

**WROCŁAWSKA
MUZYKOTERAPIA**

5



Muzykoterapia w rehumanizacji współczesnego życia



**Akademia Muzyczna
im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu
Zakład Muzykoterapii**



MUZYKOTERAPIA

W REHUMANIZACJI WSPÓŁCZESNEGO ŻYCIA

Seria:

WROCŁAWSKA MUZYKOTERAPIA

Tom

5



Akademia Muzyczna
im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu
Zakład Muzykoterapii



MUZYKOTERAPIA W REHUMANIZACJI WSPÓŁCZESNEGO ŻYCIA

Redakcja naukowa

Paweł Cylulko

Joanna Gładyszewska-Cylulko

Wrocław 2025

**Publikacja wydana w ramach obchodów jubileuszu 75-lecia
Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu oraz
50-lecia pierwszych w Polsce studiów muzykoterapii**

Recenzent

dr hab. Jadwiga Uchyla-Zroski, prof. WSA

Redakcja naukowa

Paweł Cylulko

Joanna Gładyszewska-Cylulko

Opracowanie redakcyjne

Ewa Skotnicka

Mikołaj Szczęsny

Korekta

Edyta Sawicka

Ewa Skotnicka

Mikołaj Szczęsny

Projekt okładki, layout i DTP

Aleksandra Snitsaruk

© Copyright by Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu,
Wrocław 2025

ISBN 978-83-65473-51-6

Druk

Partner Poligrafia, Białystok

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

SPIS TREŚCI

Paweł Cylulko, Joanna Gładyszewska-Cylulko Prolegomena do rehumanizacji współczesnego życia przez muzykoterapię	7
--	---

Część I

Muzykoterapeutyczne wspomaganie rozwoju dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi

Paweł Cylulko Muzykoterapia i jej oddziaływanie na dzieci o zróżnicowanych potrzebach edukacyjnych – refleksje muzykoterapeuty	17
Lidia Kataryńczuk-Mania Muzykoterapia jako wsparcie dla dzieci	35
Daniela Colonna Kasjan Muzykoterapia we wspomaganiu wszechstronnego rozwoju dziecka	49
Wojciech Strzelecki, Mirosława Cyłkowska-Nowak, Natalia Komar-Piątyszek Wykorzystanie zestawu M-terapia w pracy z dziećmi ze spek- trum autyzmu	63
Angelika Wojciechowska FAScynujące spotkania, czyli muzykoterapia indywidualna z dzieckiem z płodowym zespołem alkoholowym	89

Agnieszka Zamojska Integracyjne jasełka i ich terapeutyczne znaczenie. Wybrane refleksje muzykoterapeutki	103
Olga Daroch Metoda rytmiki Émile’a Jaques’a-Dalcroze’a w edukacji i terapii niewidomych uczniów klas I–III szkoły muzycznej I stopnia	117
Gabriela Tencza Muzyczny GPS – autorski projekt muzykoterapeutycznej aplikacji dla dzieci z niepełnosprawnością wzroku	133

Część II

Wspieranie zdrowia osób dorosłych przez oddziaływania muzykoterapeutyczne

Małgorzata M. Stańczyk Muzykoterapia jako czynnik humanizacji w opiece zdrowotnej	153
Michalina Radzińska Autorska propozycja zastosowania mobilnej rekreacji muzycznej w aktywizacji osób starszych	165
Stella Kaczmarek Praca z emocjami za pomocą muzykoterapii w schorzeniach psychosomatycznych. Badania własne	191
Justyna Łukasiewicz Muzykoterapia dla pracowników korporacji	215
Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk, Justyna Miłoś-Konopacka Działalność Studenckiego Koła Naukowego Muzykoterapii w latach 1986–2021 – wspomnienia	227

PROLEGOMENA DO REHUMANIZACJI WSPÓŁCZESNEGO ŻYCIA PRZEZ MUZYKOTERAPIĘ

Mając w żywej pamięci niedawne jubileusze: siedemdziesięciopięciolecia Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu (AMKL), pięćdziesięciolecia Zakładu Muzykoterapii i studiów wyższych z zakresu muzykoterapii oraz dziesięciolecia wydawania zainaugurowanej przez Zakład serii książek pod wspólnym tytułem „Wrocławska Muzykoterapia”, oddajemy do rąk Czytelników publikację zatytułowaną *Muzykoterapia w rehumanizacji współczesnego życia*, stanowiącą piąty tom wspomnianego cyklu wydawniczego.

Wrocławski kompozytor, teoretyk muzyki, pedagog, pionier polskiej muzykoterapii prof. dr Tadeusz Natanson (1927–1990) na przełomie lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX wieku dopatrywał się analogii między pracą kompozytora i lekarza w służbie potrzebującemu człowiekowi. W swoich artystycznych, naukowych i badawczych poszukiwaniach, jak na owe czasy nowatorskich i bardzo oryginalnych, zwrócił szczególną uwagę na niekorzystne zjawisko kulturowe, jakim była panująca wówczas ideologia technokratyczna, oparta na racjonalności instrumentalnej i powodująca postępującą dehumanizację ludzkiego życia, odczuwaną szczególnie dotkliwie w obszarze opieki zdrowotnej. Autor dał wyraz swoim zapatrywaniom w licznych pracach naukowych i popularnonaukowych z zakresu muzykoterapii, w tym głównie w dwóch monografiach zatytułowanych *Wstęp do nauki o muzykoterapii* [Natanson 1979] oraz *Programowanie muzyki terapeutycznej. Zarys podstaw teoretycznych*

[Natanson 1992]. W publikacjach tych zaprezentował najważniejsze, oparte na naukowych przesłankach założenia teoretyczne muzykoterapii, uprawianej akademicko od 1973 roku w Zakładzie Muzykoterapii Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej, obecnie Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Opracowaną przez prof. Natanson na teorię określa się mianem polskiej naukowej koncepcji muzykoterapii [Cylulko, Gładyszewska-Cylulko 2010: 173–184; Natanson 1979, 1992].

U podstaw nauki o muzykoterapii zaproponowanej w ramach wspomnianej koncepcji leży definicja pojęcia „muzykoterapia” autorstwa Tadeusza Natansona. Jedna z jej rozbudowanych wersji brzmi następująco:

Muzykoterapia jest jednym spośród planowych działań zmierzających w kierunku rehumanizacji współczesnego życia przez wielostronne wykorzystywanie wielorakich walorów substancji muzycznej w celu ochrony i przywracania ludzkiego zdrowia oraz w celu korzystnego wpływania zarówno na współkształtowanie środowiska, w którym człowiek żyje i działa, jak i na panujące w nim stosunki międzyludzkie [Natanson 1992: 70].

W definicji tej został sprecyzowany zakres treściowy podstawowych pojęć używanych na polu muzykoterapii, takich jak materiał muzyczny, postrzegany jako specyficzny lek (substancja muzyczna), wraz z jego korzystnym, prozdrowotnym oddziaływaniem na organizm ludzki, czy relacja zwrotna człowiek–muzyka, a także obszar zastosowania omawianej formy terapii w działaniach profilaktycznych, leczniczych, edukacyjnych i rehabilitacyjnych. W tak pojmowanej dyscyplinie pomocowej autor zalecał zachowanie spójności oraz przestrzegał przed zaburzeniem równowagi pomiędzy nauką (wiedzą teoretyczną) a praktyką kliniczną (doświadczeniem).

Godny podkreślenia jest także fakt, że w zaproponowanej definicji, będącej integralnym elementem polskiej naukowej koncepcji muzykoterapii, autor posłużył się określeniem „rehumanizacja” w stosunku do współczesnego życia, na które muzykoterapia powinna korzystnie wpływać. Pierwszy człon tego terminu oznacza tyle co „znów, powtórnie,

ponownie, na nowo” [Re 2024], co wymownie oddaje postulat i dążenie prof. Natansona, który opowiadał się za koniecznością powtórnego ucłowieczenia ludzkiego życia w zindustrializowanym świecie przez zastosowanie sztuki muzycznej i jej terapeutycznego potencjału [Colonna Kasjan 2022: 156]. Z całą pewnością można twierdzić, że swoim podejściem Tadeusz Natanson zapoczątkował w naszym kraju humanistyczny kierunek muzykoterapii [Szymajda 2022: 199].

Jego rozważania przedstawione w ramach polskiej naukowej koncepcji muzykoterapii w pełni urzeczywistniły się w historii, tradycji i dorobku Zakładu Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu oraz studiów wyższych z zakresu muzykoterapii prowadzonych w tejże uczelni [Cylulko 2022: 23–42]. Lata 2022–2023 były dla wrocławskich muzykoterapeutów¹ szczególnym okresem. Wiązały się bowiem ze wspomnieniem dwóch wymienionych już złotych jubileuszy: pięćdziesięciolecia istnienia i działalności Zakładu Muzykoterapii (1972–2022) oraz pięćdziesięciolecia prowadzenia studiów wyższych z zakresu muzykoterapii (1973–2023). Fakty te dobitnie świadczą o tym, że wrocławska muzyczna *Alma Mater* jest najstarszym, najprężniej działającym i mającym najbogatszy dorobek ośrodkiem artystycznym oraz naukowo-badawczym w Polsce zajmującym się akademicko zorientowaną muzykoterapią w służbie potrzebującemu człowiekowi.

Z okazji jubileuszu Zakładu Muzykoterapii oraz zorganizowanego w ramach jego obchodów II Europejskiego Forum Muzykoterapeutów „Muzykoterapia w rehumanizacji współczesnego życia” (2022) Senat Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego Uchwałą nr 32/2022 z dnia 27 września 2022 roku podjął decyzję o nadaniu jednej z sal dydaktycznych imienia dr. Andrzeja Janickiego – drugiego z pionierów wrocławskiej muzykoterapii (zob. ilustracja 1, s. 12). Natomiast z okazji kolejnego ze wspomnianych jubileuszy podczas Ogólnopolskiej Konferencji

1» Osoby, zespoły osób, ich poczynania i dorobek związane z działalnością artystyczną, naukową, badawczą, dydaktyczną, terapeutyczną, organizacyjną i popularyzatorską wrocławskiej uczelni muzycznej określa się terminem „wrocławska muzykoterapia” [Cylulko 2006: 572–573, 2022: 25].

Naukowej „50 lat studiów muzykoterapii w Polsce” (2023) odbyła się sama uroczystość nadania imienia. Przewodniczył jej JM Rektor prof. dr hab. Krystian Kiełb, który wraz z prof. dr hab. Grażyną Pstrokońską-Nawratil (dyrektorem Instytutu Kompozycji, bliską współpracownicą prof. dr. Tadeusza Natansona) oraz dr. hab. Pawłem Cylulką, prof. AMKL (kierownikiem Zakładu Muzykoterapii, asystentem dr. Andrzeja Janickiego) dokonał odsłonięcia pamiątkowej tablicy z inskrypcją „Sala wykładowa im. dr. Andrzeja Janickiego”.

Zapoczątkowana przez Tadeusza Natansona idea muzykoterapii jako prozdrowotnego działania zmierzającego do rehumanizacji ludzkiego życia jest wiecznie żywa. W czasach licznych i różnorodnych przemian ekonomicznych, gospodarczych, społecznych oraz kulturowych nabiera ona jeszcze większej wartości, przede wszystkim dla uprawiających muzykoterapię profesjonalistów, będąc niejako mottem ich zawodowego powołania do służby potrzebującemu, cierpiącemu, choremu i niepełnosprawnemu człowiekowi.

