa 1971, s. 498, 754, 785.

beneficjentów. Termin „tyflomuzykoterapia” wprowadziłem do polskiego nawnictwa naukowego w 1995 roku, a następnie do światowego w 1996 roku⁸.



Rysunek 1 | Etymologia terminu „tyflomuzykoterapia”. Reprodukacja za: P. Cylulko, *Tyflomuzykoterapia dzieci...*, s. 93

Termin „koncepcja” pochodzi zaś od łacińskiego słowa *conceptio* i oznacza – najogólniej ujmując – ‘plan działania, zamiysł rozwiązania problemu lub zadania’⁹. Zdaniem prekursora i pioniera polskiej muzykoterapii Tadeusza Natansona koncepcję stanowią „[...] sprecyzowane, ogólne i względnie ustalone kompleksy określonych poglądów, tworzące logiczne i spójne systemy; tym samym poglądy uznamy za elementy składowe koncepcji”¹⁰. W myśl tej definicji koncepcja tyflomuzykoterapii jest zespołem autorskich poglądów, sposobów rozeznawania terapeutycznego potencjału sztuki muzycznej i jego zastosowania w służbie beneficjentom z trwałymi problemami widzenia. Tak pojmowanej koncepcji towarzyszy ściśle określony schemat, wzór działania (model tyflomuzykoterapii) oraz konkretne praktyczne działanie oferowane beneficjentom (metoda tyflomuzykoterapii).

Zamiysł opracowania koncepcji tyflomuzykoterapii zrodził się w Zakładzie Muzykoterapii wrocławskiej uczelni muzycznej i swoimi podstawami teoretycznymi sięga do humanistycznych idei głoszonych przez Tadeusza Natansona w ramach polskiej naukowej koncepcji muzykoterapii¹¹ oraz funkcjonujących w pięćdziesięcioletniej tradycji wrocławskiej muzykoterapii¹².

- 8 Zob. P. Cylulko, *Consequences of Music Therapy in the Rehabilitation of the Blind and Visually Impaired*, [w:] *Book of Abstracts. VIII World Congress of Music Therapy. II Congress of the World Federation of Music Therapy*, Hamburg 1996, s. 187; tegoż, *Tyflomuzykoterapia jako forma stymulacji rozwoju małych dzieci*, [w:] *Problemy wczesnej rehabilitacji niewidomych i słabowidzących dzieci*, red. G. Walczak, Warszawa 1996, s. 71–79.
- 9 Zob. *Koncepcja*, [hasło w:] *Słownik poprawnej polszczyzny – Ortograf.pl*, [online:] <https://www.ortograf.pl/sownik/koncepcja> [25.08.2023].
- 10 Zob. T. Natanson, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1979, s. 179.
- 11 Zob. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, *Polska naukowa koncepcja muzykoterapii – w trzydziestolecie wydania książki „Wstęp do nauki o muzykoterapii” Tadeusza Natansona*, [w:] *Tadeusz Natanson. Kompozytor, uczony, pedagog*, red. A. Granat-Janki i zesp., [w serii:] „Muzycy Wrocławscy”, t. 2, Wrocław 2010, s. 173–184; T. Natanson, *Programowanie muzyki terapeutycznej. Zarys podstaw teoretycznych*, „Zeszyt Naukowy”, nr 53, Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, Wrocław 1992, s. 11–21, 70; T. Natanson, *Wstęp...*, s. 50–58.
- 12 P. Cylulko, *Muzykoterapia Wrocławska*, [hasło w:] *Encyklopedia Wrocławia*, red. J. Harasimowicz, wyd. 3, Wrocław 2006, s. 572–573.

Opracowana koncepcja, stawiając – zgodnie z humanistyczno-podmiotowym paradygmatem niepełnosprawności – w centrum terapeutycznego oddziaływania dziecko, młodą lub dorosłą osobę z trwałymi problemami widzenia, a jednocześnie przywiązując dużą wagę do indywidualności pacjenta, jego podmiotowości, autonomii i zdolności do samostanowienia, a przez to do spontaniczności, kreatywności i twórczości (głównie muzycznej), plasuje się w podmiotowym i społecznym nurcie sztuki oraz edukacji muzycznej i specjalnej.

Koncepcja tyflomuzykoterapii, a także opracowane na jej podstawie model i metoda tyflomuzykoterapii zostały w roku 1991 po raz pierwszy wdrożone na stałe do rodzimego szkolnictwa specjalnego dla wychowanków niepełnosprawnych wzrokowo oraz do oddziaływań rehabilitacyjnych realizowanych przez Polski Związek Niewidomych. Zarówno model, jak i metoda są do dnia dzisiejszego nieprzerwanie wykorzystywane w praktyce edukacyjno-rehabilitacyjnej. Pierwszy program zajęć tyflomuzykoterapii dla dzieci z niepełnosprawnością wzroku uczących się w klasach I–IV szkoły podstawowej specjalnej został wydany drukiem w 1998 roku. Przy okazji warto dodać, że obecnie oddziaływania tyflomuzykoterapeutyczne są w coraz większym zakresie wdrażane do szkolnictwa o nastawieniu inkluzyjnym oraz integracyjnym, do którego coraz częściej włączane są dzieci z trwałymi problemami widzenia. Od początku roku akademickiego 1993/1994 w ramach wyższych studiów oferowanych przez Akademię Muzyczną im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu realizowany jest przedmiot dydaktyczny z zakresu tyflomuzykoterapii, a w roku 2004 staraniem wydawnictwa tejże uczelni ukazała się monografia jednoautorska pt. *Tyflomuzykoterapia dzieci. Teoria i praktyka muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnością wzrokową*¹³, pełniąca funkcję podręcznika akademickiego dla słuchaczy studiów I i II stopnia oraz studiów podyplomowych z zakresu muzykoterapii. Publikacja ta spotyka się także z dużym zainteresowaniem studentów i profesjonalistów dyscyplin pokrewnych muzykoterapii, takich jak edukacja specjalna oraz muzyczna, nauki o kulturze fizycznej, nauki o zdrowiu.

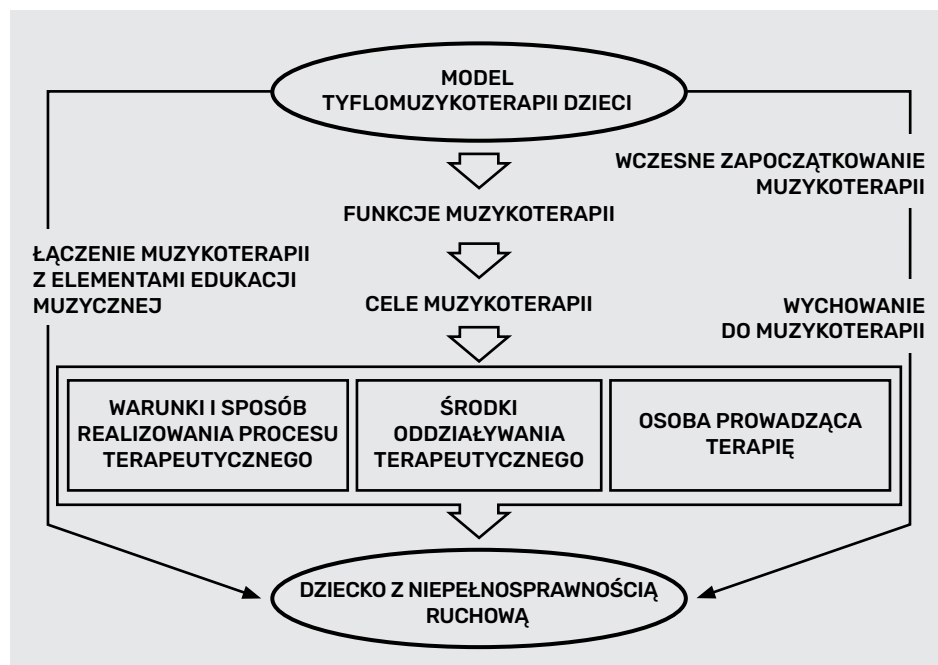
Model tyflomuzykoterapii – ogólne założenia i specyfika

Słownik *Języka Polskiego PWN* określa model jako „wzór, według którego coś jest lub ma być wykonane”¹⁴. Natomiast Wikipedia przez model rozumie „system założeń, pojęć i zależności między nimi pozwalający opisać (modelować)

¹³ Zob. P. Cylulko, *Tyflomuzykoterapia dzieci...*

¹⁴ Zob. Model, [hasło w:] *Słownik języka polskiego PWN*, [online:] <https://sjp.pwn.pl/slowniki/model.html> [25.08.2023].

w przybliżony sposób jakiś aspekt rzeczywistości¹⁵. Wychodząc od tych definicji, model tyflomuzykoterapii można określić jako ściśle zintegrowany układ założeń, pojęć, definicji, specjalistycznych metod, technik, sposobów postępowania oraz wzajemnych zależności pomiędzy nimi, służący rozeznawaniu, kształtowaniu i generowaniu zagadnień teoretycznych (nauki), praktycznych (doświadczenia klinicznego), badawczych (metodologii) i metodycznych (profesji) związanych z muzykoterapią dzieci z niepełnosprawnością wzroku (zob. rysunek 2). Omawiany model opiera się bezpośrednio na założeniach koncepcji tyflomuzykoterapii i znajduje swoje praktyczne urzeczywistnienie w opracowanej na jej podstawie metodzie.



Rysunek 2 | Model tyflomuzykoterapii dzieci. Reprodukacja za: P. Cylulko, *Tyflomuzykoterapia dzieci...*, s. 90

Przyjęte w modelu bezwzrokowe (głównie dotykowo-słuchowe) podejście do głównego środka oddziaływania, tj. sztuki muzycznej i niemuzycznych zjawisk dźwiękowych, działań terapeutycznych, twórczej aktywności muzycznej stanowi podstawowy i zasadniczy paradygmat tyflomuzykoterapii. Dzięki jego wdrożeniu udało się uzyskać niepowtarzalną specyfikę modelu, która w zasadniczy sposób odróżnia go od innych stosowanych wspólnie

¹⁵ Zob. Model, [hasło w:] Wikipedia, [online:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Model> [25.08.2023].

modeli postępowania edukacyjnego, terapeutycznego i rehabilitacyjnego. Z jednej strony elementy składowe modelu są właściwe i swoiste dla pozawizualnej percepcji i funkcjonowania uczestniczących w nim niepełnosprawnych beneficjentów, z drugiej zaś cechują się artystycznymi, terapeutycznymi i organizacyjnymi walorami. Komponenty te wpływają na strukturę modelu, jego organizację, wewnętrzną stabilność, a także na jego merytoryczną poprawność, skuteczność i efektywność. Zastosowany w modelu autorski konstrukt myślowy pozwala na optymalne rozeznawanie funkcjonowania beneficjenta w aspektach etiologii niepełnosprawności wzroku, jej specyfiki i wtórnych skutków, a także terapeutycznego potencjału sztuki muzycznej, i tym samym ułatwia pełniejsze poznanie pacjenta, zrozumienie go i współdziałanie z nim w przestrzeni muzyczno-terapeutycznej. Model określa funkcje i cele muzycznych oddziaływań interwencyjnych, wymagania, jakie winien spełniać proces terapeutyczny oraz stosowane w nim środki oddziaływania. Ponadto wskazuje czynności zawodowe, jakie powinien podejmować dyplomowany specjalista zwany tyflomuzykoterapeutą, począwszy od pozytywnego diagnozowania, przez optymalne programowanie, realizowanie, monitorowanie i weryfikowanie oddziaływań terapeutycznych, aż po gromadzenie, analizowanie oraz interpretowanie informacji na ich temat. Podstawę tak pojmowanej pomocy tyflomuzykoterapeutycznej stanowią: specjalistyczne systematyczne wsparcie profesjonalisty, spersonalizowany program terapeutyczny, różnorodność środków oddziaływania (obejmujących takie elementy, jak materiał akustyczny, techniki i środki pomocy, wyposażenie gabinetu itp.) oraz systematyczne indywidualne lub grupowe sesje (o określonej strukturze i przebiegu).

Ażeby zastosowany w praktyce klinicznej model tyflomuzykoterapii mógł przynieść oczekiwane efekty, tj. bezpośrednie korzyści odnoszone przez beneficjentów, powinny być przestrzegane następujące podstawowe zasady:

- zasada pełnej wyrozumiałości i akceptacji wszystkich beneficjentów, bez względu na ich możliwości, ograniczenia (w tym m.in. upośledzenie wzroku), umiejętności, zainteresowania, uzdolnienia (głównie muzyczne);
- zasada zupełnej równości, wzajemnej tolerancji, partnerstwa, autonomii i samostanowienia;
- zasada wolności, niezależności, spontaniczności i swobody twórczej;
- zasada wzajemnej pomocy, współdziałania i zbiorowej odpowiedzialności.

Metoda tyflomuzykoterapii – podstawowe założenia

Zdaniem Tadeusza Natanson'a termin „metoda” ma dwojakie znaczenie i odnosi się zarówno do sposobu postępowania podjętego w celu osiągnięcia zamierzonego praktycznego efektu, jak i do naukowego badania otaczającej

człowieka rzeczywistości¹⁶. Należy dodać, że w pierwszym znaczeniu autor uznaje metodę za „względnie ustalone zespoły sposobów postępowania lub badania, konstruowane zgodnie z przyjętą koncepcją”¹⁷. Opierając się na tym stanowisku, można twierdzić, iż metoda tyflomuzykoterapii, u której podstaw leżą koncepcja i model tyflomuzykoterapii dzieci jest specjalistycznym pomocowym oddziaływaniem przeznaczonym głównie do pracy z dziećmi (m.in. bardzo małymi), młodzieżą i osobami dorosłymi z niepełnosprawnością wzroku, wykorzystującym terapeutyczno-rehabilitacyjne walory sztuki muzycznej oraz niemuzyczne zjawiska akustyczne w celu optymalnego stymulowania ich rozwoju oraz wspierania członków ich najbliższych rodzin. Metoda ta może być także z powodzeniem stosowana w pracy z osobami mającymi przejściowe problemy, m.in. ze wzrokiem, z racji podeszłego wieku (seniorzy) lub z powodu przewlekłej choroby, np. w cukrzycy (diabetycy).

W pracy metodą tyflomuzykoterapii uwzględnia się głównie ograniczony udział wzroku beneficjentów, specyficzne sposoby pozyskiwania i przetwarzania przez nich informacji. Dzięki temu w praktyce stosowana w tej metodzie muzyczna interwencja terapeutyczna ma bezwzrokowych charakter i opera się głównie na doznaniach słuchowych oraz dotykowo-kinestetycznych, wzbogacanych doznaniem zapachowymi i smakowymi. Ta pozawzrokowa specyfika w znaczący sposób wyróżnia metodę tyflomuzykoterapii spośród innych interwencji pomocowych adresowanych do beneficjentów z różnymi rodzajami niepełnosprawności oraz przewlekłymi chorobami¹⁸.

Aby metoda tyflomuzykoterapii była skuteczna, winna być realizowana w pięciu zasadniczych zakresach:

- diagnostycznym, pozwalającym na pozytywną diagnozę każdego indywidualnego beneficjenta lub ich grup;
- terapeutycznym, stanowiącym główne i zasadnicze oddziaływanie interwencyjne;
- systemowym, będącym efektem ścisłej współpracy z domem rodzinnym lub opiekuńczym beneficjentów i udziału członków ich najbliższych rodzin w sesjach terapeutycznych;
- interprofesjonalnym, dającym możliwość współpracy z innymi specjalistami i placówkami opieki zdrowotnej oraz edukacji specjalnej;

¹⁶ Zob. T. Natanson, *Wstęp...*, s. 178.

¹⁷ Tamże, s. 179.

¹⁸ Zob. P. Cylulko, *A Paediatric Typhlo Music Therapy Model*, [w:] *Wrocław Music Therapy Models*, ed. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, [w serii:] „Wrocław Music Therapy”, Vol. 2, Wrocław 2016, s. 46; tegoż, *Model tyflomuzykoterapii dzieci*, [w:] *Wrocławskie modele muzykoterapii*, red. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 2, Wrocław 2016, s. 46; P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, *A Model of Typhlo Music Therapy in Educational and Rehabilitation Work with Visually Impaired Persons*, [w:] *Recommender Systems for Medicine and Music*, ed. Z.W. Ras, A. Wieczorkowska, S. Tsumoto, [w serii:] „Studies in Computational Intelligence”, Vol. 946, Cham 2021, s. 227–228.

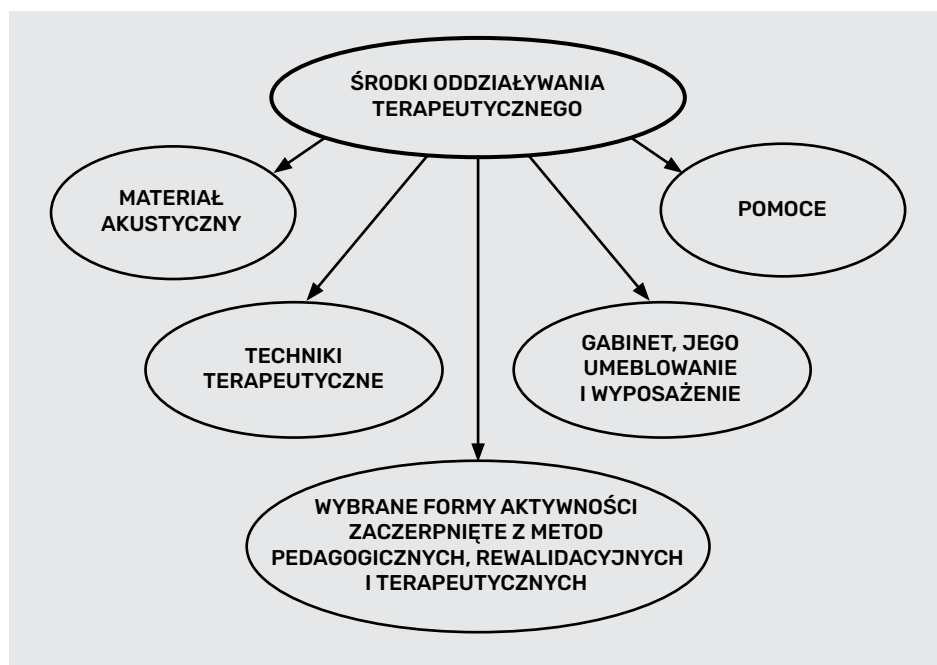
- instruktazowym, sluzacym edukacji, w tym m.in. wyjasnianiu, pokazom, warsztatom, prelekcjom skierowanym do czlonkow rodzin beneficjentow oraz innych specjalistow w obszarze edukacyjno-rehabilitacyjnym.

Metoda tyflomuzykoterapii moze pelnic wzgledem beneficjentow nastepujace funkcje: diagnostyczna, adaptacyjna, psychoterapeutyczna, wychowawcza, rozwojowa, fizjoterapeutyczna, integracyjna, estetyczna, rekreacyjno-ludyczna, adaptacyjna itp. W praktyce klinicznej w roznyim stopniu i zakresie implikujaja one cele glowne i cele szczegolowe terapii. Do pierwszej grupy nalezy zaliczyc przede wszystkim stymulowanie prawidlowego rozwoju beneficjentow oraz wspieranie czlonkow ich najblizszych rodzin. Natomiast wzrod szczegolowych celow mozna wymienic m.in. stymulowanie do aktywnosci poznawczej i zabawowej; motywowanie do ekspresji tworczej; pobudzanie zachowanych zmyslow i funkcji organizmu; poglabianie akceptacji siebie, niepelnosprawnosci i jej skutkow; podwyzszenie samooceny; doskonalenie samodzielnosci, zaradnosci zyciowej oraz wzmacnianie wiary we wlasne sily i mozliwosci; redukowanie luku, niepokoju i agresji; zapewnianie poczucia bezpieczenstwa; korygowanie nieprawidlowych zachowan spolecznych; nauczanie prawidlowego wspoldzialania w grupie rowiesniczej; modyfikowanie nastroju, samopoczucia; dostarczanie przyjemnosci, radosci i poczucia satysfakcji; usprawnianie psychoruchowe; doskonalenie autoorientacji, orientacji w przestrzeni i czynnosci samoobslugowych; korygowanie nieprawidlowej postawy ciala oraz redukowanie blindyzmow.

By osiagnac postawione przed metoda tyflomuzykoterapii cele stosuje sie w jej realizacji roznorodne srodki oddzialywania, tj. material akustyczny, metody, techniki, pomoce, wyposazenie gabinetu, ktore nie wymagaja od beneficjentow bezposredniej, niezaburzonej percepcji wzrokowej (w wypadku dzieci niewidomych) lub angazuja analizator wzroku jedynie w bardzo ograniczonym zakresie i stopniu (w wypadku dzieci szcztakowowidzacych oraz slabowidzacych) (zob. rysunek 3). Stosowane pomoce (rekwizyty) maja najczesciej duze rozmiary, zroznicowana wage, barwy, ksztalty, rozniuja sie miedy soba faktura powierzchni i temperatura, niekiedy wydzielaja intensywne zapachy, wytwarzaja wibracje, a nawet maja walory smakowe. W niektorych wypadkach oznakowuje sie je szezciopunktowym brajlowskim pismem, duzymi plaskimi barwnymi literami lub naklejkami.

Drugi zasadniczy paradygmat niejako nakazuje rozszerzenie w modelu i w metodzie tyflomuzykoterapeutycznej glownego srodka oddzialywania, jakim jest muzyka, o niemuzyczne zjawiska dzwiekowe (akustyczne)¹⁹. Wzbogacony w ten sposob material akustyczny jest noznikiem nie tylko doznai emocjonalno-estetycznych, lecz takze istotnych dla codziennego funkcjonowania i usprawniania beneficjentow informacji (zob. rysunek 4), takich jak:

¹⁹ Zob. P. Cylulko, *Interwencja tyflomuzykoterapeutyczna w praktyce edukacyjno-rehabilitacyjnej*, [w:] *Muzykoterapia – od pionierskiej dzialalnosci do kreatywnej tworczosci*, red. P. Cylulko, J. Gladyzewska-Cylulko, [w serii:] „Wroclawska Muzykoterapia”, t. 4, Wroclaw 2022, s. 121–136.



Rysunek 3 Środki oddziaływania stosowane w tyflomuzykoterapii. Reprodukacja za: P. Cylulko, *Tyflomuzykoterapia dzieci...*, s. 144

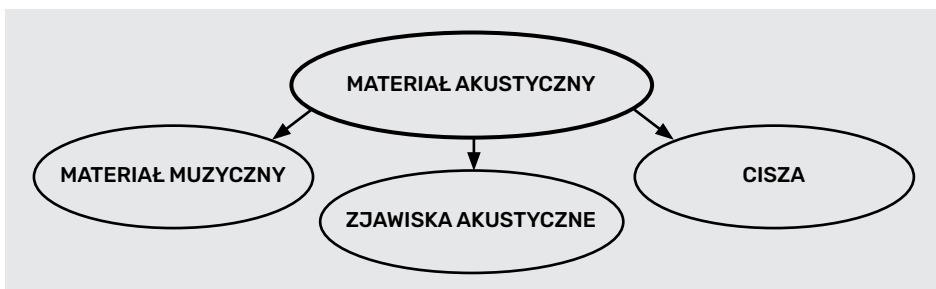


Rysunek 4 Doznania i informacje, których dostarcza dzieciom materiał akustyczny stosowany w tyflomuzykoterapii. Reprodukacja za: P. Cylulko, *Tyflomuzykoterapia dzieci...*, s. 145

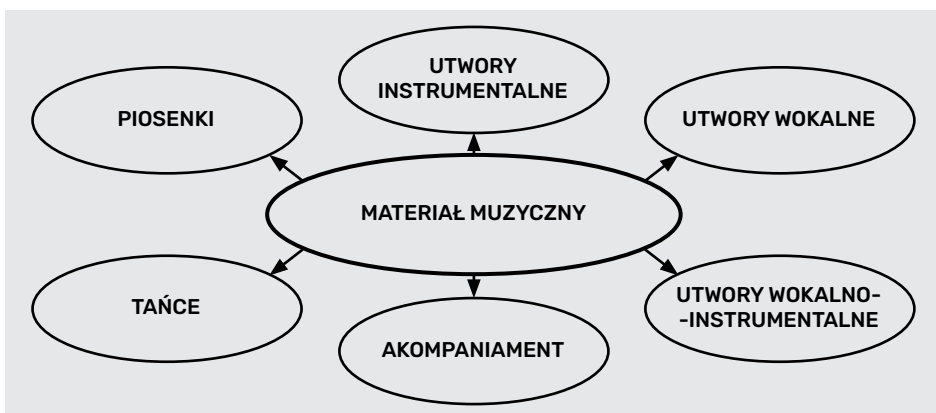
- informacje poznawcze (uzyskiwane np. na podstawie odgłosów wydawanych przez ludzi, przedmioty, zjawiska);
- informacje orientacyjne (czerpane np. z dźwięków towarzyszących ruchom i gestom własnego ciała, przemieszczaniu się, z odgłosów pracujących maszyn, z akustyki pomieszczeń);
- informacje kontrolne (dostarczane np. przez odgłosy wykonywanych czynności, działalności praktycznej);
- informacje komunikatywne (zawarte np. w dźwiękach werbalnej i niewerbalnej komunikacji interpersonalnej).

Dlatego też w zakres materiału akustycznego stosowanego w tyflomuzykoterapii dzieci wchodzi m.in. sztuka muzyczna (piosenki, utwory instrumentalne, wokально-instrumentalne, wokalne, tańce, ścieżki dźwiękowe filmów, teledyski, akompaniamenty), niemuzyczne zjawiska akustyczne (odgłosy natury i cywilizacji, głosy ludzkie) oraz cisza (zob. rysunek 5 i 6).

Do źródeł niemuzycznych efektów akustycznych można zaliczyć m.in. zjawiska przyrody (szum wiatru, padający deszcz, szelest liści); komunikację

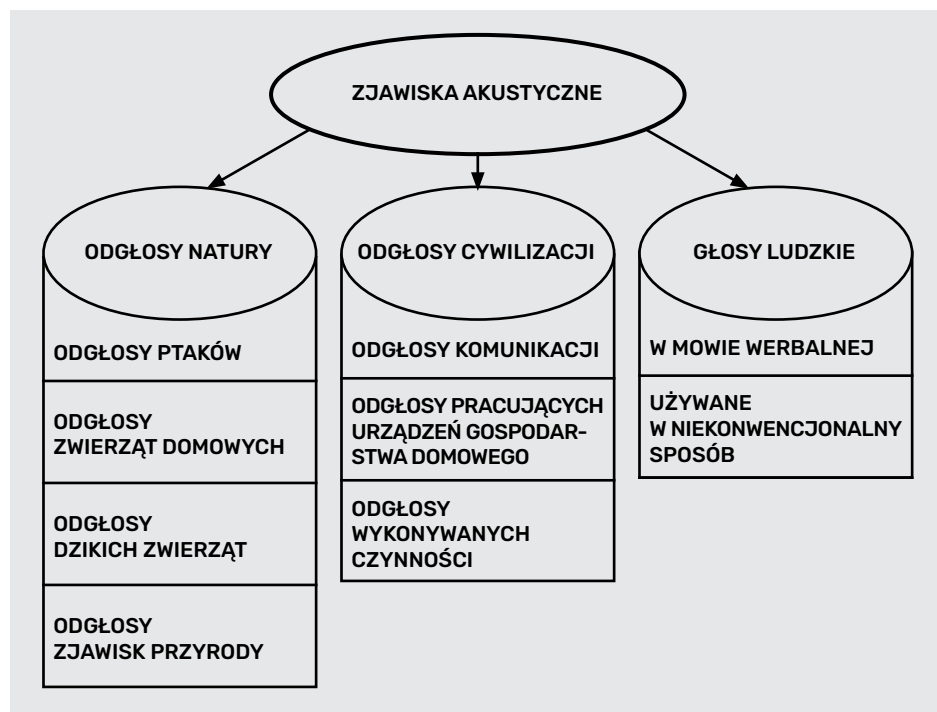


Rysunek 5 | Materiał akustyczny stosowany w tyflomuzykoterapii. Reprodukacja za: P. Cylulko, *Tyflomuzykoterapia dzieci...*, s. 146



Rysunek 6 | Materiał muzyczny wykorzystywany w tyflomuzykoterapii. Reprodukacja za: P. Cylulko, *Tyflomuzykoterapia dzieci...*, s. 148

(gwizd pociągu, klakson i praca silnika samochodu, dzwonek roweru); pracujące urządzenia gospodarstwa domowego (odgłosy maszyny do szycia, pralki, odkurzacza, miksera); wykonywane czynności (stukot młotka, szelest zamiatania, plusk wody podczas mycia, odgłosy nalewania wody, ubijania piany); ptaki (klekot bociana, kukanie kukułki, stukanie dzięcioła); zwierzęta domowe (szczekanie psa, miauczenie kota, rżenie konia); dzikie zwierzęta (syk węża, wycie wilka, ryk niedźwiedzia); głosy ludzkie (będące częścią mowy werbalnej oraz używane w sposób niekonwencjonalny, jak świst, gwizd, mruczenie, mlaskanie) (zob. rysunek 7).

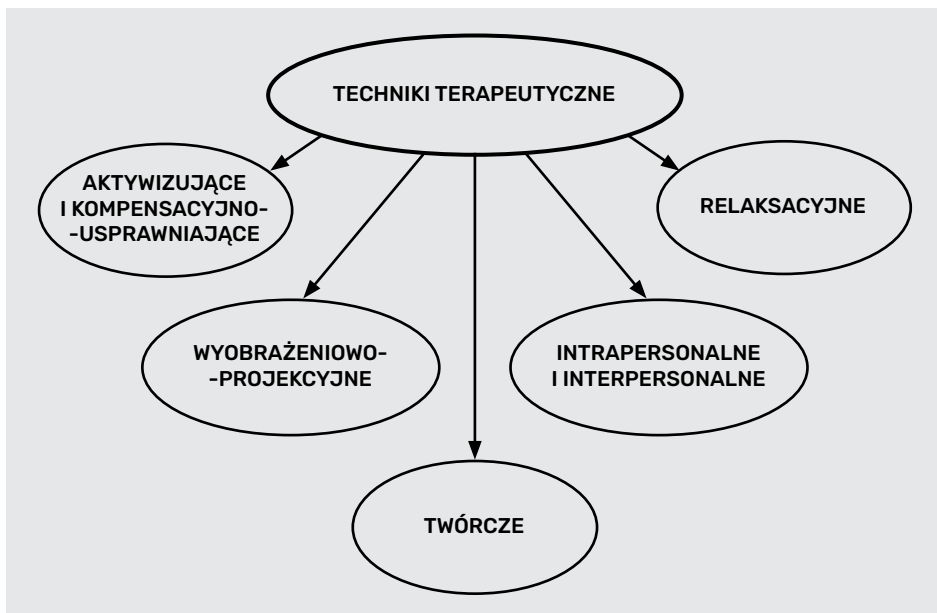


Rysunek 7 Źródła niemuzycznych zjawisk akustycznych stosowanych w tyflomuzykoterapii. Reprodukacja za: P. Cylulko, *Tyflomuzykoterapia dzieci...*, s. 151

Cytowany już wcześniej Tadeusz Natanson twierdzi, że techniki są poszczególnymi sposobami działania w ramach określonej metody²⁰. Zgodnie z tym stwierdzeniem technikami tyflomuzykoterapeutycznymi można określić sposoby wykonywania czynności muzycznych i niemuzycznych służących osiągnięciu postawionych przed tyflomuzykoterapią celów. Biorąc pod uwagę rodzaje aktywności beneficjentów, sposoby posługiwania się ciałem (głosem,

²⁰ Zob. T. Natanson, *Wstęp...*, s. 179.

gestem, ruchem) oraz dźwiękiem (muzycznym i niemuzycznym), stopniem trudności oraz cele, którym służą, można dokonać podziału technik muzykoterapeutycznych na pięć zasadniczych grup: techniki aktywizujące i kompensacyjno-usprawniające, techniki wyobrażeniowo-projekcyjne, techniki twórcze, techniki intrapersonalne i interpersonalne, techniki relaksacyjne z podkładem muzycznym (zob. rysunek 8).



Rysunek 8 Techniki stosowane w tyflomuzykoterapii dzieci. Reprodukacja za: P. Cylulko, *Tyflomuzykoterapia dzieci...*, s. 154

Podsumowanie

Metoda terapeutyczna, u której podstaw leżą koncepcja i model tyflomuzykoterapii jest od ponad trzydziestu lat rozwijana, modyfikowana i weryfikowana w służbie niepełnosprawnym wzrokowo dzieciom. Wzbudza ona także coraz większe zainteresowanie studentów i profesjonalistów różnych dyscyplin sztuki i nauki, w tym m.in. muzykoterapeutów, arteterapeutów, pedagogów oraz innych specjalistów. Niejednokrotnie jest także przedmiotem badań empirycznych oraz publikacji naukowych i popularnonaukowych. Uzyskiwane pozytywne efekty i rezultaty jej stosowania w przestrzeni edukacyjno-rehabilitacyjnej z całą pewnością pozwalają twierdzić, że jest ona w dużym stopniu przydatną, skuteczną, przyjazną i bezpieczną formą wspomagania rozwoju beneficjentów i wspierania członków ich najbliższych rodzin. Można

mieć nadzieję, iż metoda tyflomuzykoterapii w niedalekiej przyszłości zagości na stałe w szkolnictwie o nastawieniu integracyjnym oraz inkluzyjnym, które coraz częściej obejmuje dzieci z trwałymi problemami widzenia.

Bibliografia

- Berger Dorita S., *Dzieciaki, muzyka i spektrum autyzmu. Jak wykorzystać terapeutyczną moc dźwięków*, tłum. A. Rewilak, Kraków 2023.
- Cylulko Paweł, *Consequences of Music Therapy in the Rehabilitation of the Blind and Visually Impaired*, [w:] *Book of Abstracts. VIII World Congress of Music Therapy. II Congress of the World Federation of Music Therapy*, Hamburg 1996.
- Cylulko Paweł, *Tyflomuzykoterapia jako forma stymulacji rozwoju małych dzieci*, [w:] *Problemy wczesnej rehabilitacji niewidomych i słabowidzących dzieci*, red. G. Walczak, Warszawa 1996.
- Cylulko Paweł, *Muzykoterapia w rehabilitacji ruchowej dzieci niewidomych i słabowidzących*, Warszawa 1998.
- Cylulko Paweł, *Muzykoterapia niewidomych i słabowidzących dzieci. Poradnik metodyczny*, „Zeszyt Tyflogiczny” 1999, nr 16.
- Cylulko Paweł, *Tyflomuzykoterapia dzieci. Teoria i praktyka muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnością wzrokową*, Wrocław 2004.
- Cylulko Paweł, *Muzykoterapia Wrocławska*, [hasło w:] *Encyklopedia Wrocławia*, red. J. Harasimowicz, wyd. 3, Wrocław 2006.
- Cylulko Paweł, *A Paediatric Typhlo Music Therapy Model*, [w:] *Wrocław Music Therapy Models*, ed. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, [w serii:] „Wrocław Music Therapy”, Vol. 2, Wrocław 2016.
- Cylulko Paweł, *Model tyflomuzykoterapii dzieci*, [w:] *Wrocławskie modele muzykoterapii*, red. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 2, Wrocław 2016.
- Cylulko Paweł, *Interwencja tyflomuzykoterapeutyczna w praktyce edukacyjno-rehabilitacyjnej*, [w:] *Muzykoterapia – od pionierskiej działalności do kreatywnej twórczości*, red. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 4, Wrocław 2022.
- Cylulko Paweł, Gładyszewska-Cylulko Joanna, *Polska naukowa koncepcja muzykoterapii – w trzydziestolecie wydania książki „Wstęp do nauki o muzykoterapii” Tadeusza Natansona*, [w:] *Tadeusz Natanson. Kompozytor, uczony, pedagog*, red. A. Granat-Janki i zesp., [w serii:] „Muzycy Wrocławscy”, t. 2, Wrocław 2010.
- Cylulko Paweł, Gładyszewska-Cylulko Joanna, *A Model of Typhlo Music Therapy in Educational and Rehabilitation Work with Visually Impaired Persons*, [w:] *Recommender Systems for Medicine and Music*, ed. Z.W. Ras, A. Wiczkowska,

- S. Tsumoto, [w serii:] „Studies in Computational Intelligence”, Vol. 946, Cham 2021.
- Dauber Markus, „What Is Essential Is Invisible to the Eye” – A Music Therapy Tale of a Young Woman with Visual Impairment, „Approaches: An Interdisciplinary Journal of Music Therapy” 2011, Special Issue.
- Koncepcja, [hasło w:] *Słownik poprawnej polszczyzny – Ortograf.pl*, [online:] <https://www.ortograf.pl/sloownik/koncepcja> [25.08.2023].
- Model, [hasło w:] *Słownik języka polskiego PWN*, [online:] <https://sjp.pwn.pl/sloownik/model.html> [25.08.2023].
- Model, [hasło w:] *Wikipedia*, [online:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Model> [25.08.2023].
- Natanson Tadeusz, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1979.
- Natanson Tadeusz, *Programowanie muzyki terapeutycznej. Zarys podstaw teoretycznych*, „Zeszyt Naukowy”, nr 53, Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, Wrocław 1992.
- Pfammatter Xaver, *Music as a Leisure-Time Occupation for the Blind*, „Review of the European Blind” 1988, No. 2.
- Słownik wyrazów obcych*, red. J. Tokarski, Warszawa 1971.
- Słownik wyrazów obcych*, red. E. Sobol, oprac. A. Stankiewicz i in., wyd. nowe, Warszawa 1997.
- Straś-Romanowska Maria, Frąckowiak Tomasz, *Personalistyczno-egzystencjalna koncepcja poczucia jakości życia a doświadczanie niepełnosprawności*, [w:] *Jakość życia w niepełnosprawności – mity a rzeczywistość*, red. M. Flanczewska-Wolny, Gliwice–Kraków 2007.
- Wolf Frances M., *Music Therapy with the Blind*, „British Journal of Music Therapy” 1978, Vol. 9, No. 3.

Streszczenie

Trzydzieści lat metody tyflomuzykoterapii – specyfika i uwarunkowania

Autor artykułu, dyplomowany muzykoterapeuta i pedagog muzyczny, prezentuje stworzoną przez siebie metodę tyflomuzykoterapii, w tym m.in. określa wskazówki, zalecenia i wytyczne do jej stosowania. Jest ona przeznaczona głównie do pracy z osobami z trwałymi problemami widzenia. W praktyce może funkcjonować jako samodzielna metoda interwencji pomocowej, jednak najkorzystniejsze efekty przynosi, gdy wzbogaca i uzupełnia inne metody edukacyjne, rehabilitacyjne, rewalidacyjne oraz terapeutyczne. Wykorzystuje się w niej głównie bezwzrokowe podejście do środków oddziaływania, do których zaliczane są oprócz sztuki muzycznej i innych, niemuzycznych zjawisk dźwiękowych także program, struktura sesji terapeutycznych, formy aktywności muzycznej, techniki terapeutyczne, rekwizyty, gabinet i jego stałe

wyposażenie. Metoda tyflomuzykoterapii jest od roku 1991 nieustannie modyfikowana, ulepszana i poddawana empirycznej weryfikacji.

Słowa kluczowe: dzieci niepełnosprawne wzrokowo, metoda terapeutyczna, muzykoterapia, sztuka muzyczna, tyflomuzykoterapia

Summary

Thirty years of the typhlo-music-therapy method – characteristics and determinants

The author of the article, a certified music therapist and music educator, presents his method of music therapy for the visually impaired, including, among other things, the instructions, recommendations, and guidelines for its application. The method is mainly designed for working with people with permanent vision problems. In practice, it can be used as a stand-alone supportive intervention method, however, it brings the most beneficial effects when enriching and complementing other educational, rehabilitative, remedial, and therapeutic methods. Its main characteristic is the non-visual approach to the means of intervention, which include, in addition to music and non-musical sound elements, also the programme and structure of the therapy sessions, different forms of musical activity, therapeutic techniques, props, and the therapy room with its equipment. The typhlo-music-therapy method has been continuously modified, improved, and empirically verified since 1991.

Keywords: visually handicapped children, therapeutic method, music therapy, musical art, music therapy for the visually impaired

● Paweł Cylulko ●

Doktor habilitowany sztuki w dziedzinie sztuki, w dyscyplinie artystycznej sztuki muzyczne, doktor nauk o kulturze fizycznej w zakresie rehabilitacji ruchowej, magister muzykoterapii, magister edukacji muzycznej, kierownik Zakładu Muzykoterapii oraz pełnomocnik Rektora ds. Osób Niepełnosprawnych Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Jest konsultantem współpracującym z Centrum Edukacji Artystycznej. Ma w swoim dorobku liczne publikacje z zakresu muzykoterapii, w tym trzy autorskie monografie, artykuły naukowe oraz współredakcje wielu prac zbiorowych z zakresu muzykoterapii. Do głównych kierunków jego zainteresowań naukowych należą usprawnianie i wychowanie niepełnosprawnych dzieci z wykorzystaniem terapeutycznych walorów sztuki muzycznej oraz kształcenie adeptów muzykoterapii.

Angelika Wojciechowska

Absolwentka Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu



„Między ciszą a ciszą sprawy się kołyszą”, czyli kilka słów o muzyce i mowie werbalnej w surdomuzykoterapii¹

Kultura Głuchych

W Polsce prawie 500 tys. osób jest głuchych, a 900 tys. żyje z ubytkiem słuchu². To znacząca grupa ludzi, o której mało się mówi i jeszcze mniej słyszy. Pociesza fakt, że coraz więcej młodych ludzi podejmuje różnego rodzaju działania mające na celu propagowanie Kultury Głuchych. W internecie powstają blogi, konta na Instagramie czy YouTubie przybliżające osobom słyszącym świat ciszy. Próbę zdefiniowania Kultury Głuchych podjęła Barbara Kanapell z Uniwersytetu Gallaudeta – według niej jest to „zestaw wyuczonych

-
- 1 Artykuł powstał na podstawie treści zgromadzonych w ramach tworzenia pracy licencjackiej autorki: A. Kwaśny, *Muzyka i muzykoterapia w rehabilitacji dzieci z wadą słuchu*, praca licencjacka, Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, 2020. Zawarty w tytule artykułu cytat pochodzi z utworu G. Turnaua *Między ciszą a ciszą*, autor tekstu: M. Zabłocki.
 - 2 80 proc. osób niesłyszących w Polsce nie pracuje, Portal Niepełnosprawni.pl, [online:] <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/834774> [10.04.2021].

zachowań i spostrzeżeń, które kształtują wartości i normy глухих ludzi na podstawie podobnych lub wspólnie dzielonych doświadczeń³. W skład systemu kulturowego osób niesłyszących wchodzi system komunikacyjny (język migowy), sztuki wizualne (np. poezja migowa), a także odrębny system zachowań (*savoir-vivre*). O przynależności do kultury niesłyszących nie decyduje stopień uszkodzenia słuchu. Jej członkami mogą być zarówno głusi, jak i osoby mające jedynie ubytek słuchu. Z kulturą tą identyfikują się również osoby nią zainteresowane, w tym np. słyszące dzieci niesłyszących rodziców, w literaturze określane skrótem CODA (ang. *Child of Deaf Adults*)⁴.

Klasyfikacja uszkodzeń słuchu

W literaturze można się spotkać z klasyfikacjami przedstawiającymi stopnie uszkodzenia słuchu. Różnią się one od siebie wartościami decybeli określającymi zakres głośności słyszanych dźwięków. Tabela 1 przedstawia porównanie klasyfikacji Międzynarodowego Biura Audiofonologii oraz klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia.

Tabela 1. Klasyfikacja stopni uszkodzenia słuchu według Międzynarodowego Biura Audiofonologii oraz Światowej Organizacji Zdrowia⁵

Stopień uszkodzenia słuchu	Międzynarodowe Biuro Audiofonologii (BIAP)	Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)
Lekki	21–40 dB	26–40 dB
Umiarkowany	41–70 dB	41–60 dB
Znaczny	71–90 dB	61–80 dB
Głęboki	Ponad 90 dB	Ponad 80 dB

W klasyfikacji wyróżnia się uszkodzenia stopnia lekkiego, umiarkowanego, znacznego oraz głębokiego.

3 *Kultura Głuchych w pigułce*, MigaMy Projekt, [online:] <https://www.migamyprojekt.pl/kultura-gluchych-w-pigulce/#projekt> [20.04.2021].

4 *Osoby głuche w Polsce 2020. Wyzwania i rekomendacje. Raport Komisji Ekspertów ds. Osób Głuchych*, Warszawa 2020, s. 5, [online:] https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Osoby_Glu-che_w_Polsce_2020_Wyzwania_i_Rekomendacje.pdf [23.01.2023].

5 *Klasyfikacja niedosłuchu*, Rozwiń Skrzydła. Niepubliczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna, [online:] <https://poradniarozwinskirzydla.pl/badania-sluchu/diagnostyka-audiologiczna/klasyfikacja-niedosluchu/> [15.03.2021].

Przy lekkim uszkodzeniu słuchu zachowana zostaje zdolność do słyszenia i powtarzania słów wypowiedzianych normalnym tonem z odległości jednego metra, w hałasie selektywne słyszenie dźwięków może być jednak uniemożliwione. W tym wypadku występuje prawidłowy rozwój mowy, choć pojawiają się niekiedy zaburzenia w artykulacji niektórych głosek.

Osoby z umiarkowanym ubytkiem w korzystnych warunkach akustycznych słyszą słowa wypowiedziane podniesionym głosem z odległości jednego metra. U tych osób występują już wolniejszy rozwój mowy oraz trudności w odmianie wyrazów. Przekaz audycji radiowych i telewizyjnych, nagrań audio czy piosenek jest niezrozumiały.

Znaczny stopień uszkodzenia słuchu powoduje, że możliwe jest usłyszenie kilku słów, ale tylko jeśli zostały one wykrzyczane. Osoby z taką wadą podczas słuchania odczytują treść z ust mówiącego.

W wypadku osoby z głębokim ubytkiem słuchu występuje niezdolność do usłyszenia i zrozumienia mowy nawet za pomocą aparatów słuchowych⁶.

Wpływ wady słuchu na rozwój dziecka

Każde dziecko rodzi się z gotowością do zdobywania umiejętności, w tym umiejętności językowych. To właśnie język pozwala na formułowanie pojęć i kształtowanie wewnętrznej rzeczywistości. Wada słuchu stanowi przeszkodę w odbiorze języka dźwiękowego. Dziecko nie jest w stanie samodzielnie zdobywać kompetencji językowych. Tworzenie pojęć i kształtowanie wiedzy o świecie odbywa się zatem dzięki indywidualnemu językowi wewnętrznemu⁷. Urszula Morcinek twierdzi, że im dziecko jest młodsze, „tym większe są szanse ukształtowania kompensacyjnych mechanizmów recepcyjnych w zakresie odbioru wrażeń komunikatywnych, jak również posługiwania się mową ustną i formami językowymi”⁸. Uszkodzenie słuchu wpływa na obniżenie poziomu możliwości analizowania bodźców z otoczenia dziecka i ograniczenie ich do tych elementów, które znajdują się w zasięgu jego wzroku. Dzieci postrzegają świat, kierując się głównie zmysłami wzroku, dotyku i smaku oraz odbierając wibracje, ale obraz, który w ten sposób powstaje, nie jest pełnym odwzorowaniem otaczającego świata. Poczytione spostrzeżenia są niepełne ze względu na brak w nich wrażeń słuchowych.

⁶ A. Frankowska, *Jakość życia dzieci i młodzieży z wadą słuchu*, praca doktorska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 2014, s. 8.

⁷ K. Krakowiak, *W poszukiwaniu własnej drogi wychowania dziecka z uszkodzeniem słuchu. Próba oceny współczesnych metod wychowania językowego*, „Audiofonologia” 2002, t. 21, [online:] http://ptnzs.org.pl/audiofonologia/AUDIOFONOLOGIA_TOM_XXI_2002/art4.pdf [16.03.2020].

⁸ U. Morcinek, *Pedagogika specjalna*, Szczecin 2011, s. 43.

Z występujących uszkodzeń słuchu wynikają problemy w pojmowaniu stosunków przestrzennych i czasowych, a także trudności w zdobywaniu komunikacyjnych umiejętności językowych oraz w przyswajaniu systemu językowego. Jadwiga Smoleńska zwraca uwagę że „mowa dziecka niedosłyszącego – w zależności od stopnia i rodzaju ubytku słuchu – rozwija się wyraźnie wolniej niż u dzieci słyszących i jest bardziej lub mniej zniekształcona, dziecko bowiem mówi tak, jak słyszy”⁹. Wszelkie problemy z prawidłowym odbiorem dźwięków z otoczenia występujące w okresie kształtowania się mowy mogą być czynnikiem spowalniającym ten proces, a nawet doprowadzającym do powstania zaburzeń.

Konsekwencje niedoboru słuchu dotyczą różnych sfer życia dziecka, m.in. edukacji. Dzieci z wadą słuchu mogą mieć trudności w sprostaniu wymaganiom szkolnym. Komplikacje pojawiają się w trakcie realizacji programu szkolnego, szczególnie podczas zadań wymagających skupienia uwagi czy podążania za instrukcjami nauczyciela. Z mową związana jest również pamięć. Osoby z wadą słuchu zapamiętują najbardziej widoczne cechy przedmiotu, proces ten dokonuje się w sposób szablonowy i dosłowny. Są w stanie zapamiętać szczegóły obrazów, choć nie tworzą związków między obserwowanymi obiektami. Ubogie słownictwo wpływa na brak możliwości zastępowania wyrazów ich odpowiednikami. U dzieci z wadą słuchu występuje również problem z odtworzeniem tekstu własnymi słowami¹⁰. Proces myślenia opiera się na konkretnych pojęciach, dzieci nie formułują uogólnień, tak jak robią to dzieci słyszące w tym samym wieku¹¹.

Sprawna komunikacja rodziców z dzieckiem z wadą słuchu jest jednym z najistotniejszych bodźców wspomagających jego rozwój poznawczy¹². Nieprawidłowe funkcjonowanie zmysłu słuchu uniemożliwia swobodne porozumiewanie się z otoczeniem w bezpośredni sposób, czego następstwem są trudności w przystosowaniu się do otaczającego świata. Bywa, że ograniczona zdolność nawiązywania kontaktu słownego przyczynia się do powstania napadów złości. „Dziecko, nie mogąc wyładować się słownie, swe negatywne uczucia przejawia w agresji skierowanej na otoczenie, przedmioty, a niekiedy na siebie”¹³. Brak równowagi emocjonalnej u rodziców również ma negatywny wpływ na rozwój sfery emocjonalnej dziecka.

Moment otrzymania diagnozy może być bardzo stresującą chwilą dla opiekunów. Obserwuje się wtedy postawy pełne nadziei, obawy, czasem rozpacz.

⁹ J. Smoleńska, *Niedosłyszący*, [w:] *Psychologia dziecka głuchego*, red. T. Galkowski, Warszawa 1988, s. 261.

¹⁰ M. Kosowska, A. Jegier, *Relacje dziecka z wadą słuchu w szkole*, Warszawa 2011, s. 53–60.

¹¹ Z. Sękowska, *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Warszawa 2001, s. 166–212.

¹² M. Olempska-Wysocka, *Rozwój mowy i komunikacji dziecka z uszkodzonym słuchem*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej” 2016, nr 14, [online:] <https://pressto.amu.edu.pl/index.php/ikps/article/view/12799/12590> [8.01.2020].

¹³ J. Smoleńska, dz. cyt., s. 269.

Zmiana nastroju powoduje zmianę nastawienia wobec dziecka. Skrajnymi stanami są nadmierna opiekuńczość, zniecierpliwienie czy niechęć. Dziecko bez problemu interpretuje zachowania rodziców, co może wywołać u niego brak poczucia bezpieczeństwa, a w konsekwencji nadpobudliwość nerwową. Kiedy dziecko nie jest akceptowane w naturalnej wspólnoty, jaką jest rodzina, może z góry założyć, że w gronie rówieśników również nie będzie aprobowane, co wiąże się z niską samooceną i nieumiejętnością budowania relacji interpersonalnych.

Poziom komunikacji słyszących rodziców z dzieckiem z uszkodzonym słuchem nie jest taki sam jak z dzieckiem zdrowym, co może powodować poczucie niezrozumienia i odrzucenia. Komunikacja składa się z przekazu werbalnego oraz niewerbalnego. W rozmowie opartej na słowach znaczenie ma intonacja, za pomocą której przekazuje się reakcje emocjonalne, np. niechęć, radość, smutek, gniew. Dziecko niedosłyszące ze względu na ograniczony odbiór bodźców dźwiękowych nie zauważy zmian intonacyjnych towarzyszących mówieniu¹⁴. Inaczej sytuacja wygląda w rodzinach, w których wszyscy członkowie nie słyszą. Komunikacja opiera się wtedy na migowym kodzie językowym. Dziecko czuje się zrozumiane i nie ma ograniczeń w swobodnej rozmowie z bliskimi. W wypadku posługiwania się polskim językiem migowym (PJM), a więc językiem wizualno-przestrzennym, dziecko dostrzega zmiany mimiki i tym samym interpretuje przekazywane emocje. Dla głuchego dziecka PJM jest pierwszym językiem. Opanowanie go daje szansę stopniowego opanowywania języka polskiego, zarówno mówionego, jak i pisanego.

Warto pamiętać, że mimo iż wada słuchu powoduje problemy w kształtowaniu się mowy oraz bezpośrednio wpływa na ogólny rozwój, nie determinuje ona braku możliwości uzyskania przez dziecko takich samych umiejętności, jakie osiągają osoby słyszące¹⁵.

Muzyka jako element muzykoterapii

W literaturze muzykoterapeutycznej odnaleźć można wiele prób zdefiniowania pojęcia muzykoterapii. Twórcą jednej z najbardziej znanych definicji jest Tadeusz Natanson, który twierdzi, że:

muzykoterapia jest jednym spośród działań zmierzających w kierunku rehumanizacji współczesnego życia przez wielostronne wykorzystanie wielorakich

¹⁴ M. Kosowska, A. Jegier, dz. cyt., s. 53–60.

¹⁵ A. Konarczak-Stachowiak, *Wybrane metody rehabilitacji dziecka z zaburzeniami słuchu i mowy*, „Kultura – Społeczeństwo – Edukacja” 2016, nr 2 (10), s. 308, [online:] <https://pressto.amu.edu.pl/index.php/kse/article/view/9582/9247> [8.01.2020].

walorów substancji muzycznej w celu ochrony i przywracania ludzkiego zdrowia oraz w celu korzystnego wpływania na współkształtowanie zarówno środowiska, w którym człowiek żyje i działa, jak i panujące w nim stosunki międzyludzkie¹⁶.

Inną definicję proponuje współzałożycielka Francuskiego Stowarzyszenia Muzykoterapii, Édith Lecourt, według której:

muzykoterapia to forma psychoterapii, rehabilitacji lub pomocy psychomuzycznej, która wykorzystuje dźwięk oraz muzykę – w każdej możliwej formie – jako środek wyrazu, komunikacji, strukturyzacji oraz analizy relacji. Stosowana jest zarówno indywidualnie, jak i grupowo, w pracy z dziećmi i osobami dorosłymi¹⁷.

Definicje muzykoterapii reprezentują różne podejścia w ujmowaniu sztuki muzycznej. Wymienieni autorzy sugerują szerokie rozumienie muzyki, nie ograniczając go jedynie do pojęcia utworu muzycznego. „Walory substancji muzycznej” mogą być rozumiane jako sam dźwięk, elementy dzieła muzycznego oraz jako gotowy produkt muzyczny w postaci utworu. W obu definicjach muzyka stanowi medium między pacjentem a terapeutą.

Muzyka często towarzyszy człowiekowi już od poczęcia, a jej świadomy odbiór rozpoczyna się we wczesnych latach dzieciństwa. Wpływa na emocje i przyczynia się do rozwoju osobistego oraz intelektualnego. Oddziałuje na różne sfery życia ludzkiego, będąc jego nieodłącznym elementem. Wśród licznych funkcji muzyki wymienić można następujące:

- estetyczna,
- emocjonalna (w tym: hedonistyczna, terapeutyczna, eskapistyczna),
- integracyjna,
- poznawcza,
- komunikacyjna (ekspresyjna),
- wychowawcza,
- ideologiczna,
- odświętna (użytkowa, a także funkcja rytualizacji i sakralizacji rzeczywistości pozareligijnej),
- stratyfikacyjna (funkcja różnicowania społeczno-ekonomicznego oraz prestiżowa)¹⁸.

16 T. Natanson, *Programowanie muzyki terapeutycznej. Zarys podstaw teoretycznych*, „Zeszyt Naukowy”, nr 53, Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, Wrocław 1992, s. 70.

17 É. Lecourt, *Muzykoterapia, czyli jak wykorzystać siłę dźwięków*, tłum. L. Teodorowska, Katowice 2008, s. 6.

18 K. Wyrzykowska, *Od kontestacji do estetyzacji życia codziennego. Kilka uwag o znaczeniu i funkcji muzyki w życiu młodzieży*, „Pogranicze. Studia Społeczne” 2015, t. 26, s. 134, [online:] <http://pogranicze.soc.uwb.edu.pl/images/PDFy/pogranicze26.pdf> [16.05.2020].

Zgodnie z twierdzeniem Doroty Karwowskiej oraz Agaty Kudlik „muzyka nie tylko pobudza, ale i pozwala komunikować nasze emocje, wpływa na nastrój i pamięć, buduje więzi między ludźmi oraz może determinować nasze zachowanie”¹⁹. Tadeusz Natanson uważał, że substancja muzyczna jest jednym z głównych elementów muzykoterapii, który musi być dokładnie zbadany i określony, aby mógł być wykorzystywany świadomie i planowo, a przez to skutecznie²⁰. Muzyka jako uniwersalny język dociera do każdego słuchacza bez względu na wykształcenie czy doświadczenia muzyczne. Różnorodność stylów i gatunków muzycznych pozwala człowiekowi na utożsamienie się z grupą społeczną bądź znalezienie swojego wyrazu emocjonalnego. Niekiedy warstwa liryczna utworu danego wykonawcy działa kojąco, jako *katharsis*, w momencie gdy człowiek nie potrafi sobie poradzić ze swoimi problemami czy myślami. Muzyka ze względu na swój polisemantyczny charakter może być przez każdego odbiorcę interpretowana w odmienny i bardzo indywidualny sposób. Pozwala ona przenieść się do różnych stanów świadomości, do wyimaginowanego świata²¹. Ze względu na zawartą w utworze energię wprowadza w stan relaksu lub wręcz przeciwnie – pobudza²². Muzykoterapeutka Helen Bonny zaznacza, że muzyka stanowi ważny element terapii, ponieważ:

- jest niewerbalna – jej wielowymiarowy aspekt pozwala na komunikację na różnych poziomach;
- wywołuje reakcje fizyczne – elementy dzieła muzycznego mają wpływ na zmiany stanu napięcia, odprężenia, bądź oddziałują m.in. na tętno, ciśnienie krwi czy oddech;
- stymuluje wyobraźnię²³.

Jak twierdzi Helena Cesarz:

wartość muzyki jest nie do przecenienia. Muzyka – poprzez rytm i swoją treść – porusza ciało, wolę, umysł i uczucia; zostawia w głowie, ciele i duszy swój czas i daje wolną audytywną przestrzeń, którą można wypełnić własnymi przeżyciami i fantazjami²⁴.

Różnorodność funkcji muzyki przyczynia się do postrzegania jej jako uniwersalnego medium umożliwiającego prowadzenie działań terapeutycznych z osobami z uszkodzonym narządem słuchu.

¹⁹ D. Karwowska, A. Kudlik, *Neurofizjologiczne mechanizmy odbioru i przetwarzania muzyki*, [w:] *Muzyka i my. O różnych przejawach wpływu muzyki na człowieka*, red. E. Czerniawska, Warszawa 2012, s. 11.

²⁰ T. Natanson, dz. cyt., s. 82.

²¹ K. Stachyra, *Muzyka jako element procesu terapii*, [w:] *Podstawy muzykoterapii*, red. K. Stachyra, Lublin 2013, s. 62–63.

²² Tamże.

²³ Za: tamże, s. 63.

²⁴ H. Cesarz, *Kreatywność w muzykoterapii*, [w:] *Arteterapia w medycynie i edukacji*, red. W. Karolak, B. Kaczorowska, Łódź 2008, s. 27.

Wspólne cechy mowy werbalnej i muzyki

Według Hanny Kostrzewskiej strukturę muzyczną można rozumieć jako fragment utworu wraz z charakterystycznymi dla niego strukturami interwałowymi²⁵. „I tak głos, który sprzężony jest z mową, posługującą się słowami dla komunikowania myśli i przeżyć – na swoje podobieństwo ukształtował melodykę”²⁶. Można więc stwierdzić, że zarówno muzyka, jak i mowa są wyrazem organizacji generowanej sekwencji dźwięków w czasie i przestrzeni. Zdenerwowanie powoduje, że ludzie mówią coraz szybciej i głośniej. Można to porównać do muzycznego *accelerando* i *crescendo*. Analogicznie, próba uspokojenia emocji wpływa na cichsze i wolniejsze mówienie – muzyczne *ritenuto* i *decrescendo*. Ponadto emocje, jakie towarzyszą człowiekowi podczas mówienia, mają realny wpływ na tzw. melos, czyli na struktury interwałowe, po których ludzki głos się porusza, tworząc tym samym pewną linię melodyczną odzwierciedlającą nastrój osoby mówiącej. Każdy człowiek ma inną barwę głosu, dlatego możliwie jest odróżnianie oraz identyfikowanie osób tylko po dźwięku ich głosu tak samo, jak da się odróżnić instrumenty w orkiestrze bez widzenia ich, wyłącznie po ich charakterystycznych barwach. Przerwa w rozmowie to cisza, tak jak przerwa w muzyce to pauza. Mówienie na jednym oddechu można by przyrównać do muzycznego frazowania. Takich podobieństw jest więcej. Podsumowując, wspólnymi elementami dla muzyki i mowy są: rytm, melodia, tempo, natężenie, artykulacja, barwa, frazowanie, akcenty, pauzy²⁷.

Krzysztof Stachyra wskazuje na różnicę w odbiorze mowy oraz muzyki. Mowa wymaga uruchomienia procesów poznawczych w celu nadania znaczenia usłyszanym słowom, muzyka natomiast rozumiana jest od razu, bez konieczności interpretacji²⁸. Tętno będące składową muzyki biorą udział w przekazywaniu informacji językowych. W badaniach Sebastiana Jentschkego i Stefana Koelscha posilkowano się analizą elektroencefalografu (EEG) dla struktur nerwowych odpowiedzialnych za przetwarzanie budowy muzycznej i językowej. Wykazano, że dzieci uczestniczące w ćwiczeniach muzycznych miały prawie dwukrotnie wyższą amplitudę EEG w stosunku do dzieci, które nie zostały poddane treningowi muzycznemu²⁹. Z wyników badań, w których wykorzystano funkcjonalne obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego (fMRI), da się wnioskować o obecności wspólnego obszaru korowego

25 Za: H. Cesarz, *O muzyce i muzykoterapii*, „Muzykoterapia Polska” 2003, nr 1, s. 8.

26 Tamże.

27 A. Konarczak-Stachowiak, dz. cyt.

28 K. Stachyra, dz. cyt., s. 62.

29 Za: D. Karwowska, A. Kudlik, dz. cyt., s. 22.

zaangażowanego w przetwarzanie językowe i muzyczne³⁰. Inne badanie przeprowadzone z użyciem EEG dowodzi, że „muzyka może mieć znaczący wpływ na przetwarzanie semantyczne słów oraz że efekt poprzedzania dla przetwarzania semantycznego słów może być identyczny dla muzyki oraz dla języka”³¹.

Istnienie wspólnego obszaru odpowiedzialnego za przetwarzanie języka oraz muzyki może sugerować zasadność wykorzystania substancji muzycznej w celu terapii mowy dzieci z uszkodzonym narządem słuchu.

Surdomuzykoterapia

Émile Jaques-Dalcroze powiedział, że „nie słuchamy muzyki wyłącznie uszami. To, co słyszymy, rezonuje w całym naszym ciele, w mózgu i sercu”³². Podążając za tymi słowami, można wnioskować, że percepcja muzyki to nie tylko słuchanie, ale także odbieranie bodźców wizualnych, takich jak obecność muzyków na scenie, światła, ruch muzyków (choreografia sceniczna), reakcje publiczności (atmosfera koncertu), a nawet wibracje generowane przez niskie częstotliwości. Właśnie te elementy wpływają na odbiór muzyki przez osoby z uszkodzonym narządem słuchu.

Dzieci z wadą słuchu mają ograniczoną zdolność odbierania bodźców muzyczno-słuchowych, nie jest to natomiast jednoznaczne z niemożnością doświadczenia i przeżywania muzyki³³. Między osobami z wadą słuchu występują różnice w odbiorze muzyki, co wynika ze stopnia ubytku słuchu. Te, u których zachowała się dostateczna ilość resztek słuchowych, przy dużym natężeniu dźwięków są w stanie rozróżnić ich wysokość. Osoby niesłyszące nie odróżniają barw dźwięku, konkretnych wysokości ani harmonii, którą tworzą współbrzmienia. W procesie recepcji muzyki istotne jest odebranie wibracji i wycucie drgań tworzonych przez falę dźwiękową. W zależności od długości fali drgania wyczuwane są przez różne części ciała, dzięki czemu osoby z wadą słuchu są w stanie reagować na zmiany agogiczne, dynamiczne, artykulacyjne oraz na zmiany rytmu³⁴. Wykorzystanie w terapii

³⁰ Za: tamże.

³¹ Za: tamże, s. 21.

³² Za: N. Twardowska, *Dotknąć sztuką nieba*, „Biuletyn Polskiego Stowarzyszenia Protetyków Słuchu” 2009, nr 35, s. 24, [online:] https://issuu.com/tomaszszutko/docs/biuletyn_nr_35__lipiec__2009 [6.01.2023].

³³ R. Majzner, R. Majzner, *Muzyka jako forma terapii dzieci niedosłyszących i niesłyszących*, [w:] *Dziecko z wadą słuchu oraz Centralnymi Zaburzeniami Przetwarzania Słuchowego (CAPD)*, red. J. Skibska, Kraków 2014, s. 144.

³⁴ A. Flis, *Muzykoterapia jako wsparcie rozwoju dzieci niesłyszących*, „Polskie Pismo Muzykoterapeutyczne” 2015, nr 2, s. 23.

muzyki w połączeniu z silnymi wibracjami może mieć znaczący wpływ na poprawę koordynacji i zdolności motorycznych osób z uszkodzonym słuchem³⁵. Ubytek słuchu nie musi determinować braku muzykalności (słuchu muzycznego). Z badań przeprowadzonych przez Alinę Kowalską-Pińczak wynika, że u 55% osób z wadą słuchu występują poczucie rytmu oraz pamięć muzyczna³⁶. Jak podaje Anna Szymik, „kontakt dziecka niesłyszącego z muzyką jest nie tylko możliwy, ale też wskazany do osiągnięcia pełni jego rozwoju”³⁷.

Po raz pierwszy termin „surdomuzykoterapia” został użyty przez Pawła Cylulkę w 1996 roku. Składa się on z łacińskiego słowa *surdus* (głuchy) oraz greckich *mousiké* (muzyka) i *therapeuēin* (leczenie)³⁸. Według Szymik, surdomuzykoterapia to forma oddziaływania psychofizycznego wykorzystująca elementy dzieła muzycznego oraz bodźce angażujące zmysł wzroku i dotyku. Stosuje się ją w celu usprawniania funkcjonowania i poprawy jakości życia, skierowana jest do osób niesłyszących i słabosłyszących³⁹. Jej działanie ma na celu również:

- pobudzenie kreatywności,
- obniżenie poziomu napięcia psychofizycznego,
- wspomaganie terapii mowy,
- integrację ze środowiskiem osób słyszących,
- doskonalenie koordynacji wzrokowo-słuchowo-ruchowej,
- korygowanie sprawności zaburzonych na skutek uszkodzeń słuchu,
- kształtowanie umiejętności wyrażania emocji.

W pracy z dziećmi z uszkodzonym narządem słuchu przeważają techniki opierające się na muzykoterapii aktywnej. Elementem dzieła muzycznego, który ma największe znaczenie w surdomuzykoterapii, jest rytm. Wynika to z jego dostępności dla dziecka bez względu na stopień uszkodzenia słuchu. Czynniki rytmiczne wspomaga korygowanie zaburzonej mowy i sfery ruchowej dziecka⁴⁰. Zastosowanie znajduje m.in. podczas gry na instrumentach perkusyjnych. Ćwiczenia opierające się na wspólnym muzykowaniu stylują wyobraźnię i kreatywność oraz korzystnie wpływają na koordynację wzrokowo-słuchowo-ruchową. Gra na instrumentach odbywa się grupowo

35 R. Majzner, R. Majzner, dz. cyt. s. 146.

36 Za: A. Szymik, *Przez rytm do Świata Ciszy. Wykorzystanie rytmiki w surdomuzykoterapii dzieci*, [w:] *Muzykoterapia. Tożsamość – transgresja – transdyscyplinarność*, red. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, Wrocław 2010, s. 145.

37 A. Szymik, *Dziecko niesłyszące w kontakcie z muzyką. Aspekty teoretyczno-praktyczne surdomuzykoterapii*, [w:] *Wrocławskie modele muzykoterapii*, red. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 2. Wrocław 2016, s. 105.

38 P. Cylulko, *Tyflomuzykoterapia jako forma stymulacji rozwoju małych dzieci*, [w:] *Problemy wczesnej rehabilitacji niewidomych i słabowidzących dzieci*, red. G. Walczak, Warszawa 1996, s. 77.

39 A. Szymik, *Dziecko niesłyszące...*, s. 110.

40 A. Szymik, *Przez rytm do Świata Ciszy...*, s. 145.

lub w parach. W wypadku aktywności muzycznej całej grupy możliwe do zrealizowania jest ćwiczenie nazywane „Zabawą w dyrygenta”, polegające na graniu na instrumentach zgodnie z sugestiami osoby, która zostaje wyznaczona do odgrywania roli dyrygenta. Kolejnym ćwiczeniem wykorzystującym rytm jest „Rytmiczne echo”, polegające na powtórzeniu prezentowanego schematu rytmicznego. Ćwiczenie nie tylko zmusza dzieci do utrzymania skupienia, ale także pozwala zapoznać się z podstawowymi wartościami rytmicznymi.

Trudności komunikacyjne wynikające z faktu, że terapeuta używa języka fonicznego, a dziecko języka wizualno-przestrzennego, są nieuniknione. Dlatego warto, aby muzykoterapeuta chcący pracować z osobami głuchymi chociaż w stopniu komunikatywnym opanował polski język migowy. W Polsce powstają kolejne instytucje oferujące naukę PJM, zarówno w formule bezpośredniej, jak i w sposób zdalny. Każdy język jest dynamiczny, ta cecha dotyczy również polskiego języka migowego, w którym powstaje coraz więcej znaków określających muzykę i wyrazów z nią związanych. W internetowym słowniku języka migowego⁴¹, często aktualizowanym, możemy odnaleźć znaki dotyczące nazw instrumentów czy określające grupy muzyków, m.in. chór, orkiestrę. Powstawanie coraz większej liczby znaków migowych nawiązujących do muzyki wskazuje na chęć poznawania świata dźwięków przez osoby głuche.

Zakończenie

Jak zaznacza Szymik, swoistość surdomuzykoterapii pozwala dziecku odkryć nieznaną dotąd kategorię świata ciszy – muzykę, „która pomoże mu go precyzyjniej zobaczyć i poczuć, a w przyszłości może także lepiej zrozumieć”⁴². Warto dążyć do opracowania optymalnych programów terapeutycznych i prowadzić kolejne badania w celu sprawdzenia, w jaki sposób dzieci z uszkodzonym narządem słuchu odbierają muzykę i jaki ma ona wpływ na kształtowanie się umiejętności społecznych, motorycznych oraz na poziom koordynacji wzrokowo-słuchowo-ruchowej. Osobom z uszkodzonym słuchem powinno się umożliwić przeżywanie muzyki, ponieważ brak możliwości słyszenia nie jest jednoznaczny z brakiem muzykalności i mimo obiektywnych trudności osoby te mogą korzystać z aktywności muzycznych, a także – paradoksalnie – odbierać i przeżywać muzykę.

41 Spreadthesign, [online:] <https://www.spreadthesign.com/pl.pl/search/> [21.08.2023].

42 A. Szymik, *Dziecko niesłyszące...*, s. 122.

Bibliografia

- 80 proc. osób niesłyszących w Polsce nie pracuje, Portal Niepełnosprawni.pl, [online:] <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/834774> [10.04.2021].
- Cesarz Helena, *O muzyce i muzykoterapii*, „Muzykoterapia Polska” 2003, nr 1.
- Cesarz Helena, *Kreatywność w muzykoterapii*, [w:] *Arteterapia w medycynie i edukacji*, red. W. Karolak, B. Kaczorowska, Łódź 2008.
- Cylulko Paweł, *Tyflomuzykoterapia jako forma stymulacji rozwoju małych dzieci*, [w:] *Problemy wczesnej rehabilitacji niewidomych i słabowidzących dzieci*, red. G. Walczak, Warszawa 1996.
- Flis Anna, *Muzykoterapia jako wsparcie rozwoju dzieci niesłyszących*, „Polskie Pismo Muzykoterapeutyczne” 2015, nr 2.
- Frankowska Anna, *Jakość życia dzieci i młodzieży z wadą słuchu*, praca doktorska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 2014.
- Karwowska Dorota, Kudlik Agata, *Neurofizjologiczne mechanizmy odbioru i przetwarzania muzyki*, [w:] *Muzyka i my. O różnych przejawach wpływu muzyki na człowieka*, red. E. Czerniawska, Warszawa 2012.
- Klasyfikacja niedosłuchu*, Rozwiń Skrzydła. Niepubliczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna, [online:] <https://poradniarozwinskirzydla.pl/badania-sluchu/diagnostyka-audiologiczna/klasyfikacja-niedosluchu/> [15.03.2021].
- Konarczak-Stachowiak Agnieszka, *Wybrane metody rehabilitacji dziecka z zaburzeniami słuchu i mowy*, „Kultura – Społeczeństwo – Edukacja” 2016, nr 2, [online:] <https://pressto.amu.edu.pl/index.php/kse/article/view/95-82/9247> [8.01.2020].
- Kosowska Magdalena, Jegier Aneta, *Relacje dziecka z wadą słuchu w szkole*, Warszawa 2011.
- Krakowiak Kazimiera, *W poszukiwaniu własnej drogi wychowania dziecka z uszkodzeniem słuchu. Próba oceny współczesnych metod wychowania językowego*, „Audiofonologia” 2002, t. 21, [online:] http://ptnzs.org.pl/audiofonologia/AUDIOFONOLOGIA_TOM_XXI_2002/art4.pdf [16.03.2020].
- Kultura Głuchych w pigułce*, MigaMy Projekt, [online:] <https://www.migamyprojekt.pl/kultura-gluchych-w-pigulce/#projekt> [20.04.2021].
- Kwaśny Angelika, *Muzyka i muzykoterapia w rehabilitacji dzieci z wadą słuchu*, praca licencjacka, Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, 2020.
- Lecourt Édith, *Muzykoterapia, czyli jak wykorzystać siłę dźwięków*, tłum. L. Teodorowska, Katowice 2008.
- Majzner Rafał, Majzner Róża, *Muzyka jako forma terapii dzieci niedosłyszących i niesłyszących*, [w:] *Dziecko z wadą słuchu oraz Centralnymi Zaburzeniami Przetwarzania Słuchowego (CAPD). Wybrane problemy*, red. J. Skibska, Kraków 2014.
- Morcinek Urszula, *Pedagogika specjalna*, Szczecin 2011.

- Natanson Tadeusz, *Programowanie muzyki terapeutycznej. Zarys podstaw teoretycznych*, „Zeszyt Naukowy”, nr 53, Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, Wrocław 1992.
- Olempska-Wysocka Magdalena, *Rozwój mowy i komunikacji dziecka z uszkodzonym słuchem*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej” 2016, nr 14, [online:] <https://pressto.amu.edu.pl/index.php/ikps/article/view/12799/12590> [8.01.2020].
- Osoby głuche w Polsce 2020. Wyzwania i rekomendacje. Raport Komisji Ekspertów ds. Osób Głuchych*, Warszawa 2020, [online:] https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Osoby_Gluche_w_Polsce_2020_Wyzwania_i_Rekomendacje.pdf [23.01.2023].
- Sękowska Zofia, *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Warszawa 2001.
- Smoleńska Jadwiga, *Niedosłyszący*, [w:] *Psychologia dziecka głuchego*, red. T. Gałkowski, Warszawa 1988.
- Stachyra Krzysztof, *Muzyka jako element procesu terapii*, [w:] *Podstawy muzykoterapii*, red. K. Stachyra, wyd. 2, Lublin 2013.
- Szymik Anna, *Przez rytm do Świata Ciszy. Wykorzystanie rytmiki w surdomuzykoterapii dzieci*, [w:] *Muzykoterapia. Tożsamość – transgresja – transdyscyplinarność*, red. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, Wrocław 2010.
- Szymik Anna, *Dziecko niesłyszące w kontakcie z muzyką. Aspekty teoretyczno-praktyczne surdomuzykoterapii*, [w:] *Wrocławskie modele muzykoterapii*, red. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 2, Wrocław 2016.
- Wyrzykowska Katarzyna, *Od kontestacji do estetyzacji życia codziennego. Kilka uwag o znaczeniu i funkcji muzyki w życiu młodzieży*, „Pogranicze. Studia Społeczne” 2015, t. 26, [online:] <http://pogranicze.soc.uwb.edu.pl/images/PDFy/pogranicze26.pdf> [16.05.2020].

Streszczenie

„Między ciszą a ciszą sprawy się kołyszają”, czyli kilka słów o muzyce i mowie werbalnej w surdomuzykoterapii

Artykuł przedstawia kulturę Głuchych oraz możliwości, jakie daje muzyka w pracy z osobami z wadą słuchu. Autorka porównuje klasyfikacje stopni uszkodzenia narządu słuchu oraz omawia konsekwencje ubytku słuchu dla rozwoju dziecka. Następnie podejmuje próbę przedstawienia cech wspólnych mowy werbalnej i muzyki oraz wskazuje na znaczenie oddziaływań surdomuzykoterapeutycznych w pracy z dziećmi z uszkodzonym słuchem.

Słowa kluczowe: kultura Głuchych, muzykoterapia, polski język migowy (PJM), surdomuzykoterapia

Summary

‘Between silence and silence, things swing’ – music and verbal speech in music therapy for the deaf

The article discusses Deaf culture and the possibilities that music offers for people with impaired hearing. The author compares classifications of hearing impairment and describes its consequences for a child’s development. She also attempts to present the features common to verbal speech and music, and points out the importance of surdo-music-therapeutic intervention for children with hearing impairment.