Problematyka podejmowana w niniejszej publikacji koncentruje się wokół muzykoterapii osób znajdujących się na różnych etapach życia. Znaczenie tej formy wsparcia w kształceniu, wychowaniu i terapii dzieci ukazują Paweł Cylulko (*Muzykoterapia i jej oddziaływanie na dzieci o zróżnicowanych potrzebach edukacyjnych – refleksje muzykoterapeuty*), Lidia Kataryńczuk-Mania (*Muzykoterapia jako wsparcie dla dzieci*) oraz Daniela Colonna Kasjan (*Muzykoterapia we wspomaganiu wszechstronnego rozwoju dziecka*). O tym, że muzykoterapia znalazła swoje miejsce w działaniach kierowanych do dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych, świadczą także artykuły Angeliki Wojciechowskiej (*FAScynujące spotkania, czyli muzykoterapia indywidualna z dzieckiem z płodowym zespołem alkoholowym*) i Olgi Daroch (*Metoda rytmiki Émile’a Jaques’a-Dalcroze’a w edukacji i terapii niewidomych uczniów klas I–III szkoły muzycznej I stopnia*). W pracy z tą grupą pacjentów można zauważyć próby wzbogacania oddziaływań muzykoterapeutycznych przez stosowanie nowych urządzeń stymulujących rozwój dziecka (o czym można przeczytać w artykule Wojciecha Strzeleckiego, Mirosławy Cyłkowskiej-Nowak i Natalii Komar-Piątyszek *Wykorzystanie zestawu M-terapia w pracy z dziećmi*

ze spektrum autyzmu) oraz przez włączanie do muzykoterapii technologii informatycznych (co proponuje Gabriela Tencza w artykule *Muzyczny GPS – autorski projekt muzykoterapeutycznej aplikacji dla dzieci z niepełnosprawnością wzroku*). Część poświęcona muzykoterapii dzieci zawiera również artykuł odnoszący się do doświadczeń praktycznych w zakresie oddziaływania muzyką. Agnieszka Zamojska przedstawia w nim refleksje dotyczące terapeutycznego wymiaru jasełek (*Integracyjne jasełka i ich terapeutyczne znaczenie. Wybrane refleksje muzykoterapeutki*).

W drugiej części publikacji autorzy odnoszą swoje rozważania do ludzi dorosłych, zwracając uwagę na to, jak ważne jest miejsce muzykoterapii w pracy z człowiekiem chorym i cierpiącym. Małgorzata M. Stańczyk przedstawia refleksje, które zrodziły się podczas realizacji dwóch projektów wdrażających strategię humanizacyjne z udziałem muzykoterapii oraz doświadczenia związane ze stosowaniem muzyki i terapii muzycznej na oddziałach covidowych i w pracy z pacjentem chorym onkologicznie (*Muzykoterapia jako czynnik humanizacji w opiece zdrowotnej*). Michalina Radzińska postuluje wykorzystanie omawianego rodzaju terapii w pracy z osobami starszymi (*Autorska propozycja zastosowania mobilnej rekreacji muzycznej w aktywizacji osób starszych*). Stella Kaczmarek z kolei odnosi się do pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi, podejmując próbę pogłębienia wiedzy na temat głównych celów oraz sposobów leczenia tego rodzaju chorych (*Praca z emocjami za pomocą muzykoterapii w schorzeniach psychosomatycznych. Badania własne*). Justyna Łukasiewicz zaś widzi w muzykoterapii nową formę wsparcia osób doświadczających stresu lub wypalenia zawodowego (*Muzykoterapia dla pracowników korporacji*). Warty zauważenia jest także tekst Klaudii Kukiełczyńskiej-Krawczyk i Justyny Miłosz-Konopackiej, w którym opisane zostały doświadczenia Studenckiego Koła Naukowego Muzykoterapii zgromadzone w ciągu 35 lat jego aktywności (*Działalność Studenckiego Koła Naukowego Muzykoterapii w latach 1986–2021 – wspomnienia*).

Mamy nadzieję, że niniejszy tom serii „Wrocławska Muzykoterapia” zatytułowany *Muzykoterapia w rehumanizacji współczesnego życia* poruszaną problematyką będzie inspirował muzykoterapeutów akademicko uprawiających omawianą dziedzinę do podejmowania jeszcze bardziej



AKADEMIA MUZYCZNA
im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

pl. Jana Pawła II nr 2, 50-043 Wrocław
tel.: +48 71 310 05 00, fax +48 71 355 28 49
email: info@amkl.edu.pl

**Uchwała nr 32/2022
Senatu Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu
z dnia 27 września 2022 r.**

**w sprawie nadania sali F 305 Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego
we Wrocławiu imienia dra n. med. Andrzeja Janickiego**

Na podstawie art. 28 ust. 1 pkt 16 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce* (Dz. U. z 2022 r. poz. 574 z późn. zm.) oraz § 109 ust. 1 Statutu Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu stanowiącego Załącznik do Uchwały nr 34/2019 Senatu Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu z dnia 11 września 2019 r. w sprawie uchwalenia Statutu Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, Senat Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu uchwala, co następuje:

§ 1

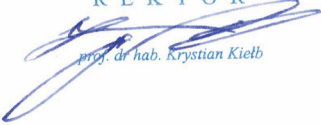
Nadaje się sali F 305 Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu imię dra n. med. Andrzeja Janickiego.

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Rektorowi Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu.

§ 3

Uchwała niniejsza wchodzi w życie z dniem podjęcia.

REKTOR

prof. dr hab. Krystian Kiełb

Wrocław, 27 września 2022 r.

www.amuz.wroc.pl

Ilustracja 1. Uchwała nr 32/2022 Senatu Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu z dnia 27 września 2022 r. w sprawie nadania sali 305F imienia dr. n. med. Andrzeja Janickiego. Reprodukacja uchwały z archiwum AMKL

wnikliwych i poszerzonych studiów teoretycznych, poszukiwania skutecznych, praktycznych rozwiązań oraz prowadzenia rozwojowych badań empirycznych na jej polu, a tym samym przyczyni się do jej dalszego rozwoju.

Paweł Cylulko
Joanna Gładyszewska-Cylulko

Bibliografia

- Colonna Kasjan Daniela, 2022, *Aspekty pedagogiczne muzykoterapii dzieci*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia – od pionierskiej działalności do kreatywnej twórczości*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 4, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 155–169.
- Cylulko Paweł, 2006, *Muzykoterapia Wrocławska*, [w:] J. Harasimowicz (red.), *Encyklopedia Wrocławia*, wyd. 3, Wrocław: Wydawnictwo Dolnośląskie, s. 572–573.
- Cylulko Paweł, 2022, *Wrocławska muzykoterapia*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia – od pionierskiej działalności do kreatywnej twórczości*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 4, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 23–42.
- Cylulko Paweł, Gładyszewska-Cylulko Joanna, 2010, *Polska naukowa koncepcja muzykoterapii – w trzydziestolecie wydania książki Tadeusza Natanson „Wstęp do nauki o muzykoterapii”*, [w:] A. Granat-Janki (red.), *Tadeusz Natanson. Kompozytor, uczony, pedagog*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 173–184.
- Natanson Tadeusz, 1979, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Natanson Tadeusz, 1992, *Programowanie muzyki terapeutycznej. Zarys podstaw teoretycznych*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Re, 2024, [w:] *Słownik języka polskiego*, [online:] <https://sjp.pwn.pl/sjp/re;2573516.html> [8.01.2024].
- Szymajda Agnieszka, 2022, *Muzykoterapia dzieci z doświadczeniem migracyjnym w polskich przedszkolach*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia – od pionierskiej działalności do kreatywnej twórczości*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 4, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 199–214.

PAWEŁ CYLULKO – prof. AMKL, doktor habilitowany w dziedzinie sztuki, w dyscyplinie artystycznej sztuki muzyczne, doktor nauk o kulturze fizycznej w zakresie rehabilitacji ruchowej, magister muzykoterapii, magister edukacji muzycznej, pełnomocnik rektora ds. osób niepełnosprawnych w 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, liczne artykuły naukowe oraz współredakcje wielu prac zbiorowych z zakresu muzykoterapii. Do głównych kierunków jego zainteresowań naukowych należą edukacja i rehabilitacja niepełnosprawnych dzieci z wykorzystaniem terapeutycznych walorów sztuki muzycznej oraz kształcenie adeptów muzykoterapii.

JOANNA GŁADYSZEWSKA-CYLULKO – doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki, psycholog kliniczny, tyflopedagog, adiunkt w Instytucie Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego. Autorka licznych publikacji naukowych z zakresu muzykoterapii i arteterapii, m.in. dwóch monografii: *Arteterapia w pracy pedagoga* i *Wspomaganie rozwoju dzieci nieśmiałych poprzez wizualizację i inne techniki arteterapii*, oraz współredaktor merytoryczny kilku prac zbiorowych wydanych w ramach działalności Zakładu Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Swe doświadczenia prezentuje na ogólnopolskich i międzynarodowych konferencjach naukowych. Jej zainteresowania naukowe skupiają się na problematyce związanej z edukacją i rehabilitacją osób z niepełnosprawnością wzroku, a zwłaszcza na wykorzystaniu sztuki muzycznej w ich diagnozowaniu i rehabilitacji.

CZĘŚĆ I

Muzykoterapeutyczne wspomaganie rozwoju dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi

MUZYKOTERAPIA I JEJ ODDZIAŁYWANIE NA DZIECI O ZRÓŻNICOWANYCH POTRZEBACH EDUKACYJNYCH – REFLEKSJE MUZYKOTERAPEUTY

Paweł Cylulko » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

Wprowadzenie

Muzykoterapeuci, podobnie jak inni profesjonaliści pracujący w służbie potrzebującym i wykluczonym osobom, nieustannie poszukują odpowiedzi na nurtujące ich pytania, wśród których bardzo ważne miejsce zajmują te odnoszące się do celowości, jakości i efektywności oferowanych przez nich oddziaływań terapeutycznych. Jako dyplomowani specjaliści są szczególnie zainteresowani swoistością funkcjonowania dzieci ze zróźnicowanymi potrzebami edukacyjnymi. Formułowane przez profesjonalistów pytania odnoszą się m.in. do możliwości, oczekiwań i predyspozycji małych beneficjentów, głównie w obszarze sztuki muzycznej oraz jej korzystnego, prozdrowotnego oddziaływania, w wymiarze zarówno indywidualnym, jak i grupowym.

Od pół wieku wyczerpujących odpowiedzi na te i podobne pytania starają się udzielać polscy muzykoterapeuci w ramach samodzielnej dyscypliny, jaką jest uprawiana akademicko muzykoterapia, a dokładnie na polach jej teorii – nauki o muzykoterapii, praktyki – doświadczenia klinicznego w zakresie tejże dyscypliny, oraz profesji – metodyki nauczania zawodu [Cylulko (oprac. i red.) 2011]. Te trzy zasadnicze, integralnie współistniejące obszary muzykoterapii stały się podstawą pięćdziesięcioletniej

działalności artystycznej, naukowej, dydaktycznej, organizacyjnej i popularyzatorskiej pierwszego w Polsce Zakładu Muzykoterapii (powołanego w 1972 roku) oraz funkcjonowania pierwszych wyższych studiów z zakresu muzykoterapii (istniejących od 1973 roku) ówczesnej Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej, obecnie Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego (AMKL) we Wrocławiu [Cylulko 2022: 23–42]. Znalazły także odzwierciedlenie w autorskiej naukowej refleksji prof. dr. Tadeusza Natansona w postaci polskiej naukowej koncepcji muzykoterapii zaprezentowanej w pierwszym poświęconym tej dyscyplinie polskim podręczniku zatytułowanym *Wstęp do nauki o muzykoterapii* [Cylulko, Gładyszewska-Cylulko 2010: 173–184; Natanson 1979: 50–58, 1992: 11–21, 70].

W dalszej części niniejszego artykułu zostanie zaprezentowana refleksja na temat postrzegania dzieci o zróżnicowanych potrzebach edukacyjnych przez muzykoterapeutów oparta na literaturze przedmiotu oraz na spostrzeżeniach i doświadczeniach dyplomowanego muzykoterapeuty. Dokonując przeglądu literatury, wzięto pod uwagę teksty wrocławskich muzykoterapeutów wydane drukiem w latach 2000–2023 w języku polskim przez wydawnictwo AMKL. Autorzy tych tekstów, korzystając z dyskursu zapoczątkowanego przez Tadeusza Natansona w polskiej naukowej koncepcji muzykoterapii, prezentują oddziaływania muzykoterapeutyczne adresowane do beneficjentów o zróżnicowanych potrzebach rozwojowych oraz edukacyjnych. Postawione zostały następujące istotne dla dalszej części artykułu pytania: Jakie cechy przypisują muzykoterapeuci dzieciom? Jakie wstępne wymagania im stawiają? W jakich rolach muzykoterapeuci postrzegają dzieci? Jakie podejścia w stosunku do nich preferują? Jakie relacje z dziećmi budują?