Keywords: Deaf culture, music therapy, Polish sign language, music therapy for the deaf

● **Angelika Wojciechowska (Kwaśny)** ●

Muzykoterapeutka, wykładowczyni Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Absolwentka Wydziału Kompozycji, Dyrygentury, Teorii Muzyki i Muzykoterapii (zakres: muzykoterapia) oraz Wydziału Edukacji Muzycznej, Chóralistyki i Muzyki Kościelnej (zakresy: edukacja muzyczna i prowadzenie zespołów wokalnych i instrumentalnych) w klasie dyrygowania prof. dr hab. Jolanty Szybalskiej-Matczak wrocławskiej Akademii Muzycznej. W 2021 roku ukończyła kurs Polskiego Języka Migowego (poziom B1). Pracuje jako muzykoterapeutka we Wrocławskim Hospicjum Bonifratrów oraz w Domu Pomocy Społecznej działającym w ramach Fundacji Przyjazny Dom im. Stanisława Jabłonki. Od października 2023 roku prowadzi zajęcia Muzyczne Spektrum w Centrum Edukacyjnym Narodowego Forum Muzyki we Wrocławiu. W Akademii oprócz prowadzenia zajęć ze studentami pracuje również na stanowisku bibliotekarza. W roku akademickim 2023/2024 objęła funkcję opiekuna Studenckiego Koła Naukowego Muzykoterapii



Metody muzykoterapii dzieci przedwcześnie urodzonych przebywających na oddziałach neonatologicznych¹

Charakterystyka kliniczna dzieci przedwcześnie urodzonych

Prawidłowo przebiegająca ciąża trwa około 40 tygodni, jednak nie zawsze jest ona zgodna z fizjologicznym wzorcem. Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization* – WHO) definiuje poród przedwczesny jako taki, który wystąpił między 22 a 37 tygodniem ciąży. Występowanie tego zjawiska w skali światowej jest wysokie i obecnie wynosi 11,1%².

-
- ¹ Artykuł powstał na podstawie treści zgromadzonych w ramach tworzenia pracy licencjackiej autorki: W. Serwa, *Muzykoterapia dzieci przedwcześnie urodzonych przebywających na oddziale neonatologicznym*, praca licencjacka, Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, 2021. Praca została napisana pod opieką merytoryczną dr Katarzyny Turek.
 - ² Zob. *Preterm Birth*, World Health Organization, [online:] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> [4.01.2022].

Przedterminowe narodziny wiążą się z niedojrzałością wielonarządową organizmu noworodka, co sprawia, że nie jest on gotowy sprostać zadaniom rozwojowym ani rozpocząć w pełni samodzielnego funkcjonowania. Wśród dzieci przedwcześnie urodzonych 20–40% wykazuje poważne problemy rozwojowe, do których zalicza się małą masę urodzeniową ciała, uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, problemy układu oddechowego, pokarmowego, sercowo-naczyniowego, dysfunkcję wzroku i słuchu, niskie napięcie mięśniowe, osłabioną aktywność ruchową, zaburzenia dobowego rytmu czuwania i snu, problemy z odżywianiem oraz utrzymaniem odpowiedniej temperatury ciała³.

Dodatkowo dzieci przedwcześnie urodzone znajdują się w grupie ryzyka nieprawidłowego rozwoju ruchowego, poznawczego, społecznego i emocjonalnego, a także zaburzeń psychicznych (takich jak ADHD, zaburzenia ze spektrum autyzmu, nasilony lęk, depresja)⁴.

Konsekwencje wcześniactwa obserwowane są nie tylko w pierwszych tygodniach życia noworodków. Rzutują one na późniejszy rozwój, czyniąc go nieharmonijnym i nieprawidłowym względem rozwoju niemowląt urodzonych w terminie. W celu wyrównywania szans rozwojowych dzieci przedwcześnie urodzone powinny być obejmowane kompleksową opieką do końca trzeciego roku życia⁵.

Stan badań dotyczących muzykoterapii dzieci przedwcześnie urodzonych

Joanne Loewy, Kristen Stewart, Ann-Marie Dassler, Aimee Telsey i Peter Homel zbadali wpływ muzykoterapii na czynności życiowe, karmienie oraz sen dzieci przedwcześnie urodzonych. W trwającym dwa tygodnie randomizowanym

3 Zob. J. Ratajczak, *Profilaktyka wcześniactwa i niskiej masy urodzeniowej w szkolnej edukacji zdrowotnej*, „Aktywność Ruchowa Ludzi w Różnym Wieku” 2016, nr 4, s. 6; R. Roemer-Ślimak, M. Ligucka, A. Mastalerz-Migas, *Wcześnieki w POZ – postępowanie profilaktyczno-lecznicze i zalecenia dotyczące realizacji programu szczepień ochronnych*, „Lekarz POZ / General Practitioner” 2016, t. 2, nr 2, s. 146–147.

4 Zob. C.S.H. Aarnoudse-Moens i in., *Meta-Analysis of Neurobehavioral Outcomes in Very Preterm and/or Very Low Birth Weight Children*, „Pediatrics” 2009, Vol. 124, No. 2, s. 724–725; S. Johnson, N. Marlow, *Preterm Birth and Childhood Psychiatric Disorders*, „Pediatrics Research” 2011, Vol. 69, No. 5, s. 13R–16R.

5 Zob. E. Helwich, *Koordinacja opieki wielospecjalistycznej nad wcześniakiem oraz dzieckiem z encfalopatią niedokrwiennie-niedotlenieniową do końca 3. roku życia*, [w:] *Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego*, red. M. Borszewska-Kornacka, Warszawa 2015, s. 191–192.

badaniu wzięło udział 272 dzieci urodzonych w wieku poniżej 32 tygodnia ciąży. Miało ono charakter wielośrodkowy, co oznacza, że wcześniaki przebywały na oddziałach intensywnej terapii w 11 różnych ośrodkach medycznych. W badaniu wykorzystywano metodę pierwszych dźwięków (Rytm, Oddech i Kolysanka) (ang. *First Sounds: Rhythm, Breath and Lullaby*), która została szczegółowo przedstawiona w niniejszym artykule. Niemowlęta były poddawane muzykoterapii dwa razy w tygodniu. Stworzono także grupę kontrolną, która nie brała udziału w żadnej dodatkowej stymulacji słuchowej. Wszelkie dane i pomiary fizjologiczne oraz rozwojowe z obu grup (eksperymentalnej i kontrolnej) gromadzone były każdego dnia, w tym przed, w trakcie i po sesji muzykoterapeutycznej. Analiza otrzymanych informacji wykazała, że świadomy oraz celowy proces muzykoterapeutyczny pozytywnie wpływa na pracę serca i układ oddechowy dzieci przedwcześnie urodzonych. W wyniku muzykoterapii zaobserwowano: stabilizację czynności życiowych, wzmocnienie ssania odżywczego, zwiększenie poziomu nasycenia tlenem, przyrost masy ciała, wyregulowanie dobowego rytmu snu i czuwania oraz zrelaksowanie i uspokojenie wcześniaków. Ponadto kolysanki związane z kulturą rodziny i te śpiewane przez rodziców na żywo sprzyjały wzmocnieniu relacji rodzic–dziecko oraz redukowały niepokój i stres rodziców związany z opieką nad niemowlęciem⁶.

Friederike Barbara Haslbeck i Dirk Bassler przeprowadzili wieloaspektowe, jakościowe badania dotyczące wpływu muzykoterapii kreatywnej skierowanej do dzieci przedwcześnie urodzonych przebywających na oddziale intensywnej terapii i ich rodziców. Zebrane materiały wideo z przeprowadzonych sesji muzykoterapeutycznych (122 filmy) zostały zbadane z wykorzystaniem metody mikroanalizy w muzykoterapii. Otrzymane wyniki utwierdziły autorów w przekonaniu, że muzykoterapia kreatywna przynosi pozytywne efekty u wcześniaków i ich rodziców. Muzyczne dopasowanie muzykoterapeuty do niemowlęcia, przejawiające się w wokalne improwizacji, nuceniu bądź kołyskowym śpiewie, stworzyło płaszczyznę do komunikacji, co umożliwiło pojawienie się emocjonalnej więzi między noworodkiem a jego rodzicami. Zbadane oddziaływania muzykoterapeutyczne wpływały jednocześnie na rozwój neurologiczny, emocjonalny i poznawczy wcześniaków. Zapewniały im poczucie bezpieczeństwa, redukowały stres i uspokajały. Aktywne uczestnictwo rodziców w muzykoterapii dziecka poprawiło zaś ich samopoczucie oraz pozwoliło na zaangażowanie się w rozwój wzajemnych relacji z niemowlęciem⁷.

6 Zob. J. Loewy i in, *The Effect of Music Therapy on Vital Signs, Feeding, and Sleep in Premature Infants*, „Pediatrics” 2013, Vol. 13, No. 5.

7 Zob. F.B. Haslbeck, D. Bassler, *Clinical Practice Protocol of Creative Music Therapy for Preterm Infants and Their Parents in the Neonatal Intensive Care Unit*, „Journal of Visualized Experiments” 2020, No. 155.

W 2018 roku Polska jako jeden z pięciu krajów (obok Norwegii, Izraela, Kolumbii i Argentyny) przystąpiła do międzynarodowego badania klinicznego, którego celem jest ocena efektywności muzykoterapii dzieci urodzonych przedwcześnie i ich rodziców, mierzona w perspektywie długofalowej. Projekt nosi nazwę LongSTEP (ang. *Longitudinal Study of Music Therapy's Effectiveness for Premature Infants and Their Caregivers: International Randomized Trial*). Organizatorem jest Grieg Academy Music Therapy Research Centre przy Norwegian Research Centre, a w Polsce badanie prowadziła Lucja Bieleninik we współpracy z Ludwiką Konieczną-Nowak, Sarą Knapik-Szwedą, Martą Postulką oraz ośrodkami: Akademią Muzyczną im. Karola Szymanowskiego w Katowicach i Szpitalem Miejskim w Rudzie Śląskiej. Pierwotnie projekt LongSTEP zakładał włączenie do muzykoterapii 250 dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodziców, ale z uwagi na sytuację epidemiczną związaną z COVID-19 w projekcie ostatecznie wzięło udział 213 rodzin. Badanie rozpoczęło się 7 czerwca 2018 roku. Miało charakter wieloośrodkowy, jego uczestnicy przebywali na oddziałach neonatologicznych w pięciu różnych krajach biorących udział w projekcie. Część główna badania została zakończona w kwietniu 2022 roku. Obecnie zgromadzone dane poddawane są dalszym analizom, główne wyniki zaraportowano natomiast w artykule opublikowanym w czasopiśmie medycznym „JAMA Network Open”⁸. Głównym celem projektu jest ocena wpływu muzykoterapii na więź emocjonalną między rodzicem a dzieckiem, przeprowadzana przy użyciu *Postpartum Bonding Questionnaire* (kwestionariusza więzi emocjonalnej⁹). Do celów drugorzędnych należą badanie wpływu muzykoterapii na poziom depresji poporodowej, lęku i stresu wśród rodziców, badanie wpływu muzykoterapii na ogólny, społeczno-emocjonalny rozwój dzieci przedwcześnie urodzonych, a także analiza kosztów. Projekt LongSTEP prezentuje specjalistyczne podejście do muzykoterapii, która jest zorientowana na zasoby, zindywidualizowana, dostosowana kulturowo, ukierunkowana na dziecko i wysoki poziom zaangażowania rodziców, a także progresywnie właściwa rozwojowo. Muzykoterapię wykorzystuje się przez cały okres hospitalizacji dziecka na oddziale intensywnej terapii noworodka trzy razy w tygodniu oraz po wypisie ze szpitala przez okres pół roku w formie comiesięcznych sesji. Wszystkie spotkania muzykoterapeutyczne są nagrywane w celu zbierania danych oraz późniejszej analizy materiałów. Zdaniem Lucji Bieleninik projekt LongSTEP reprezentuje bardzo wysoką jakość metodologiczną, co może sprawić, że polscy muzykoterapeuci utworzą drogę do opracowania wytycznych w zakresie zastosowania muzykoterapii dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodzin w praktyce klinicznej¹⁰.

8 Zob. C. Ghetti i in., *Effect of Music Therapy on Parent-Infant Bonding Among Infants Born Preterm. A Randomized Clinical Trial*, „JAMA Network Open” 2023, Vol. 6, No. 5, [online:] <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2805326> [30.06.2023].

9 Tłum. L. Bieleninik.

10 Zob. L. Bieleninik, C. Ghetti, *Music Therapy for Preterm Infants and Their Parents: A Path Forward for Research in Poland*, „Roczniki Psychologiczne / Annals of Psychology” 2019, t. 22, nr 2,

Przedstawione badania naukowe wykazują sensowność, celowość oraz efektywność stosowania muzykoterapii wśród dzieci przedwcześnie urodzonych. Warto zatem rozpowszechniać w naszym kraju wiedzę na jej temat, a także śmiało podejmować muzykoterapeutyczne działania praktyczne w obszarze neonatologii.

Muzykoterapia w obszarze neonatologii

Termin neonatologia został stworzony przez Alexandra Schaffera w 1960 roku. Autor określił w ten sposób dziedzinę medycyny, która zajmuje się diagnozowaniem oraz leczeniem chorób i zaburzeń wśród noworodków¹¹. Jedną ze współczesnych definicji neonatologii zaproponowała natomiast Grażyna Pazera, charakteryzując ją jako wywodzący się z pediatrii obszar medycyny, który zajmuje się zagadnieniami patofizjologii człowieka od okresu organogenezy do zakończenia rozwoju narządów, tj. do drugiego roku życia¹².

Prowadzenie muzykoterapii na oddziałach neonatologicznych nie jest zjawiskiem nowym, ponieważ jego początki na świecie sięgają lat siedemdziesiątych XX wieku¹³. Muzykoterapia w obszarze neonatologii korzysta z pomocy wielu pokrewnych jej dyscyplin, m.in. medycyny, fizjologii czy psychologii rozwojowej. Najczęściej kieruje swoje działania w stronę dzieci przedwcześnie urodzonych przebywających na oddziałach intensywnej terapii, ponieważ liczba noworodków, których problemy wynikają bezpośrednio z przedterminowego porodu jest proporcjonalnie większa niż liczba dzieci objętych opieką neonatologiczną z innych przyczyn¹⁴.

s. 136–143; L. Bieleninik, *Dobra praktyka kliniczna we współczesnych badaniach. Początek badań klinicznych nad muzykoterapią dla wcześniaków w Polsce*, [w:] *Muzykoterapia dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodzin. Teoria i praktyka*, red. L. Bieleninik, L. Konieczna-Nowak, Warszawa 2020, s. 182–183, 186, 188; C. Ghetti i in., *Longitudinal Study of Music Therapy's Effectiveness for Premature Infants and Their Caregivers (LongSTEP): Protocol for an International Randomised Trial*, „BMJ Open” 2019, Vol. 9, No. 8, s. 2.

- 11 Zob. T. Cone, *Perspectives in Neonatology*, [w:] *Historical Review and Recent Advances in Neonatal and Perinatal Medicine*, ed. G. Smith, D. Vidyasagar, [online:] <http://www.neonatology.org/classics/mjl1980/ch02.html> [4.01.2022].
- 12 Zob. G. Pazera, *20 lat polskiej neonatologii*, „Eskulap Świętokrzyski” 2004, nr 12, [online:] <http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil56/gazeta/numery/n2004/n200412/n20041212> [4.01.2022].
- 13 Na temat podstaw muzykoterapii w neonatologii zob. M. Nöcker-Ribaupierre, *Muzykoterapia w neonatologii. Podstawy – badania naukowe – praktyka kliniczna*, [w:] *Muzykoterapia. Tożsamość – transgresja – transdyscyplinarność*, red. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, Wrocław 2010.
- 14 Zob. M. Naumiuk, *Działania muzykoterapeutyczne w obszarze neonatologii*, „Polskie Pismo Muzykoterapeutyczne” 2018, nr 5, s. 47–48.

Do dzieci przedwcześnie urodzonych kieruje się muzykoterapię rozumianą jako „zastosowanie muzyki i aspektów relacji terapeutycznej w celu optymalizacji rozwoju dziecka i wsparcia bezpiecznego kontaktu z głównym opiekunem”¹⁵. Zgodnie z przytoczoną definicją muzykoterapia może stanowić jedno z działań podejmowanych w celu stymulowania rozwoju wcześniaków przebywających na oddziałach neonatologicznych, a także wspierania rodziców niemowląt w tym trudnym dla nich czasie.

Stosowanie muzykoterapii jest możliwe i zarazem efektywne od momentu osiągnięcia przez niemowlę 28 tygodnia wieku ciążowego, co jest związane z funkcjonalnością układu słuchowego. Dla jego prawidłowego rozwoju istotna jest zewnętrzna stymulacja dźwiękowa, którą można zapewnić np. za pomocą mowy oraz muzyki. O skierowaniu wcześniaka na muzykoterapię decyduje lekarz prowadzący, który określa, czy dziecko jest na tyle stabilne pod względem medycznym, aby doświadczać dodatkowej stymulacji dźwiękowo-zmysłowej. Oddziaływania muzykoterapeutyczne są szczególnie wskazane w sytuacji, gdy u noworodka obserwuje się problemy behawioralne w zakresie snu, karmienia czy samoregulacji, a u rodziców/opiekunów występuje lęk, niepokój, depresja, a także problemy w zakresie budowania więzi z własnym dzieckiem. Warto rozważyć stosowanie muzykoterapii również w celach profilaktycznych¹⁶.

Wpływ muzykoterapii na sytuację dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodzin

Cele realizowane w ramach muzykoterapii odzwierciedlają potrzeby oraz możliwości dzieci przedwcześnie urodzonych i ich najbliższej rodziny. Podejmowane działania zmierzają w kierunku minimalizowania negatywnych skutków wcześniactwa, stwarzania warunków do prawidłowego rozwoju, a także pomocy psychologicznej rodzicom, dla których przedwczesne urodzenie dziecka niejednokrotnie staje się sytuacją stresową oraz traumatogenną¹⁷.

Muzykoterapia pozytywnie wpływa na parametry fizjologiczne dzieci przedwcześnie urodzonych, m.in. na saturację krwi, czynności oddechowe

15 L. Bieleninik, C. Ghetti, C. Gold, *Music Therapy for Preterm Infants and Their Parents: A Meta-Analysis*, „Pediatrics” 2016, Vol. 138, No. 3, s. 2 (tłum. W.S.).

16 Zob. M. Nöcker-Ribaupierre, *Premature Infants*, [w:] *Guidelines for Music Therapy Practice in Pediatric Care*, ed. J. Bradt, Gilsum 2013, s. 78–79; L. Bieleninik, L. Konieczna-Nowak, *Muzykoterapia dla dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodzin w warunkach szpitalnych oraz po wypisie do domu – zalecenia*, [w:] *Muzykoterapia dzieci przedwcześnie urodzonych...*, s. 244–245.

17 Zob. Tamże.

i krążeniowe. Reguluje stany behawioralne niemowląt (uspokaja je lub pobudza), wzmacnia prawidłowy odruch ssania, wspierając tym samym przybieranie na wadze. Oddziaływania muzykoterapeutyczne wspomagają wzrost kompetencji emocjonalnych, poznawczych, społecznych i ruchowych noworodków, zapewniając im odpowiednie bodźce dźwiękowo-zmysłowe oraz chroniąc przed nadmierną stymulacją. Muzykoterapia wykazuje również udowodnione działanie w zakresie osłabiania subiektywnego odczucia bólu u wcześniaków, pojawiającego się w trakcie licznych, a zarazem koniecznych procedur medycznych. Działania muzykoterapeutyczne kierowane są także do rodziców dzieci przedwcześnie urodzonych i pomagają im w odnalezieniu się w nowej roli życiowej. Terapeutyczne wykorzystanie muzyki wpływa na wzmocnienie pewności siebie i poczucia sprawstwa, niweluje nieprzyjemne emocje rodziców związane z hospitalizacją ich dziecka, takie jak lęk, niepokój czy poczucie bezsilności. Dodatkowo interwencje muzykoterapeutyczne ułatwiają zaistnienie oraz rozwój prawidłowych interakcji i więzi między rodzicami a ich dzieckiem¹⁸.

Metody muzykoterapeutyczne stosowane u dzieci przedwcześnie urodzonych

Wszelkie metody muzykoterapeutyczne skierowane do dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodzin zostały stworzone na podstawie światowych badań z zakresu muzykoterapii i jej praktyki klinicznej, a także wiedzy na temat rozwoju wcześniaków oraz wpływu muzyki na stan psychofizyczny człowieka¹⁹.

Metoda wykorzystująca muzykę i wielozmysłową stymulację (ang. *Music and Multimodal Stimulation – MMS*) to połączenie dwóch elementów: nucenia/śpiewania kołysanek (*a cappella* lub z towarzyszeniem instrumentu) oraz stymulacji zmysłów słuchu, dotyku, wzroku i równowagi niemowlęcia. Interwencja ma charakter kumulatywny, co oznacza, iż każdy nowy element stymulujący jest wprowadzany pod warunkiem, że wcześniejszy z nich nie wywołał niepożądanych reakcji u niemowlęcia. Cele omawianej metody to stymulacja rozwoju nerwowego, wspieranie procesów samoregulacji noworodka oraz zwiększenie jego tolerancji na zabiegi pielęgnacyjne. Istotne w tym procesie jest również szkolenie rodziców w zakresie nawiązywania kontaktu i tworzenia więzi z dzieckiem, jego ochrona przed nadmierną liczbą bodźców z otoczenia oraz zapewnienie mu odpowiedniej stymulacji po wyjściu ze szpitala.

¹⁸ Zob. J. Standley, *Music Therapy with Premature Infants: Research and Developmental Interventions*, Silver Spring, MD 2003, s. 58; M. Nöcker-Ribaupierre, *Premature Infants...*, s. 78.

¹⁹ Zob. M. Naumiuk, dz. cyt., s. 48.

Interwencja muzykoterapeutyczna może zostać podjęta tylko, jeśli niemowlę jest spokojne. Należy je owinąć, następnie wyjąć z łóżeczka/inkubatora i trzymać zawinięte do momentu zaobserwowania u niego homeostazy (której oznakami są m.in. spokojny stan, stabilne parametry życiowe, rozluźnione mięśnie twarzy i rąk, zwinięte kończyny). Proces rozpoczyna się od stymulacji zmysłu słuchu noworodka. W tym celu muzykoterapeuta (a jeśli jest to możliwe – matka) nuci bądź śpiewa kołysankę. Czynność ta ma na celu uspokojenie noworodka oraz przyciągnięcie jego uwagi. Gdy dziecko przyzwyczai się do stymulacji słuchowej w postaci śpiewu, możliwe jest wprowadzenie stymulacji dotykowej, która powinna przebiegać zgodnie z określonym schematem: głowa – plecy – szyja – ramiona – nogi – stopy. Masaż poszczególnych części ciała noworodka należy przeprowadzać liniowo dwoma lub trzema palcami, wykonując delikatne, ale zarazem zdecydowane ruchy. Nie można przejść do następnej części ciała, dopóki niemowlę nie będzie tolerować dotyku poprzedniego obszaru. Kolejnym etapem jest dołączenie stymulacji zmysłu równowagi w formie powolnego oraz rytmicznego kołysania. Przez cały czas trwania interwencji muzykoterapeutycznej należy śpiewać/nucić kołysanki, podtrzymywać kontakt wzrokowy oraz głaskać niemowlę przez koc, którym zostało owinięte. W sytuacji, kiedy u dziecka obserwuje się objawy przebudzenia (np. przerwy w oddechu, zmianę koloru skóry, rozkładanie palców, grymaszenie, płacz, czkawkę, gwałtowne ruchy), należy odłożyć je do inkubatora na 10–15 sekund. Po osiągnięciu homeostazy można ponownie rozpocząć stymulację niemowlęcia, zaczynając od kroku, na którym ją zatrzymano. Jeśli dziecko nie jest w stanie powrócić do homeostazy, należy przerwać interwencję muzykoterapeutyczną. Optymalna długość sesji wynosi 15–30 minut, a każdy kolejny etap stymulacji nie powinien przekraczać 30 sekund. Opisaną metodę stosuje się od co najmniej 32 tygodnia ciąży u wcześniaków stabilnych klinicznie o wadze 1700 gramów lub większej. Jest szczególnie przydatna dla niemowląt z deficytem słuchu, ponieważ sprzyja możliwości integracji wielu doznań zmysłowych²⁰.

Metoda muzykoterapii wykorzystująca system muzycznej stymulacji aktywowanej za pomocą smoczka (ang. *Pacifier Activated Lullaby* – PAL) została opracowana przez muzykoterapeutkę Jayne Standley. System PAL skonstruowano specjalnie na potrzeby muzykoterapii dzieci przedwcześnie urodzonych, u których karmienie odżywcze powoduje zmianę częstości akcji serca i epizody bezdechu lub u których przejście z karmienia przez zgłębnik na karmienie piersią jest zbyt stresujące. Urządzenie składa się z dwóch części:

20 Zob. J. Whipple, *Music and Multimodal Stimulation as Developmental Intervention in Neonatal Intensive Care*, „Music Therapy Perspectives” 2005, Vol. 23, No. 2, s. 100–104; M. Nöcker–Ribaupierre, *Premature Infants...*, s. 82–83; D. DeLoach, M. Detmer, *Amerykański Narodowy Instytut ds. Muzykoterapii Medycznej dla Dzieci i Niemowląt: interwencje muzykoterapeutyczne na oddziale intensywnej terapii noworodka*, [w:] *Muzykoterapia dzieci przedwcześnie urodzonych...*, s. 151–155.

dobrej jakości smoczka, który nie wpływa negatywnie na rozwój aparatu mowy dziecka, oraz połączonego z nim narzędzia odtwarzającego wcześniej nagrany muzykę. Cele, jakie są osiągalne z pomocą systemu, to wydłużenie czasu ssania przez niemowlę, zmiana sposobu ssania z nieodżywczego na odżywcze oraz zwiększenie częstotliwości karmienia. Dodatkowo można również nauczyć dziecko ssania nieodżywczego na potrzeby uśmierzenia odczuwanego przez nie bólu. W metodzie PAL muzyka pełni funkcję wzmocnienia pozytywnego. Ssanie smoczka przez niemowlę powoduje zmianę ciśnienia, co doprowadza do uruchomienia odtwarzania muzyki. Dzięki muzycznemu wzmocnieniu, które pojawia się bezpośrednio po rozpoczęciu ssania, niemowlę rozwija koordynację procesów ssania, oddychania oraz przełykania. Zaleca się, aby przez system PAL odtwarzać nagrania rodzica śpiewającego kołysankę w języku ojczystym noworodka. Muzykoterapia wykorzystująca ten system wymaga zgody rodziców/opiekunów niemowlęcia oraz opiekującej się nim pielęgniarki. Interwencja wskazana jest dla niemowląt stabilnych medycznie, które ukończyły 34 tydzień ciąży. Zalecany czas jej trwania to 10–15 minut, a sesje powinny się odbywać jeden lub dwa razy w ciągu dnia. Interwencję najlepiej rozpocząć bezpośrednio przed karmieniem niemowlęcia lub w trakcie karmienia przez zgłębnik. Omawiana metoda jest przeciwwskazana w sytuacji, gdy stan zdrowia wcześniaka uniemożliwia ssanie bądź gdy zostaną zaobserwowane oznaki nadmiernej stymulacji²¹.

Metoda pierwszych dźwięków: Rytm, Oddech i Kołysanka (ang. *First Sounds: Rythm, Breath and Lullaby*) składa się z trzech rodzajów aktywności muzycznych, które można również stosować samodzielnie. W interwencji muzykoterapeutycznej wykorzystuje się śpiew oraz instrumenty: *ocean disk* i *gato box*. Celem tej metody jest regulacja funkcji życiowych noworodka: uspokojenie, poprawa jakości snu i zwiększenie poziomu saturacji tlenem. Pierwsza interwencja to *Rhythm*. Wykorzystuje się w niej drewniany instrument w kształcie prostopadłościanu – *gato box*. Można wydobyć z niego dwa dźwięki o określonej wysokości, najczęściej oddalone są od siebie o interwał tercji wielkiej. Muzykoterapeuta gra na pudełku *gato* palcem wskazującym, wybijając powolny i stały rytm, co ma imitować odgłos bicia serca matki, stale towarzyszący dziecku podczas życia płodowego. W trakcie grania warto dostosować wybijany rytm do rytmu bicia serca dziecka. Interwencja z użyciem *gato box* zapewnia noworodkowi poczucie bezpieczeństwa oraz komfortu, a stosowana tuż przed karmieniem może pomóc w utrwaleniu odruchów ssania. Podczas drugiej interwencji – *Breath* – wykorzystuje się *ocean disk*, czyli okrągły instrument wypełniony małymi, metalowymi kuleczkami, które podczas obracania wydobywają delikatny dźwięk o zmiennym natężeniu, przypominający szum fal. Gra na *ocean disk* imituje szum wód płodowych. Trzecia

21 Zob. M. Nöcker-Ribaupierre, *Premature Infants...*, s. 83–84; M. Naumiuk, dz. cyt., s. 48.

interwencja – *Lullaby* – obejmuje śpiewanie spersonalizowanych kołysanek, czyli takich, które są znane niemowlęciu, zostały zaproponowane przez rodziców oraz ściśle wiążą się z dziedzictwem kulturowym rodziny. W sytuacji, gdy wybrane przez opiekunów utwory nie mogą pełnić funkcji kołysanki, muzykoterapeuta proponuje niewielkie modyfikacje w postaci zmiany tempa, metrum bądź uproszczenia melodii. Warto zachęcać rodziców do śpiewania oraz instruować, w jaki sposób wykorzystać utwory muzyczne do uspokojenia dziecka przed snem bądź gdy jest rozdrażnione. Interwencję należy przeprowadzać w możliwie cichym otoczeniu, w którym poziom głośności wszelkich dźwięków nie będzie przekraczał 65 dB. Metoda ta jest przeznaczona dla niemowląt w wieku powyżej 32 tygodnia, które wykazują problemy ze snem, odruchem ssania bądź niewydolność oddechową²².

Metoda muzycznego „porwania” (ang. *Singing as Entrainment*) polega na korelowaniu śpiewu wykonywanego na żywo przez muzykoterapeutę z widocznymi reakcjami fizjologicznymi oraz behawioralnymi niemowlęcia. Celem improwizowanego śpiewu jest nawiązanie muzycznej interakcji z noworodkiem, a tym samym zapewnienie mu poczucia bycia wysłuchanym oraz wspieranym. Obok wykonywania znanych wcześniakowi kołysanek muzykoterapeuta posługuje się prostymi interwałowymi odpowiedziami rytmicznymi, które są pozbawione tekstu. Praca tą metodą rozpoczyna się od dopasowania głosu muzykoterapeuty do tonu oraz intensywności płaczu niemowlęcia bądź jego słyszalnego oddechu. Terapeuta powinien być świadomy emocjonalnej ekspresji niemowlęcia, zauważać ją i stosować wiele przerw, dając tym samym dziecku czas na reakcję. Do śpiewu mogą dołączyć rodzice, co zdecydowanie wzmacnia walor terapeutyczny interwencji. Omawiana metoda może być stosowana u niemowląt w wieku 32 tygodni lub starszych. Wykorzystuje się ją w szczególności u dzieci niespokojnych, drażliwych oraz płaczkliwych²³.

Metoda muzykoterapii kreatywnej dla dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodziców (ang. *Creative Music Therapy for Premature Infants and Their Parents*) powstała w 2004 roku za sprawą muzykoterapeutki Friederike Haslbeck. Interwencja polega na improwizacyjnym śpiewie skierowanym do niemowlęcia. Odpowiednie reakcje na czynności życiowe noworodka (puls, rytm, oddech) połączone z mimiką i gestykulacją muzykoterapeuty są traktowane jako muzyczny kontakt. Celem interwencji muzykoterapeutycznej jest stymulowanie znaczących interakcji między rodzicami a dzieckiem za pośrednictwem muzyki, a co za tym idzie relaksacja, uspokojenie oraz stabilizacja zarówno wcześniaka, jak i jego rodziców. Muzykoterapeuta rozpoczyna swoje działanie od uważnej obserwacji, skupiając się na odczytaniu „muzyki” niemowlęcia, tj. jego wzorców oddechowych, wyrazu twarzy, gestykulacji. Konsultuje się również z rodzicami, aby ocenić ich potrzeby oraz preferencje

22 Zob. J. Loewy i in., dz. cyt., s. 906–910; M. Nöcker-Ribaupierre, *Premature Infants...*, s. 84–85.

23 Zob. tamże.

muzyczne w celu adaptacji procesu terapeutycznego. Subtelna ekspresja noworodka kontroluje nucenie muzykoterapeuty, czyniąc je muzyką improwizacyjną. Przykładowo, kiedy brwi noworodka się unoszą, muzykoterapeuta kieruje melodię w górę, a gdy niemowlę zaczyna marudzić, muzykoterapeuta obniża rejestr melodii i zwalnia tempo, aby uspokoić dziecko spokojnymi parametrami muzycznymi. Początkowe nucenie stopniowo się rozwija, od delikatnych pojedynczych głosek do płynnej melodii w stylu kołysanki. W ten sposób rodzi się ścisła zależność między zachowaniem i ekspresją głosu noworodka a muzyką tworzoną przez muzykoterapeutę. Istotne jest włączanie rodziców do interaktywnego śpiewu i mowy, co przyczynia się do wzmacniania ich pewności siebie oraz pozytywnie wpływa na proces tworzenia więzi i interakcje między rodzicami a noworodkiem. Muzykoterapia kreatywna dla dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodziców może być stosowana wśród niemowląt stabilnych medycznie. Przeciwwskazanie do stosowania tej metody to sytuacja, gdy noworodek jest zbyt spokojny. Brak reakcji z jego strony uniemożliwi muzykoterapeucie podjęcie improwizowanego śpiewu²⁴.

Metoda stymulacji słuchowej za pomocą głosu matki (ang. *Auditory Stimulation with the Mother's Voice*) to interwencja wykorzystująca nagrania głosu matki w postaci swobodnego mówienia, czytania książki, opowiadania historii lub śpiewu. Celem omawianej metody muzykoterapeutycznej jest przywrócenie zaburzonej ciągłości między pre- i postnatalnym życiem niemowlęcia, pomoc w nawiązaniu więzi emocjonalnej między matką a dzieckiem (co jest znacznie utrudnione ze względu na wczesne odłączenie noworodka od organizmu kobiety) oraz zwiększenie homeostazy i optymalizowanie długoterminowego rozwoju wcześniaka. Matczyzna mowa lub śpiew skierowane do noworodka wzmacniają poczucie bezpieczeństwa oraz zapewniają przyjemniejsze bodźce dźwiękowe niż hałas szpitalnego oddziału. Warunkiem rozpoczęcia nagrywania głosu matki jest przygotowanie przez muzykoterapeutę cichego otoczenia oraz odpowiedniego sprzętu nagrywającego. Przekazywanie dziecku treści powinno odbywać się w języku ojczystym rodziców. Pierwsze nagranie, ze względu na niestabilny stan emocjonalny matki (przytłoczenie, lęk, żal, niepokój), zazwyczaj opiera się jedynie na mówieniu lub czytaniu. Muzykoterapeuta może zasugerować kobiecie, aby rozmawiała z dzieckiem, odczytała wcześniej napisany list czy opowiedziała o swoich życzeniach i marzeniach. Przygotowując kolejne nagrania, warto zachęcać matkę do śpiewania piosenek, bez względu na walor artystyczny wykonania. W procesie tworzenia późniejszych nagrań należy dołączyć głos ojca oraz najbliższych członków rodziny (np. rodzeństwa). Muzykoterapeuta powinien opuścić pomieszczenie przed rozpoczęciem nagrywania, aby zapewnić kobiecie poczucie

²⁴ Zob. M. Nöcker-Ribaupierre, *Premature Infants...*, s. 87–88; F.B Haslbeck, *Zestrojenie mózgu z muzyką – neuronaukowe ramy muzykoterapii kreatywnej w opiece nad noworodkami*, [w:] *Muzykoterapia dzieci przedwcześnie urodzonych...*, s. 124–128.

swobody oraz intymności. Przed rozpoczęciem prezentacji nagrania należy ostrożnie zainstalować sprzęt odtwarzający (głośnik) w odpowiedniej odległości od ucha niemowlęcia. Dodatkowo za pomocą miernika dźwięku trzeba upewnić się, że głos matki będzie słyszalny nieco ponad hałasem otoczenia. Nagrania głosowe prezentowane są w zależności od codziennej rutyny, zabiegów pielęgnacyjnych oraz stanu zdrowia dziecka. Nie zaleca się stymulowania słuchu noworodka nagraniami w sytuacji, kiedy jest możliwy bezpośredni, żywy kontakt z rodzicami. Muzykoterapeuta pracujący tą metodą powinien być również przeszkolony w zakresie psychoterapii muzycznej, gdyż pracuje nie tylko z dzieckiem, ale również z matką. Podczas spotkań z kobietą możliwe jest dokonanie analizy jej aktualnych doświadczeń oraz wydarzeń z przeszłości, które mogą wpływać na jej uczucia skierowane do dziecka. Z pomocą muzykoterapeuty matka jest w stanie zaakceptować swoją historię, przepracować nieprzyjemne uczucia strachu, winy, złości i wstydu oraz zrozumieć doświadczenia związane z przedwczesnym porodem i środowiskiem szpitalnym. Okresowy przegląd nagrań matki pomoże jej w refleksji nad zmianami w samopoczuciu emocjonalnym i fizycznym. Prezentację nagrań przeprowadza się do kilku razy dziennie, całkowity czas stymulacji nie powinien jednak przekraczać 30 minut. Tego typu interwencja muzykoterapeutyczna jest stosowana u niemowląt, które ukończyły 26 tydzień wieku ciążowego oraz są stabilne pod względem medycznym²⁵.

Metoda muzykoterapii środowiskowej (ang. *Environmental Music Therapy* – EMT) służy niwelowaniu hałasu panującego na oddziałach neonatologicznych, w szczególności hałasu generowanego przez urządzenia monitorujące oraz podtrzymujące życie dzieci przedwcześnie urodzonych. W interwencji stosuje się muzykę wykonywaną na żywo, która dzięki dostosowywaniu do sygnałów dźwiękowych sprzętu medycznego umożliwia modulację stresującego środowiska. Cel tej metody to zapewnienie cichszego, bardziej komfortowego oraz bezpieczniejszego środowiska sprzyjającego prawidłowemu rozwojowi noworodka. Istotnym działaniem przed rozpoczęciem interwencji jest zmierzenie poziomu hałasu na oddziale neonatologicznym i dopasowanie natężenia oddziaływań muzykoterapeutycznych tak, by nie przekraczało ono 80 dB. W metodzie tej muzykoterapeuta wykorzystuje własny głos oraz instrumenty. Praca głosem obejmuje śpiew (*a cappella* bądź z towarzyszeniem instrumentu) z pominięciem warstwy tekstowej danego utworu, opiera się zatem głównie na samogłoskach lub fonemach. Stosowane w interwencji instrumenty powinny charakteryzować się delikatnym brzmieniem, które cechuje np. ukulele czy kalimbę. Środowisko dźwiękowe na oddziałach neonatologicznych ulega zmianie z minuty na minutę, dlatego muzykoterapeuta powinien wykazywać

25 M. Nöcker-Ribaupierre, *The Mother's Voice in Early Childhood: Implications for Music Therapy*, „British Journal of Music Therapy” 2011, Vol. 25, No. 2, s. 10–14; teźże, *Premature Infants...*, s. 89–91.

się elastycznością oraz reagować na bieżąco. Zaleca się, aby sesja EMT trwała jednorazowo do 30 minut²⁶.

Zakończenie

Przytoczone badania pozwalają stwierdzić, że dzieci przedwcześnie urodzone mogą odnieść wielopoziomowe korzyści z działań terapeutycznych wykorzystujących muzykę. Muzykoterapia stanowi bowiem jedną z form oddziaływania podejmowanych w celu stymulacji rozwoju wcześniaków przebywających na oddziałach neonatologicznych, a także wspierania rodziców noworodków w tym trudnym dla nich czasie. Co ważne, w ostatnich latach obserwuje się w Polsce wzrost zainteresowania muzykoterapią dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodziców zarówno wśród muzykoterapeutów, jak i wśród personelu medycznego. Świadczy o tym stopniowo rosnąca liczba placówek medycznych, które oferują miejsca pracy dla muzykoterapeutów. Aktualnie muzykoterapia jest prowadzona na oddziałach neonatologicznych Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej, Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny i Szpitala św. Zofii w Warszawie oraz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu.

Bibliografia

- Aarnoudse-Moens Cornelieke Sandrine Hanan i in., *Meta-Analysis of Neurobehavioral Outcomes in Very Preterm and/or Very Low Birth Weight Children*, „Pediatrics” 2009, Vol. 124, No. 2.
- Bieleninik Lucja, *Dobra praktyka kliniczna we współczesnych badaniach. Początek badań klinicznych nad muzykoterapią dla wcześniaków w Polsce*, [w:] *Muzykoterapia dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodzin. Teoria i praktyka*, red. Ł. Bieleninik, L. Konieczna-Nowak, Warszawa 2020.
- Bieleninik Lucja, Ghetti Claire, *Music Therapy for Preterm Infants and Their Parents: A Path Forward for Research in Poland*, „Roczniki Psychologiczne / Annals of Psychology” 2019, t. 22, nr 2.
- Bieleninik Lucja, Ghetti Claire, Gold Christian, *Music Therapy for Preterm Infants and Their Parents: A Meta-Analysis*, „Pediatrics” 2016, Vol. 138, No. 3.

²⁶ M. Nöcker-Ribaupierre, *Premature Infants...*, s. 86.

- Bieleninik Lucja, Konieczna-Nowak Ludwika, *Muzykoterapia dla dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodzin w warunkach szpitalnych oraz po wypisie do domu – zalecenia*, [w:] *Muzykoterapia dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodzin. Teoria i praktyka*, red. Ł. Bieleninik, L. Konieczna-Nowak, Warszawa 2020.
- Cone Thomas, *Perspectives in Neonatology*, [w:] *Historical Review and Recent Advances in Neonatal and Perinatal Medicine*, ed. G. Smith, D. Vidyasagar, [online:] <http://www.neonatology.org/classics/mjl1980/ch02.html> [4.01.2022].
- DeLoach Darcy, Detmer Michael, *Amerykański Narodowy Instytut ds. Muzykoterapii Medycznej dla Dzieci i Niemowląt: interwencje muzykoterapeutyczne na oddziale intensywnej terapii noworodka*, [w:] *Muzykoterapia dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodzin. Teoria i praktyka*, red. Ł. Bieleninik, L. Konieczna-Nowak, Warszawa 2020.
- Ghetti Claire i in., *Longitudinal Study of Music Therapy’s Effectiveness for Premature Infants and Their Caregivers (LongSTEP): Protocol for an International Randomised Trial*, „BMJ Open” 2019, Vol. 9, No. 8.
- Ghetti Claire i in., *Effect of Music Therapy on Parent-Infant Bonding Among Infants Born Preterm. A Randomized Clinical Trial*, „JAMA Network Open” 2023, Vol. 6, No. 5, [online:] <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2805326> [30.06.2023].
- Haslbeck Friederike Barbara, *Zestrojenie mózgu z muzyką – neuronaukowe ramy muzykoterapii kreatywnej w opiece nad noworodkami*, [w:] *Muzykoterapia dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodzin. Teoria i praktyka*, red. Ł. Bieleninik, L. Konieczna-Nowak, Warszawa 2020.
- Haslbeck Friederike Barbara, Bassler Dirk, *Clinical Practice Protocol of Creative Music Therapy for Preterm Infants and Their Parents in the Neonatal Intensive Care Unit*, „Journal of Visualized Experiments” 2020, No. 155.
- Helwich Ewa, *Koordinacja opieki wielospecjalistycznej nad wcześniakiem oraz dzieckiem z encefalopatią niedokrwiennieo-niedotlenieniową do końca 3. roku życia*, [w:] *Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego*, red. M. Borszewska-Kornacka, Warszawa 2015.
- Johnson Samantha, Marlow Neil, *Preterm Birth and Childhood Psychiatric Disorders*, „Pediatric Research” 2011, Vol. 69, No. 5.
- Loewy Joanne i in., *The Effect of Music Therapy on Vital Signs, Feeding, and Sleep in Premature Infants*, „Pediatrics” 2013, Vol. 131, No. 5.
- Naumiuk Marta, *Działania muzykoterapeutyczne w obszarze neonatologii*, „Polskie Pismo Muzykoterapeutyczne” 2018, nr 5.
- Nöcker-Ribaupierre Monika, *Muzykoterapia w neonatologii. Podstawy – badania naukowe – praktyka kliniczna*, [w:] *Muzykoterapia. Tożsamość – transgresja – transdyscyplinarność*, red. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, Wrocław 2010.
- Nöcker-Ribaupierre Monika, *The Mother’s Voice in Early Childhood: Implications for Music Therapy*, „British Journal of Music Therapy” 2011, Vol. 25, No. 2.

- Nöcker-Ribaupierre Monika, *Premature Infants*, [w:] *Guidelines for Music Therapy Practice in Pediatric Care*, ed. J. Bradt, Gilsum 2013.
- Pazera Grażyna, *20 lat polskiej neonatologii*, „Eskulap Świętokrzyski” 2004, nr 12, [online:] <http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil56/gazeta/numery/n2004/n200412/n2004122> [4.01.2022].
- Preterm Birth*, World Health Organization, [online:] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> [4.01.2022].
- Ratajczak Joanna, *Profilaktyka wcześniactwa i niskiej masy urodzeniowej w szkolnej edukacji zdrowotnej*, „Aktywność Ruchowa Ludzi w Różnym Wiek” 2016, nr 4 (32).
- Roemer-Ślimak Roma, Ligucka Monika, Mastalerz-Migas Agnieszka, *Wcześnieak w POZ – postępowanie profilaktyczno-lecznicze i zalecenia dotyczące realizacji programu szczepień ochronnych*, „Lekarz POZ / General Practitioner” 2016, t. 2, nr 2.
- Serwa Weronika, *Muzykoterapia dzieci przedwcześnie urodzonych przebywających na oddziale neonatologicznym*, praca licencjacka, Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, 2021.
- Standley Jayne, *Music Therapy with Premature Infants: Research and Developmental Interventions*, Silver Spring, MD 2003.
- Whipple Jennifer, *Music and Multimodal Stimulation as Developmental Intervention in Neonatal Intensive Care*, „Music Therapy Perspectives” 2005, Vol. 23, No. 2.

Streszczenie

Metody muzykoterapii dzieci przedwcześnie urodzonych przebywających na oddziałach neonatologicznych

Artykuł ukazuje możliwości muzykoterapii skierowanej do dzieci przedwcześnie urodzonych przebywających na oddziałach neonatologicznych. Przybliżono w nim charakterystykę dzieci przedwcześnie urodzonych, zaprezentowano podstawowe wskazania do stosowania muzykoterapii, jej cele oraz wpływ na sytuację wcześniaków i ich rodzin. Omówiono również metody muzykoterapii opracowane i wykorzystywane przez praktykujących muzykoterapeutów. Zaprezentowane w artykule najnowsze badania dotyczące omawianego obszaru potwierdzają skuteczność stosowania muzykoterapii względem dzieci przedwcześnie urodzonych oraz ich najbliższej rodziny.

Słowa kluczowe: muzykoterapia dzieci przedwcześnie urodzonych, neonatologia

Summary

Music therapy methods for prematurely born children in neonatal units

The article presents the possibilities of using music therapy with prematurely born children in neonatal units. It outlines the characteristics of premature infants, the basic recommendations for music therapy application, its aims and impact on premature

children and their families. It also discusses music therapy methods developed and used by practising music therapists. The most recent research in this area, presented in the article, confirms the effectiveness of music therapy for premature infants and their closest families.

Keywords: music therapy for premature infants, neonatology

• Weronika Serwa •

Magister sztuki, absolwentka studiów licencjackich oraz magisterskich z zakresu muzykoterapii w Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Od stycznia 2023 roku pracuje jako muzykoterapeutka w Klinice Neonatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. Założycielka Dotyku Muzyki – miejsca oferującego profesjonalną muzykoterapię i edukację muzyczną.



Propozycje wykorzystania nauki gry na fortepianie w muzykoterapii dziecka ze spektrum autyzmu¹

Wprowadzenie

Autyzm jest całościowym zaburzeniem rozwojowym, objawiającym się nieprawidłowościami interakcji społecznych i wzorców porozumiewania się oraz ograniczonym, stereotypowym, powtarzającym się repertuarem zainteresowań i aktywności². Pierwsi naukowcy badający autyzm w latach czterdziestych XX wieku określili go mianem „autyzmu wczesnodziecięcego” ze względu na wiek pacjentów, u których wykryli podobne nieprawidłowości. Niemniej termin „autyzm” (gr. *autos* – sam) był już znany wcześniej. W 1911 roku został wprowadzony przez Eugena Bleulera, szwajcarskiego psychiatrę, który

-
- 1 Artykuł powstał na podstawie treści zgromadzonych w ramach tworzenia pracy licencjackiej autorki: A. Pastuszek, *Propozycja wykorzystania nauki gry na fortepianie w muzykoterapii dziecka ze spektrum autyzmu*, praca licencjacka, Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, 2020.
 - 2 Zob. *Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference*, red. P. Galecki, L. Święcicki, tłum. P.S. Krawczyk, Wrocław 2015, s. 24.

używał go do opisu jednego z objawów schizofrenii, polegającego na uciekaniu pacjenta do własnego świata, gdzie pozostawał głuchy na bodźce płynące ze środowiska zewnętrznego³.

Na autyzm cierpi 1% populacji. Etiologia tego zaburzenia nie została do końca wyjaśniona. W zależności od przypadku może ono mieć różne podłoże. Zakłada się, że autyzm jest spowodowany uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, nie udało się jednak ustalić dokładnych miejsc uszkodzeń mózgu. Urazy te sprawiają, że osoba cierpiąca na autyzm nie ma świadomości swoich procesów myślowych i nie potrafi sobie wyobrazić procesów zachodzących w mózgu drugiego człowieka⁴.

Zarys dziejów autyzmu

Wzmianki o zaburzeniach dziś kwalifikowanych jako autyzm pojawiły się już w czasach Marcina Lutera. Jeden z uczniów zapisał jego wypowiedź, opublikowaną później w dziele *Rozmowy przy stole*. Reformator religijny historię opętanego przez ducha nieczystego chłopca, który śmiał się, gdy działo się coś złego, a płakał, gdy okazja skłaniała ku radości, ponadto dostawał napadów hysterii, gdy kładło się go spać, a kontakt z nim był niezwykle utrudniony. Swoją wypowiedź autor podsumował dość wymownym zwrotem opisującym sytuację dzieci z autyzmem w tamtych czasach: „Moim zdaniem tego rodzaju dzieci stanowią jedynie masę mięsa pozbawioną duszy”⁵.

Z początkiem XX wieku zainteresowanie badaczy zaburzeniami rozwoju u dzieci znacznie wzrasta. Dwadzieścia lat po emigracji do USA, w 1943 roku, pediatra austriackiego pochodzenia Leo Kanner posłużył się wyrazem „autyzm” w swoim artykule na temat 11 pacjentów. Rok później podobny opis przedstawił w Niemczech inny Austriak, Hans Asperger, w artykule pt. *Psychopaci autystyczni wieku dziecięcego*⁶. Ich koncepcje nie w pełni się pokrywały, a opisane przypadki różniły się stopniem zaburzenia. Minęło sporo czasu zanim termin „spektrum autystyczne” połączył te dwa opisy: Aspergera oraz Kanner. Obie prace były kazuistyczne i bardzo szczegółowe, lecz zawierały

3 Zob. B. Winczura, *Autyzm, autyzm atypowy a schizofrenia wczesnodziecięca*, Kraków 2013, s. 63.

4 Zob. W. Strzelecki, M. Cyłkowska-Nowak, *Muzykoterapia w pracy z dzieckiem z autyzmem*, [w:] *Muzykoterapia między wglądem a inkluzją*, red. W. Strzelecki, M. Cyłkowska-Nowak, Toruń 2017, s. 285–286.

5 K. Osóbka, *Zarys dziejów autyzmu – historia przemian*, „Ogrody Nauk i Sztuk” 2014, t. 4, nr 4, s. 289.

6 Zob. tamże, s. 292.

dużo subiektywnych i nieprecyzyjnych określeń dotyczących omawianych zachowań. Swoje obserwacje Kanner rozpoczął w 1938 roku w Klinice Psychiatrycznej Uniwersytetu Johnsona Hopkinsa⁷.

Aktualnie autyzm jest postrzegany jako zaburzenie neurologiczne, należące do całościowych zaburzeń rozwojowych. Znajduje swoje miejsce w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 oraz w systemie diagnostycznym zaburzeń psychicznych DSM-5, w którym są wymienione i opisane kryteria diagnostyczne umożliwiające jego rozpoznanie⁸.

Problematyka zaburzeń należących do spektrum autyzmu

Po wielu latach badań zostały wyodrębnione najistotniejsze objawy autyzmu, a mianowicie: zaburzona mowa i komunikacja, niska emocjonalność, w tym empatyczność, nikle chęci do naśladowania (np. zachowań społecznych), zaburzona umiejętność zabawy, ograniczone zainteresowania, stereotypie oraz zaburzenia integracji sensorycznej⁹.

Najbardziej problematyczny u dziecka z autyzmem jest obszar komunikacji. W zależności od stopnia zaburzenia czy momentu rozpoczęcia terapii deficyty w zakresie mowy mogą się znacznie od siebie różnić. Dziecko nie zauważa znaczenia intonacji głosu, nie odczytuje emocji z mimiki twarzy, nie różni odmiennych spojrzeń i nie postrzega ich jako znaczące. Działa to również w drugą stronę, czyli dziecko z autyzmem nie potrafi niekiedy klarownie przekazywać informacji. Jego mowa może być ograniczona, formuła zdań nie mieć sensu dla słuchacza, a intonacja bądź uczuciowość zawarta w wypowiedzi być nieadekwatna do niej samej¹⁰.

Problematyczne są także działania stereotypowe, sztywność w zachowaniu i dążenie do schematów. W sytuacjach powodujących napięcia, np. w chwilach nadmiernej radości, podekscytowania czy ogólnego przebudźcowania, pojawiają się stereotypie, takie jak nagłe kiwanie się, pocieranie dłońmi, drapanie, klaskanie oraz skłonność do samookaleczania¹¹. Knapik-Szweda

⁷ Zob. tamże.

⁸ Zob. W. Strzelecki, *Muzykoterapia w pracy z dzieckiem autystycznym. Zasady, metody, stan badań – w stronę muzykoterapii systemowej*, [w:] *Muzykoterapia – stałość i zmiana*, red. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, [w serii:] „Muzykoterapia Wroclawska”, t. 1, Wrocław 2016, s. 206.

⁹ Zob. S. Knapik-Szweda, *Znaczenie technik muzykoterapeutycznych we wsparciu rozwoju dziecka z autyzmem*, Katowice 2018, s. 40.

¹⁰ Zob. tamże, s. 47.

¹¹ Zob. tamże, s. 52.

w swojej rozprawie doktorskiej pisze, że „ruchy stereotypowe są wyrazem dążenia do samowyleczenia, unormowania wadliwie działających kanałów percepcji, ale jednocześnie osłabiają kontakt społeczny dziecka z otoczeniem”¹². Dziecko samo chce sobie zapewnić doznania, dobodźcować się. Rzuca przedmiotami, krąży dookoła jednego punktu, wiruje, nagle się przewraca. Tego rodzaju autostymulacja ma na celu uspokojenie oraz wyciszenie.

Dla muzykoterapeuty istotne jest poznanie poziomu zaburzeń sensorycznych małego pacjenta. U dziecka z autyzmem najczęściej występuje problem z zaburzeniami przetwarzania słuchowego, wzrokowego oraz dotykowego¹³. Nadwrażliwość słuchowa może występować w odniesieniu do dźwięków pochodzących z daleka bądź z bliska. Objawia się ona zasłanianiem uszu, zagłuszeniem niepożądanych dźwięków bądź ich ignorowaniem. Sala do zajęć musi być wówczas specjalnie wytłumiona, a prowadzący nie powinien mówić głośno. Bywa, że hałas wywołuje nawet napady paniki. Odwrotna sytuacja występuje, kiedy dziecko jest niedobodźcowane słuchowo. Może szukać bodźców, krzyczeć, rzucać rzeczami, poszukiwać dźwięków o dużym natężeniu. Podobnie jest ze zmysłem wzroku. Dziecko bardzo wrażliwe na bodźce wzrokowe będzie chciało chodzić w ciemnych okularach, będzie odwracać wzrok od jaskrawych przedmiotów, a także unikać patrzenia na twarze. Dziecko niedobodźcowane będzie natomiast chętnie wpatrywać się w jasne światło oraz bawić się jaskrawymi i błyszczącymi przedmiotami¹⁴.

Muzykoterapia dziecka ze spektrum autyzmu

Muzykoterapia służy zaspokajaniu potrzeb komunikacyjnych, sensomotorycznych, poznawczych, społecznych, emocjonalnych i psychologicznych dziecka ze spektrum autyzmu¹⁵. Dorota Karpińska podaje, że zaburzone obszary u dzieci autystycznych można podzielić na trzy sfery: sferę komunikacji werbalnej i niewerbalnej, sferę jakościową dotyczącą zaburzeń interakcji społecznych oraz sferę zainteresowań¹⁶. Muzykoterapia pozwala wpływać na wymienione sfery w różnym zakresie w zależności od stopnia zaburzenia

¹² Tamże.

¹³ Zob. tamże, s. 54.

¹⁴ Zob. W. Strzelecki, M. Cylkowska-Nowak, dz. cyt., s. 289.

¹⁵ Zob. K. Burić Sarapa, A. Katusiś, *Zastosowanie muzykoterapii u dzieci z autyzmem*, „Terapia Przez Sztukę” 2012, t. 1, nr 3, s. 12–17.

¹⁶ Zob. D. Karpińska, *Deficyty teorii umysłu w autyzmie. Symptomy i uwarunkowania*, [w:] *Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu 2009–2011. Sympozja I*, red. I. Kojder, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie”, Szczecin 2011, s. 62.

występującego u dziecka, od jego rozwoju, możliwości terapeutycznych oraz predyspozycji muzycznych¹⁷.

Jak już wspomniano, u dzieci ze spektrum autyzmu często pojawiają się problemy z mową i z komunikacją. Zdarza się, że techniki muzykoterapeutyczne są jedynymi, dzięki którym dziecko jest w stanie się komunikować. Literatura przedstawia rozległy zakres badań, które dowodzą skuteczności oddziaływań muzykoterapii w uspołecznianiu dzieci z autyzmem. Pod wpływem terapii wzrasta liczba zachowań komunikacyjnych werbalnych i niewerbalnych oraz prób przejęcia inicjatywy ze strony dzieci¹⁸. Autyzm jest zaburzeniem rozwojowym. Muzykoterapia ma za zadanie wspierać rozwój dziecka przez dopasowanie zajęć do jego indywidualnych potrzeb¹⁹.

Muzykoterapia Nordoff–Robbins, zwana też muzykoterapią kreatywną, traktuje muzykę jako formę komunikacji, a uczestnika jako podmiot oddziaływania, który ujawnia niespotykane zdolności i umiejętności skrywane pod maską zaburzeń²⁰. Twórcami tej metody są amerykański kompozytor Paul Nordoff oraz angielski pedagog specjalny Clive Robbins. Uczestnik ma za zadanie kierować się swoim wewnętrznym naturalnym potencjałem, opierając się na doświadczeniach muzycznych i pozamuzycznych. Dzięki temu działaniu terapeuty jest w stanie nawiązać niewerbalną komunikację z pacjentem. W ramach procesu muzykoterapeutycznego powstaje muzyka improwizowana – tworzona wspólnie przez uczestnika i terapeutę. Punktem wyjścia jest sposób wypowiedzania się klienta za pomocą muzyki. Powstająca w trakcie improwizacji muzyka pozwala poznać improwizującego, stanowi zbiór informacji o jego samopoczuciu, możliwościach i skłonnościach. Na jej podstawie stawia się diagnozę muzykoterapeutyczną. Ponieważ we wspólnej improwizacji oboje partnerzy pozostają ze sobą we wzajemnej, dynamicznej relacji, doświadczenie choroby czy złe samopoczucie klienta jest przyjmowane przez terapeutę empatycznie i w ten sposób może być zobiektywizowane. Umożliwia to wyjście naprzeciw cierpieniu klienta. Dzięki temu spotkaniu pojawia się szansa na rozwój, na wewnętrzne przemiany, które mogą dokonać się w życiu klienta, jeśli przyjmie on i rozwinie świadomie zastosowane propozycje terapeutyczne²¹.

Innym ważnym podejściem w muzykoterapii w pracy nad komunikacją z dzieckiem z autyzmem jest zasada „iso” (z gr. *isos* – równy). „Zasada ta polega na tym, iż syntaktyczne i semantyczne właściwości użytych parametrów muzycznych powinny odpowiadać aktualnemu psychicznemu stanowi

17 Zob. tamże.

18 Zob. W. Strzelecki, M. Cylkowska-Nowak, dz. cyt., s. 291.

19 Zob. tamże.

20 Zob. S. Knapik-Szweda, *Muzykoterapia i jej właściwości w usprawnianiu dziecka z autyzmem*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej” 2014, nr 6, s. 84.

21 Zob. tamże.

pacjenta”²². Muzyka zastosowana w trakcie terapii ma być spójna ze stanem emocjonalnym pacjenta w danym momencie. Jeżeli jest pobudzony, muzyka powinna odnosić się do tego stanu pobudzenia. Potem stan ten można stopniowo modyfikować za pomocą innych fragmentów muzycznych, np. gdy cel muzykoterapii to uspokojenie pacjenta. Zasadę „iso” stosuje się w muzykoterapii receptywnej i aktywnej²³.

Ludzie ze spektrum autyzmu muszą mierzyć się z trudnościami w porozumiewaniu się w grupie, w pracy w grupie, z ogólnymi problemami w nawiązywaniu kontaktów interpersonalnych, czyli w inicjowaniu i podtrzymywaniu dialogu (trudność taka może występować z powodu niezrozumienia uczuć i postaw innych ludzi, ich zabaw, gestów oraz samego faktu zawierania przyjaźni). Osoby te cechuje brak umiejętności fantazjowania, co wyklucza zabawy na niby, powoduje trudności z językiem werbalnym i pozawerbalnym oraz wpływa na skąpy zasób zainteresowań²⁴. Ksenija Burić Sarapa i Ana Katušić twierdzą, że pomocne będzie w takiej sytuacji dokładne zrozumienie małego człowieka i „wniknięcie” do jego wnętrza. Takie podejście niekiedy umożliwia muzykoterapeucie nawiązanie z nim kontaktu i stworzenie warunków do zapewnienia poczucia bezpieczeństwa oraz braku skrępowania²⁵.

Muzyczna improwizacja bywa pierwszym krokiem do ćwiczenia nawiązywania kontaktów w grupie. Jest środkiem do tworzenia muzycznego dialogu²⁶. Muzykoterapia kreatywna, której część stanowi dialog instrumentalny, odblokowuje „kanały” emocjonalne i społeczne oraz rozwija kreatywność. Warsztat dialogu muzycznego wykorzystuje głos, instrumenty oraz ruch. Pacjent ma więc okazję, by wybrać najbardziej dogodną i komfortową dla siebie drogę porozumiewania się, a przez ekspresję, która się uwalnia w czasie wspólnego muzykowania, staje się bardziej zrozumiałą dla otoczenia²⁷. Dialog instrumentalny prowadzony jest w ten sam sposób co dialog słowny. Wydobyć dźwięku odzwierciedla zainicjowanie wypowiedzi, podczas której pacjent nawiązuje kontakt z drugą osobą. Muzyczna improwizacja daje szansę ćwiczenia ogólnych zasad dialogu. Terapeuta we wspólnym dialogowaniu może stosować kilka różnych technik, takich jak imitacja, polegająca na powtarzaniu przez niego zachowań i gestów pacjenta, wykorzystanie motywów rytmicznych bądź melodycznych pacjenta, dostosowanie się do jego tempa i dynamiki, odtworzenie za pomocą instrumentu nastroju pacjenta²⁸.

22 K. Kukielczyńska-Krawczyk, *Programowanie muzyki do terapii – 20 lat po wydaniu książki Tadeusza Natansona*, [w:] *Muzykoterapia – stałość i zmiana...*, s. 135.

23 Zob. W. Strzelecki, M. Cyłkowska-Nowak, dz. cyt., s. 295.

24 Zob. D. Karpińska, dz. cyt., s. 62–63.

25 Zob. K. Burić Sarapa, A. Katušić, dz. cyt., s. 12–17.

26 Zob. tamże, s. 13.

27 Zob. H. Cesarz, *Kreatywność w muzykoterapii*, [w:] *Arteterapia w medycynie i edukacji*, red. W. Karolak, B. Kaczorowska, Łódź 2008, s. 24.

28 Zob. tamże, s. 25–26.

Fortepian jako instrument towarzyszący pracy z dzieckiem ze spektrum autyzmu

Instrument muzyczny jest doskonałym narzędziem do nawiązywania kontaktu między muzykoterapeutą a pacjentem. Wybór instrumentu zależy od kilku czynników, w tym od umiejętności muzykoterapeuty, możliwości lokalowych ośrodka oraz preferencji dziecka. Podczas zajęć muzykoterapeutycznych znaczenia nabiera zaawansowanie i swoboda w grze na instrumencie muzycznym. Jej dobre opanowanie pozwala muzykoterapeucie łatwiej dostosować się do gry drugiego człowieka, odczytywać jego ruchy oraz nawiązywać z nim kontakt²⁹.

Wokół przewodniego instrumentu buduje się sesje muzykoterapeutyczne, podczas których można dodać kolejne instrumenty, zwracając uwagę na cel, rodzaj i charakter interwencji, założenia prowadzonej terapii, charakter i preferencje muzyczne uczestnika oraz doświadczenia muzykoterapeuty³⁰.

Jednym z instrumentów wyróżnionych przez takich muzykoterapeutów jak Tadeusz Natanson oraz Simon Procter jest fortepian. Ma on swoiste brzmienie, bogate możliwości dynamiczne, harmoniczne oraz perkusyjne, dzięki czemu znajduje wiele zastosowań w różnorodnych technikach muzykoterapeutycznych. Ze względu na jego paletę barwową również twórcy metody Nordoff–Robbins upodobałi sobie właśnie fortepian i często wykorzystywali go do współimprowizacji. Każdy muzykoterapeuta powinien zwrócić uwagę na zalety tego instrumentu i nie traktować go jako domeny osób szczególnie wykształconych w zakresie gry fortepianowej³¹.

Fortepian jest związany z muzykoterapią aktywną – najbardziej atrakcyjną dla dzieci formą terapii. Daje ona pole do bycia spontanicznym, naturalnym, a oprócz tego przynosi dużo radości³². Do technik stosowanych w tego typu muzykoterapii należy m.in. improwizacja instrumentalna, która pełni różne funkcje i nie musi dotyczyć osób z wykształceniem muzycznym. Przy standardowej improwizacji instrumentalnej (nieterapeutycznej) zwraca się uwagę na błyskotliwość i wirtuozerię gry, przy improwizacji terapeutycznej natomiast – na osobę grającą, na to, jakie emocje zostały przez tę osobę

²⁹ Zob. M. Cylkowska-Nowak, *Człowiek – instrument – muzyka. Wybrane aspekty wykorzystania instrumentu w terapii*, [w:] *Muzykoterapia między wglądem...*, s. 151–153.

³⁰ Zob. tamże.

³¹ Zob. K. Kukielczyńska-Krawczyk, *Improwizacja fortepianowa w kształceniu muzykoterapeutów*, [w:] *Rytmika w kształceniu muzyków, aktorów, tancerzy i w rehabilitacji*, red. E. Aleksandrowicz, E. Wojtyga, Łódź 2010, s. 121–129.

³² Zob. D. Colonna Kasjan, *Muzykoterapia w edukacji wczesnoszkolnej*, [w:] *Muzykoterapia. Tożsamość – transgresja – transdyscyplinarność*, red. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, Wrocław 2010, s. 136.

odreagowane, na sposób ich przeżywania. W sytuacji improwizacji grupowej znaczenie będą miały również interakcje między osobami improwizującymi. Rolę improwizacji fortepianowej podkreśla się w metodzie Paula Nordoffa i Clive'a Robbinsa. Terapeuta przy użyciu fortepianu (bądź innych instrumentów) zaczyna improwizację z pacjentem, z którym chce nawiązać kontakt. Podąża za nim, dostrajając się do niego i jego ruchów. Inną metodą jest „kompozycja obrazowa”, która polega na przełożeniu dźwięków usłyszanego utworu fortepianowego na papier w formie np. rysunku. Do znanych technik należy również „gra małych form”, podczas której pacjentowi ogranicza się korzystanie z klawiatury fortepianowej do czarnych klawiszy i prosi się go o skomponowanie utworu, a następnie odtworzenie go wspólnie z terapeutą, grającym w odległości oktawy. Ta forma muzykoterapii rozwija komunikację, pomaga w pierwszych kontaktach z pacjentem, zapewnia swobodę działania, pozwala zrozumieć uczucia drugiej osoby, jeżeli ta nie jest w stanie ich przekazać słownie, oraz stwarza możliwość odreagowania emocji³³.

Wybór instrumentu, który będzie towarzyszył terapii, może być niekiedy bardzo złożonym procesem³⁴. Dzieci ze spektrum autyzmu mają inny próg wrażliwości na bodźce niż ich zdrowi rówieśnicy³⁵. Próg ten określa się, wystawiając daną osobę na działanie różnych bodźców dźwiękowych wydobywanych na rozmaitych instrumentach. Mały pacjent wyraźnie pokaże, czy akceptuje, czy też odrzuca dany dźwięk. Ta wrażliwość sensoryczna może się zmieniać w trakcie terapii. Muzykoterapeuta jest w stanie modulować próg wrażliwości dziecka i jego reakcje na dźwięki. Pierwsze wybrane do terapii instrumenty stają się punktem wyjścia działań terapeutycznych³⁶.

Autorskie scenariusze zajęć

Scenariusz 1

Cele: zapoznanie się z uczniem (kontynuacja), nawiązywanie kontaktu, przedstawienie mu instrumentu, ustalanie programu zajęć, ustalanie relacji pomiędzy uczniem a terapeutą

³³ Zob. K. Kukielińska-Krawczyk, *Improwizacja fortepianowa...*, s. 122–125.

³⁴ Zob. É. Lecourt, *Muzykoterapia, czyli jak wykorzystać siłę dźwięków*, tłum. L. Teodorowska, Katowice 2008, s. 129.

³⁵ Zob. N. Rivera, M. Powers, *Muzykoterapia a spektrum zaburzeń autystycznych: działania o charakterze interdyscyplinarnym w Stanach Zjednoczonych*, tłum. A. Jaśko, K. Stachyra, [w:] *Podstawy muzykoterapii*, red. K. Stachyra, wyd. 2, Lublin 2014, s. 177.

³⁶ Zob. tamże.

Czas trwania zajęć: 45 min.

Uczestnicy: prowadzący i uczeń

Zajęcia nr 4/20

Przebieg zajęć

Ćwiczenie 1. Improwizacja na podstawie obrazków

Muzykoterapeuta przedstawia uczniowi kilka obrazków, na których znajdują się zwierzęta: ryczący lew, tańczący słoń, skaczący kangur, klaszcząca małpa. Pierwszy obrazek wybiera prowadzący i prosi o zagranie jego treści na pianinie. Gdy uczestnik ma problem z improwizacją bądź nie wie, jak to zrobić, prowadzący pokazuje mu, w jaki sposób może wykonać zadanie. Następny obrazek wybiera uczestnik i to on zaczyna grać. Terapeuta stara się do niego dołączyć, śledząc jego ruchy i wtrącając pojedyncze dźwięki. Jeżeli dziecko bardzo nalega, by grać samemu (gestem, słowem), należy mu na to pozwolić, ale próba wspólnego grania powinna być podejmowana na każdych kolejnych zajęciach. Jest to szczególnie ważne w wypadku, gdy współdziałanie stanowi dla dziecka problem – warto wówczas więcej czasu poświęcić na uzyskanie rezultatu w postaci wspólnej gry. Niekiedy można wydzielić osobną przestrzeń na klawiaturze fortepianu/pianina dla prowadzącego i osobną dla uczestnika. Takie granice zapewniają dziecku komfort pracy i swobodę.

Ćwiczenie 2. Powtarzanie

Prowadzący gra jeden dźwięk wielokrotnie, a uczestnik ma za zadanie powtórzyć go dokładnie tak samo. Ćwiczenie w przyszłości warto rozbudować o dwudźwięki. Wybór dźwięków można pozostawić uczestnikowi. Zdarza się, że dźwięki wybrane przez prowadzącego są dla dziecka drażniące, dlatego warto obserwować jego zachowania podczas wykonywania ćwiczeń tego typu. Najważniejszymi elementami zadania są poprawne powtarzanie rytmu oraz prawidłowe zagranie wybranego dźwięku.

Ćwiczenie 3. Improwizacja na wybranych dźwiękach

Dziecko ma za zadanie wyznaczyć na pianinie cztery dowolne dźwięki. Prowadzący daje następnie sygnał do gry z wykorzystaniem jedynie tych dźwięków. Pierwszy raz może zagrać prowadzący, by pokazać i objaśnić ćwiczenie.

Ćwiczenie 4. Klaskanki

Uczeń i prowadzący siadają naprzeciwko siebie. Najpierw prowadzący prezentuje prosty rytm w metrum $\frac{4}{4}$, klaskając w ręce bądź w uda. W tym ćwiczeniu ważne jest, aby dziecko biorące udział w zajęciach bardzo dokładnie powtórzyło prezentowany przez terapeutę rytm oraz sposób jego wykonania – klaśnięcie w dłonie lub uderzenie w uda (jak również zachowało tempo

wykonania zadania i dokładność ruchów). Dodatkowym celem tego ćwiczenia jest stawianie granic oraz ćwiczenie ról w relacji prowadzący–uczeń. Dziecko z autyzmem przez pocieranie zamiast klaskania czy uderzania i inne niedokładności, np. odwracanie kombinacji rytmicznych, może pokazywać, że przejmuje rolę prowadzącego. W tym ćwiczeniu należy zwrócić szczególną uwagę na takie zachowania. W dalszych etapach łatwo przekształcić to zadanie w konkurs. W nagrodę za poprawne powtórzenie rytmu następuje zamiana ról. Terapeuta może podjąć się takiego działania, jeżeli dobrze zna dziecko.

Scenariusz 2

Cele: rozwijanie wyobraźni i umiejętności improwizacji, poznanie nut, ćwiczenie nazewnictwa palców, poprawa koncentracji

Czas trwania zajęć: 45 min.

Uczestnicy: prowadzący i uczeń

Zajęcia nr 10/20

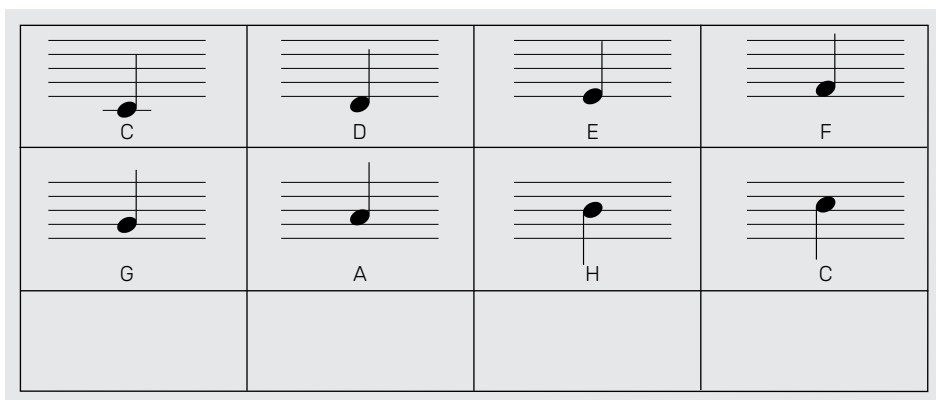
Przebieg zajęć

Ćwiczenie 1. Improwizacja na podstawie obrazków

Wykonanie ćwiczenia – jak w scenariuszu 1.

Ćwiczenie 2. Nauka nut

Prowadzący przedstawia uczestnikowi nuty za pomocą planszy (zob. rysunek 1). Nuty na pięciolinii należy jednocześnie przyporządkować do klawiszy na pianinie. To ważny zabieg, ponieważ dziecko od razu zapamiętuje położenie danej nuty na klawiaturze. Ćwiczenie jest wstępem do nauki gry z nut.



Rysunek 1 | Plansza z nutami. Oprac. własne

Ćwiczenie 3. Zabawa w paluszki

Ćwiczenie polega na tym, że nazywamy palce cyframi od 1 do 5, po czym zaplatamy palce prawej i lewej ręki, uprzednio chowając jeden z nich (zob. fotografia 1). Uczeń musi odgadnąć, który palec został „zgubiony”. Ćwiczenie jest wstępem do używania określonych palców w czasie gry i czytania nut. Dziecko przyzwyczaja się do nazw palców, przez co łatwiej mu prawidłowo ustawić dłoń. Uczeń nie musi zastanawiać się nad tym, który palec położyć na klawiaturze, dzięki czemu rozluźnia rękę.



Fotografia. 1 Gra w paluszki. Zdjęcie z archiwum autorki

Ćwiczenie 4. Klaskanki

Wykonanie ćwiczenia – jak w scenariuszu 1.

Opisane zajęcia zostały przygotowane z myślą o wykorzystaniu nauki gry na fortepianie u dziecka ze spektrum autyzmu. Proponowany przedział wiekowy pacjenta to 8–16 lat. Sugerowane piosenki, melodie, obrazki mogą ulegać zmianie w zależności od preferencji uczestnika. Ćwiczenia nie wykluczają realizacji dodatkowych celów terapeutycznych i edukacyjnych, dają się modyfikować, co pozwala skierować uwagę na inne problemy. Kolejność zajęć zależy od terapeuty. Zaprezentowane scenariusze oraz powtarzalność ćwiczeń w wybranych sesjach obrazują potrzebę uwzględniania stałego elementu terapii, który może zapewniać stabilizację, spokój i bezpieczeństwo uczestnikowi terapii, a także dawać mu poczucie kontroli.