Prozdrowotne oddziaływanie sztuki muzycznej w świetle polskiej naukowej koncepcji muzykoterapii Tadeusza Natansona

Na początku lat siedemdziesiątych XX wieku – w sytuacji narastającego zjawiska dehumanizacji życia, szczególnie w świecie medycyny oraz

sztuki muzycznej – kompozytor, teoretyk muzyki, pionier i prekursor wrocławskiej, a tym samym i polskiej muzykoterapii Tadeusz Natanson [Cesarz 2022: 43–58] opracował naukowe podwaliny tej rodzącej się wówczas w naszym kraju akademickiej dyscypliny, określane mianem polskiej naukowej koncepcji muzykoterapii. Zaproponowaną przez profesora teorię tworzy zespół ogólnych, związanych i integralnie ze sobą powiązanych poglądów, stanowiących logiczny, spójny, oparty na naukowych podstawach system terminów, definicji oraz podejść dotyczących zagadnień polskiej muzykoterapii [Cylulko, Gładyszewska-Cylulko 2010; Natanson 1979: 179], w tym m.in. tych odnoszących się do specyficznie pojmowanego materiału muzycznego i jego wpływu na człowieka w ramach omawianej formy arteterapii. W rozważaniach na temat muzykoterapii Tadeusz Natanson jednoznacznie wskazuje na realizowanie działań terapeutycznych zgodnie z paradygmatem humanistyczno-podmiotowej koncepcji niepełnosprawności przy zachowaniu równowagi pomiędzy wiedzą teoretyczną (nauką) a doświadczeniem (praktyką kliniczną) [Cylulko, Gładyszewska-Cylulko 2010: 173–184].

Jak pisze autor omawianej teorii: „Koncepcja taka wskazuje [...] przewidywany zakres działań, ich zamierzony cel, przewidywany rezultat oraz metody działań muzykoterapeutycznych” [Natanson 1992: 37]. Należy podkreślić, że u podstaw teorii Natansona leży autorska definicja pojęcia „muzykoterapia”, wskazująca na wielokierunkowe wykorzystanie środka, jakim jest substancja muzyczna, w celu pozytywnego oddziaływania nie tylko na samego człowieka, lecz także na jego szeroko pojmowane środowisko [Natanson 1992: 70]. To m.in. ta definicja pozwala wnioskować, że: „W koncepcji muzykoterapii Tadeusza Natansona główną rolę odgrywa dążenie do rehumanizacji ludzkiego życia w zindustrializowanym świecie” [Colonna Kasjan 2022: 156]. Można również stwierdzić, iż polską naukową koncepcją muzykoterapii Natanson zapoczątkował w Polsce humanistyczny kierunek muzykoterapii [Szymajda 2022: 199].

Muzykoterapia jest samodzielną akademicką dyscypliną plasującą się pomiędzy nauką a sztuką. Stanowiąc formę oddziaływania pomocowego, może być traktowana jako jedna z odmian zarówno psychoterapii, jak i arteterapii, adresowana zaś jest do różnych grup odbiorców, w tym

m.in. do dzieci, młodzieży i osób dorosłych ze zróżnicowanymi potrzebami [Natanson 1979: 177]. Przytoczone stwierdzenie wskazuje na psychoterapię jako źródło niektórych wykorzystywanych w omawianej dyscyplinie technik terapeutycznych, które są wzbogacane o korzystne, prozdrowotne oddziaływanie sztuki i możliwe do zastosowania w terapii dzieci o szczególnych potrzebach edukacyjnych. Takie rozumienie terminu „muzykoterapia” ma pozytywny wydźwięk, gdyż podkreśla spójność teorii z praktyką oraz profesją w służbie potrzebującemu, cierpiącemu człowiekowi.

Jedna z definicji muzykoterapii adresowanej do dzieci brzmi następująco:

Przez muzykoterapię dla dzieci rozumie się przemyślane i planowane używanie muzyki i/lub jej elementów w ramach relacji terapeutycznej z dzieckiem lub nastolatkiem w celu odbudowania, podtrzymania i wspierania ich zdrowia psychicznego i somatycznego oraz korekcji i wspomagania rozwoju [Stegemann 2015: 64].

Tak postrzegana muzykoterapia swoimi założeniami nawiązuje głównie do paradygmatów psychologii humanistycznej i dzięki temu wskazuje profesjonalistom ją uprawiającym, by w centrum zainteresowań stawiali dziecko, m.in. to ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi oraz rozwojowymi, jako autonomiczny i samostanowiący podmiot. Dzięki temu dyplomowani muzykoterapeuci dużą wagę przywiązują do indywidualności i niepowtarzalności małego pacjenta, a przez to do jego osobistych odczuć, doznań, kreatywności i twórczości artystycznej.

Swym zakresem muzykoterapia, zarówno indywidualna, jak i grupowa, obejmuje wzajemne oddziaływanie muzykoterapeuty, dziecka (grupy dzieci) oraz muzyki, a niekiedy także członków najbliższej rodziny pacjenta (w sytuacji terapii systemowej), przez co spełnia podstawową zasadę partnerstwa, nakazującą odwoływanie się do osobowości dziecka przez jego podmiotowe traktowanie. Takie podejście wskazuje na dostosowany do potrzeb małego beneficjenta charakter oddziaływań pomocowych i ukierunkowuje je na pozytywny potencjał i siły rozwojowe tkwiące

w samym pacjencie, prowadząc do świadomego, aktywnego udziału dziecka w działaniach terapeutycznych. Humanistyczne podejście oraz holistyczne spojrzenie na potrzeby, oczekiwania, możliwości i zdolności poddawanego terapii dziecka oraz jego najbliższego środowiska społecznego mogą zapewnić optymalne warunki sprzyjające pełnemu, wszechstronnemu rozwojowi małego pacjenta.

Korzystne oddziaływanie sztuki muzycznej lub jej poszczególnych elementów na osoby ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi coraz częściej i w coraz większym stopniu skłania różnych specjalistów, w tym muzyków, pedagogów, psychologów, logopedów lub fizjoterapeutów, do wykorzystywania jej różnorodnych dobrodziejstw dla celów edukacyjno-rehabilitacyjnych. Trzeba tu jednak wspomnieć, że muzykoterapia bywa często nie tyle kojarzona z edukacją muzyczną lub edukacją specjalną, co z nimi mylona i niewłaściwie pojmowana. Za Tomaszem Dobrowolskim należy powtórzyć, że dyplomowany muzykoterapeuta jest profesjonalistą, który winien ukończyć studia wyższe pierwszego i drugiego stopnia lub studia podyplomowe z zakresu muzykoterapii na wyższej uczelni muzycznej [Dobrowolski 2022: 75].

Postrzeganie beneficjentów przez muzykoterapeutów

Pojęcie „postrzeganie” jest wieloznaczne i wielozakresowe, przez co może być różnorodnie rozumiane przez przedstawicieli nauki oraz sztuki. Aby podjąć próbę rozeznania, jak postrzegani są beneficjenci muzykoterapii, należy w pierwszej kolejności odwołać się do przykładowych ogólnych definicji tego pojęcia. Według *Słownika języka polskiego* „postrzegać” oznacza: „zobaczyć i ocenić kogoś w określony sposób” [Postrzeganie 2023b]. *Wielki słownik języka polskiego* podaje, że „postrzegać” to „oceniać w określony sposób” [Postrzeganie 2023c], w *Słowniku Głosbe* zaś odnajdujemy następujące znaczenie: „widzieć coś w dany sposób, mieć na jakiś temat określone zdanie” [Postrzeganie 2023a]. Już tych kilka zaprezentowanych definicji pozwala wnioskować, iż postrzeganie

może oznaczać zarówno widzenie, zobaczenie, jak i wyrobienie sobie zdania na jakiś temat, a przede wszystkim ocenianie kogoś w określony sposób. Żadne z tych wyjaśnień nie wskazuje jednak, od czego postrzeganie zależy, co na nie wpływa ani w jaki sposób może się ono kształtować pod wpływem uwarunkowań społeczno-kulturowych. Próba odpowiedzi na te pytania wymaga przekroczenia granic wyznaczonych przez przytoczone definicje słownikowe oraz spojrzenia na omawiane pojęcie z nieco innej perspektywy.

Postrzeganie drugiego człowieka, w tym także dziecka ze zróżnicowanymi potrzebami edukacyjnymi, można rozpatrywać z punktu widzenia różnych dziedzin i dyscyplin zarówno nauki, jak i sztuki, w tym m.in. psychologii społecznej, edukacji specjalnej i muzycznej oraz muzykoterapii. Niezależnie od przyjętej perspektywy warto zauważyć, że postrzeganie dziecka ze specjalnymi potrzebami bywa zdeterminowane – najogólniej rzecz ujmując – koncentrowaniem się na związanych z codziennym funkcjonowaniem problemach, ograniczeniach i trudnościach, jakich dziecko takie doświadcza. W ten sposób mogą postrzegać dzieci także profesjonaliści różnych dyscyplin pomocowych, w tym muzykoterapeuci. Jak jednak podkreślają Kinga Piber-Dąbrowska i Grzegorz Sędek: „Co istotne i znamienne, warunków sprzyjających spostrzeganiu bez uprzedzeń i stereotypów poszukuje się w człowieku – w jego potencjale mentalnym” [Piber-Dąbrowska, Sędek 2006: 7]. W myśl tych słów należałoby przyjąć założenie, że dyplomowani muzykoterapeuci z racji wykonywanego zawodu, zdobytych doświadczeń oraz zamiłowania do swojej profesji są w pełni zdolni i gotowi do tego, by postrzegać wszystkich beneficjentów swoich oddziaływań terapeutycznych bez jakichkolwiek uprzedzeń czy stereotypów. Można powiedzieć, iż są oni profesjonalistami unikającymi zniekształceń poznawczych w stosunku do dziecka, z którym pracują, i do członków jego najbliższej rodziny. Na podstawie własnego doświadczenia klinicznego, a przede wszystkim opierając się na różnorodnych faktach, zdarzeniach i sytuacjach z życia, historii choroby czy niepełnosprawności dziecka, muzykoterapeuci konstruują narracyjne interpretacje, tj. wizje zindywidualizowanych, niepowtarzalnych rzeczywistości swoich pacjentów w kontekście uwarunkowań społeczno-kulturowych [Trzebiński,

Antczak 2006: 34–43]. Zgromadzone w ten sposób informacje o uczestnikach zajęć muzykoterapeutycznych, a przez to także o ich specyficznych potrzebach, mają bardzo ważne znaczenie, gdyż wyznaczają formułowane względem pacjentów oczekiwania, stawiane im wymagania i pozwalają na konstruowanie prognozy oddziaływań edukacyjno-rehabilitacyjnych [Skarżyńska 1981: 19–23]. Dzięki takiemu postępowaniu muzykoterapeuci uwrażliwiają się na dziecko i na jego zróżnicowane potrzeby, szczególnie na polu oddziaływania terapii i sztuki muzycznej.

Dla celów niniejszego opracowania proponuję, by postrzeganie dzieci przez muzykoterapeutów pojmować jako sposób rozumienia, traktowania i ustosunkowania się do możliwości, potrzeb, oczekiwań, predyspozycji oraz zdolności dziecka. W myśl takiej interpretacji można powiedzieć, że na podstawie zbudowanego przez siebie wizerunku beneficjentów profesjonalści wyciągają wnioski ukierunkowujące ich działania zawodowe, wyznaczające zakres, przebieg i spodziewane efekty terapii. Do czynności zawodowych muzykoterapeuty trzeba obok programowania, realizowania, monitorowania, dokumentowania i oceniania zajęć muzykoterapeutycznych zaliczyć także diagnozowanie, promowanie zdrowia, opiniowanie oraz orzekanie w sprawach prozdrowotnego oddziaływania sztuki muzycznej [Cylulko (oprac. i red.) 2011: 16–18]. Dzięki profesjonalnemu ustosunkowaniu się do uczestników zajęć możliwe jest optymalne dostosowanie tych działań do indywidualnej sytuacji pacjenta. Jednocześnie, ze względu na muzyczno-terapeutyczną specyfikę samej dyscypliny, tak konstruowane działania są ważnym czynnikiem kształtującym sposób postrzegania dzieci o specjalnych potrzebach.