Zakończenie

Zajęcia muzyczne, takie jak nauka gry na instrumencie, śpiew, rytmika, ekspresje ruchowe, mogą stanowić ważny element muzykoterapii. Nieocenionym wsparciem w terapii dziecka ze spektrum autyzmu jest fortepian. Połączenie technik nauki gry na fortepianie z muzykoterapią wpływa korzystnie na rozwój umiejętności społecznych i komunikacyjnych, co w konsekwencji przyczynia się do ogólnego rozwoju dziecka. Jest to temat poruszany bardzo rzadko, szczególnie na gruncie polskiej muzykoterapii. W badaniach zagranicznych, np. przeprowadzonych przez Ömür Bütev Dolğun w grupie dzieci w wieku 3–8 lat, stwierdzono, że uczestnicy ze spektrum autyzmu w większym stopniu wykazywali zainteresowanie fortepianem niż osobą terapeutę czy innymi członkami grupy terapeutycznej. Dzieci podczas zajęć stawały się śmielsze, zaczęły wykazywać inicjatywę przy wyborze instrumentu oraz wyrażać siebie przez muzykę, podniosła się ich samoocena. Podczas sesji poprawiła się komunikacja między muzykoterapeutą a dziećmi, które dodatkowo zaczęły nawiązywać kontakt wzrokowy. Zauważono wzrost sprawności manualnej (koordynacji oko–ręka) – uczestnicy badania zaczęli używać do grania obu rąk. Dodatkowo polepszyła się koncentracja i odnotowano spadek zachowań agresywnych³⁷. Mam nadzieję, że przedstawione scenariusze zajęć i idea nauki gry na fortepianie jako elementu terapeutycznego będą stanowić motywację do podjęcia działań w tym kierunku przez innych badaczy.

Bibliografia

- Burić Sarapa Ksenija, Katušić Ana, *Zastosowanie muzykoterapii u dzieci z autyzmem*, „Terapia Przez Sztukę” 2012, t. 1, nr 3.
- Cesarz Helena, *Kreatywność w muzykoterapii*, [w:] *Arteterapia w medycynie i edukacji*, red. W. Karolak, B. Kaczorowska, Łódź 2008.
- Colonna Kasjan Daniela, *Muzykoterapia w edukacji wczesnoszkolnej*, [w:] *Muzykoterapia. Tożsamość – transgresja – transdyscyplinarność*, red. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, Wrocław 2010.
- Dolğun Ömür Bütev, *Music Therapy in ADHD and Autism*, „Journal of Humanities and Social Science” 2018, Vol. 23, No. 7.
- Karpińska Dorota, *Deficyty teorii umysłu w autyzmie. Symptomy i uwarunkowania*, [w:] *Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu 2009–2011. Sympozja I*, red.

³⁷ Zob. Ö.B. Dolğun, *Music Therapy in ADHD and Autism*, „Journal of Humanities and Social Science” 2018, Vol. 23, No. 7, s. 90–94.

- I. Kojder, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie”, Szczecin 2011.
- Knapik-Szweda Sara, *Muzykoterapia i jej właściwości w usprawnianiu dziecka z autyzmem*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej” 2014, nr 6.
- Knapik-Szweda Sara, *Znaczenie technik muzykoterapeutycznych we wsparciu rozwoju dziecka z autyzmem*, Katowice 2018.
- Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference*, red. P. Gałęcki, L. Święcicki, tłum. P.S. Krawczyk, Wrocław 2015.
- Kukielczyńska-Krawczyk Klaudia, *Improwizacja fortepianowa w kształceniu muzykoterapeutów*, [w:] *Rytmika w kształceniu muzyków, aktorów, tancerzy i w rehabilitacji*, red. E. Aleksandrowicz, E. Wojtyga, Łódź 2010.
- Kukielczyńska-Krawczyk Klaudia, *Programowanie muzyki do terapii – 20 lat po wydaniu książki Tadeusza Natansona*, [w:] *Muzykoterapia – stałość i zmiana*, red. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 1, Wrocław 2014.
- Lecourt Édith, *Muzykoterapia, czyli jak wykorzystać siłę dźwięków*, tłum. L. Teodorowska, Katowice 2008.
- Osóbka Krzysztof, *Zarys dziejów autyzmu – historia przemian*, „Ogrody Nauk i Sztuk” 2014, t. 4, nr 4.
- Pastuszak Aleksandra, *Propozycja wykorzystania nauki gry na fortepianie w muzykoterapii dziecka ze spektrum autyzmu*, praca licencjacka, Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, 2020.
- Rivera Nicole, Powers Meredith, *Muzykoterapia a spektrum zaburzeń autystycznych. Działania o charakterze interdyscyplinarnym w Stanach Zjednoczonych*, tłum. A. Jaśko, K. Stachyra, [w:] *Podstawy muzykoterapii*, red. K. Stachyra, wyd. 2, Lublin 2014.
- Strzelecki Wojciech, *Muzykoterapia w pracy z dzieckiem autystycznym. Zasady, metody, stan badań – w stronę muzykoterapii systemowej*, [w:] *Muzykoterapia – stałość i zmiana*, red. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 1, Wrocław 2016.
- Strzelecki Wojciech, Cylkowska-Nowak Mirosława, *Muzykoterapia w pracy z dzieckiem z autyzmem*, [w:] *Muzykoterapia między wglądem a inkluzją*, red. W. Strzelecki, M. Cylkowska-Nowak, Toruń 2017.
- Winczura Barbara, *Autyzm, autyzm atypowy a schizofrenia wczesnodziecięca*, Kraków 2012.

Streszczenie

Propozycje wykorzystania nauki gry na fortepianie w muzykoterapii dziecka ze spektrum autyzmu

W artykule scharakteryzowano zaburzenia ze spektrum autyzmu oraz opisano wykorzystanie technik muzykoterapeutycznych w usprawnianiu dziecka autystycznego

w sferze komunikacji oraz w sferach społeczno-emocjonalnej i poznawczej. Głównym celem jest przedstawienie fortepianu jako przewodniego instrumentu o rozmaitych walorach terapeutycznych, towarzyszącego usprawnianiu dziecka ze spektrum autyzmu. Przybliżono także autorskie scenariusze zajęć skonstruowane na podstawie własnych doświadczeń autorki wraz z elementami graficznymi wykorzystywanymi w procesie terapeutycznym.

Słowa kluczowe: autyzm, fortepian, muzykoterapia indywidualna, scenariusze zajęć, spektrum autyzmu

Summary

The use of piano instruction in music therapy for autistic children

The article characterises the autism spectrum disorder and discusses the use of music therapy techniques with autistic children as supportive intervention in the sphere of communication and in the social-emotional and cognitive spheres. The main objective is to present the piano as an instrument with various therapeutic qualities that can be used in therapy with an autistic child. Original session plans based on the author's experiences are also presented, together with graphic elements used in the therapeutic process.

Keywords: autism, piano, individual music therapy, lesson plans, autism spectrum disorder

• Aleksandra Pastuszak •

Muzyk, muzykoterapeutka, absolwentka studiów magisterskich z zakresu muzykoterapii w Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Od drugiego roku studiów licencjackich pracuje z dziećmi ze spektrum autyzmu. Jej głównym instrumentem jest fortepian, do którego zamilowanie łączy z pracą z dziećmi z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (temu zagadnieniu poświęciła pracę licencjacką). Prowadzi również badania w obszarze terapeutycznego oddziaływania nauki gry na fortepianie na wybrane sfery funkcjonowania dzieci z zaburzeniami autystycznymi.

: Część III

Muzykoterapia – osoby dorosłe – profesja

Katarzyna Turek

Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

Wiktoria Łukowicz

Absolwentka Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu



Śpiewnik dla seniora. Śpiewnik wspomagający funkcje poznawcze jako narzędzie do pracy terapeutycznej

Śpiewnik dla seniora – podstawowe informacje

Śpiewnik dla seniora zawiera 50 polskich pieśni wybranych z repertuaru pieśni legionów, patriotycznych, dwudziestolecia międzywojennego, pieśni ludowych, jak również kołysanek oraz kolęd¹. Publikacja została wydana przez Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej we Wrocławiu w 2019 roku w serii „Biblioteka Nestora”. Spośród wielu zawartych w tomie utworów wymienić można pieśni takie jak *Jesienne róże*, *Miłość ci wszystko wybaczy*, *Ach, śpij kochanie*, *Błękitne oczy*, *Tango milonga*, *Ostatnia niedziela*, *Najchętniej o miłości*,

¹ Zob. *Śpiewnik dla seniora. Śpiewnik wspomagający funkcje poznawcze*, wybór i oprac. K. Turek, [w serii:] „Biblioteka Nestora”, t. II, Wrocław 2019.

Umówiłem się z nią na dziewiątą, Jak dobrze nam zdobywać góry, Pojedziemy na łów, Karolinka, Uciekła mi przepióreczka w proso, Czerwone jabłuszko, Morze, nasze morze, Marsz lotników, Tylko we Lwowie, Wojenka, Pierwsza Brygada, Kołysanka leśna (Dziś do ciebie przyjść nie mogę), Deszcz jesienny, Piosenka o mojej Warszawie, Walczyk Warszawy, Usnijże mi, usnij, Pieśń nad kołyską, Bracia, patrzcie jeno, Cicha noc, Gdy śliczna Panna, Lulajże, Jezuniu, Przybieżeli do Betlejem, Wśród nocnej ciszy.

Publikację opracowała dla celów terapeutycznych współautorka niniejszego artykułu, muzykoterapeutka Katarzyna Turek, sięgając po technikę uzupełniania luk w tekście, którą regularnie wykorzystuje w swojej praktyce klinicznej. Wydaniu towarzyszą wspomagające pracę z tym narzędziem nagrania pieśni w postaci płyt CD.

W muzykoterapii technika uzupełniania luk w tekście (ang. *fill-in-the-blank*) stanowić może interesujący oraz efektywny sposób ćwiczenia funkcji poznawczych, takich jak pamięć, uwaga, postrzeganie. Często stosowanym materiałem są znane pieśni (ang. *familiar songs*), dzięki którym seniorzy mogą śpiewać i z dużym sukcesem przypominać sobie tekst kolejnych zwrotek i/lub refrenów. Przypominaniu podlegają zarówno tekst pieśni, jak i jej melodia, a także informacje o aparacie wykonawczym, w tym wokaliście (chórze), orkiestrze czy zespole, czas oraz kontekst powstania (miejsce, gdzie pieśń była wykonywana lub odsłuchiwana). Uczestnicy biorący udział w zajęciach z wykorzystaniem techniki uzupełniania luk w tekście ćwiczą pamięć, koncentrację i podzielność uwagi, skupienie na zadaniu tu i teraz, jak również przypominają sobie sytuacje z dawnych czasów i dzięki temu w jeszcze większym stopniu pobudzają pamięć, co ma duże znaczenie w pracy z osobami z chorobą otępienną. Podczas muzykoterapii grupowej wywiązują się rozmowy dotyczące historii życia, przypominają się konkretne osoby, sytuacje, miejsca oraz wydarzenia, szczególnie te najważniejsze. Takie zajęcia zyskują zatem dodatkowy wymiar – reminiscencyjny². Umiejętność odnalezienia się w grupie stanowi ważny element życia społecznego każdego człowieka, a więc również seniora. Możliwość nawiązania kontaktu przez muzykę, wspólne słuchanie, uzupełnianie luk i śpiewanie mają zaś szczególną wartość w wypadku osób chorujących na zaburzenia otępienne. Śpiewnik dla seniora składa się w większości z piosenek i pieśni z „dawnych lat”, co wzmacnia zainteresowanie osób starszych, ponieważ w większości jest to repertuar dobrze im znany i przez nich lubiany, a dzięki temu ułatwiający koncentrację i przyczyniający się do wytworzenia milej i serdecznej atmosfery w grupie.

2 Zob. K. Turek, *Rola muzykoterapii w zachowaniu sprawności psychofizycznej u osób starszych*, [w:] E. Trypka i in., *Sprawny umysł. Aktywności wspomagające funkcje poznawcze w wieku senioralnym*, [w serii:] „Biblioteka Nestora”, t. 10, red. A. Pierzchalska i zesp., Wrocław 2018.

Śpiewnik dla seniora: płyty CD – podstawowe informacje

Płyty CD z wybranymi pieśniami stanowią wraz ze *Śpiewnikiem dla seniora* komplet służący do pracy terapeutycznej, w tym m.in. do ćwiczeń funkcji poznawczych dla osób zdrowych (w ramach profilaktyki). Dwie płyty są doskonałym uzupełnieniem śpiewnika i zawierają gotowe nagrania 37 utworów (zob. ilustracja 1). Pieśni wykonują: Wiktoria Łukowicz i Filip Małek (wokale) oraz Marcin Grabosz (akompaniament). Płyty zostały wydane przez Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej we Wrocławiu w serii „Biblioteka Nestora” pod opieką merytoryczną Katarzyny Turek.

Chociaż *Śpiewnik dla seniora* wraz z płytami CD pierwotnie dedykowany był seniorom, bogactwo zawartego w nim repertuaru pozwala na użycie go również w wielu innych obszarach klinicznych (takich jak psychiatria, neurologia, onkologia, kardiologia) oraz społecznych (w Dziennych Domach Pomocy, Domach Pomocy Społecznej, świetlicach środowiskowych, fundacjach, stowarzyszeniach, np. we Wrocławskim Centrum Seniora).



Ilustracja 1. *Śpiewnik dla seniora* oraz płyty CD. Fotografia ze zbiorów współauterek

Opis warsztatu

Warsztat ilustrujący praktyczne wykorzystanie *Śpiewnika dla seniora* został zaprezentowany podczas VII Międzynarodowej Konferencji Studentów Muzykoterapii pt. *Kulturowe uwarunkowania w muzykoterapii* w dniach 8–9 kwietnia 2021. Przygotowany był przez dr Katarzynę Turek oraz studentkę Wiktorię Łukowicz w formule online ze względu na sytuację pandemiczną związaną z COVID-19. Prezentacja wraz z warsztatem obejmowała kilka etapów:

- przedstawienie podstawowych informacji na temat *Śpiewnika dla seniora*,
- przedstawienie podstawowych informacji na temat płyt CD,
- instrukcję warsztatu,
- część właściwą warsztatu – pracę na piosenkach metodą uzupełniania luk w tekście.

Instrukcja warsztatu wyglądała następująco:

1. Zapoznaj się z informacjami na temat pieśni.
2. Wysłuchaj nagrania.
3. Po wysłuchaniu pieśni uzupełnij luki w tekście oraz zaśpiewaj utwór *a cappella*.
4. Sprawdź i porównaj uzupełniony przed chwilą tekst z kompletną jego wersją.

Po zapoznaniu się z instrukcją dotyczącą warsztatu można było przejść do części właściwej, czyli do uzupełniania luk w tekście.

Pierwszą propozycją była pieśń ludowa *Czerwone jabłuszko*, oparta na melodii ludowej z regionu sandomierskiego. Autorem muzyki jest Władysław Melodysta, a autor tekstu pozostaje nieznany. *Czerwone jabłuszko* to popularny kujawiak z charakterystycznym dla tego tańca układem: częściami wolną i szybką, oberkową³. Na tym motywie melodycznym układano pieśni legionowe, kuplety estradowe, a w czasie okupacji „zakazane piosenki”⁴.

Po zapoznaniu się z informacjami na temat utworu należało uzupełnić luki w tekście⁵, a następnie sprawdzić uzupełniony tekst z jego kompletną wersją.

*Czerwone jabłuszko*⁶

Czerwone jabłuszko po stole się toczy,
takie dziewczę kocham, co ma jasne oczy.

3 Zob. M. Wacholc, *Śpiewnik polski*, Warszawa 1991, s. 128.

4 *Czerwone jabłuszko*, Cyfrowa Biblioteka Polskiej Piosenki, [online:] [https://bibliotekapiosenki.pl/utwory/Czerwone_jabluszko_\(Czerwone_jabluszko_po_stole_sie_toczy\)](https://bibliotekapiosenki.pl/utwory/Czerwone_jabluszko_(Czerwone_jabluszko_po_stole_sie_toczy)) [29.06.2021].

5 Wszystkie przywołane w artykule utwory podane są również w wersji do uzupełnienia – jako materiał do wykorzystania w czasie zajęć muzykoterapeutycznych (zob. s. 122–124).

6 *Śpiewnik dla seniora...*, s. 117.

Gęsi za wodą, kaczki za wodą,
uciekaj dziewczyno, bo cię pobodą,
ja ci buzi dam, ty mi buzi dasz,
ja cię nie wydam, ty mnie nie wydasz.
Oberek, obereczek, mazurek, mazureczek,
kujawiak, kujawiaczek, pójdźże, Maryś, ze mną hoc, hoc.

Czerwone jabłuszko, przekrojone na krzyż,
czemu ty, dziewczyno, krzywo ma mnie patrzysz?

Gęsi za wodą, kaczki za wodą,
uciekaj, dziewczyno, bo cię pobodą,
ja ci buzi dam, ty mi buzi dasz,
ja cię nie wydam, ty mnie nie wydasz.
Oberek, obereczek, mazurek, mazureczek,
kujawiak, kujawiaczek, pójdźże, Maryś, ze mną hoc, hoc.

Mówiłaś dziewczyno, żem ci wianek ukradł,
leży on pod ławą, pies się na nim układł.

Gęsi za wodą, kaczki za wodą,
uciekaj, dziewczyno, bo cię pobodą,
ja ci buzi dam, ty mi buzi dasz,
ja cię nie wydam, ty mnie nie wydasz.
Oberek, obereczek, mazurek, mazureczek,
kujawiak, kujawiaczek, pójdźże, Maryś, ze mną hoc, hoc.

Kolejną wykorzystaną pieśnią była *Kołysanka leśna*, prawdopodobnie z przełomu 1942 i 1943 roku. Domniemanym autorem muzyki jest Bronisław Król, a tekstu Stanisław Magierski. Pieśń ta powstała prawdopodobnie w oddziale podporucznika Stanisława Mroza, należącego do 27. Wołyńskiej Dywizji Armii Krajowej. Jeszcze podczas wojny *Kołysanka leśna* zdobyła największą popularność spośród wszystkich pieśni związanych z partyzantką⁷.

Po wysłuchaniu fragmentu muzycznego również należało uzupełnić luki w tekście⁸, następnie zaś sprawdzić uzupełniony tekst z jego kompletną wersją:

*Kołysanka leśna*⁹

Dziś do ciebie przyjść nie mogę,
zaraz idę w nocy mrok,

7 Zob. *Kołysanka leśna*, Śpiewnik Niepodległości – portal polskiej pieśni patriotycznej, [online:] <https://www.spiewnikniepodleglosci.pl/kolysanka-lesna-dzis-do-ciebie-przyjsc-nie-moge/> [29.06.2021]; M. Wacholc, dz. cyt., s. 144.

8 Ćwiczeniową wersję tekstu, z lukami do uzupełniania, zob. na s. 122.

9 *Śpiewnik dla seniora...*, s. 133.

nie wyglądaj za mną oknem,
w mgle utonie próżno wzrok.

Po cóż ci, kochanie, wiedzieć,
że do lasu idę spać,
dłużej tu nie mogę siedzieć,
na mnie czeka leśna brać.

Księżyc zaszedł hen, za lasem,
we wsi gdzieś szczekają psy,
a nie pomyśl sobie czasem,
że do innej tęskno mi.

Kiedy wrócę znów do ciebie,
może w dzień, a może w noc,
dobrze będzie nam jak w niebie,
pocałunków dasz mi moc.

Gdy nie wrócę, niechaj wiosną
rolę moją sieje brat,
kości moje mchem porosną
i użyźnią ziemi szmat.

W pole wyjdź pewnego ranka,
na snop żyta ręce złóż,
i ucałuj, jak kochanka,
ja żyć będę w kłosach zbóż.

Podczas warsztatu zaprezentowano również piosenkę *Tylko we Lwowie*¹⁰, pochodzącą z komedii *Włóczęgi* z udziałem Szczepka (Kazimierz Wajda) i Tońka Tytyłyty (Henryk Vogelfänger). Byli oni bohaterami stałej coniedzielnej audycji rozrywkowej, prowadzonej w gwarze lwowskiej, nadawanej w ramach *Wesołej Lwowskiej Fali*¹¹. Piosenkę skomponował Henryk Wars, a tekst napisał pochodzący ze Lwowa Emanuel Schlechter. Gdy Lwów znalazł się w granicach Związku Radzieckiego, a tysiące Lwowian zostało na emigracji, rozwinął się swego rodzaju kult tego miasta, jako ukochanego i bardzo przyjaznego. Popularność utworu była tak wielka, że powstawały alternatywne wersje tekstu, a emigracyjni poeci dopisywali do niego kolejne zwrotki¹².

10 Ćwiczeniową wersję tekstu, z lukami do uzupełniania, zob. na s. 124.

11 Zob. *Tylko we Lwowie*, Cyfrowa Biblioteka Polskiej Piosenki, [online:] https://bibliotekapiosenki.pl/utwory/Tylko_we_Lwowie [12.07.2021].

12 Zob. *Tylko we Lwowie (1939)*, Stare Kino – portal internetowy, [online:] <https://stare-kino.pl/tylko-we-lwowie-1939-2/> [29.06.2021].

*Tylko we Lwowie*¹³

Bo gdzie jeszcze ludziom
tak dobrze jak tu?
Tylko we Lwowie!
Gdzie śpiewem cię tulą
i budzą ze snu?
Tylko we Lwowie!

I bogacz, i dziad
tu są za pan brat,
i każdy ma uśmiech na twarzy.
A panny to ma
słodziutki ten gród
jak sok, czekolada i miód!

I gdybym się kiedyś
urodzić miał znów,
to tylko we Lwowie!
Bo szkoda gadania,
bo co chcesz, to mów,
nie ma jak Lwów!

Podsumowanie warsztatu

Warsztat z uzupełniania luk w tekście opracowany na podstawie *Śpiewnika dla seniora* stanowi doskonałą metodę muzykoterapeutyczną w wielu obszarach klinicznych. Może być ona stosowana jako wsparcie działań profilaktycznych oraz terapeutycznych. Dobrą praktyką jest, aby przed zaprezentowaniem utworu dokonać krótkiego wprowadzenia, podając informacje na temat danej pieśni tak, aby przybliżyć nieco kontekst jej powstania czy historię jej popularyzacji. W praktyce klinicznej oraz w profilaktyce warto korzystać z proponowanego gotowego narzędzia terapeutycznego, jakim jest śpiewnik wraz z płytami CD. Zastosowanie metody uzupełniania luk w tekście może okazać się cennym wsparciem nie tylko w pracy z seniorami lub osobami chorującymi na zaburzenia otępienne, ale również w innych sytuacjach terapeutycznych oraz w szeroko rozumianej rehabilitacji (np. kardiologicznej czy pulmonologicznej). Wskazane jest również, aby tworzyć autorskie opracowania pieśni z lukami w tekście do uzupełnienia na własne potrzeby – do wykorzystania podczas prowadzenia zajęć muzykoterapeutycznych zarówno z dziećmi czy młodzieżą, jak i z dorosłymi.

¹³ Tamże, s. 123.

Aneks

Teksty w wersji z lukami

*Czerwone jabłuszko*¹⁴

Czerwone po stole się toczy,
 takie kocham, co ma jasne oczy.
 Gęsi za kaczki za wodą,
 uciekaj, bo cię pobodą,
 ja ci buzi dam, ty mi dasz,
 ja cię nie ty mnie nie wydasz.
 Oberek, obereczek, mazureczek,
 kujawiak, pójdźże, Maryś, ze mną hoc, hoc.

Czerwone jabłuszko, na krzyż,
 czemu ty, dziewczyno, krzywo ma mnie?

Gęsi za kaczki za wodą,
 uciekaj, bo cię pobodą,
 ja ci buzi dam, ty mi dasz,
 ja cię nie ty mnie nie wydasz.
 Oberek, obereczek, mazureczek,
 kujawiak, pójdźże, Maryś, ze mną hoc, hoc.

Mówiłaś dziewczyno, żem ci wianek ukradł,
 leży on pod ławą, się na nim układł.

Gęsi za kaczki za wodą,
 uciekaj, bo cię pobodą,
 ja ci buzi dam, ty mi dasz,
 ja cię nie ty mnie nie wydasz.
 Oberek, obereczek, mazureczek,
 kujawiak, pójdźże, Maryś, ze mną hoc, hoc.

¹⁴ Śpiewnik dla seniora..., s. 39.

*Kołysanka leśna*¹⁵

Dziś do przyjść nie mogę,
zaraz idę w nocy
nie wyglądam za mną
w mgłę utonie próżno

Po cóż ci, kochanie, wiedzieć,
że do idę spać,
dłużej tu nie mogę
na mnie leśna brać.

Księżyc zaszedł hen, za lasem,
we wsi gdzieś psy,
a nie pomyśl czasem,
że do tęskno mi.

Kiedy wrócę znów do ciebie,
może w a może w noc,
dobrze będzie jak w niebie,
pocałunków mi moc.

Gdy nie niechaj wiosną
rolę moją sieje brat,
kości moje porosną
i użyźnią ziemi szmat.

W pole wyjdź pewnego
na snop żyta ręce złóż,
i jak kochanka,
ja żyć będę w kłosach zbóż.

¹⁵ Tamże, s. 53.

*Tylko we Lwowie*¹⁶

Bo gdzie jeszcze ludziom
tak jak tu?
Tylko we!
Gdzie śpiewem cię tulą
i ze snu?
Tylko we!

I bogacz, i dziad
tu są za brat,
i każdy ma na twarzy.
A panny to ma
..... ten gród
jak sok, czekolada i!

I gdybym się kiedyś
urodzić znów,
to tylko we!
Bo szkoda,
bo co chcesz, to mów,
nie ma jak!

¹⁶ Tamże, s. 44.

Bibliografia

- Czerwone jabłuszko, Cyfrowa Biblioteka Polskiej Piosenki, [online:] [https://bibliotekapiosenki.pl/utwory/Czerwone_jabluszko_\(Czerwone_jabluszko_po_stole_sie_toczy\)](https://bibliotekapiosenki.pl/utwory/Czerwone_jabluszko_(Czerwone_jabluszko_po_stole_sie_toczy)) [29.06.2021].
- Kołysanka leśna, Śpiewnik Niepodległości – portal polskiej pieśni patriotycznej, [online:] <https://www.spiewnikniepodleglosci.pl/kolysanka-lesna-dzis-do-ciebie-przyjsc-nie-moge/> [29.06.2021].
- Śpiewnik dla seniora. Śpiewnik wspomagający funkcje poznawcze, wybór i oprac. K. Turek, [w serii:] „Biblioteka Nestora”, t. 11, Wrocław 2019.
- Turek Katarzyna, *Rola muzykoterapii w zachowaniu sprawności psychofizycznej u osób starszych*, [w:] E. Trypka i in., *Sprawny umysł. Aktywności wspomagające funkcje poznawcze w wieku senioralnym*, [w serii:] „Biblioteka Nestora”, t. 10, red. A. Pierzchalska i zesp., Wrocław 2018.
- Tylko we Lwowie, Cyfrowa Biblioteka Polskiej Piosenki, [online:] https://bibliotekapiosenki.pl/utwory/Tylko_we_Lwowie [12.07.2021].
- Tylko we Lwowie (1939), Stare Kino – portal internetowy, [online:] <https://stare-kino.pl/tylko-we-lwowie-1939-2/> [29.06.2021].
- Wacholc Maria, *Śpiewnik polski*, Warszawa 1991 (wyd. 3, Kraków 2012).

Streszczenie

Śpiewnik dla seniora. Śpiewnik wspomagający funkcje poznawcze jako narzędzie do pracy terapeutycznej

Muzykoterapeuta może korzystać z całego wachlarza sposobów oddziaływania muzyką, takich jak tworzenie, odtwarzanie, słuchanie muzyki. *Śpiewnik dla seniora* zawierający 50 pieśni do pracy z zastosowaniem metody uzupełniania luk w tekście stanowi doskonałą podstawę działania terapeutycznego. Dzięki niemu można ćwiczyć wybrane funkcje poznawcze zarówno u osób z zaburzeniami otępiennymi, jak i ze zdrowymi seniorami w formie profilaktyki. Dodatkowo, płyty CD z nagranyymi pieśniami dostosowanymi i wykonanymi na potrzeby *Śpiewnika* tworzą razem z nim kompletne narzędzie terapeutyczne gotowe do użycia zarówno w domu seniora, jak i w specjalistycznych ośrodkach, np. w dziennych lub stacjonarnych domach pomocy, na oddziałach rehabilitacyjnych, psychiatrycznych czy onkologicznych. Artykuł opisuje warsztat dotyczący zastosowania wybranych pieśni ze *Śpiewnika dla seniora* i pracy metodą uzupełniania luk w tekście.

Słowa kluczowe: muzykoterapia, śpiewnik dla seniora, uzupełnianie luk w tekście

Summary

Śpiewnik dla seniora. Śpiewnik wspomagający funkcje poznawcze [Songbook for seniors. A cognitive support songbook] as a tool for therapeutic work

A music therapist can use a whole range of music interventions, such as creating, playing, or listening to music. *Śpiewnik dla seniora* containing 50 songs to be worked on with the gap-filling method is an excellent basis for therapeutic activity. It can be used to exercise selected cognitive functions both with people with dementia and with healthy seniors as a preventive measure. Together with the accompanying CDs containing adapted and recorded songs, the songbook forms a complete therapeutic tool to be employed with seniors at their homes as well as in specialised centres, for example in day or in-patient care homes, rehabilitation, psychiatric, or oncology wards. The article describes a workshop demonstrating therapeutic work based on selected songs from the songbook and the use of the fill-in-the-blanks method.

Keywords: music therapy, songbook for seniors, gap-filling

• **Katarzyna Turek** •

Doktor nauk o kulturze fizycznej, magister sztuki, muzykoterapeuta, muzyk. Pracuje jako adiunkt w Zakładzie Muzykoterapii. Pracuje również jako konsultant muzykoterapii w Dziennym Domu Pomocy „Na Ciepłej” Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej we Wrocławiu. Redaktor naukowy serii „Dźwięk – Muzyka – Terapia” wydawanej przez Akademię Muzyczną im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Członek Polskiego Stowarzyszenia Muzykoterapeutów i koordynator Uczelniany Dolnośląskiego Festiwalu Nauki AMKL. Jest autorką i współautorką publikacji naukowych z zakresu muzykoterapii w obszarze psychogeriatry, chorób neurodegeneracyjnych, onkologii i neonatologii. Współpracuje z ośrodkami działającymi na rzecz promowania terapii przez sztukę oraz bierze czynny udział w programach wspierających osoby dotknięte różnymi chorobami. Uczestniczy w konferencjach o tematyce muzykoterapeutycznej, psychogeriatrycznej, psychiatrycznej, onkologicznej i rehabilitacyjnej. Współpracuje z Akademią Wychowania Fizycznego im. Polskich Olimpijczyków we Wrocławiu, Uniwersytetem Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Akademią Muzyczną im. Karola Szymanowskiego w Katowicach oraz Narodowym Forum Muzyki.

• **Wiktoria Łukowicz** •

Absolwentka Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu w zakresie muzykoterapia oraz studentka Studium Musicalowego Capitol we Wrocławiu. Od 2017 roku jest instruktorem zajęć musicalowych w Młodzieżowej Akademii Musicalowej. Aktywnie uczestniczy w życiu kulturalnym swojego miasta – Wrocławia. Regularnie bierze udział w spektaklach muzycznych oraz koncertach, m.in.: *Trzej Muszkieterowie*, reż. Konrad Imiela (śpiew off); *Prometeusz*, reż. Kamil J. Przyboś (chór); *Gala Światowych Musicali III. Duety*, reż. Konrad Imiela (chór); *A statek płynie*, reż. Wojciech Kościelniak (zespół sceniczny); *Pinokio*, reż. Kamil J. Przyboś (zespół sceniczny).

W 2021 roku nagrała płytę *Śpiewamy dla Michała* (Katarzyna Łuczak, muz. Grzegorz Rdzak). Współpracowała m. in. z Narodowym Forum Muzyki, Wrocławskim Centrum Rozwoju Społecznego, Orkiestrą Kameralną Silesian Art Collective pod batutą Mateusza Walacha oraz Dolnośląskim Towarzystwem Muzycznym. W 2023 roku zaangażowana w projekt *Otul siebie* we wrocławskim Przylądku Nadziei, gdzie pełniła rolę muzykoterapeuty. Półfinalistka Konkursu Aktorskiej Interpretacji Piosenki podczas 44. Przeglądu Piosenki Aktorskiej. Autorka artykułu pt.: *Synteza sztuk jako droga do uwalniania głosu oraz warsztatu Budowanie jedności w grupie (wielokulturowej) z wykorzystaniem formy musicalu*. Do jednego ze swoich większych sukcesów zalicza udział w koncercie zorganizowanym z okazji przyjazdu do Polski Dalajłamy XIV.



Muzykoterapia w leczeniu weteranów wojennych cierpiących na zespół stresu pourazowego¹

Wstęp

Doświadczenie zespołu stresu pourazowego (ang. *post-traumatic stress disorder* – PTSD) niewątpliwie odmieńa dotychczasowe życie i funkcjonowanie osoby cierpiącej na to zaburzenie. Według kryteriów diagnostycznych (DSM-V) PTSD należy do kategorii zaburzeń traumatycznych i związanych ze stresem. Rozpoznaje się je m.in. wtedy, gdy osoba była świadkiem zdarzenia, w którym ktoś poniósł śmierć, gdy jej życie było zagrożone lub gdy doświadczyła poważnego zranienia bądź przemocy seksualnej. Bez wątpienia

¹ Artykuł powstał na podstawie treści zgromadzonych w ramach tworzenia pracy licencjackiej autorki: A. Sochacka, *Wykorzystanie muzykoterapii w leczeniu weteranów wojennych cierpiących na zespół stresu pourazowego*, praca licencjacka, Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, 2018, oraz badań pilotażowych opisanych w pracach: M. Bensimon, D. Amir, Y. Wolf, *Drumming Through Trauma: Music Therapy with Post-Traumatic Soldiers*, „The Arts in Psychotherapy” 2008, Vol. 35, No. 1, s. 34–48; tychże, *A Pendulum Between Trauma and Life: Group Music Therapy with Post-Traumatized Soldiers*, „The Arts in Psychotherapy” 2012, Vol. 39, No. 4, s. 223–233. Tłum. cytatów przytoczonych w artykule A.S.

na tego rodzaju przeżycia narażeni są szczególnie pracownicy służb takich jak policja, straż pożarna, wojsko oraz ratownictwo medyczne. Objawy, które utrudniają funkcjonowanie przedstawicieli wymienionych służb, to przede wszystkim częste reminiscencje, unikanie pewnych miejsc i osób, również bliskich, zwiększone pobudzenie psychoruchowe, trudności w zakresie koncentracji uwagi, problemy związane z bezsennością, nadmierną czujnością i agresją, a w końcu ogólny brak poczucia bezpieczeństwa. Muzykoterapia oddziałuje na człowieka w sposób holistyczny, dlatego też może mieć duże znaczenie w zmniejszaniu objawów PTSD u weteranów wojennych.

Techniki muzykoterapeutyczne stosowane w PTSD

Na zespół stresu pourazowego składa się wiele objawów, które można eliminować bądź redukować przez muzykoterapię, wykorzystując odpowiednie metody i techniki.

Stosowanie improwizacji grupowej wpływa na zmniejszenie objawu, jakim jest unikanie. Pacjent unika miejsc, ludzi i innych bodźców, które przypominają mu zdarzenie traumatyczne. Maria Sorensen podkreśla, że objaw ten obejmuje również „unikanie emocji lub sparaliżowanie [numbing]”². Dzięki uczestniczeniu w terapii grupowej pacjent staje się członkiem pewnej zbiorowości, nie izoluje się od społeczeństwa. Improwizacja na instrumencie pozwala natomiast wyrazić prawdziwe, głęboko odczuwane emocje. Autorka podaje również, że „Umiejętność wyrażania uczuć przez muzykę może rozwiązać problem bariery emocjonalnego dystansu i ograniczonego afektu”³.

Elementem stosowanym w terapii może być także ćwiczenie „tolerowania cichy i głośnych dźwięków”⁴. To ważne, ponieważ jednym z objawów omawianego zaburzenia jest wzmożone pobudzenie, które „obejmuje słabą koncentrację, przesadną reakcję przestraszenia, agresję, drażliwość, bezsenność i nadmierną czujność”⁵. Dzięki muzykoterapii prowadzonej „w bezpiecznym i przewidywalnym środowisku głośne dźwięki mogą potencjalnie znieczulić [desensitize]” pacjenta⁶.

2 M. Sorensen, *The Neurology of Music for Post-Traumatic-Stress Disorder Treatment: A Theoretical Approach for Social Work Implications*, Master of Social Work Clinical Research Papers, St Catherine University, 2015, s. 66, [online:] https://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1526&context=msw_papers [20.06.2021].

3 Tamże.

4 Tamże.

5 Tamże.

6 Tamże, s. 66–67.

Podczas wspomnianej już improwizacji wzrasta zaś koncentracja uwagi, gdyż pacjent celowo skupia się na dźwiękach, które tworzy.

W regulacji pobudzenia bardzo pomocna jest muzyka relaksacyjna. Większość pacjentów wybiera muzykę „przewidywalną, wolną, z równym rytmem i używa standardowych instrumentów”⁷. W ten sposób weteran cierpiący na traumę może poczuć się bezpiecznie, uspokaja się, doświadcza zmniejszenia napięcia mięśniowego, a jego puls zostaje ustabilizowany.

Kolejną techniką wykorzystywaną w leczeniu PTSD jest gra na instrumentach perkusyjnych. Weteran wojenny dotknięty traumą często albo tłumi swoją złość i gniew, albo wyładowuje je na innych. Oba warianty są niekorzystne. Tłumienie negatywnych uczuć prowadzi do dalszego zamykania się w sobie, ale też do powstania dodatkowych zaburzeń, takich jak depresja. Wyładowywanie emocji na innych może z kolei skutkować izolowaniem się społeczeństwa od dotkniętego chorobą człowieka. Z pomocą przychodzi muzykoterapia. Badania Sorensen wykazały, że „granie na instrumentach perkusyjnych jest najskuteczniejszym sposobem wyrażania gniewu”⁸. Mosh Bensimon, Dorit Amir oraz Yuval Wolf stwierdzili natomiast, że głośne granie w grupie „dało uczestnikom poczucie ulgi, satysfakcji i wzmocnienia. Uczestnicy opisali je jako »wyładowanie wściekłości«”⁹. Gra na perkusji przynosi również wiele innych korzyści, takich jak aktywizowanie, ośmielanie, a także buduje poczucie bezpieczeństwa i więź między uczestnikami terapii.

W leczeniu PTSD stosuje się muzykę także jako terapię narracyjną. Polega ona na komponowaniu, improwizowaniu i pisaniu piosenek „w celu sformułowania narracji o przeżyciach traumatycznych i autobiograficznych”¹⁰. Technika ta umożliwi zrozumienie i nazwanie swoich doświadczeń dzięki spojrzeniu na nie z innej perspektywy. Jej terapeutyczny walor wiąże się z „udzielaniem klientowi mocy i kontroli nad traumą”¹¹, gdyż to on tworzy muzykę i słowa, które w adekwatny sposób wyrażą doświadczany przez niego ból.

Muzykoterapia odgrywa niebagatelną rolę w przywracaniu do zdrowia osoby, która została dotknięta PTSD. Ma wpływ na symptomy w sferze społecznej, ale również psychicznej i fizycznej. Pozwala na przebywanie z innymi ludźmi, co wiąże się z budowaniem relacji i chroni przed izolacją społeczną oraz wykluczeniem. Wpływa na uspokojenie, przywrócenie odpowiedniego pulsu i zmniejszenie napięcia mięśniowego. Przyczynia się również do redukcji negatywnych emocji, a także daje poczucie bezpieczeństwa oraz możliwość wyrażania siebie w sposób niewerbalny, co jest szczególnie ważne na początku terapii.

7 Tamże, s. 67.

8 Tamże.

9 Tamże, s. 68.

10 Tamże.

11 Tamże, s. 69.

Przykładowe badania dotyczące wykorzystania muzykoterapii w leczeniu weteranów wojennych cierpiących na PTSD¹²

Badań dotyczących wykorzystania muzykoterapii w leczeniu weteranów wojennych cierpiących na PTSD jest bardzo mało. Większość literatury opiera się na zwykłych obserwacjach lub przypuszczeniach, w jaki sposób muzyka mogłaby wspomagać rekonwalescencję żołnierzy.

Wspomniani już Bensimon, Amir oraz Wolf podjęli się badań w tym zakresie i opisali „znaczenie grupowej gry na bębnach dla młodych mężczyzn, którzy cierpią na PTSD”¹³, oraz skuteczność grupowej muzykoterapii (ang. *group music therapy – GMT*) w zmniejszeniu objawów PTSD.

W pierwszym badaniu uczestniczyło dziewięciu mężczyzn w wieku 20–30 lat, u których zdiagnozowano PTSD w związku z traumatycznymi doświadczeniami w trakcie służby wojskowej¹⁴. Zajęcia odbywały się w Military Unit for Combat Stress Reactions. Żołnierze wraz z terapeutą siedzieli w kręgu, a na środku umieszczone były instrumenty, m.in. bęben kielichowy, para drewnianych, miedzianych bądź glinianych kociołków, bęben indyjski, bęben podłogowy, dwa bębny afrykańskie (*djembe*) oraz inne instrumenty melodyczne i harmoniczne, w tym dęte. Na koniec każdej sesji odbywał się około 15-minutowy relaks (polegający na słuchaniu muzyki relaksacyjnej). Czas trwania terapii obejmował szesnaście 90-minutowych spotkań¹⁵.

Sesje były nagrywane w celu późniejszego przestudiowania zajęć, wyciągnięcia wniosków oraz przeprowadzenia dokładnych badań zarówno jakościowych, jak i ilościowych, np. odnotowania czasu trwania gry na konkretnym instrumencie przez poszczególnych uczestników. Po przeanalizowaniu danych materiał został podzielony na pięć faz. Każda z nich zawierała trzy sesje (z wyjątkiem pierwszej fazy, która obejmowała cztery sesje)¹⁶. Wyniki badań wykazały, że uczestnicy znacznie więcej czasu poświęcili na granie na bębnach niż na innych dostępnych instrumentach (zob. rysunek 1).

Wnioski z tych badań podzielono na cztery kategorie:

- spójność grupy,
- związki z traumą,
- wściekłość i ulga,
- rytmiczna kategoryzacja.

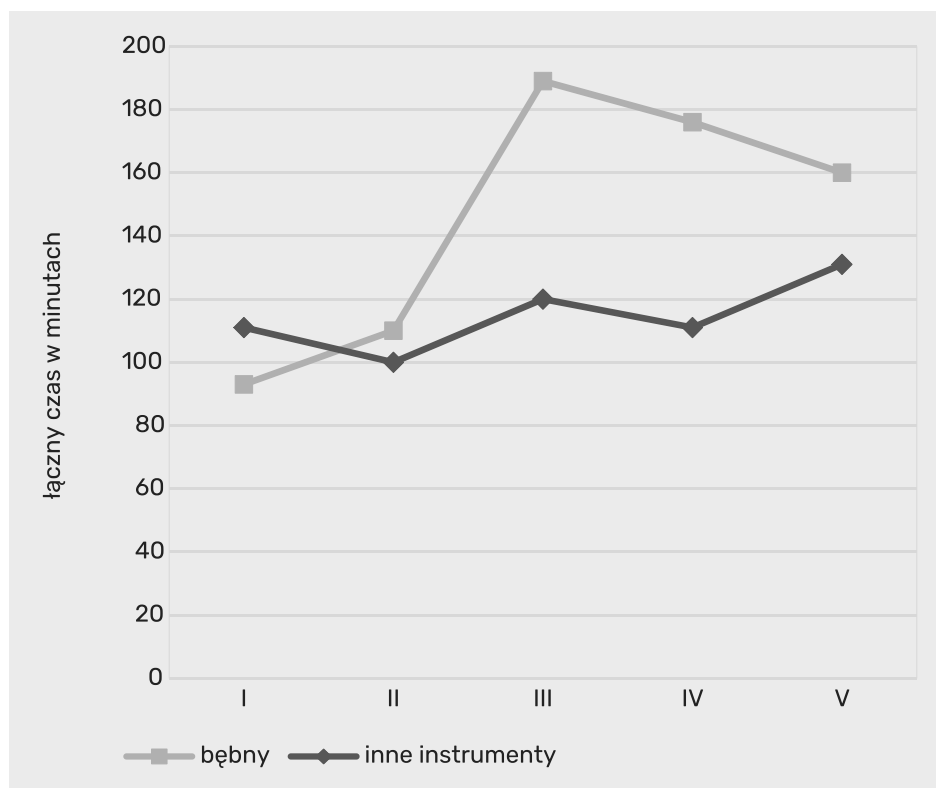
12 Badania omówiono na podstawie publikacji: M. Bensimon, D. Amir, Y. Wolf, *A Pendulum...* oraz tychże, *Drumming Through Trauma...*

13 M. Bensimon, D. Amir, Y. Wolf, *Drumming Through Trauma...*, s. 36.

14 Zob. tamże.

15 Zob. tamże, s. 37.

16 Zob. tamże.



Rysunek 1 Łączny czas (w minutach) gry na bębnach w porównaniu z czasem gry na innych instrumentach. Na podstawie: M. Bensimon, D. Amir, Y. Wolf, *Drumming Through Trauma: Music Therapy with Post-Traumatic Soldiers*, „The Arts in Psychotherapy”, 2008, Vol. 35, No. 1, s. 38

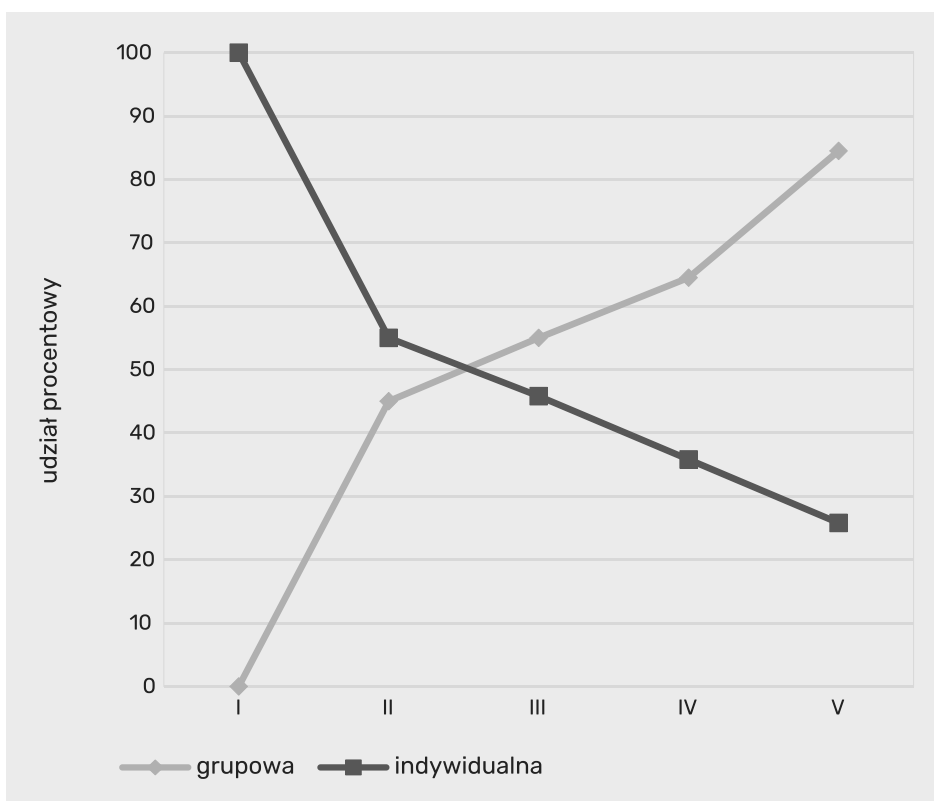
W ramach pierwszej kategorii – spójności grupy – badania wykazały, że grupowa muzykoterapia oparta na wspólnym graniu na perkusji sprzyja „poczuciu otwartości, wspólnoty, dzieleniu się, bliskości, więzi i intymności”¹⁷, o czym mówili uczestnicy w indywidualnych wywiadach przeprowadzanych na koniec całego procesu terapeutycznego. Jeden z żołnierzy stwierdził, że czuł otwartość grupy, dzięki której mógł swobodnie dyskutować o wszystkim. Autorzy przytaczają słowa żołnierza z wywiadu indywidualnego:

Jeśli chodzi o mówienie o sprawach osobistych, to jest to możliwe tylko dzięki grupie perkusyjnej, która pozwoliła się nam otworzyć. Pozwoliła nam się zbliżyć do siebie, kiedy zaczęliśmy uderzać w bębny. Naprawdę poczułem połączenie z resztą grupy. To jest jak współpraca. Jeśli jest jakiś instrument, który ułatwia zbliżenie się, to są nim bębny¹⁸.

¹⁷ Tamże, s. 38.

¹⁸ Tamże.

Na rysunku 2 przedstawiono stosunek gry indywidualnej na bębnach do gry grupowej, przy czym autorzy tłumaczą, że w tym drugim wypadku chodzi o granie minimum dwóch uczestników w tym samym rytmie. Pacjenci grali w taki sposób, że gdy któryś z nich zaczął wybijać swój rytm, inny uczestnik (lub kilku) dołączał do niego, grając to samo. „Grupowe bębnienie wzrastało konsekwentnie w miarę postępu leczenia, podczas gdy indywidualne bębnienie odpowiednio się zmniejszało”¹⁹.



Rysunek 2 | Gra grupowa a gra indywidualna. Na podstawie: M. Bensimon, D. Amir, Y. Wolf, *Drumming Through Trauma...*, s. 39

W odniesieniu do drugiej kategorii – związków z traumą – odkryto, że gra na bębnach przywołuje przerażające skojarzenia związane z traumą, wojną, pościgiem i lataniem. Uczestnicy tak opisywali swoje wrażenia po grze:

Może... Może bęben... bom bom bom bom bom potrafi przypomnieć o traumie..., ponieważ hałas mnie stresuje. [...] Członkowie grupy grali na bębnach pod

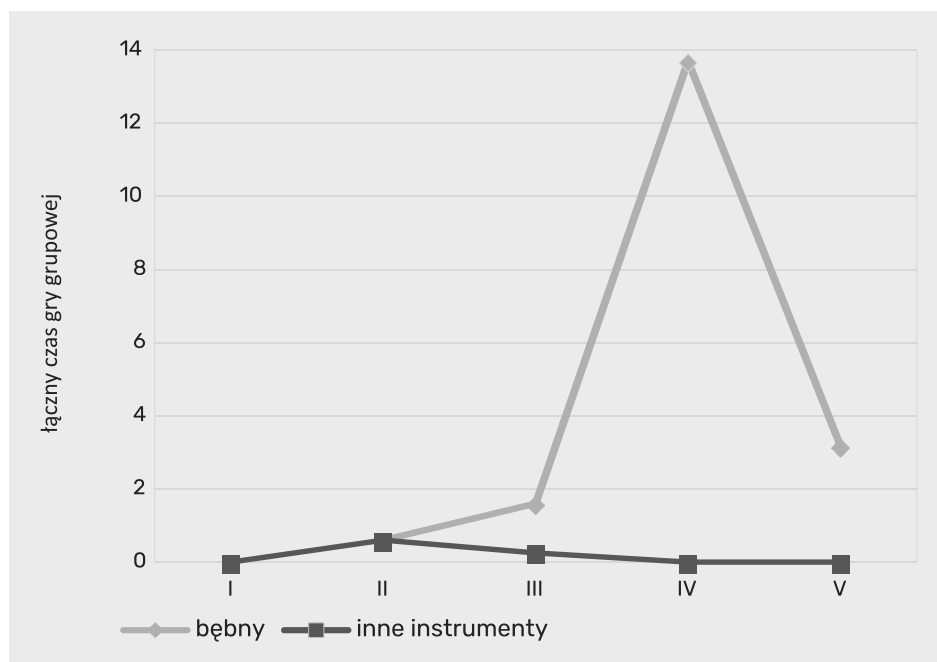
¹⁹ Tamże.

kierownictwem uczestnika B. Po grze uczestnik B powiedział: „Przypomniało mi to dokładnie chaos, jaki tam panował”. Inny uczestnik – C – stwierdził: „To było przerażające, przypomniało mi to o wojnie” (podczas sesji czwartej)²⁰.

W kolejnej kategorii – wściekłości i ulgi – ważną kwestią był fakt, że gra na bębnach pozwoliła pacjentom dać upust swojej wściekłości z tego względu, że można było grać na nich bardzo głośno (*forte fortissimo*). Autorzy przytaczają słowa jednego z uczestników:

Bębny mogą być dla nas atrakcyjne, ponieważ trzeba w nie uderzać. To wyzwala cały gniew! Kiedy w coś uderzasz, bijesz to. Nie robisz tego delikatnie, tylko z temperamentem. Myślę, że to właśnie sprawia, że bębnienie jest dla nas tak atrakcyjne (podczas sesji dziewiątej)²¹.

Rysunek 3 przedstawia, jak długo uczestnicy grali w dynamice *forte fortissimo* na bębnach w porównaniu do innych instrumentów.



Rysunek 3 Łączny czas (w minutach) grania grupowego w bardzo głośnej dynamice (*fff*) przy podziale instrumentów na dwie kategorie – bębny i wszystkie inne instrumenty. Na podstawie: M. Bensimon, D. Amir, Y. Wolf, *Drumming Through Trauma...*, s. 40

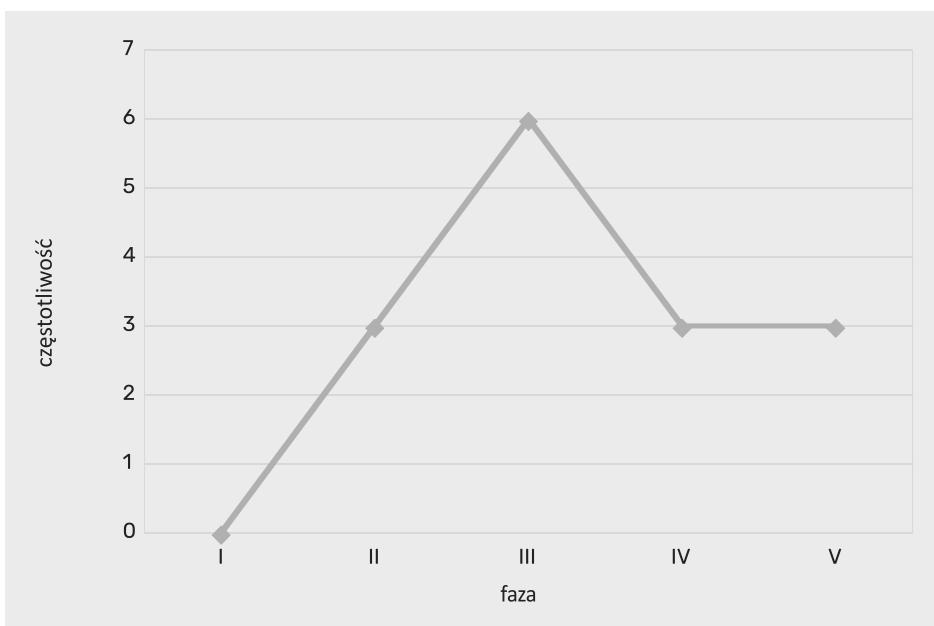
²⁰ Tamże, s. 39.

²¹ Tamże, s. 40.

Jeśli natomiast chodzi o odczuwanie ulgi, to głośne granie na bębnach sprawiło również, że uczestnikom udało się zredukować napięcie. Jeden z pacjentów podczas wywiadu po zakończeniu wszystkich sesji powiedział:

Możliwe, że pociąga nas perkusja, ponieważ kiedy grasz mocno, pozbywasz się wszystkich nerwów! Grupowe granie na bębnach jest także formą ulgi, która wyzwala napięcie. Bijesz w bęben jak szalony i rozładowujesz mnóstwo energii. Robisz hałas, a potem czujesz ulgę. To prawdziwe uczucie i wpłynęło na mnie pozytywnie. Rozpocząłem weekend z większą mocą!²²

Faza trzecia przynosi najwięcej zgłaszanych spontanicznie przypadków odczucia ulgi podczas grupowego grania na bębnach w dynamice *forte fortissimo* (zob. rysunek 4).



Rysunek 4 Częstotliwość spontanicznego zgłaszania uczucia ulgi w kontekście grupowego grania na bębnach w dynamice *forte fortissimo*. Na podstawie: M. Bensimon, D. Amir, Y. Wolf, *Drumming Through Trauma...*, s. 41

W ramach czwartej kategorii – kategoryzacji rytmicznej – autorzy badań rozróżniają dwa typy wzorów rytmicznych, tj. rytmy podstawowe oraz złożone (zob. rysunki 5 i 6).

²² Tamże, s. 41.



Rysunek 5 | Podstawowe wzory rytmiczne. Na podstawie: M. Bensimon, D. Amir, Y. Wolf, *Drumming Through Trauma...*, s. 42



Rysunek 6 | Złożone wzory rytmiczne. Na podstawie: M. Bensimon, D. Amir, Y. Wolf, *Drumming Through Trauma...*, s. 42

Po analizie całego procesu terapeutycznego można dostrzec (zob. rysunek 7, s. 136), że

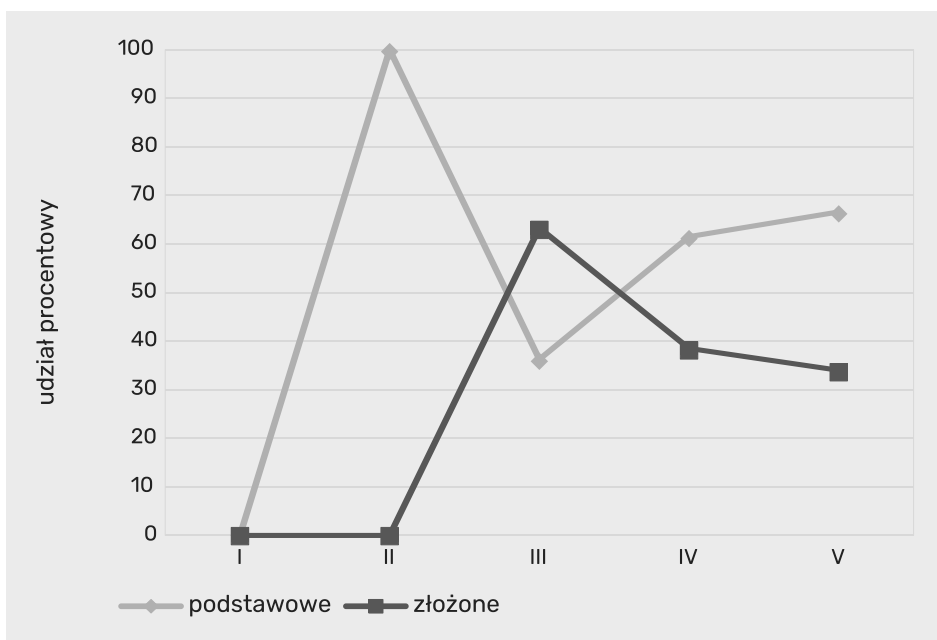
w fazie drugiej uczestnicy grali tylko podstawowe wzory rytmiczne, podczas gdy w fazie trzeciej udokumentowano znaczące wykorzystanie złożonych wzorów. Fazy czwarta i piąta pokazują umiarkowane miary obu zmiennych²³.

Rysunek 8 (s. 136) pokazuje natomiast

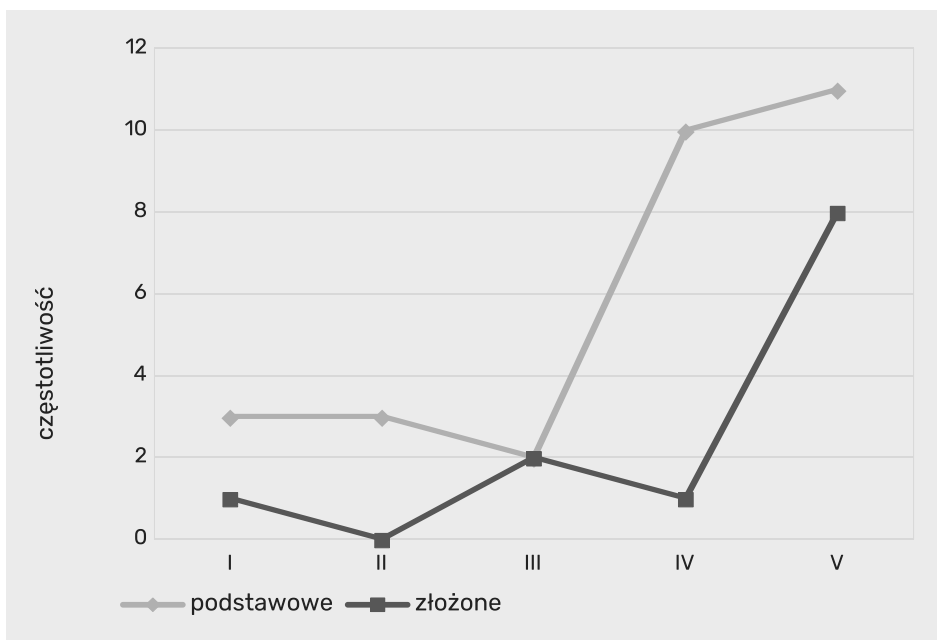
analizę częstotliwości wzorów rytmicznych, które zostały wykonane po rozmowie dotyczącej problemu traumatycznego. [...] fazy pierwsza, druga i trzecia nie charakteryzują się wysoką częstością występowania wzorów rytmicznych żadnego typu, faza czwarta wyróżnia się natomiast wysoką częstotliwością wzorów podstawowych, a faza piąta również wzorów złożonych²⁴.

²³ Tamże, s. 42.

²⁴ Tamże.



Rysunek 7 Wykaz procentowy udziału podstawowych oraz złożonych ugrupowań rytmicznych. Na podstawie: M. Bensimon, D. Amir, Y. Wolf, *Drumming Through Trauma...*, s. 42



Rysunek 8 Częstotliwość występowania podstawowych i złożonych ugrupowań rytmicznych odnotowane po rozmowie dotyczącej traumatycznego problemu. Na podstawie: M. Bensimon, D. Amir, Y. Wolf, *Drumming Through Trauma...*, s. 43

Autorzy badań analizowali cztery istotne elementy procesu terapeutycznego²⁵:

- poczucie samotności *versus* poczucie wspólnoty,
- przywracanie traumatycznych wspomnień w mniej „zaskakujący” i negatywny sposób,
- wyzwalamie wściekłości przez grę na bębnach,
- ponowne odczucie sprawstwa i kontroli.

Pierwszy z wymienionych elementów wiąże się z jednym z objawów PTSD, jakim jest izolacja od innych osób. Muzykoterapia grupowa sprzyja poczuciu przynależności do społeczeństwa, zmniejszając prawdopodobieństwo odseparowania się od innych. „Spójność grupowa może być łatwo wzmocniona przez muzykę. Wyraźny rytm muzyczny jest szybko podchwytywany przez ludzi, którzy zaczynają np. kiwać głową lub rytmicznie tupać nogami”²⁶.

W omawianym wypadku ową spójność pozwoliło osiągnąć wspólne granie na bębnach. Powtarzalność rytmu sprawiła, że uczestnicy łączyli się fizycznie, emocjonalnie i mentalnie. „Wiele modeli etapów rozwojowych terapii grupowej zakłada, że w pierwszych etapach u grupy dominują uczucia niepewności i braku bezpieczeństwa. [...] Zaufanie osiąga się dopiero w późniejszych fazach leczenia”²⁷ (zob. rysunek 2, s. 132).

Na początku uczestnicy grali oddzielnie, prawdopodobnie dlatego, że się nie znali i czuli się niepewnie, dopiero w późniejszych fazach udział grania grupowego wzrastał, do tego stopnia, że w fazie piątej wszyscy grali wspólnie, co świadczy o wzmocnieniu zaufania wobec innych osób w grupie i o poczuciu bezpieczeństwa.

Jeśli chodzi o kolejny z analizowanych elementów – powrót do traumatycznych wspomnień w mniej negatywny sposób – należy zauważyć, że zdarzenia traumatyczne mają wpływ na słuch, muzyka z kolei oddziałuje właśnie na ten zmysł i pozwala wyrazić swoje emocje niewerbalnie. Badania wykazały, że dźwięki bębnów przypominały żołnierzom o wydarzeniach związanych z traumą, ale w miarę leczenia skojarzenia te stawały się słabsze i uczestnicy radzili sobie z nimi coraz lepiej, zwracając na nie coraz mniejszą uwagę. Wiąże się to z habituacją – stopniowym zmniejszaniem się reakcji na powtarzający się bodziec. Granie na bębnach pomogło uczestnikom skonfrontować się z traumatycznymi przeżyciami, a będąc w grupie, czuli wsparcie i zrozumienie²⁸.

W odniesieniu do wyzwalamia wściekłości autorzy badań podkreślają, że „Intensywne granie na bębnach jest często stosowane w muzykoterapii osób cierpiących na PTSD”²⁹. Tego typu gra wymaga długich i intensywnych ruchów ramion, a dzięki graniu za pomocą pałeczek odczuwa się również

25 Zob. tamże, s. 43.

26 Tamże.

27 Tamże.

28 Zob. tamże, s. 44.

29 Tamże.

przepluwające przez ciało wibracje, które mogą zwiększać jego świadomość, to zaś pomaga w uwolnieniu emocji. Badanie wykazało, że głośnie granie na bębnach najpierw pozwoliło żołnierzom dać ujście swojej wściekłości, a następnie przyniosło uczucie ulgi i zadowolenia.

Analizując ostatni badany element procesu terapeutycznego – ponowne odczucie sprawstwa i kontroli – autorzy zauważają, że traumatyczne przeżycia mogą przyczyniać się do poczucia bezradności, „dlatego głównym celem terapeutycznym jest odzyskanie kontroli nad sobą”³⁰.

Burt pracujący z weteranami z Wietnamu zauważył, że członkowie grupy nauczyli się kontrolować swoje uczucia przez kontrolowanie rytmu, dynamiki i tempa podczas gry na bębnach. Gdy przejęli kontrolę nad bębnami, to w zasadzie przejęli kontrolę nad sobą³¹.

Omawiane badanie pokazuje zmiany w zachowaniu i samopoczuciu pacjentów. Na początku uczestnicy grali podstawowe wzory rytmiczne, które mogły im dawać poczucie kontroli. Z biegiem czasu zaczęli wykonywać coraz bardziej złożone rytmy, co może wskazywać na wzrost pewności siebie. Dodatkowo im trudniejsze wzory, tym więcej wymagały koncentracji i koordynacji ruchów. Uczestnicy próbowali grać owe złożone ugrupowania rytmiczne nawet po trudnych rozmowach na temat wydarzeń traumatycznych, ich pewność siebie zatem znacząco wzrosła.

Bensimon, Amir i Wolf podkreślają, że konieczne są dalsze badania, ponieważ to przez nich opisane nie wolne od wad, takich jak choćby fakt, iż przeprowadzone zostało tylko na jednej grupie osób, więc jego wyników nie można porównać z wynikami innej grupy. Zaletą jest jednak to, że grupa została dokładnie przebadana. Autorzy zaznaczają też, że weterani wojenni mogą szukać pomocy w muzykoterapii, gdyż terapia ta, jak pokazują ich badania, jest skuteczna w zmniejszaniu niektórych objawów.

Drugie przeprowadzone przez autorów badanie dotyczyło skuteczności grupowej muzykoterapii w redukowaniu objawów PTSD u żołnierzy. Przebiegało ono według podobnych procedur jak poprzednie, z tym że po czterech sesjach z grupy badawczej zrezygnowało czterech żołnierzy. Badanie podzielono na cztery fazy. Każda z nich składała się z czterech sesji, jedynie ostatnia faza obejmowała trzy sesje. Pierwsza faza nie została poddana analizie z uwagi na odmienną strukturę (kierował nią terapeuta, który wprowadzał poszczególne instrumenty przez działania muzyczne, podczas gdy w wypadku pozostałych sesji działania muzyczne i werbalne były spontaniczne). Wyniki „opierają się na analizach jakościowych i ilościowych. Analiza jakościowa

³⁰ Tamże, s. 45.

³¹ Tamże.

ujawniła dwie kategorie: aspekt muzyczno-werbalny oraz aspekt werbalny. [...] Wyniki ilościowe dotyczą kierunków i tendencji, które rozwinęły się w trakcie procesu terapeutycznego³².

Na aspekt muzyczno-werbalny składały się następujące działania:

- improwizowanie traumy,
- odróżnianie „dobrych” i „złych” brzmień oraz instrumentów,
- wyzwalanie wściekłości przez grę na bębnach,
- słuchanie muzyki relaksacyjnej.

Pierwszym podjętym działaniem było improwizowanie traumy. „Podczas fazy pierwszej muzykoterapeuta zasugerował, aby uchwycić traumę w dźwiękach”³³. Jeden z uczestników opisał swoje traumatyczne wspomnienie w chronologiczny sposób. Terapeuta poprosił go, aby wybrał instrumenty, których dźwięk przychodzi mu na myśl to wydarzenie, i zapytał, czy zgadza się, aby inni uczestnicy zagraли na wybranych przez niego instrumentach. Pacjent zgodził się i każdemu uczestnikowi dał wskazówki, jak grać na danym instrumencie, w jakiej dynamice i jak długo. Po zakończeniu improwizacji opisał swoje odczucia, podzielił się myślami oraz miał możliwość jeszcze raz, lecz w sposób dokładniejszy, zaimprovizować swoje traumatyczne doświadczenie. Uczestnik tak skomentował to ćwiczenie:

Kiedy przyszliśmy tutaj po raz pierwszy, opowiedziałem grupie swoją historię, ale w sposób automatyczny, techniczny, bez żadnych uczuć. [...] To tak, jakby istniała bariera między osobą, do której mówię, a mną. Ale kiedy grupa grała dla mnie [traumatyczne] wydarzenia, było zupełnie inaczej! Poczulem, że oni mogą mnie naprawdę zrozumieć, ponieważ biorą udział w moim doświadczeniu przez granie moich dźwięków i to pozwala mi na pełniejsze odczucie związku z wydarzeniem oraz z grupą (podczas sesji czwartej)³⁴.

Należy podkreślić, że uczestnicy biorący udział w improwizacjach przeżytych przez siebie wydarzeń mogli w każdej chwili je przerwać, jeśli doświadczenie to stawało się zbyt intensywne.

Drugim działaniem było rozróżnianie „dobrych” i „złych” brzmień. Podczas fazy trzeciej uczestnicy podzielili instrumenty na drewniane oraz metalowe. Do drewnianych należały: didgeridoo, fletnia pana, kij deszczowy, marakasy, ksylofon, efekt domina (ang. *domino effect*). Reprezentowały one łagodność i relaks. Wśród metalowych znalazły się natomiast: dzwonki agogo, dzwonki tybetańskie, misy tybetańskie i trójkąt – te z kolei reprezentowały traumę, obrażenia i zniszczenia. Żołnierze opisywali swoje wrażenia następująco:

³² M. Bensimon, D. Amir, Y. Wolf, *A Pendulum...*, s. 225.

³³ Tamże.

³⁴ Tamże.

Metal ma rażący dźwięk, zbyt ciężki. [...] On niszczy! Jest twardszy od mięsa. [...] To coś, co rani, niszczy. Drewno jest dużo łagodniejsze, jest organizmem. Jest jak ja. [...] Drewniane instrumenty wytwarzają o wiele bardziej kojące dźwięki, bardziej relaksujące. Nie mogą znieść tych metalowych instrumentów. Doprowadzają mnie do szału!³⁵

Instrumenty metalowe są często używane do wzmocnienia skojarzeń, wspomnień, doznań oraz uczuć (ang. *associations, memories, sensations, feelings* – AMSF) związanych z traumą, takich jak napięcie, odgłosy rozdarcia, rany, zniszczenia, alarmy, izolacja społeczna, bóle głowy, broń. Te drewniane wzbudzają zaś pozytywne AMSF – związane z przyjemnością, relaksem, samozadowoleniem, naturą, radością, śmiechem. Terapeuta przeprowadził rozmowę z uczestnikami na temat różnic między instrumentami drewnianymi a metalowymi i postanowiono wywołać efekt AMSF związany z traumą tylko za pomocą instrumentów metalowych. Autorzy przytaczają przykład z sesji trzynastej, podczas której dwóch uczestników grało na misie tybetańskiej i na trójkącie, a terapeuta na dzwoneczkach tybetańskich. Improwizacja ustabilizowała się dopiero w taktach 4, kiedy pojawiły się wyraźnie powtarzające się rytmy. Analizując rysunek 9, można zauważyć, że do taktu 12 rytm opierał się na wzorze podstawowym, dopiero od tego taktu terapeuta wprowadził ósemki, które później jeden z uczestników włączył do swojej improwizacji na misie tybetańskiej, co widać w taktach 17, 19, 23, 24, a następnie drugi uczestnik grający na trójkącie – w taktach 21, 22, 24. Po improwizacji żołnierz grający na misie tybetańskiej powiedział, że trójkąt przypomniał mu o szumie w uszach, którego doświadczał przez wiele tygodni po wybuchu spowodowanym przez zamachowca-samobójcę, misa tybetańska kojarzyła mu się natomiast z bólem głowy wywołanym eksplozją.

Kolejne działanie muzyczno-werbalne polegało na graniu na bębnach w celu wywołania uczucia wściekłości. Uzyskane wyniki były dokładnie takie same jak w opisanym już pierwszym badaniu autorów. Granie w dynamice *forte fortissimo* wyzwalało u żołnierzy dotkniętych PTSD wściekłość i gniew.

Działanie czwarte obejmowało słuchanie muzyki relaksacyjnej. Począwszy od szóstej sesji, terapeuta na koniec każdej kolejnej odtwarzał muzykę relaksacyjną, wprowadzał również komendy, które miały na celu rozluźnienie ciała. Zdania co do skuteczności relaksu były podzielone. Jeden z uczestników po raz pierwszy był w stanie się zrelaksować, drugi poprosił o płytę, aby móc odtwarzać ją sobie przed snem, z kolei trzeci uczestnik powiedział, że w czasie słuchania widział kłatkę dla ptaków i że muzyka w ogóle go nie rozluźniła.

Analizując kierunki i tendencje, które rozwinęły się w trakcie procesu terapeutycznego w aspekcie muzyczno-werbalnym, należy zwrócić uwagę na następujące elementy:

³⁵ Tamże, s. 226.

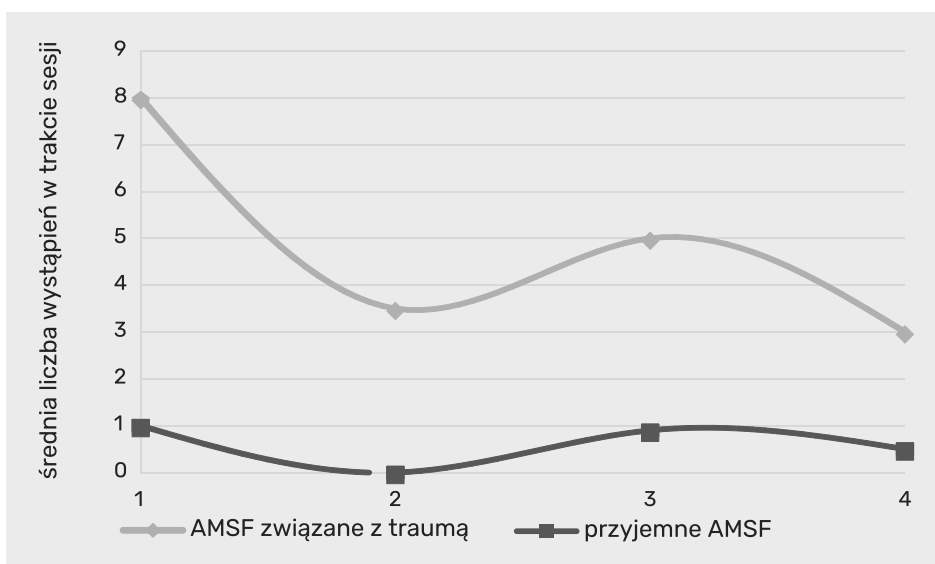
- traumatyczne versus przyjemne AMSF,
- grupowe granie na bębnach,
- zasypianie podczas słuchania relaksującej muzyki.

Badania pokazują, że dotykanie instrumentów i granie na nich wiąże się z wieloma AMSF. Gra na instrumentach metalowych wywołuje głównie AMSF związane z traumą, częstość występowania AMSF przyjemnych jest w tym

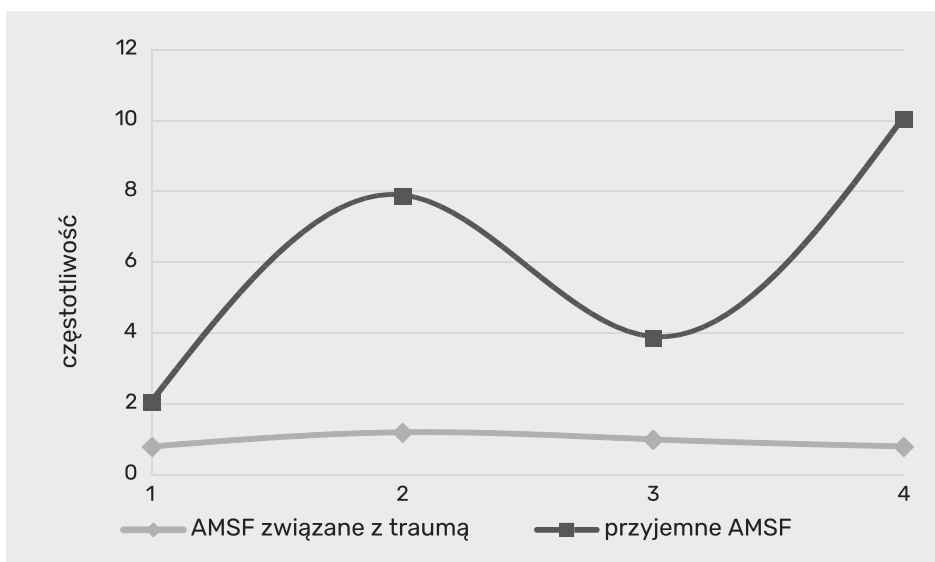
The image displays a musical score for three instruments: Tibetan Bowl, Triangle, and Tibetan Cymbals. The score is organized into five systems, each starting with a measure number (6, 12, 17, 21). The tempo is marked as ♩ = 76. The Tibetan Bowl part consists of a steady sequence of half notes. The Triangle part features a rhythmic pattern of eighth notes with rests. The Tibetan Cymbals part plays a pattern of eighth notes with rests, often beamed together. The score concludes with a double bar line at the end of the fifth system.