W ramach podejmowanych przez siebie działań opartych na korzystnym wpływie sztuki muzycznej profesjonalści przypisują dzieciom o zróżnicowanych potrzebach edukacyjnych określone role, które można podzielić na trzy zasadnicze grupy – zespoły ról. Pierwsza, często przywoływana grupa ról wiąże się z postrzeganiem dzieci jako pacjentów/klientów, wychowanków, uczniów, podopiecznych lub kuracjuszy [Konaszkiewicz 1994: 16], co wynika z tego, że ze względu na swoje specjalne potrzeby rozwojowe lub edukacyjne pacjenci ci wymagają specjalistycznego leczenia, edukacji, rehabilitacji lub terapii, w tym

m.in. muzykoterapii. W drugiej grupie wymienia się rolę słuchacza, twórcy, odtwórcy czy melomana, jako że dzieci w ramach oddziaływań muzykoterapeutycznych słuchają sztuki muzycznej o wysokich walorach artystyczno-estetycznych oraz tworzą i odtwarzają ją na poziomie swoich umiejętności oraz możliwości, niejednokrotnie bardzo skromnych. Ostatnia grupa ról wiąże się z postrzeganiem każdego dziecka na określonym etapie życia wraz z charakterystycznymi dla jego wieku rozwojowego cechami, możliwościami i potrzebami, a także z jego skłonnościami i oczekiwaniami. Taki sposób spojrzenia na beneficjenta stawia go w roli osoby wymagającej i mającej pełne prawo do właściwej edukacji i wychowania na równi ze wszystkimi zdrowymi, pełnosprawnymi rówieśnikami.

Jeszcze zanim muzykoterapeuci podejmą się realizowania któregoś z integralnie powiązanych ze sobą działań przynależnych swojej profesji, bardzo często deklarują pełną gotowość objęcia indywidualną lub grupową formą wszechstronnego wsparcia zarówno dzieci z niepełnosprawnościami czy chorobami, jak i tych pełnosprawnych. Takie sztandarowe niemal deklaracje, składane ustnie i zamieszczane w publikowanych pracach naukowych i popularno-naukowych z zakresu muzykoterapii, dotyczą wszystkich beneficjentów niezależnie od wieku, płci, pochodzenia, stanu zdrowia oraz miejsca zamieszkania. Warto dodać, że jednocześnie muzykoterapeuci są zdania, iż aby dzieci o zróżnicowanych potrzebach edukacyjnych mogły uczestniczyć w indywidualnych lub grupowych sesjach muzykoterapeutycznych, nie muszą mieć elementarnego przygotowania muzycznego – są więc gotowi do pracy z pacjentami o niewielkim poziomie możliwości psychoruchowych i intelektualnych oraz zdolności muzycznych. Jeśli dzieci wykazują takie zdolności, jak najbardziej mogą je rozwijać w formach i zakresach dla siebie dostępnych, a przewidzianych programem muzykoterapeutycznym [Szymajda 2017: 73]. Ta bardzo wyrozumiała postawa specjalistów wynika m.in. z faktu, że przypisują oni wszystkim beneficjentom, w tym osobom ze zróżnicowanymi potrzebami edukacyjnymi, naturalną, wrodzoną muzykalność, która może stać się podstawą do objęcia ich z dużym powodzeniem specjalistycznym muzycznoterapeutycznym wsparciem. Muzykoterapeuci twierdzą przy tym, że dzieci dzięki owej dużej wrażliwości na muzykę i wrodzonym

uzdolnieniom muzycznym są spontaniczne oraz kreatywne zarówno na polu samej sztuki muzycznej, jak i w obszarze jej prozdrowotnego, terapeutycznego oddziaływania [Malloch 1999: 29–57; Nordoff, Robbins 2008: 34; Strzelecki 2022: 177]. Przy okazji warto dodać, iż dyplomowani specjaliści muzykoterapii na ogół przyjmują, że aktywność muzyczna każdego dziecka jest uwarunkowana m.in. jego: 1) wrażliwością emocjonalno-estetyczną na dźwięki i muzykę; 2) percepcyjnymi, twórczymi i odtwórczymi doświadczeniami muzycznymi; 3) zadatkami organicznymi; 4) możliwościami i ograniczeniami związanymi ze stanem zdrowia oraz warunkami codziennego życia.

W postrzeganiu uczestników zajęć przez specjalistów muzykoterapii można wyodrębnić dwa główne wymiary: 1) indywidualny, wynikający ze specyfiki i niepowtarzalności każdego dziecka – obejmujący swym zakresem głównie jednostkową percepcję, twórczość i odtwórczość muzyczną (głosem, ruchem oraz na instrumentach muzycznych); 2) grupowy, wyznaczany przez czynniki wspólne, uniwersalne dla poszczególnych zbiorowości dzieci – odnoszący się przede wszystkim do kanonów i zasad nie tylko współmuzykowania, ale także wspólnej percepcji utworów muzycznych. Mimo że muzykoterapeutom często przychodzi pracować z większymi lub mniejszymi grupami dzieci, starają się oni w praktyce klinicznej zawsze przyjmować daleko posunięte zindywidualizowane podejście do każdego z małych pacjentów, a co za tym idzie, stosować optymalną personalizację programów muzykoterapeutycznych, środków oddziaływania, tj. materiału muzycznego, metod, technik, stosowanych pomocy, wyposażenia gabinetu, oraz struktur sesji muzykoterapeutycznych.

Na polu terapii przez sztukę dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych są traktowane jako twórcy, a efekty ich aktywności muzycznej jako wytwory muzyczne – niejednokrotnie bardzo proste, skromne i ograniczone pod względem używanych środków wyrazu muzycznego, tj. melodii, rytmometryki, artykulacji, agogiki, frazowania itp. Muzykoterapeuci zwracają uwagę na to, iż twórczość małych beneficjentów ma często charakter odtwórczy, polega bowiem na naśladownictwie i kopiowaniu już istniejących melodii, rytmów lub muzycznych sposobów wykonawczych. Określają oni ją jako twórczość przez tzw. małe „t”, tj. taką,

w której wypadku nie można mówić o żadnych namacalnych dowodach uznania ani dla małych twórców, ani dla ich wytworów.

Dziecko podczas sesji terapeutycznych przejawia poznawczą, zadaniową, zabawową, muzyczną, twórczą aktywność werbalną, wokálną oraz ruchową. Muzykoterapeuta natomiast w tym samym czasie przyjmuje aktywną postawę względem samego dziecka, jego relacji z muzyką oraz wobec słuchanej, tworzonej lub odtwarzanej muzyki. Dzięki temu jest nieustannie i maksymalnie skoncentrowany na pacjencie i jego zachowaniach. Za pomocą dostępnych sobie środków oddziaływania cały czas buduje dwupodmiotową zwrotną relację polegającą na wyrażaniu i wzajemnej wymianie uczuć i doświadczeń, głównie w kontakcie dziecko–terapeuta lub grupa–terapeuta, a niekiedy także w kontakcie z członkami najbliższej rodziny dziecka. Na tej podstawie rodzi się niepowtarzalny muzyczno-terapeutyczny dialog dający wszechstronne, przemyślane możliwości pracy z pacjentem [Konaszkiewicz 1994: 95; Pavlicevic 1990: 5–9]. W relacji tej profesjonalista posługujący się sztuką muzyczną jako najważniejszym i niewymienialnym na żaden inny środek oddziaływania terapeutycznego pracuje głównie na emocjach, doznaniach i przeżyciach dźwiękowo-muzycznych dziecka, przy czym nieustannie odwołuje się do jego podmiotowości, autonomii oraz samostanowienia [Natanson 1979: 9]. Podmiotowe traktowanie w muzyce i dzięki muzyce oferowanej i przyjmowanej w sposób indywidualny lub grupowy w sytuacji klinicznej daje dziecku możliwość bycia – chociaż na krótki czas – kimś szczególnym, niepowtarzalnym, odróżniającym się od innych współuczestników sesji muzykoterapeutycznych, m.in. w twórczym i artystycznym zakresie.

Przestrzenie aktywności dziecka w obszarze muzykoterapii

Muzykoterapeuci w ramach realizowanych przez siebie zajęć starają się budować przystępną, bezpieczną i przyjazną przestrzeń terapeutyczną, społeczną, twórczą oraz artystyczną, w której centrum znajdują się

dzieci o zróżnicowanych potrzebach edukacyjnych, postrzegane w aspektach: indywidualnym i grupowym, muzycznym i niemuzycznym, receptywnym i aktywnym, twórczym i odtwórczym. W profesjonalnym kreowaniu takiej przestrzeni bardzo ważną rolę odgrywa podejście terapeuty do każdego beneficjenta, a niekiedy także do członków jego najbliższej rodziny, szczególnie do kwestii ich podmiotowości i przedmiotowości. Te dwie kategorie powinny wyznaczać na polu muzyczno-terapeutycznego oddziaływania dwie integralnie ze sobą sprzężone podprzestrzenie pozostające do optymalnego zagospodarowania przez małych uczestników zajęć w ramach zabawowej, muzycznej i twórczej aktywności. Podprzestrzeń wyznaczana podmiotowością rodzi się z przekonania dziecka o możliwościach decydowania, a dzięki temu m.in. świadomego wpływania na własne działania percepcyjne, twórcze i odtwórcze. Wspierane w tym obszarze przez muzykoterapeutę dziecko może podejmować decyzje dotyczące m.in.:

- > dobrowolnego uczestniczenia w sesjach muzykoterapeutycznych (aktywnego lub polegającego tylko na obserwacji zajęć);
- > zastosowanych środków wyrazu muzycznego (melodyki, dynamiki, artykulacji, agogiki, frazowania itp.);
- > przyjętej formy wypowiedzi muzycznej (formy zwrotkowej, kanonu, ronda, formy ABA itp.);
- > użytego instrumentu lub instrumentów muzycznych (grzechotki, bębenka, klawesów, janczarów, pudełka akustycznego itp.);
- > wydobywania i kształtowania dźwięków (głosem, palcami, stopą, mruczając, maszerując, tańcząc, szybko lub wolno, głośno lub cicho, przez krótszy lub dłuższy czas itp.);
- > uzyskanego charakteru i nastroju wytworu dźwiękowo-muzycznego (radosnego, spokojnego, podniosłego, smutnego, patetycznego, dramatycznego itp.);
- > dzielenia się przestrzenią (akustyczną, dźwiękową, muzyczną, twórczą, odtwórczą, artystyczną, terapeutyczną itp.).

Podprzestrzeń wyznaczana przedmiotowością powstaje w wyniku dobrowolnej rezygnacji dziecka z podejmowania własnych, niezależnych decyzji i samostanowienia na rzecz współdziałania z innymi osobami,

tj. uczestnikami zajęć, członkami rodziny, muzykoterapeutą, np. w zakresie wspólnego muzykowania głosem, ruchem czy na instrumentach muzycznych. Sugestie profesjonalistów mogą się w tej sferze odnosić do takich zachowań dzieci, jak:

- > zespołowe przygotowywanie gabinetu do zajęć (rozkładanie instrumentów i innych pomocy, układanie krzeseł, sprząatanie itp.);
- > wspólne dobieranie utworów muzycznych do ćwiczeń, zabaw, całych sesji terapeutycznych (z nagrań płytowych, playlist, teledysków itp.);
- > grupowe słuchanie muzyki (głośno lub cicho, w pozycji siedzącej lub stojącej, przez kilka lub więcej minut, z wykorzystaniem tabletu lub głośników itp.);
- > realizowanie ćwiczeń i zadań muzycznych wraz z innymi uczestnikami sesji (malowanie lub opowiadanie do słuchanych utworów muzycznych, muzykowanie gestodźwiękami, tańczenie, poruszanie się, relaksowanie się przy muzyce itp.);
- > współmuzykowanie (głosem, mimiką, gestem, ruchem lub na instrumentach muzycznych itp.);
- > zajmowanie miejsca w gabinecie do terapii podczas sesji grupowej (na krzesłach, na podłodze, obok siebie, naprzeciw siebie, podchodząc tyłem lub bokiem, szybko lub wolno itp.);
- > przyjmowanie określonej pozycji ciała (siedzącej, leżącej, stojącej, wygodnej, ulubionej itp.).

Dzięki optymalnie wykreowanej muzyczno-terapeutycznej przestrzeni dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi mogą się poczuć w pełni wolne, autonomiczne i niezależne na miarę swoich możliwości oraz zdolności, zwłaszcza muzycznych [Dauber 2011: 20–29, Decker-Voigt 1994: 137, Wolf 1978: 29]. Przy okazji omawiania specyfiki postrzegania dzieci w ramach oddziaływań muzykoterapeutycznych nie można nie wspomnieć o niewłaściwych praktykach osób nie zawsze uprawnionych i merytorycznie przygotowanych do prowadzenia tego typu działań. Mogą one dotyczyć m.in.:

- > przymuszania dzieci do „dobrowolnego” uczestniczenia w sesjach terapeutycznych i podejmowania w ich przebiegu różnych form

- aktywności (werbalnych, wokalnych, ruchowych, z użyciem najprostszych nawet instrumentów muzycznych);
- > wyrażania niecierpliwości i niezadowolenia podczas wykonywania przez dzieci określonych produkcji dźwiękowych oraz muzycznych, np. głośnych, zaskakujących lub hałaśliwych;
 - > nieuważnego słuchania długich, nieciekawych i zawiłych opowiadań do słuchanej muzyki;
 - > przerywania, skracania lub przyspieszania wypowiedzi dźwiękowo-muzycznych dziecka;
 - > włączania dziecka wbrew jego woli w interpretację wysłuchanego utworu muzycznego (słowną, plastyczną, muzyczną, ruchową itp.);
 - > narzucania własnej wizji wykonania zadania muzycznego i nieliczenia się z wersją dziecka;
 - > nakłaniania do posługiwania się konkretnym ruchem, piosenką, instrumentem perkusyjnym, sposobem poruszania się itp.

Podsumowanie

Muzykoterapeuci są przekonani, że dzieci o zróżnicowanych potrzebach edukacyjnych ze względu na specyfikę i złożoność swoich uwarunkowań oraz predyspozycji wymagają specjalistycznego, spersonalizowanego wsparcia przez zastosowanie terapeutycznego potencjału sztuki muzycznej. Ich zdaniem w momencie rozpoczynania zajęć muzykoterapeutycznych dzieci nie muszą wykazywać się zdolnościami muzycznymi, osłuchaniem czy doświadczeniem w zakresie wykonawstwa muzycznego. W każdym z beneficjentów natomiast upatrują wrodzoną muzykalność przejawiającą się dużą wrażliwością na sztukę muzyczną, spontaniczną kreatywnością oraz gotowością do podejmowania twórczej aktywności muzycznej. Podczas terapii profesjonaliści postrzegają dzieci m.in. w rolach pacjenta, wychowanka, ucznia, słuchacza, twórcy i odtwórcy. Niezależnie od przyjętej formy zajęć – indywidualnych czy grupowych – terapeuci starają się zawsze przyjmować w pełni zindywidualizowane podejście do

każdego z beneficjentów, co pozwala na daleko posuniętą personalizację poczynań zawodowych kierowanych pod ich adresem.

Realizując powinności zawodowe dyplomowani muzykoterapeuci stawiają w centrum swoich zainteresowań dzieci ze zróżnicowanymi potrzebami edukacyjnymi, przy czym przywiązują bardzo dużą wagę do ich twórczej indywidualności i autonomii. Podczas sesji terapeutycznych starają się budować z dziećmi dwupodmiotową zwrotną relację opierającą się głównie na ekspresji, wymianie emocji, doświadczeń, na komunikacji i interakcji, głównie dźwiękowo-muzycznej.

Zaprezentowane w niniejszym artykule rozważania z pewnością nie wyczerpują całej problematyki dotyczącej oddziaływań muzykoterapeutycznych realizowanych z dziećmi o zróżnicowanych potrzebach edukacyjnych. Stanowią jednak mogą przyczynek do pogłębionej refleksji naukowej na ten temat oraz do badań empirycznych w tym zakresie.

Bibliografia

- Cesarz Helena, 2022, *O twórcach wrocławskiej muzykoterapii*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia – od pionierskiej działalności do kreatywnej twórczości*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 4, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 43–58.
- Colonna Kasjan Daniela, 2022, *Aspekty pedagogiczne muzykoterapii dzieci*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia – od pionierskiej działalności do kreatywnej twórczości*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 4, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 155–169.
- Cylulko Paweł (oprac. i red.), 2011, *Projekt ustawy o zawodzie muzykoterapeuty. Materiały do konsultacji środowiskowej*, Wrocław: Stowarzyszenie Muzykoterapeutów Polskich.
- Cylulko Paweł, 2022, *Wrocławska muzykoterapia*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia – od pionierskiej działalności do kreatywnej twórczości*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 4, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 23–42.
- Cylulko Paweł, Gładyszewska-Cylulko Joanna, 2010, *Polska naukowa koncepcja muzykoterapii – w trzydziestolecie wydania książki Tadeusza Natansona „Wstęp do nauki*

- o muzykoterapii*”, [w:] A. Granat-Janki (red.), *Tadeusz Natanson. Kompozytor, uczyony, pedagog*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 173–184.
- Dauber Markus, 2011, „*What Is Essential Is Invisible to the Eye*”: *A Music Therapy Tale of a Young Woman with Visual Impairment*, „*Music Therapy & Special Music Education*”, Special Issue, s. 20–29.
- Decker-Voigt Hans H., 1994, *Musiktherapeutische Hilfen für die Begleitung von Blinder und Schwerbehinderten*, „*Musiktherapeutische Umschau*”, Bd. 15, Heft 2, s. 135–142.
- Dobrowolski Tomasz, 2022, *Pomoc dziecku ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi we wczesnej edukacji. Zastosowanie tyflomuzykoterapii*, „*Niepełnosprawność i Rehabilitacja*”, t. 87, nr 3, s. 68–76.
- Konaszkiewicz Zofia, 1994, *Dziecko niepełnosprawne i muzyka*, Warszawa: Akademia Muzyczna im. Fryderyka Chopina.
- Malloch Stephen N., 1999, *Mothers and Infants and Communicative Musicality*, „*Musicae Scientiae*”, Vol. 3, No.1 (suppl.), s. 29–57.
- Natanson Tadeusz, 1979, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Natanson Tadeusz, 1992, *Programowanie muzyki terapeutycznej. Zarys podstaw teoretycznych*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Nordoff Paul, Robbins Clive, 2008, *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi. Historia, metoda i praktyka*, tłum. A. Bryndał, E. Masiak, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Pavlicevic Mercédès, 1990, *Dynamic Interplay in Clinical Improvisation*, „*Journal of British Music Therapy*”, Vol. 4, No. 2, s. 5–9.
- Piber-Dąbrowska Kinga, Sędek Grzegorz, 2006, *Spostrzeganie bez uprzedzeń i stereotypów – zarys problematyki*, „*Psychologia Społeczna*”, t. 1, nr 2 (2), s. 7–12.
- Postrzeganie, 2023a, [w:] *Słownik Globe*, [online:] <https://pl.glosbe.com/pl/pl/postrzegać> [27.12.2023].
- Postrzeganie, 2023b, [w:] *Słownik języka polskiego*, [online:] <https://sjp.pwn.pl/słowniki/postrzeganie.html> [27.12.2023].
- Postrzeganie, 2023c, [w:] *Wielki słownik języka polskiego*, [online:] <https://wsjp.pl/haslo/podglad/33745/postrzegać/4104896/cos-jako-cos> [27.12.2023].
- Skarżyńska Krystyna, 1981, *Spostrzeganie ludzi*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Stegemann Thomas, 2015, *Strategie i profile terapeutyczne*, [w:] T. Stegemann, M. Hitzler, M. Blotevogel, *Arteterapia dla dzieci i młodzieży. Muzykoterapia, choreoterapia, terapia sztuką*, tłum. E. Cieślík, Gdańsk: Harmonia Universalis, s. 64–122.
- Strzelecki Wojciech, 2022, *Muzykoterapia dzieci z głęboką niepełnosprawnością intelektualną z zastosowaniem aktywnych technik w formie indywidualnej*, [w:] P. Cylulko,

- J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia – od pionierskiej działalności do kreatywnej twórczości*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 4, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 171–189.
- Szymajda Agnieszka, 2017, *O muzykoterapii kreatywnej dziecka w wieku przedszkolnym*, [w:] L. Kataryńczuk-Mania (red.), *Z zagadnień terapii artystycznej, logopedycznej i pedagogicznej*, Zielona Góra – Skarbona: Stowarzyszenie Polskich Muzyków Kameralistów, s. 69–83.
- Szymajda Agnieszka, 2022, *Muzykoterapia dzieci z doświadczeniem migracyjnym w polskich przedszkolach*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia – od pionierskiej działalności do kreatywnej twórczości*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 4, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 199–214.
- Trzebiński Jerzy, Antczak Ewa, 2006, *Historia i stereotyp: Dwie przesłanki rozumienia innej osoby*, „Psychologia Społeczna”, t. 1, nr 2 (2), s. 33–43.
- Wolf Frances M., 1978, *Music Therapy with the Blind*, „The Journal of British Music Therapy”, Vol. 9, No. 3, s. 28–30.

Streszczenie

Muzykoterapeuci nieustannie poszukują odpowiedzi na pytania dotyczące funkcjonowania dzieci ze zróżnicowanymi potrzebami edukacyjnymi, głównie na polu sztuki muzycznej oraz jej korzystnego, prozdrowotnego oddziaływania. Niniejszy artykuł ma charakter przeglądowy. Został opracowany na podstawie wcześniej wydanych drukiem prac na temat muzykoterapii. Celem artykułu jest zaprezentowanie specyfiki postrzegania dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi przez dyplomowanych muzykoterapeutów. Uważają oni, że mali beneficjenci oferowanych przez nich oddziaływań ze względu na złożoność swoich możliwości, potrzeb i oczekiwań wymagają wielostronnego, specjalistycznego wsparcia, w tym m.in. przez zastosowanie sztuki muzycznej i jej terapeutycznego potencjału. Zarówno w teorii, jak i w praktyce muzykoterapeuci deklarują pełną gotowość do objęcia swoimi oddziaływaniami każdego potrzebującego dziecka, niezależnie od jego wieku, poziomu rozwoju, stanu zdrowia, umiejętności oraz miejsca zamieszkania. Realizując powinności zawodowe, stawiają w centrum swoich zainteresowań dzieci ze zróżnicowanymi potrzebami edukacyjnymi, przy czym przywiązują bardzo dużą wagę do ich indywidualności, autonomii, zdolności do samostanowienia, a przez to szczególnie do ich kreatywności oraz twórczości muzycznej w ramach zajęć

muzykoterapii. Podczas realizowanych sesji terapeutycznych starają się budować bezpieczną, przyjazną przestrzeń społeczną, terapeutyczną i artystyczną.

Słowa kluczowe: dziecko o zróżnicowanych potrzebach edukacyjnych, muzykoterapeuci, muzykoterapia, muzyka

PAWEŁ CYLULKO – profesor AMKL, doktor habilitowany w dziedzinie sztuki, w dyscyplinie artystycznej sztuki muzyczne, doktor nauk o kulturze fizycznej w zakresie rehabilitacji ruchowej, magister muzykoterapii, magister edukacji muzycznej, pełnomocnik rektora ds. osób niepełnosprawnych w 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, liczne artykuły naukowe oraz współredakcje wielu prac zbiorowych z zakresu muzykoterapii. Do głównych kierunków jego zainteresowań naukowych należą edukacja i rehabilitacja niepełnosprawnych dzieci z wykorzystaniem terapeutycznych walorów sztuki muzycznej oraz kształcenie adeptów muzykoterapii.

MUZYKOTERAPIA JAKO WSPARCIE DLA DZIECI

Lidia Kataryńczuk-Mania » Uniwersytet Zielonogórski

*Muzyka wyraża to,
czego nie da się wysławić,
ale nie można przemilczeć.*

Victor Hugo

[Citations sur la musique 2024]

Wprowadzenie

Obserwując aktywność różnych osób w mediach, zainteresowanie imprezami kulturalnymi, w tym muzycznymi, należy stwierdzić, że są ludzie, dla których obcowanie ze sztuką muzyczną jest najgłębszą koniecznością. Trzeba cieszyć się z tego, że wśród odbiorców muzyki znajdują się nie tylko profesjonaliści, znawcy muzyki, ale i ci, którzy po prostu „łapią” łatwe melodie, charakterystyczne rytmy, różne brzmienia instrumentów, czemu towarzyszą wielorakie skojarzenia emocjonalno-naśladowcze. Istotne jest to, że do sztuki dźwięków sięgamy, gdy odczuwamy taką potrzebę. Podczas odbioru utworów muzycznych łatwo zaobserwować u słuchaczy zmiany emocjonalne wyrażane m.in. mimowolnymi gestami, ruchami czy postawą ciała. Muzyka pomaga nam w codziennej egzystencji, a jej języka – jak podkreśla w swoich pracach Edwin Elias Gordon – uczymy się przez całe życie [Gordon 1999: 51].