Rysunek 9 | Schemat rytmiczny grupowej improwizacji na instrumentach metalowych. Na podstawie: M. Bensimon, D. Amir, Y. Wolf, *A Pendulum Between Trauma and Life: Group Music Therapy with Post-Traumatized Soldiers*, „The Arts in Psychotherapy”, 2012, Vol. 39, No. 4, s. 227

wypadku niska. Natomiast gra na instrumentach drewnianych, związanych z uczuciami przyjemnymi, odwraca tę zależność. Te dwa typy zależności przedstawiają rysunki 10 oraz 11.



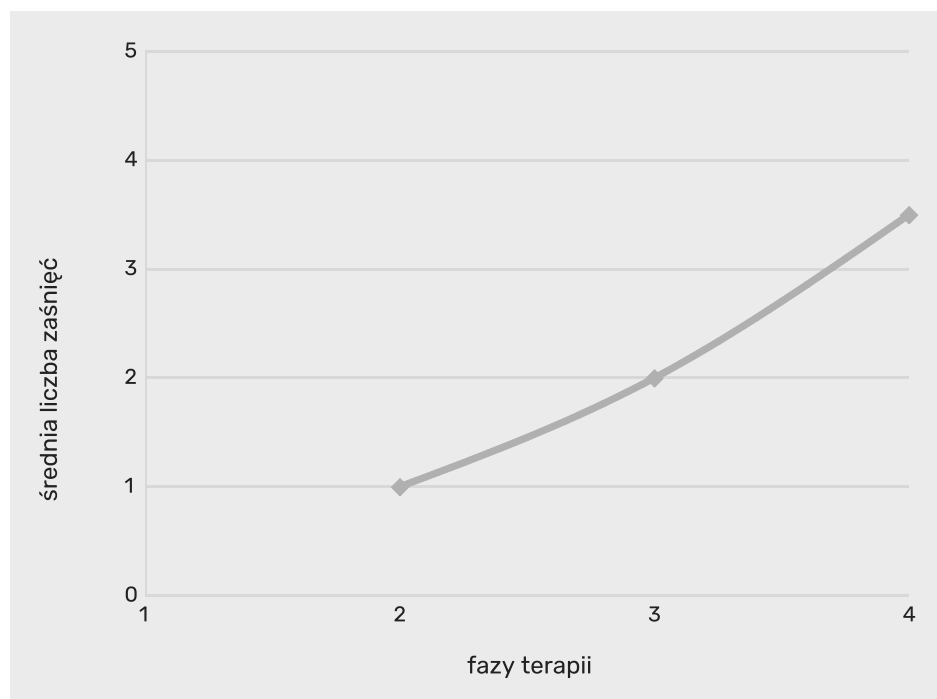
Rysunek 10 Częstotliwość występowania AMSF związanych z traumą w porównaniu do przyjemnych AMSF wywołanych dotykaniem instrumentów metalowych i grą na nich. Na podstawie: M. Bensimon, D. Amir, Y. Wolf, *A Pendulum...*, s. 228



Rysunek 11 Częstotliwość występowania przyjemnych AMSF w porównaniu do AMSF związanych z traumą wywołanych dotykaniem instrumentów drewnianych i grą na nich. Na podstawie: M. Bensimon, D. Amir, Y. Wolf, *A Pendulum...*, s. 228

W odniesieniu do grupowego grania na bębnach skupiono się na dynamice gry w zakresie *fortissimo* – *fortissimo possibile*. Grupowe bębnienie zdefiniowano jako jednoczesną grę dwóch lub więcej osób. Po kilkukrotnym przesłuchaniu nagrań z każdej sesji wykazano, że uczestnicy, począwszy od fazy pierwszej, grali coraz głośniej, a w fazie trzeciej nastąpiła kulminacja. W fazie czwartej poziom dynamiki zelżał do poziomu zbliżonego do fazy drugiej, jednak wciąż była to bardzo głośna gra.

Analizując działanie związane ze słuchaniem muzyki relaksacyjnej, zauważyć można, że wraz z postępem procesu terapeutycznego wzrastała liczba przypadków zasypiania uczestników podczas słuchania (zob. rysunek 12).



Rysunek 12 Średnia liczba przypadków uśnięć uczestników podczas słuchania muzyki relaksacyjnej. Na podstawie: M. Bensimon, D. Amir, Y. Wolf, *A Pendulum...*, s. 228

Drugą kategorią analizy jakościowej był aspekt werbalny, na który składały się:

- mówienie o tematyce traumatycznej i nietraumatycznej,
- podział na życie przed i po traumatycznym wydarzeniu.

Wszyscy uczestnicy dzielili się swoimi doświadczeniami związanymi z traumą. Niektórzy opisywali je bez żadnych emocji, inni wręcz przeciwnie. Jeden z żołnierzy opowiedział, że w czasie walki w pewnym momencie planował swoją śmierć, zastanawiał się, jak umrzeć „przed czasem”. Będąc w niebezpieczeństwie i mając jedynie trzy pociski, obmyślał, jak je spożytkować,

i postanowił, że dwie kule wystrzeli w dwóch policjantów, a trzecią w swoją dolną szczękę. Stwierdził, że to przeżycie zostawiło w nim bardzo głęboką bliznę. Rozmawiano nie tylko o wydarzeniach traumatycznych. Jeden z uczestników wspominał, że kiedyś skradziono mu motocykl, lecz policja go znalazła – grupę zainteresowało, jaki to był motocykl. Z kolei inny uczestnik oznajmił, że poznał sympatyczną, ale starszą od siebie dziewczynę. Wtedy grupa rozpoczęła rozmowę na temat zalet i wad spotykania się ze starszą kobietą.

Wyniki badań na temat życia przed i po traumie wskazują, że osoby, które przeżyły traumatyczne wydarzenia, zdecydowanie inaczej postrzegają swoją egzystencję. Żołnierze mówią o życiu przed traumą w sposób wyidealizowany, opisują je w kolorowych barwach, życie po traumie widzą natomiast w ciemnych kolorach i przypisują mu obniżoną wartość. Autorzy przytaczają wypowiedź jednego z żołnierzy:

Przed traumą miałem naprawdę przyjemne życie, naprawdę cieszyłem się życiem! Kiedy patrzę wstecz, wydarzenia, które uznawałem za złe, teraz wydają się idealne. Wszystko, co wydarzyło się w przeszłości, wydaje mi się idylliczne. Przed traumą miałem tylko dobre życie i wszystko było naprawdę fajne! Teraz wszystko jest okropne!³⁶

Inny uczestnik tak opisuje zmiany powstałe wskutek traumy:

Nie jestem tą samą osobą, którą byłem przed traumą. Przed traumą funkcjonowałem – teraz nie. Nie jestem tą samą osobą. Przed traumą byłem odważnym wojownikiem, a teraz nie jestem odważnym wojownikiem, którym zwykłem być³⁷.

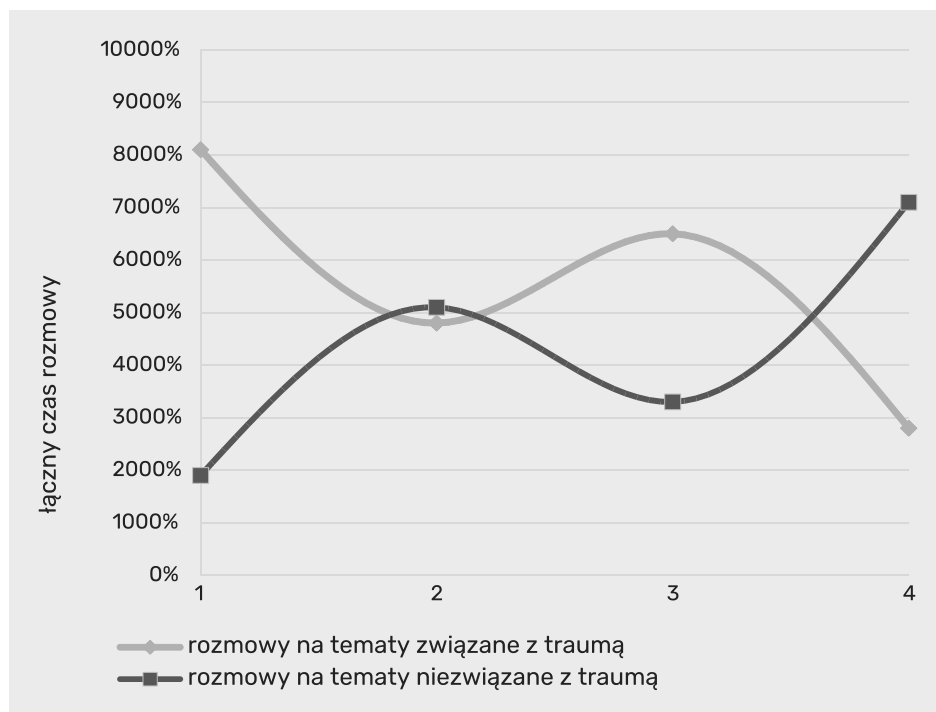
Analizując wymienione składowe aspekty werbalnego w sposób ilościowy, badacze zmierzili stoperem długość rozmów na tematy związane i niezwiązane z traumą. Wyniki ilustruje rysunek 13. Rozmowy na tematy związane z traumą dominują w fazie pierwszej i trzeciej. W fazie drugiej dyskusje na tematy niezwiązane z traumą uzyskują podobne wartości co rozmowy o zabarwieniu traumatycznym. Dopiero w fazie czwartej widać wzrost udziału tematów niezwiązanych z traumą.

Podczas ostatniej sesji i w udzielonych szczegółowych wywiadach uczestnicy opisywali, jak grupowa muzykoterapia wpłynęła na ich codzienne życie. Jeden z uczestników zauważył:

³⁶ Tamże, s. 228.

³⁷ Tamże.

Jestem dobry w słowach, ale słabszy w muzyce. Tutaj osiągnąłem sukces, pozbywając się tej blokady. Robiłem rzeczy, których wcześniej bym się wstydził. Odkryłem swoje słabości, rzeczy, w których jestem słabszy, jak granie na bębnach, tak po prostu, i zrozumiałem, że to jest świetne³⁸.



Rysunek 13 Zmieniający się czas (w minutach) grupowej rozmowy na tematy związane i niezwiązane z traumą. Na podstawie: M. Bensimon, D. Amir, Y. Wolf, *A Pendulum...*, s. 229

Pozytywnymi skutkami terapii były wzrost poczucia przynależności do grupy oraz złagodzenie uczucia osamotnienia, na co wskazywali wszyscy uczestnicy, a także to, że wszyscy żołnierze czuli się przez siebie nawzajem rozumiani i akceptowani. W swoich wypowiedziach zaznaczali, iż nie czują się sami i, mimo że ich historie są różne, każdy ma wrażenie, jakby sam przeżył wszystko to, czego doświadczyli pozostali. Jeden z uczestników podkreślił ten fakt, mówiąc: „Dopiero tutaj pierwszy raz poczułem, że »wow, jestem traktowany naprawdę poważnie«”³⁹. Inny żołnierz wspomniał, iż grupowa muzykoterapia daje poczucie otwartości, wspólnoty, dzielenia się, bliskości, łączności i intymności. Terapia przyniosła uczestnikom pewnego rodzaju nadzieję oraz

³⁸ Tamże, s. 229.

³⁹ Tamże.

optymizm: „Ta grupa miała w sobie coś optymistycznego. To była jedyna optymistyczna rzecz, jakiej doświadczyłem od czasu ataku terrorystycznego. Te cztery miesiące były pełne zabawy, pełne dobrych wspomnień”⁴⁰.

Uczestnicy zauważali poprawę jakości swojego życia w rozmaitych aspektach: niektórzy rzucili palenie, jeden żołnierz wstąpił na uniwersytet, kolejny miał zdecydowanie mniejsze halucynacje węchowe (wcześniej wciąż czuł zapach krwi), jeszcze inny zmniejszył dawkę leków antydepresyjnych i z czasem przestał je brać.

Ponadto wszyscy uczestnicy zdecydowali, przy pełnej akceptacji psychoterapeutów, o zakończeniu indywidualnej terapii w Military Unit for Combat Stress Reactions, czując, że cztery miesiące sesji grupowej muzykoterapii spełniły ich potrzeby⁴¹.

Analizując wyniki badania w aspekcie muzyczno-werbalnym i werbalnym całościowo we wszystkich czterech fazach, należy zauważyć, że powstaje krzywa obejmująca dwie fale – wysoką i niską (zob. rysunek 14). Fala wysoka widoczna jest w fazie pierwszej oraz drugiej, fala niska natomiast w fazie trzeciej oraz czwartej. Wspomniane wyniki wskazują, iż w fazie pierwszej i trzeciej występował wysoki poziom zaangażowania w doświadczenia traumatyczne, w tych fazach uczestnicy grali częściej na instrumentach metalowych, które uaktywniały traumatyczne AMSF, przeważała gra w dynamice *forte fortissimo*. Jednocześnie, porównując fazy, da się zauważyć mniejsze zaangażowanie w sprawy związane z traumą oraz większe zainteresowanie tematami niezwiązanymi z traumatycznymi przeżyciami podczas fazy trzeciej w stosunku do fazy pierwszej.

Fazy druga oraz czwarta charakteryzowały się zmniejszeniem zaangażowania grupy w sprawy związane z traumą na rzecz innych tematów. Zauważyć można też więcej przyjemnych AMSF wywołanych graniem na instrumentach drewnianych oraz więcej przypadków zaśnięcia uczestników podczas słuchania muzyki relaksacyjnej w obu tych fazach w porównaniu do faz pierwszej i trzeciej. Biorąc pod uwagę cały wykres, zarysowuje się ogólna tendencja polegająca na zmniejszeniu się zaangażowania w sprawy związane z traumą i wzroście zaangażowania w sprawy niezwiązane z traumatycznymi przeżyciami w miarę postępu grupowej muzykoterapii.

Efekt falistej krzywej może wyjaśnić pendulacja, czyli ruch wahadłowy – model zaproponowany przez Petera Levine’a. „Pendulacja jest procesem, w którym człowiek porusza się między sferą bezpieczeństwa i komfortu (wir uzdrawiający) a bolesnymi, niekomfortowymi odczuciami (wir traumatyczny)”⁴².

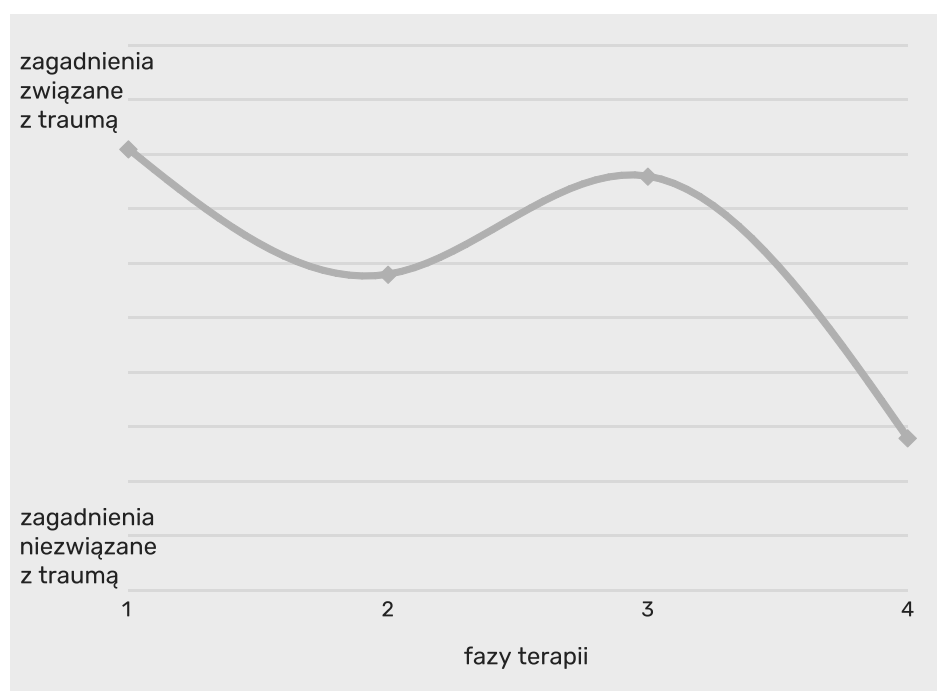
40 Tamże.

41 Tamże.

42 Tamże, s. 230.

Mechanizm działania tego procesu wiąże się z tym, że autonomiczny układ nerwowy zdolny jest do poruszania się pomiędzy układami sympatycznym oraz parasympatycznym, zachowując równowagę. Levine uważa, że ciało przypomina naczynie zawierające stan emocjonalny powstały na skutek doświadczenia traumatycznego.

Zakłada się, że zablokowana energia traury znajduje się w obrębie układu nerwowego. W bezpiecznym środowisku pendulacja kieruje uwagę klienta kolejno ku biegunowi aktywującemu i uspokajającemu. W konsekwencji układ nerwowy się uspokaja, a energia obu biegunów może się zintegrować i połączyć w większą, sensowną całość. Im bardziej dana osoba doświadcza ruchu wahadłowego, tym szybciej następuje postęp w kierunku pełnego powrotu do zdrowia⁴³.



Rysunek 14 Zaangażowanie grupy w sprawy związane i niezwiązane z traumą – tendencja ogólna. Na podstawie: M. Bensimon, D. Amir, Y. Wolf, *A Pendulum...*, s. 230

Wyniki pokazują, że muzyka działa w sposób wahadłowy na uczestników terapii, powoduje poruszanie się między dwoma wirami – uzdrawiającym

⁴³ Tamże.

i traumatycznym. Pacjenci podkreślali, że improwizowanie przeżytego doświadczenia traumatycznego w środowisku dla nich bezpiecznym było zdecydowanie łatwiejsze niż rozmawianie na ten temat. Wzbudzało również empatię wśród uczestników. W procesie pendulacji pomogło także podzielenie instrumentów na „dobre” i „złe”. Improwizacja na metalowych instrumentach przywoływała związane z traumą AMSF, ale wykorzystanie podstawowego wzoru rytmicznego dawało poczucie bezpieczeństwa i stabilności. Badacze, m.in. Catherine Carr, stwierdzili, że

zdolność niektórych instrumentów do wywoływania traumatycznych wspomnień i reakcji emocjonalnych podczas grupowej muzykoterapii odgrywa kluczową rolę terapeutyczną. W szczególności zauważyli bezpośredni wpływ dźwięków o wysokich tonach, dużym rezonansie, głośności i ostrości, co ograniczyło objaw unikania, wymagając od klientów uczenia się tolerancji, komunikacji i akceptacji wpływu instrumentów na innych uczestników grupy⁴⁴.

Znaczenie ruchu wahadłowego widać również w grze na bębnach. Uczestnicy doświadczali wściekłości (w wirze traumatycznym), ale też ją uwalniali (w wirze uzdrawiającym).

Podobną prawidłowość da się dostrzec także w wymiarze werbalnym. Żołnierze rozmawiali na temat swoich traumatycznych doświadczeń, zwłaszcza w wirze traumy w fazie pierwszej i trzeciej, ale nie zabrakło też dyskusji na tematy niezwiązane z traumą (pod wpływem wiru uzdrawiającego), szczególnie w fazie drugiej i czwartej.

Autorzy badań zalecają, aby w pracy z osobami z PTSD dążyć do aktywacji obu wirów – traumatycznego oraz uzdrawiającego. Działania muzyczne wywołujące uczucia, skojarzenia i obrazy związane z traumatycznym wydarzeniem oraz działania, które pomagają w przetwarzaniu urazu i relaksują zarówno ciało, jak i umysł, mogą ułatwić pendulację. Wir traumatyczny da się uzyskać przez improwizowanie na metalowych instrumentach, improwizowanie traumatycznego wydarzenia i grupowe granie na bębnach. Następnie należy pomóc pacjentom w uwolnieniu się od tych „złych” emocji, dążąc do wiru uzdrawiającego dzięki improwizowaniu na instrumentach drewnianych oraz słuchaniu relaksującej muzyki.

Autorzy podkreślają również, że opisane badania mają kilka wad i należałoby je określić raczej jako pilotażowe, niemniej mogą one służyć jako podstawa do dalszych (zarówno ilościowych, jak i jakościowych) dociekań naukowych w tym zakresie⁴⁵.

44 Tamże.

45 Tamże, s. 231.

Zakończenie

Muzykoterapeuta za sprawą muzyki może uzyskać dostęp do skrytych emocji osoby dotkniętej traumą. Dzięki ich poznaniu ma szansę na sukces w terapii, gdyż wie, z czym zmagają się pacjenci, a to z kolei pozwala na dobór odpowiednich metod i technik mogących zniwelować negatywne emocje i pomóc klientowi w powrocie do zdrowia. Terapia przez muzykę odgrywa ważną rolę w pracy terapeutycznej z weteranami wojennymi cierpiącymi na zespół stresu pourazowego.

Światowa literatura dotycząca omawianego tematu nie jest obszerna, aczkolwiek dostępne badania wskazują na pozytywny wpływ muzykoterapii na żołnierzy z PTSD. Na jej podstawie można stwierdzić, że przemyślana, zaplanowana i świadomie poprowadzona muzykoterapia pomaga w zmniejszeniu objawów zespołu stresu pourazowego. W badaniach udowodniono, że wspólne granie na instrumentach – zwłaszcza na bębnach – integruje grupę borykającą się z identycznym problemem, co z czasem przekłada się na poczucie bezpieczeństwa. Improwizowanie umożliwia wyrażanie swoich emocji, szczególnie gniewu, pozwala dać im upust, prowadząc do swego rodzaju oczyszczenia. Głośne granie pomaga w tolerowaniu nagłych, hałaśliwych dźwięków, które kojarzone są z wojną. Zastosowanie w terapii schematów rytmicznych pobudza z kolei koncentrację, a muzyka relaksacyjna pozwala na rozluźnienie i uspokojenie.

Należy jednak podkreślić, że dostępne analizy to zaledwie wstęp do poznania rzeczywistego wpływu muzykoterapii na funkcjonowanie weterana wojennego z PTSD. Temat ten wymaga jeszcze wielu badań zakrojonych na większą skalę.

Bibliografia

- Bensimon Moshe, Amir Dorit, Wolf Yuval, *Drumming Through Trauma: Music Therapy with Post-Traumatic Soldiers*, „The Arts in Psychotherapy” 2008, Vol. 35, No. 1.
- Bensimon Moshe, Amir Dorit, Wolf Yuval, *A Pendulum Between Trauma and Life: Group Music Therapy with Post-Traumatized Soldiers*, „The Arts in Psychotherapy” 2012, Vol. 39, No. 4.
- Sochacka Aneta, *Wykorzystanie muzykoterapii w leczeniu weteranów wojennych cierpiących na zespół stresu pourazowego*, praca licencjacka, Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, 2018.

Sorensen Maria, *The Neurology of Music for Post-Traumatic-Stress Disorder Treatment: A Theoretical Approach for Social Work Implications*, Master of Social Work Clinical Research Papers, St Catherine University, 2015, [online:] https://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1526&context=msw_papers [20.06.2021].

Streszczenie

Muzykoterapia w leczeniu weteranów wojennych cierpiących na zespół stresu pourazowego

W leczeniu zespołu stresu pourazowego (PTSD) stosuje się różne techniki muzykoterapeutyczne. Wśród nich znajdują się improwizacja grupowa czy słuchanie muzyki relaksacyjnej. Zauważono, że zastosowanie muzykoterapii w PTSD ma niebagatelny wpływ na przywrócenie do zdrowia pacjenta, wpływając na jego stan psychiczny i fizyczny, a także na poprawę jego życia w sferze społecznej. W artykule przedstawiono przebieg oraz wyniki dwóch badań dotyczących wpływu muzykoterapii na leczenie PTSD wśród weteranów wojennych. Oba badania potwierdziły, że wykorzystanie muzykoterapii w terapii PTSD ma pozytywny wpływ na uczestników. W badaniach tych skupiono się głównie na znaczeniu kolektywnego grania w przewycięzaniu traumy wśród weteranów wojennych. Analizowano wpływ gry na bębnach na pacjentów, sposób, w jaki grali w poszczególnych fazach terapii, w powiązaniu z ich stanem emocjonalnym, a także skojarzenia, wspomnienia, doznania i uczucia wywołane przez różne instrumenty, ich dźwięk oraz barwę.

Słowa kluczowe: muzykoterapia, weteran wojenny, zespół stresu pourazowego (PTSD)

Summary

Music therapy for war veterans with post-traumatic stress disorder

Various music therapy techniques are used in the treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Among them are group improvisation or listening to relaxation music. It has been noted that the use of music therapy in PTSD has a considerable impact on the patient's recovery, affecting their mental and physical state, as well as improving their social life. The article presents the results of two studies on the impact of music therapy on war veterans with PTSD. Both studies confirmed that the use of music therapy in the treatment of PTSD has a positive influence on the participants. These studies mainly focused on the importance of collective playing in overcoming trauma among war veterans. The researchers analysed the effects of drumming on the patients, the manner in which they played during different phases of therapy in relation to their emotional state, and the associations, memories, sensations and feelings evoked by different instruments, their sound, and timbre.

Keywords: music therapy, war veteran, post-traumatic stress disorder (PTSD)

● Aneta Sochacka ●

Magister, muzykoterapeutka, oligofrenopedagog, nauczyciel wczesnoszkolny i przedszkolny. Certyfikowana terapeutka ręki oraz metody Snoezelen – Sala Doświadczania Świata. Ukończyła Akademię Muzyczną im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu na Wydziale Kompozycji, Dyrygentury, Teorii Muzyki i Muzykoterapii, w specjalności muzykoterapia, oraz Uniwersytet Wrocławski na Wydziale Nauk Historycznych i Pedagogicznych, w specjalnościach edukacja i rehabilitacja osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz edukacja wczesnoszkolna i przedszkolna. Ma bogate doświadczenie zawodowe: współprowadziła choreoterapię w Środowiskowym Domu Samopomocy „Bonitum” we Wrocławiu, pracowała jako pedagog specjalny w przedszkolu oraz w szkole podstawowej, wykorzystując w swojej działalności elementy muzykoterapii, odbyła również staż w ramach projektu „Dobre Staże – podniesienie kompetencji zawodowych studentów i studentek Uniwersytetu Wrocławskiego poprzez udział w wysokiej jakości programach stażowych” w Fundacji „Sensoria” we Wrocławiu. Ponadto pracowała w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym, w Szkole Przystosowującej do Pracy, gdzie prowadziła zajęcia kształtujące kreatywność, wykorzystując metody i techniki muzykoterapeutyczne oraz elementy terapii tańcem i ruchem. Jej zainteresowania naukowe to psychologia dziecięca, terapia tańcem i ruchem, biochemia organizmu człowieka, zaburzenia traumatyczne i związane ze stresem oraz psychobiologia.



Sonora Sound Tube jako uniwersalny instrument terapeutyczny

Sonora Sound Tube (sonora) to instrument muzyczny z grupy chordofonów szarpanych (zob. fotografia 1, s. 154). Współcześnie istnieje nowa grupa instrumentów określanych mianem monochordów, takich jak: *sound tube*, *overtone tube*, *monochord table*, *sound chair / monochord chair*, *sound bed / monochord bed*, *monoktagon* czy *soundwave*. Są one wprowadzone wzorowane bezpośrednio na pitagorejskim monochordzie, ale mają rząd strun tej samej długości o jednakowym stroju – to zatem polichordy. Ich powstanie przypada na przełom lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku, a więc na okres, w którym w działaniach muzykoterapeutycznych zaczęto stosować pierwsze urządzenia do terapii wibroakustycznej. Przypuszcza się, że instrumenty te są efektem poszukiwania przez lutników naturalnych źródeł fal dźwiękowych znanych z urządzeń wibroakustycznych.

Sonora Sound Tube ma kształt tuby o długości 2 m i średnicy 76 cm. Wyposażona jest w ruchomą ławkę, za pomocą której można wjechać bezpośrednio do wnętrza korpusu rezonansowego. Na tubę naciągniętych jest 56 strun o jednakowej długości i takim samym stroju. Instrument stroi się do częstotliwości 64 Hz, która odpowiada wysokości dźwięku C dla stroju, w którym dźwięk $a = 432$ Hz. Wibracja wytworzona przez delikatne szarpanie strun sonory rozchodzi się przez mostek, korpus i ławkę na ciało człowieka leżącego wewnątrz. Struny zazwyczaj trącane są jedna po drugiej ruchem ciągłym, obiema rękami na przemian, tak aby tuba wybrzmiewała nieprzerwanym,



Fotografia 1 Instrument Sonora Sound Tube. Autor: Anna Stachurka

jednostajnym dźwiękiem. Oprócz tonu podstawowego wydobywają się z instrumentu także składowe harmoniczne, amplifikowane przez korpus rezonansowy. Zawierają one w sobie tercję wielką, kwintę czystą, septymę małą, oktawę, nonę oraz decymę (odpowiadają dźwiękom c, e, g, b, c, d, e w różnych oktavach) i nadają instrumentowi subtelne, konsonansowe brzmienie.

Historia powstania instrumentu *Sonora Sound Tube*

Twórcą *Sonora Sound Tube* jest czeski lutnik i multiinstrumentalista Jan Rosenberg (zob. fotografia 2). Koncepcję instrumentu rozwijał już w latach pięćdziesiątych XX wieku. Jak wspomina, gdy grał na gitarze, wielokrotnie marzył, by znaleźć się w środku korpusu rezonansowego. Inspirował się monochordem Hansa Petera Kleina, przypominającym ławę z naciągniętymi u dołu strunami, oraz wielkim bębnem, który widział podczas podróży do Nepalu. Konstruując instrument, Rosenberg opierał się na matematycznych i muzycznych teoriach Pitagorasa. Prototyp o nazwie *Sonarium* stworzył w 1999 roku. Niedługo później powstały ulepszone wersje instrumentu, a jego nazwa zmieniana była kilkakrotnie, przyjmując formy: *Overtone Tube*, *Sonachord*, *Sonora Sound Tube*.



Fotografia 2 | Jan Rosenberg leżący w prototypie instrumentu *Sonora Sound Tube*. Reprodukacja fotografii ze zbiorów własnych autorki

Charakterystyka brzmienia i wibracji sonory

Z uwagi na jednakowy strój wszystkich strun nie ma możliwości zagrania na sonorze utworu muzycznego. Produkcje dźwiękowe wykonywane na tym instrumencie są jednolite, monotonne, o jednostajnym tempie, pozbawione skomplikowanych rytmów i gwałtownych zmian nastroju, a nawet nieco ubogie melodycznie. Niemniej jego bogactwo tkwi w alikwotach. Już po szarpnięciu pojedynczej struny usłyszeć można obok basowego dźwięku podstawowego całą gamę delikatnych dźwięków, sięgających kilku rejestrów wwyż. Powstałe brzmienie tworzy wrażenie przestrzeni, które wynika z rozległego zakresu częstotliwości alikwotów. Zwielokrotnienie tego wrażenia następuje przez trącanie wszystkich strun jednocześnie. Powtarzający się basowy dźwięk dzięki swojej monotonii pomaga w przekierowaniu uwagi ze świata zewnętrznego do wewnątrz – na myśli, wyobrażenia, odczucia płynące z ciała czy emocje. Wprawia on cały korpus instrumentu w rezonans, wywołując wibrację, która rozprzestrzenia się na kolejne elementy instrumentu, a także na ciało znajdujące się w nim osoby. Drgają tkanki, mięśnie, układ kostny i płyny ustrojowe. Wibracja odczuwalna jest na poziomie fizjologicznym jako delikatny, przyjemny masaż.

Percepcja dźwięków i wibracji sonory

Dźwięk instrumentu *Sonora Sound Tube* często kojarzony jest z rdzennym, plemiennym brzmieniem instrumentów etnicznych, takich jak aborygeńskie didgeridoo, misy nepalskie czy indyjski sitar, ale wiele osób łączy go także z odgłosami chórów anielskich, co ma bardzo mocne konotacje z europejską muzyką kościelną. Jest to dowód na to, że każda osoba odbiera muzykę inaczej, w zależności od kultury, w której wzrastала, a także od muzycznych preferencji, wychowania muzycznego, społecznych nawyków muzycznych, własnych doświadczeń i aktualnych stanów emocjonalnych. Brzmienie sonory trafia do pewnej subkultury kojarzonej z kulturą wschodu, jogą, medytacją, a nawet szamanizmem. Osoby korzystające z sonory zgłaszają po wyjściu z instrumentu wyraźny stan odprężenia ciała i umysłu oraz poprawę samopoczucia. Zdecydowana większość zapada podczas sesji w sen, relacjonuje też swój stan jako śnienie na jawie czy głęboką medytację. Część osób bardzo chętnie dzieli się obrazami, które pojawiały się w ich wyobraźni podczas muzycznej podróży w instrumencie. Są to wyobrażenia związane z ich życiem codziennym, wspomnieniami z dzieciństwa, z marzeniami lub traumami, których doświadczyli. Dzieli się także swoimi odczuciami płynącymi z różnych partii ciała i zdarza się, że zgłaszają uśmierzenie bólu dzień po sesji, a także poprawę jakości snu. Osoby, które brały udział w masażu za pomocą sonory, swoje wrażenia relacjonowały następująco: „Wyciszenie, spokój, relaks, błogostan”, „Czuję się znacznie lepiej niż przed. Jestem rozluźniona i jednocześnie pełna energii”, „Poprawa nastroju”, „Atmosfera intymności [...]”, „Ciężko mi się zrelaksować – a w sonorze się udało”, „Czułam się zaopiekowana”, „Rozluźnienie, ból głowy zniknął”¹.

Rola instrumentu i terapeuty

Terapia za pomocą *Sonora Sound Tube* wymaga aktywności ze strony terapeuty w zakresie gry na tym instrumencie. Jakość brzmienia żywej muzyki oraz bezpośredni kontakt wykonawcy z pacjentem możliwy w trakcie gry przez otwarte ścianki u wylotu tuby są zaletami tej formy terapii (zob. fotografie 3 i 4). W trakcie sesji rolę terapeuty będzie również wprowadzenie

¹ K. Paluszkiwicz, *Możliwości wykorzystania instrumentu Sonora Sound Tube w muzykoterapii*, praca dyplomowa, Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, 2020, s. 55–59 (praca napisana pod kierunkiem dr Danieli Colony Kasjan).



Fotografia 3 | Terapeuta i pacjent w trakcie sesji relaksacyjnej prowadzonej za pomocą instrumentu Sonora Sound Tube. Autor: Anna Stachurka



Fotografia 4 | Pacjent w trakcie sesji relaksacyjnej prowadzonej za pomocą instrumentu Sonora Sound Tube. Autor: Anna Stachurka

pacjenta w stan relaksu, stworzenie bezpiecznej i komfortowej przestrzeni, sprzyjającej powstawaniu wyobrażeń i zachęcającej do dzielenia się nimi, wspieranie pacjenta w trakcie pracy z trudnymi doświadczeniami i czuwanie nad szukaniem rozwiązań problemów. W zależności od przyjętej techniki pracy (może to być np. wizualizacja w muzykoterapii, techniki wyobrażeniowe, wizualizacja kierowana z muzyką)² terapeuta może kierować wyobrażeniami pacjenta lub podążać za tym, co pacjent przeżywa.

Podstawy teoretyczne zastosowania instrumentu *Sonora Sound Tube* w muzykoterapii

Jak można zauważyć, terapia za pomocą sonory z łatwością wpisuje się w definicję muzykoterapii podaną przez Światową Federację Muzykoterapii:

Muzykoterapia jest wykorzystaniem muzyki i/lub jej elementów (dźwięk, rytm, melodia i harmonia) przez muzykoterapeutę i pacjenta/klienta lub grupę w procesie zaprojektowanym dla ułatwienia komunikacji, uczenia się, mobilizacji, ekspresji, koncentracji fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej i poznawczej 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 życia³.

Zasadą działania instrumentu *Sonora Sound Tube* jest bowiem wykorzystanie elementów muzyki, jakimi są dźwięk oraz jego wibracja, w procesie zaplanowanym przez terapeutę do różnych wymienionych celów. Inną definicję przedstawia Kenneth Bruscia, który za muzykoterapię uznaje „systematyczny proces interwencji, w której terapeuta pomaga klientowi osiągnąć zdrowie, wykorzystując doświadczenia muzyczne i relacje, które rozwijają się dzięki nim jako dynamiczne siły zmiany”⁴. Również przyjąwszy tę definicję, terapię z użyciem sonory uznać można za działanie muzykoterapeutyczne, gdyż jest ona prowadzona systematycznie, w sposób zindywidualizowany

2 Zob. K. Stachyra, *Wizualizacja w muzykoterapii*, [w:] *Podstawy muzykoterapii*, red. K. Stachyra, wyd. 2, Lublin 2014.

3 W. Szulc, *Muzykoterapia jako przedmiot badań i edukacji*, Lublin 2005. Cyt. za: W. Strzelecki, *Muzyka relaksacyjna i aktywizująca w działaniach terapeutycznych i leczniczych*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2009, nr 4, s. 305–306.

4 J. Hooper, *Is VA Therapy, Music Therapy?*, „Music Therapy Today” 2002, Vol. 3, No 4, s. 15, [online:] <https://www.wfmt.info/Musictherapyworld/modules/mmmagazine/issues/2002101-8120155/20021018122201/Hooper.pdf> [15.01.2022] (tłum. K.P.).

oraz w zamierzonym celu, osiąganym przez budowanie relacji terapeutycznej z pacjentem i wykorzystanie doświadczenia muzycznego, które w wypadku sonory oznacza receptywne słuchanie muzyki i odczuwanie wibracji dźwięku całym ciałem.

Szukając podstaw teoretycznych do zastosowania sonory w muzykoterapii, odnieść się można do kierunków pracy terapeutycznej wyróżnionych przez Elżbietę Galińską⁵. Najbardziej reprezentatywne z nich to kierunki psychagogiczny, psychofizyczny oraz psychoanalityczny. Pierwszy z nich, nawiązujący do starożytnych teorii etosu i *katharsis*, zakłada, że muzyka jest częścią matematycznie zbudowanego, harmonijnego świata i kosmosu. Muzyka mająca boskie pochodzenie stanowi język duszy. „Pacjent, słuchając jej, powinien biernie poddawać się oddziaływaniu na niego »platform akustyczno-harmonicznych«, co sprawia, iż sam zaczyna on »współbrzmieć« harmonijnie”⁶. Przedstawicielem tego nurtu jest m.in. Aleks Pontvik. Kierunek psychofizyczny zakłada, że za pomocą muzyki można wpływać na procesy vegetatywne i neurofizjologiczne, np. na czynność bioelektryczną w mózgu, oddech czy puls. Odpowiednio dobrana muzyka będzie zatem uspokajać lub aktywować funkcje vegetatywne organizmu. Ostatni kierunek – psychoanalityczny – przyjmuje natomiast, że wykorzystując muzykę, można docierać do podświadomości i oddziaływać na emocje, uświadamiając to, co wyparte, i ułatwiając odreagowanie. Biorąc pod uwagę założenia teoretyczne Barbary Wheeler dotyczące poziomów pracy terapeutycznej, terapia za pomocą sonory będzie reprezentowała muzykoterapię wglądową z celami reedukacyjnymi lub muzykoterapię wglądową z celami rekonstrukcyjnymi⁷. Istotny jest również relaksacyjny charakter produkcji dźwiękowo-wibracyjnych tworzonych na sonorze, odpowiedni dla receptywnych form muzykoterapii.

Terapia wibroakustyczna

Działanie instrumentu *Sonora Sound Tube* wpisuje się w założenia terapii wibroakustycznej (ang. *vibroacoustic therapy* – VA/VAT), powstałej w latach osiemdziesiątych XX wieku w Skandynawii i w Ameryce Północnej. Za jej głównego twórcę uznaje się Olava Skillego – norweskiego pedagoga i terapeutę. Podczas

⁵ Zob. E. Galińska, *Podstawowe kierunki teoretyczne muzykoterapii*, [w:] *Arteterapia*, red. L. Hannek, M. Passella, „Zeszyty Naukowe”, nr 52, Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu 1990.