Zdaniem Ireny Wojnar „sztuka zawsze umiała najlepiej i najpełniej wyrazić tęsknoty i pytania człowieka, nawet takie, a może właśnie takie, z których on sam niezupełnie potrafi zdać sobie sprawę” [Wojnar 1964: 287]. Funkcja estetyczna muzyki wiąże się z możliwością poznania dzieł muzycznych, które dostarczają odbiorcom pięknych wrażeń i bogatych przeżyć estetycznych. Dzięki muzyce uczymy się różnych wzorców postępowania, spełnia ona więc również funkcję etyczną. W funkcji emocjonalnej z kolei sztuka dźwięków ułatwia komunikację, ukazując świat ludzkich uczuć. Muzyka w życiu człowieka oddziałuje wszechstronnie, sprawiając radość, przywracając równowagę emocjonalną, poprawiając kondycję psychofizyczną czy umysłową. Obecnie można zauważyć, że wśród społeczeństwa zaczyna być doceniana funkcja kompensacyjno-terapeutyczna muzyki. Żywy staje się także nurt związany ze społeczną rolą sztuki muzycznej. Twórcy – kompozytorzy, odtwórcy – instrumentalści i wokaliści, oraz odbiorcy – słuchacze, tworzą poszczególne ogniw jednego łańcucha „przepływu” muzyki.

Przydatność zajęć muzykoterapeutycznych w pracy z dziećmi

W praktyce wychowawczo-edukacyjnej oraz terapeutycznej często spotykamy się z zaburzeniami w zachowaniu dzieci. U najmłodszych występują one np. podczas separacji od matki, u nieco starszych przy dostosowywaniu się do codziennych wymagań szkolnych. Zaburzenia w obszarze kontaktów społecznych przejawiają się najczęściej w agresji, dążeniu do dominacji, w zahamowaniu, czego efektem jest błaznowanie, przechwalanie się, przeszkadzanie innym. Na zachowania dzieci mogą mieć wpływ: rodzina, przedszkole, szkoła, a także więzi społeczne, przeżycia, doświadczenia, przebyte choroby czy niesprzyjające otoczenie.

Muzykoterapia, w tym np. terapia Gertrudy Orff, znajduje zastosowanie w pracy dziećmi głuchymi, niewidomymi, niesprawnymi ruchowo, z niepełnosprawnością umysłową i z zaburzeniami w zachowaniu. Jest to

terapia wielosensoryczna, w której „środki muzyczne, takie jak: fonetyczno-rytmiczna mowa, swobodny i uporządkowany rytm, ruch, melodia mowy i śpiewu oraz ręczne instrumenty, są tak wykorzystywane, aby odpowiadać wszystkim zmysłom” [Klóppel, Vliex 1995: 45]. Wspólne muzykowanie służy komunikowaniu się dzieci z terapeutą, ujawnia przeżycia, sprawia radość.

Aktywność muzyczna dzieci, poza wpływem na ich rozwój, pozwala doświadczać różnych wrażeń i stanów emocjonalnych, takich jak zadowolenie, wzruszenie czy tęsknota.

Muzyka stwarza warunki, które sprzyjają stymulowaniu rozwoju dziecka. Twórcze zadania muzyczne „pomagają” w odczuwaniu radości, satysfakcji, rozwijają myślenie, ułatwiają wypełnianie swoich obowiązków, usprawniają wiele czynności, zarówno ruchowych, jak i manualnych, pobudzają dzieci do zaradności, uczą skupienia, otwartości [Kataryńczuk-Mania 2004: 527].

W codziennej pracy terapeutycznej z małymi pacjentami wykorzystujemy sygnały dźwiękowe, bodźce dotykowe, mowę, gesty, ruch, wprowadzamy ćwiczenia muzyczno-ruchowe, dobieramy materiał muzyczny (nagrania, instrumenty, partytury, bajki muzyczne itp.) i pomoce dydaktyczne, takie jak obręcze, piłki, wstążki, balony, kijki, kolorowe sznurki, chusty, klocki czy pacynki. Ćwiczenia urozmaicamy i dostosowujemy do potrzeb i możliwości dzieci. Bogatego materiału do zajęć tego typu dostarcza publikacja *Muzyka dla dzieci* autorstwa Urszuli Smoczyńskiej-Nachtman [1992].

Wyzwania współczesnej muzykoterapii dzieci – wybrane refleksje

Współczesna muzykoterapia staje w obliczu nowych wyzwań, szczególnie jeśli chodzi o pracę nauczyciela-terapeuty. Powinien on posiadać

wiedzę z dziedziny pedagogiki, psychologii, psychoterapii, a także wiedzę muzyczną, mieć wykształcony słuch muzyczny, umieć grać na przynajmniej jednym instrumencie, posługiwać się świadomie głosem (mieć odpowiednie możliwości wokalne), wykazywać się umiejętnościami aranżacyjnymi, improwizacyjnymi, sprawnie poruszać się po różnych obszarach muzyki, znać i stosować wielorakie i różnorodne metody i techniki terapeutyczne, efektywnie organizować i planować proces terapeutyczny (w tym takie elementy, jak wyposażenie sali, dobór materiału muzycznego itp.) [por. Kataryńczuk-Mania, Szymajda 2018: 188; Metera 2002: 11], a także wykazywać się znajomością metodologii badań naukowych z dziedziny muzykoterapii [zob. Krasoń, Konieczna-Nowak 2016].

Janina Stadnicka [1998] w publikacji pt. *Terapia dzieci muzyką, ruchem i mową* proponuje terapeutom, by swoją pracę z dziećmi budowali wokół następujących etapów:

- > **aklimatyzacja** – każdy uczeń powinien zostać indywidualnie powitany, dzięki czemu tworzy się atmosfera bezpieczeństwa i serdeczności, a dziecko czuje się zauważone przez kolegów;
- > **wspólna aktywność** ruchowa, głosowa, instrumentalna, czyli ekspresja umożliwiająca dziecku identyfikowanie się z kolegami – dzieci reagują na muzykę marszem, biegiem, podskokami, klaskaniem, tupaniem, kołysaniem; takie stymulowane muzyką zabawy rytmiczne uczą wytrwałości, zaangażowania, usprawniają dyspozycje umysłowe, np. refleks, koncentrację, uwagę, zapamiętywanie czy spostrzeganie; muzykowanie z wykorzystaniem instrumentów, a także gestodźwięków i naturalnego akompaniamentu (tupania, klaskania, syczenia itp.) rozwija predyspozycje muzyczne, twórcze i manualne, a powierzenie dziecku zadania zainicjowania zabawy przez wykonanie ruchu czy klaśnięcie uczy je odpowiedzialności i pozwala doświadczyć poczucia sukcesu;
- > **nawiązywanie niewerbalnych kontaktów interpersonalnych** – dzieci wykonują ćwiczenia w parach, trójkach itp., tworzą figury, koła, węże, wiatraczki, wykorzystując przy tym różne rekwizyty, które umożliwiają ćwiczenia manualne; uczą się w ten sposób estetyki ruchu, zachowań społecznych; dzięki ćwiczeniom i zabawom

muzyczno-ruchowym integrują się w grupie, odprężają, korygują postawę itp.;

- > **relaks** – dzieci mogą leżeć, siedzieć i odpoczywać; należy pamiętać o rytmicznym oddechu, rozluźnieniu całego ciała, odwrócić myśli od wszelkich bodźców z otoczenia, wsłuchać się w ciszę, a następnie powrócić do aktywności, powolnego uniesienia rąk i ciała (można na tym etapie wykorzystać np. nagranie *Arii na strunie G* Johanna Sebastiana Bacha czy początkowego fragmentu *Poematu symfonicznego „Step”* Zygmunta Noskowskiego);
- > **powrót do aktywności przywracającej energię** – to czas na powtórzenie ulubionej zabawy, piosenki, tańca itp.;
- > **pożegnanie** – podobnie jak powitanie pozwala na indywidualny kontakt terapeuty z dzieckiem i wzajemne kontakty z innymi uczestnikami, można na tym etapie wykorzystać mowę rytmizowaną, klaskanie, figury itp.

Warto podkreślić, że aktywny udział dzieci z trudnościami w zajęciach jest wielkim sukcesem, co pozwala na budowanie samoświadomości, pozytywnego obrazu siebie i poczucia własnej wartości. Należy przy tym zaznaczyć, iż praca muzykoterapeutyczna wymaga różnych doświadczeń i powinna przynosić długofalowe efekty.

Przegląd metod i koncepcji

W kontekście rozważań nad muzykoterapią jako wsparciem dla dzieci warto krótko przedstawić wybrane koncepcje i metody, których elementy znajdują zastosowanie w pracy z najmłodszymi beneficjentami tej formy terapii.

O teorii Edwina Eliasa Gordona

Spośród wielu koncepcji umuzykalniania najmłodszych to teoria Edwina Eliasa Gordona zyskuje coraz większą popularność w muzykoterapii.

Podstawowym pojęciem, na którym opierają się założenia teoretyczne tej koncepcji, jest **audiacja**, rozumiana jako „zdolność do słyszenia i rozumienia muzyki bez fizycznie obecnego brzmienia” [Zwolińska (red.) 2000: 15]. Wyróżnia się audiację wstępną i właściwą, które stanowią podstawę rozwoju zdolności muzycznych. Audiacja jest doskonałym środkiem pozwalającym na uzyskiwanie osiągnięć muzycznych. Pamięć muzyczna umożliwia przypomnienie sobie w audiacji tego, co było słyszane i wykonywane w utworze, oraz antycypowanie tego, co będzie w nim wykonywane, a następnie koordynowanie tych dwóch wymiarów (odtwarzania i przetwarzania) z tym, co aktualnie dzieje się w wykonaniu [Kataryńczuk-Mania 1998: 160; Kataryńczuk-Mania, Kuligowska 2017: 98]. Audiacja zachodzi w sytuacjach, gdy słuchamy znanej i nieznannej muzyki, zapisujemy z pamięci znajomą melodię, odtwarzamy ją z pamięci po cichu lub na głos, tworzymy lub improwizujemy nową muzykę po cichu lub na głos, zapisujemy muzykę, którą ktoś tworzy lub improwizuje itp. W koncepcji Gordona w pracy z dziećmi istotną rolę odgrywają tzw. **piosenki bez słów – śpiewanki**. Są to krótkie frazy melodyczne śpiewane za pomocą neutralnych sylab: „ba”, „pam”, „la” itp. Ich linia melodyczna początkowo powinna zawierać się w interwale kwinty (d^1 – a^1), a później w obrębie nony (c^1 – d^2). W audiacji wstępnej ważne są także **rytmiczanki** – krótkie frazy rytmiczne w metrum prostym i złożonym, recytowane w ruchu, także za pomocą neutralnych sylab. Jak zauważa Ewa Zwolińska [2004: 135], ćwiczenia ruchowe są według Gordona próbą ilustrowania własnego poczucia rytmu w prostym geście i ruchu w odniesieniu do słuchanej muzyki. Poruszając się, mamy pozostawać w zgodzie z potrzebami naszego ciała, a zatem musimy uwzględnić cztery czynniki, które – jak twierdzi amerykański pedagog – oddziałują na siebie w ruchu: masę (ciężar), przestrzeń, przepływ i czas [zob. Gordon 1999: 247–249]. Gordon wyróżnia elementy takie jak **makrobity** i **mikrobity** oraz **metrum** (które jest uwarunkowane długością makrobitów, ich podziałem i sposobem grupowania). Więcej informacji na temat Edwina Gordona i zastosowania jego koncepcji w terapii, a szczególnie w pracy z dziećmi ze spektrum autyzmu, odnaleźć można w publikacji zbiorowej pt. *Język muzyki dla osób (nie tylko) ze świata*

autyzmu. Studia. Refleksje. Doświadczenia pod redakcją Barbary Pazur [2016].

System Makaton jako metoda wspomagająca rozwój mowy

Makaton to program językowy, który składa się ze znaków manualnych i symboli graficznych, wykorzystywana jest w nim również mowa werbalna. W Polsce program został opracowany w latach 2001–2005 przez Bogusławę B. Kaczmarek [Kaczmarek (red.) [2014]. W latach 2010–2011 poszerzono w nim zakres słownictwa. Gesty Makatonu są formami wspomagającymi mowę, pozwalającymi przekazać zrozumiały komunikat, lub **alternatywnymi**, umożliwiającymi komunikację, **gdy mowa nie występuje wcale**. Cele tej metody to: nawiązywanie podstawowej komunikacji, pomoc w rozumieniu, rozwój umiejętności językowych, ułatwienie interakcji społecznych, pomoc w budowaniu relacji, nauka umiejętności potrzebnych w czytaniu i pisaniu [zob. Kaczmarek (red.) 2014: 7]. W muzycznych zajęciach terapeutycznych z wykorzystaniem systemu Makaton jako pomoce mogą posłużyć śpiewniki: *Gesty, Hopsanki, Słoneczne nutki, Pobawmy się razem, Śpiewanki pokazywanki* [E-Makaton 2024]¹.