⁶ Tamże, s. 35.

⁷ Zob. K. Stachyra, *Definiowanie i klasyfikacja muzykoterapii*, [w:] *Podstawy muzykoterapii...*, s. 33–35.

sesji terapeutycznej prowadzonej metodą wibroakustyczną Skillego pacjent leży na specjalnie skonstruowanym łóżku, które na całej długości ma wbudowane głośniki, odtwarzające tony proste o sinusoidalnym przebiegu z zakresu częstotliwości 30–120 Hz (przy czym za najkorzystniejsze uważa się tony z zakresu 40–80 Hz, tony w zakresie 40–60 Hz wytwarzają natomiast najbardziej wyczuwalne drgania)⁸. Trafiają one bezpośrednio do ciała człowieka i rozchodzą się po jego tkankach, mięśniach i kościach. Jednocześnie wibracjom tym towarzyszy odpowiednio dobrana muzyka relaksacyjna, której pacjent słucha przez słuchawki. Jak sam Skille wyjaśnia:

Terapia wpływa na fizjologię organizmu, przez obniżenie poziomu aktywności współczulnego układu nerwowego i poprawę krążenia krwi, dostarczenie większej ilości tlenu do różnych narządów i usprawnienie transportu szkodliwych substancji z komórek i przestrzeni międzykomórkowych. [...] Poprawa samopoczucia i osiągnięcie stanu relaksu są powszechnie zgłaszane jako pozytywne efekty terapeutyczne⁹.

Skille odnalazł pewne uniwersalne zależności w oddziaływaniu wibroakustycznym i zauważył, że: 1) wysokie tony powodują stres i rozdrażnienie, niskie zaś są przyjemniejsze i pomagają w osiągnięciu stanu relaksu oraz przynoszą ulgę w bólu; 2) im bardziej rytmiczna i szybsza muzyka, tym bardziej energetyzująco wpływa na pacjenta – muzyka o neutralnym rytmie i wolnym tempie będzie zatem działała łagodząco; 3) głośna muzyka sprzyja aktywacji, cicha zaś uspokojeniu¹⁰. Terapia wibroakustyczna została pozytywnie zrecenzowana przez Aleksa Pontvika, który zauważył, że użycie nawet minimalnych drgań wywołuje wyciszający efekt na poziomie zarówno fizycznym, jak i psychicznym, powodując zmniejszenie nadpobudliwości psychoruchowej. Zastosowanie wibracji odczuwalnej na poziomie ciała ułatwia również przedstawienie świadomości pacjenta ze świata zewnętrznego na świat wewnętrzny¹¹. Niewątpliwie muzyka i wibracja odgrywają równie ważne role w uzyskaniu stanu relaksu i wzajemnie się uzupełniają.

Niepotwierdzone dane z 1989 roku zebrane w trakcie 40 000 godzin terapii wibroakustycznej Skillego wskazują na korzystne działanie wibracji w leczeniu m.in. dolegliwości związanych z autyzmem, migreną, skurczami mięśni, porażeniem mózgowym, astmą, bólem stawów i mięśni, niedoborami krążenia i stwardnieniem rozsianym, przy czym sam autor wskazuje, że terapia

8 Zob. O. Skille, *The Beginnings of Vibroacoustic Therapy*, „Music and Medicine” 2017, Vol. 9, No. 3, s. 152.

9 O. Skille, *Vibroacoustic Therapy*, „Music Therapy” 1989, Vol. 8, No. 1, s. 62 (tłum. K.P.).

10 Zob. tamże, s. 63.

11 Zob. tamże, s. 64.

nie jest w stanie uleczyć choroby, a jedynie złagodzić jej nieprzyjemne objawy¹². W ciągu 30 lat od powstania metody zostało przeprowadzonych wiele badań potwierdzających jej działanie, a środowisko medyczne i terapeutyczne z powodzeniem używa jej dziś w celu poprawy kondycji nie tylko fizycznej, ale także psychicznej pacjentów. Efekty badań przytoczone w artykule dotyczącym VAT opublikowanym w „Holistic Nursing Practice” w 2004 roku pokazują, że grupy pacjentów z różnymi dolegliwościami poddane terapii wibroakustycznej z muzyką relaksacyjną osiągały znacznie wyższe parametry przy ocenie samopoczucia i poziomu redukcji bólu czy stresu niż grupy kontrolne, poddawane tylko terapii muzyką relaksacyjną¹³. Chris Boyd-Brewer i Ruth McCaffrey wskazują, że działanie terapii odbywa się synergistycznie na dwóch poziomach: psychicznym i fizycznym, powodując w układzie nerwowym zmiany, które prowadzą do relaksacji organizmu i zmniejszenia odczuwania bólu, napięcia, zmęczenia, nudności i obniżonego nastroju, co może mieć powiązanie ze stymulacją ciała Paciniego, odpowiedzialnego za odczuwanie bólu czy swędzenia¹⁴.

Propozycje wykorzystania instrumentu *Sonora Sound Tube* w muzykoterapii i w relaksacji muzycznej

W tej części przedstawione będą obszary pracy terapeutycznej, w których można posłużyć się instrumentem *Sonora Sound Tube*. Przytoczonych zostanie zaledwie kilka propozycji, niemniej można przypuszczać, że zakres wykorzystania instrumentu w szeroko pojętej terapii może być znacznie większy.

Profilaktyka stresu i chorób psychosomatycznych

Muzykoterapia receptywna stanowi formę relaksacji, która może być z powodzeniem wykorzystana w profilaktyce stresu oraz w prewencji chorób psychosomatycznych. Badania pokazują, że słuchanie muzyki obniża poziom kortyzolu, który wytwarzany jest w organizmie pod wpływem stresu¹⁵. Regularna

¹² Zob. tamże, s. 69.

¹³ Zob. C. Boyd-Brewer, R. McCaffrey, *Vibroacoustic Sound Therapy Improves Pain Management and More*, „Holistic Nursing Practice” 2004, Vol. 18, No. 3, s. 114–115.

¹⁴ Zob. tamże, s. 113.

¹⁵ Zob. N. Uedo i in., *Reduction in Salivary Cortisol Level by Music Therapy During Colonoscopic Examination*, „Hepatogastroenterology” 2004, Vol. 51, No. 56, s. 451–453.

praca nad osiąganiem i utrzymywaniem stanu relaksu może zapobiegać powstawaniu nadmiernych reakcji stresowych oraz objawów somatycznych, a także zatrzymać rozwój już istniejących zmian chorobowych w organizmie i pomóc w jego regeneracji. O pozytywnym działaniu terapii wibroakustycznej na obniżenie stresu i lęku donosi Olav Skille, wskazując na poprawę samopoczucia już po pierwszej sesji¹⁶. Te informacje potwierdzone są przeprowadzonymi przez Georga Patricka badaniami, które wykazały, że sesja terapii wibroakustycznej poprzedzonej krótką relaksacją była pomocna w redukcji napięcia, zmęczenia, bólu, depresji i mdłości wśród pacjentów z nowotworem, zaburzeniami rytmu serca, krążenia, nastroju, z infekcjami i chorobami płuc¹⁷. Podobne wnioski pozwoliły wysnuć badania Chrisa Boyda-Brewera zrealizowane wśród pacjentów po chemioterapii¹⁸. Na podstawie wyników wspomnianych badań przypuszcza się, że dźwięk i wibracja sonory mogą być z powodzeniem wykorzystane również w profilaktyce stresu oraz prewencji chorób psychosomatycznych.

Poprawa nastroju pacjentów z depresją

Muzykoterapia osób z zaburzeniami nastroju za pomocą sonory będzie polegała na wprowadzeniu pacjenta w stan relaksu, który znosi napięcie mięśniowe i przyczynia się do osiągnięcia równowagi emocjonalnej. Muzyka może zmieniać aktywność układu nerwowego, a to jego pobudzenie uważa się za biologiczną podstawę nastroju. Dodatkowo aktywuje ona wydzielanie neuroprzebieżników odpowiedzialnych za nastrój, a także powoduje spadek stężenia kortyzolu i wzrost poziomu endorfin¹⁹. W stanie relaksu pacjent może dokonać wglądu w siebie i zmienić swoje myślenie, w konsekwencji zaś także zachowanie²⁰. Poprawa samopoczucia i nastroju będą wpływać na samoocenę pacjenta, zmniejszą jego krytycyzm wobec siebie i świata oraz wpłyną pozytywnie na poczucie jakości życia. Produkcje dźwiękowe tworzone na sonorze dzięki swojemu łagodnemu, konsonansowemu brzmieniu, jednostajnej strukturze, powolnemu tempu i nutce melancholijności mogą być

¹⁶ Zob. O. Skille, *Vibroacoustic Therapy*..., s. 67.

¹⁷ Zob. G. Patrick, *The Effects of Vibroacoustic Music on Symptom Reduction: Inducing the Relaxation Response Through Good Vibrations*, „IEEE Engineering in Medicine and Biology Magazine” 1999, Vol. 18, No. 2, s. 97–100.

¹⁸ Zob. C. Boyd-Brewer, *The Somatron Pain and Anxiety Management Program*, Tampa, FL 2000; za: C. Boyd-Brewer, R. McCaffrey, dz. cyt., s. 114.

¹⁹ Zob. A. Trochanowska, *Oddziaływanie muzyką na obniżony nastrój*, [w:] *Muzykoterapia – stałość i zmiana*, red. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 1, Wrocław 2014, s. 188–190.

²⁰ Zob. K. Stachyra, *Relaksacja w muzykoterapii*, [w:] *Podstawy muzykoterapii*..., s. 89–91.

z powodzeniem wykorzystane wśród pacjentów z obniżonym nastrojem, gdyż odpowiadają założeniom zasady „iso”²¹.

Wspomaganie leczenia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi

Muzykoterapia za pomocą sonory stosowana u pacjentów nerwicowych, którzy doświadczają silnego lęku i wielu towarzyszących mu objawów somatycznych, skupiać się będzie głównie na relaksacji, poprawie nastroju i obniżaniu poziomu lęku²². Z uwagi na specyfikę instrumentu *Sonora Sound Tube* należałoby zwrócić uwagę na formę stosowanej wśród osób z zaburzeniami psychicznymi muzykoterapii receptywnej zwanej „karmieniem muzyką”. Terapię tą metodą „rozpoczyna się od długotrwałego, ciągłego (bez przerywania jej toku) słuchania spokojnej muzyki, zazwyczaj w rytmach trójdzielnych, kołyskowych, która płynie swobodnie, bez kontrastów dynamicznych – podobnie jak mleko matki ssane przez niemowlę”²³. Ma to odniesienie do wczesnego okresu życia człowieka, w którym kształtują się jego postawy wobec świata, ludzi i samego siebie, a celem tego typu działań jest umożliwienie powtórnego przeżycia relacji z matką i uzupełnienie deficytu uczuć macierzyńskich czy odbudowanie poczucia bezpieczeństwa i zaufania do otoczenia. Pacjent, werbalizując przeżycia, uczy się radzić sobie ze stresem, a muzyka pomaga zmniejszyć napięcia psychiczne wywołane objawami psychotycznymi²⁴. Tę metodę można zrealizować za pomocą sonory. Jej płynne i jednostajne brzmienie, a także przebywanie we wnętrzu instrumentu daje wrażenie otulenia dźwiękami w ciepłej i bezpiecznej przestrzeni, w której można się poczuć jak w łonie matki. Produkcje dźwiękowe wykonywane na instrumencie mogą być też podstawą do zastosowania technik projekcyjno-wyobrażeniowych, za pomocą których pacjenci rzutują swoje stany emocjonalne na muzykę i mają szansę uzewnętrznienia swoich myśli, przeżyć i projekcji²⁵. Muzyka pozwala na osiągnięcie *katharsis* i oczyszczenie pacjenta z treści konfliktowych,

21 iso (z gr. *isos* – równy) – zasada zgodności dobieranej do terapii muzyki z nastrojem pacjenta. Zob. K. Stachyra, *Muzyka jako element procesu terapii*, [w:] *Podstawy muzykoterapii...*, s. 73.

22 Zob. K. Kukielczyńska-Krawczyk, *Programowanie muzyki w praktyce klinicznej grupowej muzykoterapii zaburzeń nerwicowych*, [w:] *Wrocławskie modele muzykoterapii*, red. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 2, Wrocław 2016, s. 177.

23 H. Cesarz, *Wybrane metody i techniki muzykoterapii w pracy z osobami zaburzonymi psychicznie*, [w:] *Podstawy muzykoterapii...*, s. 191.

24 Zob. tamże.

25 Zob. K. Kukielczyńska-Krawczyk, *Muzykoterapia zaburzeń nerwicowych*, [w:] *Podstawy muzykoterapii...*, s. 207.

jest odzwierciedleniem ładu i porządku, pomaga osobom z zaburzeniami psychicznymi odzyskać poczucie harmonii²⁶.

Rehabilitacja kardiologiczna

W rehabilitacji kardiologicznej sonorę wykorzystać można do relaksacji pacjentów w celu wyciszenia i dostarczenia pozytywnych przeżyć oraz budowania poczucia opieki czy wsparcia²⁷, tak potrzebnych znajdującym się w nowej sytuacji osobom, którym towarzyszy lęk lub depresja. Ponadto sesje w sonorze mogą wywołać pozytywne efekty u osób ze słabym krążeniem krwi. Doświadczenia z badań pilotażowych pokazały, że terapia wibroakustyczna dawała długofalowe efekty polegające na regulowaniu ciśnienia tętniczego i poprawie krążenia, szczególnie w terapii osób starszych²⁸. Badania Georga Patricka i Chrisa Boyda-Brewera potwierdziły wpływ wibracji na regulację krążenia krwi oraz pracy serca, a także na niwelowanie napięcia czy polepszenie samopoczucia²⁹. O poprawie miejscowego przepływu krwi w mięśniach informują badania z zakresu wpływu wielokierunkowych drgań mechanicznych na krążenie obwodowe człowieka³⁰. Innym potwierdzeniem skuteczności zastosowania wibracji w terapii zaburzeń krążenia są badania przeprowadzone wśród osób cierpiących na cukrzycę typu 2, u których zaobserwowano zwiększony przepływ krwi w tętnicach oraz wzrost średniej prędkości przepływu krwi, a także powiązaną z tym utratę tkanki tłuszczowej w obrębie brzucha i talii³¹.

Poprawa funkcjonowania pacjentów z niepełnosprawnościami

O zastosowaniu wibroterapii akustycznej u osób ze spastycznym porażeniem mięśniowym oraz porażeniem mózgowym, osób z chorobą Parkinsona, a także cierpiących na stwardnienie rozsiane wspomina Skille już w artykule

26 Zob. W. Strzelecki, *Zastosowanie muzykoterapii w psychiatrii*, [w:] *Psychologia w naukach medycznych II*, red. W. Strzelecki, M. Czarnecka-Iwańczuk, M. Cybulski, Poznań 2012, s. 144.

27 Zob. H. Cesarz, *Muzykoterapia we wczesnej rehabilitacji kardiologicznej*, [w:] *Wrocławskie modele...*, s. 144.

28 Zob. O. Skille, *Vibroacoustic Therapy...*, s. 68–73.

29 Zob. G. Patrick, dz. cyt.; C. Boyd-Brewer, dz. cyt.; za: C. Boyd-Brewer, R. McCaffrey, dz. cyt., s. 114.

30 Zob. C. Button i in., *The Effect of Multidirectional Mechanical Vibration on Peripheral Circulation of Humans*, „*Clinical Physiology*” 2007, Vol. 27, No. 4, s. 211–216; za: C. Boyd-Brewer, R. McCaffrey, dz. cyt., s. 114.

31 Zob. B. Sañudo i in., *Whole Body Vibration Training Improves Leg Blood Flow and Adiposity in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus*, „*European Journal of Applied Physiology*” 2013, Vol. 113, No. 9, s. 2245–2252.

z 1989 roku³². Pozytywny wpływ wibracji na redukcję napięcia mięśniowego potwierdzony jest obserwacjami³³ i badaniami prowadzonymi m.in. przez Olava Skillego, Tony'ego Wigram, Anthony'ego Lewisa Wigram oraz Anę Katusi'ć i Vlatkę Mejaški-Bošnjak³⁴, a także przez naukowców publikujących w „Journal of Neurological Sciences”³⁵. Wśród pacjentów z chorobą Parkinsona zauważono ponadto poprawę funkcji motorycznych oraz lepsze funkcjonowanie w życiu codziennym³⁶. Z uwagi na fakt, że częstotliwość wibracji wytwarzanych przez sonorę mieści się w zakresie częstotliwości wykorzystywanych w terapii wibroakustycznej, można założyć, że instrument ten również może wpływać rozluźniająco na spastyczność mięśni u wymienionych osób.

Łagodzenie bólu

O efektach łagodzenia bólu za pomocą terapii wibroakustycznej dowiadujemy się z przedstawionych w artykule *Vibroacoustic Sound Therapy Improves Pain Management and More* badań, przeprowadzonych m.in. na grupach pacjentów z nowotworami, chorobami płuc, zaburzeniami krążenia³⁷, a także wśród kobiet poddanych operacji ginekologicznej³⁸. Badania pozwoliły wysnuć wnioski, że zastosowanie terapii wibroakustycznej łagodzi ból pooperacyjny i zmniejsza ilość przyjmowanych przez pacjentów leków. Łagodzenie bólu w następstwie zastosowania terapii wibroakustycznej zostało odnotowane

³² Zob. O. Skille, *Vibroacoustic Therapy...*, s. 68–69.

³³ Zob. O. Skille, *Longitudinal Study of One Patient with Cerebral Palsy*, Helsinki 2014, [online:] https://www.academia.edu/9619588/Single_case_study_of_Longitudinal_effect_of_Vibro_Acoustic_therapy_on_one_adult_patient_with_Cerebral_Palsy [17.01.2023].

³⁴ Zob. O. Skille, *Manual of Vibroacoustic Therapy*, Levanger, Norway 1991; za: C. Boyd-Brewer, R. McCaffrey, dz. cyt., s. 114; T. Wigram, *The Effect of VA Therapy on Multiple Handicapped Adults with High Muscle Tone and Spasticity*, [w:] *Music Vibration and Health*, ed. T. Wigram, C. Dileo, Cherry Hill 1997, s. 143–148; A.L. Wigram, *The Effects of Vibroacoustic Therapy on Clinical and Non-Clinical Populations*, praca doktorska, St. George's Hospital Medical School London University, London 1996, [online:] <http://vibroacoustics.org/FrequencyInfo/Research%20Articles/Wigram.Vat.Thesis.pdf> [17.01.2023]; A. Katusi'ć, V. Mejaški-Bošnjak, *Effects of Vibrotactile Stimulation on the Control of Muscle Tone and Movement Facilitation in Children with Cerebral Injury*, „Collegium Antropologicum” 2011, Vol. 35, No. 1, suppl. 1.

³⁵ Zob. F. Camerota i in., *Focal Muscle Vibration, an Effective Rehabilitative Approach in Severe Gait Impairment Due to Multiple Sclerosis*, „Journal of the Neurological Science”, 2017, Vol. 372, s. 33–39; za: C. Boyd-Brewer, R. McCaffrey, dz. cyt., s. 114.

³⁶ Zob. P. Vincente, F. Manchola, E. Serna, *The Use of Vibroacoustics in Idiopathic Parkinson's Disease*, [w:] *The Art and Science of Music Therapy: A Handbook*, ed. T. Wigram, B. Saperston, R. West, Amsterdam 1997; za: C. Boyd-Brewer, R. McCaffrey, dz. cyt., s. 115.

³⁷ Zob. G. Patrick, dz. cyt.

³⁸ Zob. C. Walters, *The Psychological and Physiological Effects of Vibrotactile Stimulation via a Somatron on Patients Awaiting Scheduled Gynecological Surgery*, „Journal of Music Therapy” 1996, Vol. 33, No. 4.

również wśród pacjentów po operacji kolana³⁹, pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów⁴⁰, a także u osób po operacji kardiochirurgicznej⁴¹. Ponadto Skille zaleca stosowanie wibracji na bóle mięśni i stawów, bóle mięśniaczkowe, bóle głowy, brzucha i bóle kręgosłupa⁴².

Walka z bezsennością

Korzystnego wpływu muzyki na sen dowodzą badania Wojciecha Pospiecha, który na ich podstawie stwierdził, że muzyka pozwalała pokonywać trudności w zasypianiu, a pacjenci wykazywali się lepszym nastrojem i zwiększonym poziomem energii bezpośrednio po przebudzeniu⁴³. Z doniesień Skillego wynika, że osoby z zaburzeniami snu zazwyczaj zasypiały podczas sesji terapii wibroakustycznej, a bezpośrednio po nich zgłaszały mniej trudności z zasypianiem i wydłużenie czasu trwania snu⁴⁴. Długotrwała terapia za pomocą sonory może przyczynić się do nabrania umiejętności świadomego odprężania poszczególnych partii ciała oraz do wyeliminowania natrętnych myśli, a w efekcie do złagodzenia bezsenności.

Poprawa jakości życia

W odniesieniu do koncepcji salutogenezy Antonovsky'ego zakładającej, że zdrowie człowieka to pojęcie holistyczne i by je utrzymać, należy koncentrować się na działaniach profilaktycznych i dbaniu o jakość życia⁴⁵, warto zauważyć, że muzykoterapia prewencyjna za pomocą sonory będzie nastawiona na podnoszenie odporności człowieka. Przez zastosowanie produkcji dźwiękowych wykonywanych na sonorze można wzbudzić emocje pacjenta i uczyć ich rozpoznawania oraz reagowania na nie, a więc kształtować sferę emocjonalną. Sesja terapeutyczna w instrumencie redukuje stres i pozwala na rozładowanie napięć psychofizycznych, poprawia samopoczucie i przywraca wewnętrzny ład

39 Zob. M. Burke, K. Thomas, *Use of Physioacoustic Therapy to Reduce Pain During Physical Therapy for Total Knee Replacement Patients over Age 55*, [w:] *Music Vibration and Health...*

40 Zob. K. Chesky, D.E. Michel, *The Music Vibration Table (MVT): Developing a Technology and Conceptual Model for Pain Relief*, „*Music Therapy Perspectives*” 1991, Vol. 9, No. 1, s. 32–37.

41 Zob. C. Butler, P. Butler, *Physioacoustic Therapy with Cardiac Surgery Patients*, [w:] *Music Vibration and Health...*, s. 197–204.

42 Zob. O. Skille, *Vibroacoustic Therapy...*, s. 66–67

43 Zob. E. Paszkiewicz-Mes, *Muzykoterapia jako metoda wspomagająca leczenie*, „*Hygeia Public Health*” 2013, t. 48, nr 2, s. 173; za: A. Trochanowska, *Oddziaływanie muzyką...*, s. 193.

44 Zob. O. Skille, *Vibroacoustic Therapy...*, s. 68.

45 Zob. H. Cesarz, *Muzykoterapia – metoda wspierania salutogenezy*, [w:] *Muzykoterapia – stałość i zmiana...*, s. 47–50.

oraz harmonię ciała i umysłu. Muzyka wzmacnia poczucie koherencji przez kształtowanie pozytywnego obrazu siebie i świata, pobudzanie do autorefleksji i rozważań nad sensem istnienia. Może też motywować do zmian.

Propozycja przebiegu sesji

Sesję muzykoterapii za pomocą instrumentu *Sonora Sound Tube* powinno się rozpocząć krótką rozmową z pacjentem, by ocenić jego stan psychofizyczny w danym dniu oraz ustalić, czy nie ma żadnych przeciwwskazań do przeprowadzenia masażu dźwiękiem wynikających ze stanu zdrowia pacjenta, tj. wykluczyć rozrusznik serca, endoprotezy, implanty, ciążę zagrożoną, niektóre zaburzenia psychiczne, ostre psychozy. Należy rozpoznać problem pacjenta i postawić diagnozę, określić cele oraz dopasować plan działań terapeutycznych do danego przypadku. Pacjent powinien otrzymać informacje o przebiegu sesji⁴⁶ oraz o zasadzie działania instrumentu. Warto zapytać pacjenta o jego samopoczucie po „wjechaniu” do wnętrza sonory. Jeśli odczuwa lęk przed wejściem do instrumentu, można zaproponować wykonanie pierwszej sesji w dogodnej pozycji obok instrumentu, a podczas kolejnych spotkań zachęcać do coraz głębszego zanurzenia się w tubie. Przestrzeń, w której odbywa się sesja, powinna znajdować się z dala od hałasu, być delikatnie oświetlona i wyposażona w zasłony pozwalające na zaciemnienie okien⁴⁷. Instrument ma w zestawie cienką matę do leżenia, koc, poduszkę i walek pod nogi. Przed rozpoczęciem gry terapeuta może wprowadzić pacjenta w stan relaksu za pomocą ćwiczeń oddechowych lub treningu Schultza czy Jacobsona. Może też zadać temat wyobrażeń dostosowany do pracy terapeutycznej nad danym problemem pacjenta. Terapię za pomocą sonory wolno łączyć z innymi technikami terapeutycznymi, takimi jak chromoterapia, technika uważności, afirmacje czy lekkie ćwiczenia rozciągające⁴⁸. Grę na instrumencie należy dostosować indywidualnie do pacjenta – terapeuta powinien brać pod uwagę jego preferencje muzyczne oraz wrażliwość na wibracje. Improwizacja może mieć szybkie bądź wolne tempo, można ją też nieco zróżnicować pod względem rytmu i siły brzmienia. Tempo gry oraz sposób wydobywania dźwięku decydują o intensywności odczuwalnej przez pacjenta wibracji. Intensywniejsza wibracja bywa pożądana w wypadku chęci uśmierzania bólu czy niwelowania napięcia w ciele. Produkcja dźwiękowa improwizowana przez terapeutę może

⁴⁶ Zob. K. Stachyra, *Projektowanie i organizacja procesu terapii*, [w:] *Podstawy muzykoterapii...*, s. 56.

⁴⁷ Zob. K. Stachyra, *Relaksacja w muzykoterapii...*, s. 91.

⁴⁸ Zob. M. Kronenberger, *Muzykoterapia. Wykorzystanie technik aktywnych i receptywnych w profilaktyce stresu*, Łódź 2004.

być pełna napięć i odprężeń lub jednostajna i monotonna. Zróżnicowana gra będzie miała działanie bardziej energetyzujące, spokojna powinna natomiast prowadzić do wyciszenia. Zbyt szybka, głośna i agresywna z kolei – może się okazać dla pacjenta bardzo nieprzyjemna i doprowadzić go do irytacji. Należy unikać gwałtownych szarpnięć i nieskoordynowanych ruchów podczas gry. Pod koniec sesji sposób gry terapeuty będzie dążył do uspokojenia, aby podobny efekt wywołać u pacjenta. Po zakończeniu wyprowadza się pacjenta ze stanu relaksu spokojnym, acz zdecydowanym głosem. Gdy pacjent jest gotowy do opuszczenia instrumentu, terapeuta „wysuwa go” z wnętrza korpusu i rozpoczyna rozmowę. W tej części sesji istnieje możliwość wymiany doświadczeń, werbalizacji wyobrażeń pacjenta lub przepracowania ujawnionych treści. Wskazane jest sporządzanie notatek lub ankiet monitorujących postępy w pracy⁴⁹.

Zakończenie

Instrument *Sonora Sound Tube* jest nowym narzędziem, które może być wykorzystane w celach terapeutycznych do relaksacji. Wykonywane na nim produkcje dźwiękowe i wytwarzane przezeń wibracje wpływają na funkcje wegetatywne organizmu oraz pozwalają na odprężenie umysłu, a także wzbudzają emocje i wyobrażenia, które mogą być poddane dalszej pracy terapeutycznej. Dotychczas instrumentowi temu nie przyglądano się pod kątem skuteczności w terapii mającej na celu niwelowanie napięć mięśniowych, poprawę krążenia, łagodzenie bólu, lęku, modulowanie nastroju czy zachowanie równowagi psychicznej. Niezbędne wydaje się zatem przebadanie walorów terapeutycznych sonory w tych obszarach pod kątem naukowym. Warto zarówno przeprowadzić takie analizy naukowe, jak i rozwijać samą praktykę kliniczną, wdrażając wykorzystanie instrumentu do różnych obszarów pracy terapeutycznej i obserwując jego skuteczność. Podjęcie tych działań może stanowić istotny krok w rozwoju muzykoterapii.

Bibliografia

Boyd-Brewer Chris, McCaffrey Ruth, *Vibroacoustic Sound Therapy Improves Pain Management and More*, „Holistic Nursing Practice” 2004, Vol. 18, No. 3.

⁴⁹ Zob. K. Stachyra, *Projektowanie i organizacja...*, s. 56.

- Burke Martha, Thomas Kathy, *Use of Physioacoustic Therapy to Reduce Pain During Physical Therapy for Total Knee Replacement Patients over Age 55*, [w:] *Music Vibration and Health*, ed. T. Wigram, C. Dileo, Cherry Hill, NJ 1997.
- Butler Charles, Butler Penelope, *Pysioacoustic Therapy with Cardiac Surgery Patients*, [w:] *Music Vibration and Health*, ed. T. Wigram, C. Dileo, Cherry Hill, NJ 1997.
- Cesarz Helena, *Muzykoterapia – metoda wspierania salutogenezy*, [w:] *Muzykoterapia – stałość i zmiana*, red. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 1, Wrocław 2014.
- Cesarz Helena, *Wybrane metody i techniki muzykoterapii w pracy z osobami zaburzonymi psychicznie*, [w:] *Podstawy muzykoterapii*, red. K. Stachyra, wyd. 2, Lublin 2014.
- Chesky Kris S., Michel Donald E., *The Music Vibration Table (MVT): Developing a Technology and Conceptual Model for Pain Relief*, „*Music Therapy Perspectives*” 1991, Vol. 9, No. 1.
- Galińska Elżbieta, *Podstawowe kierunki teoretyczne muzykoterapii*, [w:] *Arteterapia*, red. L. Hanek, M. Passella, „*Zeszyty Naukowe*”, nr 52, Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, 1990.
- Hooper Jeff, *Is VA Therapy, Music Therapy?*, „*Music Therapy Today*” 2002, Vol. 3, No 4, [online:] <https://www.wfmt.info/Musictherapyworld/modules/mmmagazine/issues/20021018120155/20021018122201/Hooper.pdf> [15.01.2022].
- Katušić Ana, Mejaški-Bošnjak Vlatka, *Effects of Vibrotactile Stimulation on the Control of Muscle Tone and Movement Facilitation in Children with Cerebral Injury*, „*Collegium Antropologicum*” 2011, Vol. 35, No. 1, suppl. 1.
- Kronenberger Małgorzata, *Muzykoterapia. Wykorzystanie technik aktywnych i receptywnych w profilaktyce stresu*, Łódź 2004.
- Kukielczyńska-Krawczyk Klaudia, *Muzykoterapia zaburzeń nerwicowych*, [w:] *Podstawy muzykoterapii*, red. K. Stachyra, wyd. 2, Lublin 2014.
- Kukielczyńska-Krawczyk Klaudia, *Programowanie muzyki w praktyce klinicznej grupowej muzykoterapii zaburzeń nerwicowych*, [w:] *Wrocławskie modele muzykoterapii*, red. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 2, Wrocław 2016.
- Music Vibration and Health*, ed. T. Wigram, C. Dileo, Cherry Hill, NJ 1997.
- Paluszkiewicz Katarzyna, *Możliwości wykorzystania instrumentu Sonora Sound Tube w muzykoterapii*, praca dyplomowa, Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, 2020.
- Patrick Georg, *The Effects of Vibroacoustic Music on Symptom Reduction: Inducing the Relaxation Response Through Good Vibrations*, „*IEEE Engineering in Medicine and Biology Magazine*” 1999, Vol. 18, No. 2.
- Sañudo Borja i in., *Whole Body Vibration Training Improves Leg Blood Flow and Adiposity in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus*, „*European Journal of Applied Physiology*” 2013, Vol. 113, No. 9.
- Skille Olav, *Vibroacoustic Therapy*, „*Music Therapy*” 1989, Vol. 8, No. 1.

- Skille Olav, *Longitudinal Study of One Patient with Cerebral Palsy*, Helsinki 2014, [online:] https://www.academia.edu/9619588/Single_case_study_of_Longitudinal_effect_of_Vibro_Acoustic_therapy_on_one_adult_patient_with_Cerebral_Palsy [17.01.2023].
- Skille Olav, *The Beginnings of Vibroacoustic Therapy*, „Music and Medicine” 2017, Vol. 9, No. 3.
- Stachyra Krzysztof, *Definiowanie i klasyfikacja muzykoterapii, Projektowanie i organizacja procesu terapii, Muzyka jako element procesu terapii, Relaksacja w muzykoterapii, Wizualizacja w muzykoterapii*, [w:] *Podstawy muzykoterapii*, red. K. Stachyra, wyd. 2, Lublin 2014.
- Strzelecki Wojciech, *Muzyka relaksacyjna i aktywizująca w działaniach terapeutycznych i leczniczych*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2009, nr 4.
- Strzelecki Wojciech, *Zastosowanie muzykoterapii w psychiatrii*, [w:] *Psychologia w naukach medycznych II*, red. W. Strzelecki, M. Czarnecka-Iwańczuk, M. Cybulski, Poznań 2012.
- Trochanowska Aleksandra, *Oddziaływanie muzyką na obniżony nastrój*, [w:] *Muzykoterapia – stałość i zmiana*, red. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 1, Wrocław 2014.
- Uedo Noriya i in., *Reduction in Salivary Cortisol Level by Music Therapy During Colonoscopic Examination*, „Hepatogastroenterology” 2004, Vol. 51, No. 56.
- Walters Catherine L., *The Psychological and Physiological Effects of Vibrotactile Stimulation via a Somatron on Patients Awaiting Scheduled Gynecological Surgery*, „Journal of Music Therapy” 1996, Vol. 33, No. 4.
- Wigram Anthony Lewis, *The Effects of Vibroacoustic Therapy on Clinical and Non-Clinical Populations*, praca doktorska, St. George's Hospital Medical School London University, London 1996, [online:] <http://vibroacoustics.org/FrequencyInfo/Research%20Articles/Wigram.Vat.Thesis.pdf> [17.01.2023].
- Wigram Tony, *The Effect of VA Therapy on Multiple Handicapped Adults with High Muscle Tone and Spasticity*, [w:] *Music Vibration and Health*, ed. T. Wigram, C. Dileo, Cherry Hill 1997.

Streszczenie

Sonora Sound Tube jako uniwersalny instrument terapeutyczny

Sonora Sound Tube jest efektem lutniczych eksperymentów mających na celu wyznaczenie instrumentów o przeznaczeniu terapeutycznym. Działanie instrumentu oparte jest na wykorzystaniu zarówno dźwięku, jak i jego wibracji. Stan relaksu wywołany przez muzykę i wibrację korzystnie wpływa na samopoczucie, prowadzi do poprawy nastroju i regulacji funkcji vegetatywnych organizmu. Muzyka może ewokować różne wyobrażenia i pomagać w wydobyciu podświadomych treści u pacjentów. Oddziaływanie produkcji muzycznych wykonywanych na *Sonora Sound*

Tube i wibracji instrumentu wpisuje się w założenia terapii wibroakustycznej i relaksacji muzycznej. Na tej podstawie przypuszcza się, że instrument ten może być z powodzeniem wykorzystany w prewencji chorób psychosomatycznych, w walce z bezsennością, w chorobach krążenia, zaburzeniach nastroju, a w szczególności w redukowaniu nadmiernego stresu, bólu i napięcia mięśniowego. Skuteczność *Sonora Sound Tube* nie została jeszcze potwierdzona badaniami klinicznymi, a celem niniejszego artykułu jest przedstawienie charakterystyki instrumentu – jego budowy, historii oraz zasady działania – a także zaprezentowanie propozycji jego wykorzystania w muzykoterapii.

Słowa kluczowe: instrument muzyczny, muzykoterapia, psychosomatyka, relaksacja, terapia wibroakustyczna

Summary

Sonora Sound Tube as a versatile therapeutic instrument

The Sonora Sound Tube is the result of luthier experiments conducted to invent instruments for therapeutic purposes. The use of the instrument is based on both its sound and vibration. The state of relaxation induced by music and vibration has a beneficial effect on well-being, it contributes to mood elevation and to the regulation of the body's vegetative functions. Music can evoke different images and help to bring out subconscious feelings in patients. The effect of the sound productions performed on the Sonora Sound Tube and of the instrument's vibrations fits in with the principles of vibroacoustic therapy and musical relaxation. On this basis, it is assumed that the instrument can be successfully used in the prevention of psychosomatic diseases, in the fight against insomnia, in cardiovascular diseases, mood disorders, and, in particular, in the reduction of excessive stress, pain, and muscular tension. The effectiveness of the Sonora Sound Tube has not yet been confirmed by clinical studies, and the aim of the article is to present the characteristics of the instrument – its structure, history, and operation – and to discuss its potential use in music therapy.

Keywords: musical instrument, music therapy, psychosomatics, relaxation, vibroacoustic therapy

• Katarzyna Paluszkiewicz •

Ukończyła Ogólnokształcącą Szkołę Muzyczną I stopnia nr 1 im. Henryka Wieniawskiego (skrzypce) oraz Ogólnokształcącą Szkołę Muzyczną II stopnia im. Mieczysława Karłowicza (lutnictwo artystyczne) w Poznaniu. Naukę budowy instrumentów kontynuowała podczas studiów w Akademii Muzycznej im. Ignacego Jana Paderewskiego w Poznaniu. Uczestniczyła w wielu warsztatach i konkursach, zdobywając m.in. pierwsze miejsce w V Ogólnopolskim Konkursie Lutniczym im. Włodzimierza Kamińskiego dla uczniów i studentów I roku w Poznaniu. Wymianę studencką programu Erasmus realizowała w Konserwatorium Muzycznym w Gandawie. Po ukończeniu studiów odbyła praktyki w berlińskiej pracowni budowy harf u Pepego Ras-musa Weisgerbera. W 2017 roku otworzyła własną pracownię lutniczą zajmującą się

budową instrumentu *Sonora Sound Tube*. W 2018 roku rozpoczęła studia podyplomowe z zakresu muzykoterapia na Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Pracę dyplomową pt. *Możliwości wykorzystania instrumentu Sonora Sound Tube w muzykoterapii* obroniła w 2020 roku, uzyskując świadectwo ukończenia Dwuletnich Podyplomowych Studiów Muzykoterapii. Obecnie prowadzi gabinet relaksacji muzycznej i terapii wibroakustycznej z zastosowaniem sonory.

Muzykoterapia skoncentrowana na kulturze (ang. *Culture-Centered Music Therapy*) to rozległa i rozwijająca się orientacja w teorii oraz praktyce muzykoterapii. Traktując kulturę jako źródło działania, podkreśla sposób, w jaki ludzie rozwijają swoje możliwości przez uczestnictwo w społeczeństwie. Kultura jest bowiem integralnym elementem interakcji międzyludzkich i kreatywności. Muzykoterapia zorientowana kulturowo zgłębia zaś implikacje przyjmowania perspektyw integracyjnych (kulturowo-włączeniowych) dla praktyki, teorii i badań.

Dostrzeżenie i zrozumienie kwestii uwikłania muzykoterapii w kontekst kulturowo-społeczny pozwala na efektywniejsze i skuteczniejsze oddziaływanie pomocowe w służbie potrzebującemu człowiekowi.

ISBN 978-83-65473-46-2



9 788365 473462