Muzyczne lustro dziecka według Agnieszki Szymajdy

Muzyczne lustro jest odbiciem muzycznego spotkania pomiędzy dzieckiem o określonej wrażliwości muzycznej a osobą odpowiadającą na tę wrażliwość. Relację inicjuje dziecko, a prowadzący dostosowuje się do niego przez wykorzystanie odpowiednio dobranych form, metod, technik, które pozwalają mu podążać za kreatywnością i wrażliwością muzyczną dziecka [Kataryńczuk-Mania, Szymajda 2018: 197]. Wykorzystując muzyczne lustro, można zbudować otwartą relację z dzieckiem,

1» Autorka artykułu ukończyła szkolenia I i II stopnia w zakresie Makatonu.

stając się uczestnikiem wspólnie kreowanych zdarzeń. Dzieci w procesie tworzenia i współtworzenia improwizowanej muzyki ujawniają spontaniczną ekspresję ruchową, wokálną i instrumentalną.

O metodzie aktywnego słuchania muzyki Romualdy (Romy) Ławrowskiej

Romualda Ławrowska i Zbigniew Nowak [2023] są autorami publikacji pt. *Muzyczne inspiracje. Przygody z muzyką i wyobraźnią*, którą można wykorzystać podczas zajęć muzykoterapeutycznych. Zawarto w niej opis zabaw muzyczno-ruchowych dla dzieci z elementami inscenizacji, działań plastycznych i ekspresji, inspirowanych cyklem utworów *Obrazki z wystawy* Modesta Musorgskiego i wierszami Zbigniewa Nowaka. „Dziecko w zorganizowanych przez nauczyciela zajęciach muzycznych słyszy muzykę, wielostronnie i aktywnie na nią reaguje, ale najważniejsze jest pobudzenie jego uwagi słuchowej, skoncentrowanie na brzmieniu, zainteresowanie muzyką” [Ławrowska 2016: 282]. Śpiew, gra, taniec to aktywności mające charakter wspólnotowy, przez co mogą wywierać korzystny wpływ na rozwój osobowości dziecka i jego tożsamość kulturową. Ławrowska i Nowak podkreślają, że „aktywne słuchanie muzyki to skoncentrowane na muzyce działania, oparte na przemyślanym postępowaniu dydaktycznym, wielofazowym procesie, każdorazowo dostosowanym do danej materii muzycznej” [Ławrowska, Nowak 2023: 22]. Atmosfera wspólnej zabawy sprzyja dziecięcej ekspresji, porozumieniu i współpracy, a także diagnozie terapeutycznej. Wśród działań dziecięcych wyróżnia się aktywne słuchanie, granie na instrumentach, śpiewanie, rysowanie, wycinanie, malowanie, komunikowanie się werbalne i niewerbalne. Interesujące może być tworzenie obrazów w ruchu, w przestrzeni, za pomocą gestykulacji, z użyciem środków parateatralnych itp. Tematyka zabaw muzycznych dotyczy 14 utworów Modesta Musorgskiego z cyklu *Obrazki z wystawy* (*Promenada – 4 wersje, Gnom, Stary zamek, Ogrody Tuileries, Bydło, Taniec kurcząt w skorupkach, Samuel Goldenberg i Szmul, Targ w Limoges, Katakumby, Chatka na kurzej stopce, Wielka brama kijowska*).

Nauczyciel powinien zaciekawić dzieci opowiadaniem, wierszem, bajką i stworzyć sprzyjającą atmosferę.

Muzyczna zabawa Mirosława Zalewskiego

Jest to propozycja metodyczna uwzględniająca wspomaganie rozwoju dzieci z głęboką niepełnosprawnością intelektualną i mózgowym porażeniem dziecięcym. Autor podaje schemat wielopłaszczyznowego oddziaływania terapeutycznego, czyli zestaw działań muzykoterapeutycznych o kompleksowym charakterze, a także autorskie propozycje scenariuszy zajęć, sesji terapii śpiewem i różnych zabaw. Według Zalewskiego różnorodne zabawy relaksacyjne i ruchowe, zabawy uwrażliwiające na dźwięki i strukturalne elementy muzyki oraz zabawy ilustracyjno-inscenizacyjne umacniają komunikację dziecka z dorosłym, tworząc jej kolejne elementy, dzięki czemu następuje kodowanie przyjemnych doznań słuchowych, ruchowych i wzrokowych [Zalewski 2008: 37]. Ważnym czynnikiem jest intencjonalność wysyłanych przez dziecko komunikatów w zakresie:

- > sygnałów parafonicznych (okrzyki, śmiech, pisk, wokalizacja, ziewanie),
- > sygnałów płynących z ciała (mimika, gesty, jego postawa i ożywienie ruchowe),
- > sygnałów proksemicznych (odległość od terapeuty, w której lubi przebywać dziecko w trakcie zabawy) [Zalewski 2008: 37].

W pracy grupowej wykorzystuje się często zabawy oparte na piosence, co umożliwia percepcję elementów suprasegmentalnych (cech prozodycznych wypowiedzi: melodii, akcentów, rytmu) i segmentalnych (głosek, sylab) języka.

Proponowany przez Zalewskiego program muzykoterapii zawiera działania o charakterze relaksacyjnym, których celem jest wyciszenie grupy, obniżenie napięcia mięśniowego. W wypadku, gdy dzieci są apatyczne, bierne, sugeruje się zabawy przy skocznej, wesołej i dynamicznej

muzyce. Wśród różnych propozycji znajdują się: kołysanie w kocach w wolnym tempie zgodnym z tempem muzyki, powolne, rytmiczne kołysanie w pozycji siedzącej, bierna percepcja muzyki nastrojowej, słuchanie kołysanek (bierna percepcja muzyki gitarowej), masażyki (głaskanie, uciskanie, klepanie w rytm słuchanej piosenki) [zob. Zalewski 2008: 46–47].

Podsumowanie

Muzykoterapia to dyscyplina o wielkim znaczeniu humanistycznym i społecznym. W efektywny sposób może przyczynić się do dobrostanu każdego człowieka. W pracy terapeutycznej z dziećmi istotna jest tolerancja różnych zachowań dziecka, niedoskonałości w wykonaniu określonych czynności i zadań, a także stwarzanie małym uczestnikom zajęć możliwości odnoszenia sukcesów, otrzymywania pochwał itp. Skuteczna diagnoza oraz kompetencje muzyczno-terapeutyczne nauczyciela mogą przyczynić się do zniwelowania wybranych problemów zdrowotnych dzieci. Kontakty muzyczne dziecka, zdaniem Jadwigi Uchyły-Zroski [2009: 148], wyzwalają osobisty stosunek do muzyki, służą ekspresji emocjonalnej, stwarzają możliwość wyrażania siebie. Muzykoterapia może być wykorzystywana w edukacji, rekreacji, profilaktyce i w relaksacji.

Bibliografia

- Citations sur la musique*, 2024, [online:] citations.rock.free.fr/html/musique.htm [3.09.2024].
- E-Makaton*, 2024, [online:] <https://makaton.pl/cba/?po-szkoleniu,32> [3.09.2024].
- Gordon Edwin Elias, 1999, *Sekwencje uczenia się w muzyce: umiejętności, zawartość i motywy. Teoria uczenia się muzyki*, tłum. A. Zielińska-Croom, E. Klimas-Kuchto-wa, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- Kaczmarek Bogusława Beata (red.), 2014, *Makaton w rozwoju osób ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

- Kataryńczuk-Mania Lidia, 1998, *Audiacja i teoria uczenia się dziecka w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym jako przygotowanie do percepcji muzyki współczesnej (na podstawie założeń Edwina Eliasa Gordona)*, [w:] I. Marciniak (red.), *Problemy wykonawcze muzyki współczesnej*, Zielona Góra: Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Tadeusza Kotarbińskiego, s. 159–174.
- Kataryńczuk-Mania Lidia, 2004, *Muzykowanie jako czynnik integracji społecznej dzieci niepełnosprawnych w wieku przedszkolnym*, [w:] G. Dryżałowska, H. Żuraw (red.), *Integracja społeczna osób niepełnosprawnych*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak, s. 526–533.
- Kataryńczuk-Mania Lidia, Kuligowska Emilia, 2017, *Koncepcja Edwina Eliasa Gordona*, [w:] L. Kataryńczuk-Mania, M. Magda-Adamowicz, A. Olczak (red.), *Pedagogika przedszkolna szansą na świadome budowanie potencjału dziecka*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 97–108.
- Kataryńczuk-Mania Lidia, Szymajda Agnieszka, 2018, *Aspekty profilaktyczno-terapeutyczne zajęć muzycznych w przedszkolu*, [w:] L. Kataryńczuk-Mania, M. Przybysz-Zaremba (red.), *Health. An Interdisciplinary Study*, Vilnius: Mykolas romeris Universitetas, s. 185–202.
- Klöppel Renate, Vliex Sabine, 1995, *Rytmika w wychowaniu i terapii. Rozpoznawanie i korygowanie zaburzeń zachowania u dzieci*, tłum. A. Florek, Warszawa: PNO Studio Grafiki Komputerowej.
- Krasoń Katarzyna, Konieczna-Nowak Ludwika, 2016, *Sztuka. Terapia. Poznanie. W stronę podejścia indywidualizującego w badaniach muzykoterapeutycznych*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ławrowska Romualda, 2016, „Odczuwam – działam – rozumiem muzykę” w edukacji dziecka, [w:] K. Kraszewski, I. Paśko (red.), *Aktywność poznawcza i działania u dzieci w badaniach pedagogicznych*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, s. 277–282.
- Ławrowska Romualda, Nowak Zbigniew, 2023, *Muzyczne inspiracje. Przygody z muzyką i wyobraźnią*, Kraków: Wydawnictwo Petrus.
- Metera Anna, 2002, *Muzykoterapia. Muzyka w medycynie i edukacji*, Leszno: Wydawnictwo Centrum Technik Nauki Metronom.
- Pazur Barbara (red.), 2016, *Język muzyki dla osób (nie tylko) ze świata autyzmu. Studia. Refleksje. Doświadczenia*, Lublin: Wydawnictwo Muzyczne Polihymnia.
- Smoczyńska-Nachtman Urszula, 1992, *Muzyka dla dzieci. Umuzykalnianie według koncepcji Carla Orffa*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Stadnicka Janina, 1998, *Terapia dzieci muzyką, ruchem i mową*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Wojnar Irena, 1964, *Estetyka i wychowanie*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

- Zalewski Mirosław, 2008, *Muzyczna zabawa*, Rzeszów: Wydawnictwo Oświatowe Fosze.
- Zwolińska Ewa (red.), 2000, *Podstawy teorii uczenia się muzyki według Edwina E. Gordona*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- Zwolińska Ewa, 2004, *Znaczenie ruchu w teorii i koncepcji E.E. Gordona (z wykładów prof. E.E. Gordona w Polsce)*, „Wychowanie Muzyczne w Szkole”, nr 3, s. 125–131.

Streszczenie

Celem niniejszego opracowania jest zwrócenie szczególnej uwagi na potrzebę wykorzystywania muzykoterapii przez nauczycieli-terapeutów w działaniach mających na celu wspieranie dzieci. Terapia muzyką stanowi ważny i cenny element codziennej pracy z najmłodszymi, nie tylko tymi z problemami edukacyjnymi. Autorka przywołuje wybrane przykłady stosowanych przez nauczycieli propozycji metodyczno-terapeutycznych oraz koncepcji pedagogiczno-terapeutycznych (np. Janiny Stadnickiej, Edwina E. Gordona, Agnieszki Szymajdy).

Słowa kluczowe: dziecko, muzykoterapia, metody, nauczyciel

LIDIA KATARYŃCZUK-MANIA – doktor habilitowany, prof. Uniwersytetu Zielonogórskiego na Wydziale Nauk Społecznych. Kierownik Pracowni Edukacji Artystycznej. Autorka i współautorka artykułów i monografii naukowych (*Wychowawcze aspekty zajęć umuzykalniających w przedszkolu*, *Nauczyciel edukacji muzycznej we współczesnej rzeczywistości kulturalnej*, *Orientacje w metodologii badań edukacyjno-muzycznych*). Redaktorka i współredaktorka prac zbiorowych z zakresu edukacji artystycznej (muzycznej), profilaktyki i terapii (m.in. *Innowacje pedagogiczne w edukacji muzycznej dzieci i młodzieży*, *W kręgu zagadnień edukacji artystycznej i terapii*, *Metody i formy terapii sztuką*, *Edukacja artystyczna wobec przemian społeczno-oświatowych*, *Edukacja artystyczna – nowe wyzwania*, *Dziecko/uczeń, edukacja artystyczna, terapia*). Organizatorka wielu konferencji naukowych. Prowadzi zajęcia i warsztaty artystyczno-terapeutyczne dla dzieci, studentów i nauczycieli. Rzeczoznawca Ministerstwa Edukacji Narodowej ds. podręczników do muzyki. Była

ekspertem ds. awansu zawodowego nauczycieli. Członek Lubuskiego Towarzystwa Naukowego, Stowarzyszenia Międzynarodowego ISME (International Society for Music Education), Polskiego Towarzystwa Edwina E. Gordona, Stowarzyszenia Nauczycieli Muzyki, Stowarzyszenia Polskich Muzyków Kameralistów oraz Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich (przewodnicząca). Aktywnie współpracuje z ośrodkami naukowymi w Polsce i za granicą. Jest promotorką prac doktorskich i recenzentką.

MUZYKOTERAPIA WE WSPOMAGANIU WSZECHSTRONNEGO ROZWOJU DZIECKA

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

Wprowadzenie

Muzyka jako wytwór kulturowy stanowi istotny element w życiu każdego społeczeństwa, pełniąc różnorodne funkcje, determinowane poziomem i jakością funkcjonowania, potencjałem wewnętrznym i aspiracjami konkretnej grupy społecznej. Muzyce, która wpływa na jakość życia jednostek i całych społeczeństw, przypisuje się role: komunikacyjną, integrującą, ludyczną oraz leczniczą. Kontakt człowieka ze sztuką i jego twórczość muzyczna sprzyjają kształtowaniu tożsamości, umożliwiają ekspresję emocji, wyrażenie siebie w sposób pozawerbalny. Zdarza się, że muzyka wykorzystywana jest w ekonomii czy w polityce. Zawsze jednak pozostaje dziełem tworzonym przez człowieka [Jabłońska 2018: 113–114].

Na nastawienie człowieka do muzyki, kształtowanie gustu i gotowość do aktywnego uczestnictwa w kulturze muzycznej wpływają doświadczenia gromadzone od wczesnych etapów życia. Doświadczenia pozytywne stanowią motywację do podejmowania działań twórczych, do samodzielnego poszukiwania wrażeń, do aktywności muzycznej. Mniej korzystne perspektywy rysują się, gdy dzieci nie mają warunków do przeżywania pełni doznań estetycznych [Majzner 2017: 40–42]. Pierwszym i najważniejszym środowiskiem powinien być dla dziecka dom rodzinny, w którym może ono wzrastać i gromadzić kolejne doświadczenia

życiowe, w tym także te związane z procesem enkulturacji. Przebieg wczesnego dzieciństwa wywiera znaczący wpływ na dalsze etapy życia, dlatego ze szczególną troską należy dbać o to, by biorąc pod uwagę indywidualny potencjał, warunki wewnętrzne i zewnętrzne, przygotować dziecko do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie.

Dziecko we wczesnej fazie rozwoju jest całkowicie uzależnione od innych, chociaż potrafi zamanifestować swoją autonomię i przyciągnąć uwagę otoczenia przez krzyk, poszukiwanie kontaktu dotykowego, wodzenie wzrokiem czy wreszcie uśmiech [Bouvet 1995: 21]. Muzyka jako specyficzny rodzaj bodźca akustycznego dociera do dziecka już w okresie prenatalnym, podczas którego zachodzi proces kształtowania się receptorów muzycznych i rozwoju wrażliwości sensoryczno-emocjonalnej. Jak podaje Irena Burczyk, pierwsze doświadczenia muzyczne przed narodzinami stanowią „interakcje pomiędzy matką a dzieckiem związane z dźwiękiem i muzyką”, które „mogą przybierać formy: mówienia do dziecka na głos, słuchania muzyki, nucenia, śpiewania, gry na instrumentach” [Burczyk 2015: 64]. Autorka ta podkreśla, że „stymulacja muzyczna w tym okresie życia ma wpływ na ogólny rozwój dziecka, a przede wszystkim rozwój głuchenia, gaworzenia, mowy” [Burczyk 2015: 64]; rzutuje również na poziom sprawności intelektualnej oraz wrażliwości emocjonalnej. Wiedza dotycząca wpływu muzyki na rozwijające się dziecko może być pomocna w planowaniu działań wychowawczych, edukacyjnych, profilaktycznych, a także terapeutycznych, jeśli są one potrzebne.

Dzieciństwo w życiu każdego człowieka stanowi okres najbardziej dynamicznych zmian widocznych we wszystkich obszarach funkcjonowania – w sferach: fizycznej, poznawczej, emocjonalnej i społecznej. W każdej z tych sfer wykorzystać można aktywność muzyczną jako rodzaj nieinwazyjnego działania ukierunkowanego na uzyskanie pozytywnych efektów i progres poszczególnych umiejętności. Rozwój zdrowego dziecka przebiega w dużej mierze w sposób naturalny, determinowany predyspozycjami genetycznymi i czynnikami zewnętrznymi, na które można wywrzeć jedynie częściowy wpływ przez tworzenie dziecku właściwych warunków i zaspokojenie podstawowych potrzeb. W pozostałych sferach obok czynników wrodzonych do rozwoju przyczynia się przede

wszystkim jakość i intensywność procesu nabywania poszczególnych rodzajów kompetencji. Troska o zaspokojenie potrzeb i umożliwienie zdobywania doświadczeń życiowych opartych na osobistych relacjach to kluczowe zadanie rodziców i opiekunów.

Wprowadzenie dziecka w świat kultury muzycznej sprzyja odkrywaniu wartości uniwersalnych oraz formowaniu gustu i poczucia estetyki w indywidualny sposób, dlatego stanowi ważny, a często niedoceniany element wychowania. W budowaniu doświadczeń muzycznych związanych z tworzeniem i percypowaniem muzyki znaczenie mają różnorodność wykonań, stylów, gatunków, brzmień oraz urozmaicenie form podejmowanej aktywności [Wilk, Waligóra, Cebulak 2017: 206]. Dzieci potrafią spontanicznie reagować na muzykę, którą percypują całym ciałem, często w sposób twórczy włączając w tę percepcję ruch czy ułożone przez siebie tańce, wokalizując, wystukując rytm. Niewykluczone, że większa dbałość o tworzenie warunków do rozwoju muzykalności, promowanie aktywności muzycznej i docenienie inwencji muzycznej dzieci na wczesnych etapach życia stanowiłyby podwaliny rozwoju kreatywnych jednostek, przekonanych o własnym potencjale i możliwościach. W obecnych czasach stosunkowo często dzieci mają problemy z radzeniem sobie w trudnych sytuacjach ze względu na globalny brak stabilności wynikający ze strat po pandemii, z realiów politycznych, ekonomicznych i kulturowych. W dobie powszechnej industrializacji i cyfryzacji korzystny może się okazać zwrot ku wartościom uniwersalnym, kulturze i sztuce, w tym sztuce muzycznej, która jest podstawą muzykoterapii.

Wprowadzenie form muzykoterapii w pracy z dziećmi

Muzykoterapia to zaplanowany, świadomie i konsekwentnie realizowany proces, w trakcie którego za pomocą muzyki i aktywności muzycznej realizowane są cele terapeutyczne i profilaktyczne. Sposoby realizacji celów wyznacza się zgodnie z indywidualnymi potrzebami i możliwościami osób uczestniczących w sesjach muzykoterapeutycznych.

Dla dzieci borykających się z dysfunkcjami muzykoterapia może stanowić element terapii kompleksowej. W grupie dzieci zdrowych wykorzystuje się ją jako formę profilaktyki i działanie stymulujące rozwój umiejętności. Podkreślić należy, że muzykoterapia jest procesem zachodzącym w czasie w określonej przestrzeni społecznej. Dziecko uczestniczące w zajęciach muzykoterapii powinno być postrzegane jako członek społeczności, z którą jest związane. Wśród zadań muzykoterapeuty znajdują się poznanie uwarunkowań kulturowych i zdiagnozowanie potrzeb dziecka na tle środowiska, w którym przychodzi mu wzrastać.

Pierwszy etap pracy z dzieckiem polega na przeprowadzeniu anamnezy muzykoterapeutycznej i nawiązaniu relacji z dzieckiem oraz z jego opiekunami. W kontakcie z małym pacjentem muzykoterapeuta może odwołać się do modelu relacji, który początkowo opiera się na komunikacji prewerbalnej i pozawerbalnej. Ten specyficzny rodzaj porozumienia jest możliwy dzięki wykorzystaniu muzyki. Można przyjąć, że pierwotna więź z rodzicem lub najbliższym opiekunem to rodzaj wzoru, będącego punktem wyjścia do rozwijania kolejnych relacji. Jak podkreśla Magdalena Czub, „formowanie się przywiązania do rodzica stanowi podstawę kształtowania się zdolności do podmiotowej samoregulacji i autonomicznego działania” [Czub 2014: 5]. Autorka ta zwraca uwagę na rolę pierwszych doświadczeń, których analiza stanowi cenną pomoc w prognozowaniu potencjalnych trudności dziecka w funkcjonowaniu w środowisku rówieśniczym, w reagowaniu na trudne sytuacje, w tym reagowaniu na stres. Wiedza dotycząca rodzaju pierwszych relacji i znajomość faktów z życia dziecka oraz jego opiekunów ułatwiają nawiązanie i utrzymanie relacji terapeutycznej, zwłaszcza w odniesieniu do dzieci borykających się z zaburzeniami rozwojowymi. Każde dziecko charakteryzuje się swoistymi cechami osobniczymi i własnym tempem zdobywania kolejnych umiejętności, dlatego tak ważne jest indywidualne podejście. Poziom czujności opiekunów warunkuje uchwycenie zmian w zachowaniu czy sposobie reagowania na bodźce, co umożliwia zauważenie zarówno budzących niepokój objawów, wymagających ewentualnej konsultacji ze specjalistą, jak i zdolności czy predyspozycji, które warto rozwijać. Obserwacja dziecka podczas aktywności muzycznej może

ułatwić diagnozę poziomu wiedzy i umiejętności nie tylko z zakresu muzyki, ale także w innych obszarach, w tym umiejętności społecznych.

Formy aktywności muzycznej podejmowane wobec dziecka lub wspólnie z dzieckiem ułatwiają znalezienie płaszczyzny porozumienia w bezpiecznym akustycznie otoczeniu. W wypadku noworodka i niemowlęcia istotną rolę odgrywać mogą kołysanki, mormoranda czy wokalizy służące uspokojeniu i wyciszeniu dziecka, które ma szansę na sukcesywne oswajanie się z rzeczywistością postnatalną [Colonna Kasjan 2020: 189–190]. Zdarza się jednak, że również starsze dzieci z zachwianym poczuciem bezpieczeństwa instynktownie poszukują znanych sobie bodźców akustycznych, by odzyskać równowagę. Miałam okazję przekonać się, że takie „otulenie dźwiękami” bywa pomocne w niwelowaniu dziecięcych niepokojów. Kończąc zajęcia muzykoterapeutyczne z aktywnie pracującą, ale niejednomyślną grupą dziewięciolatków z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, zagrałam *Kołysankę* op. 49 nr 4 Johannesesa Brahmsa. Wszyscy zamilkli i mimo że mogli już opuścić pomieszczenie, spokojnie zajęli miejsca i poprosili o powtórzenie melodii. W pracy z tą grupą zaczęłam wykorzystywać inne melodie, wykonywane na instrumencie klawiszowym jako rodzaj muzycznej nagrody dla uczestników zajęć. Reakcje dzieci świadczyły o pojawieniu się specyficznej relacji, której centrum stanowiła muzyka przynosząca spokój i poczucie komfortu [Lecourt 2008: 119–120].

Aktywność muzyczna w muzykoterapii jako czynnik sprzyjający rozwojowi motoryki i koordynacji wzrokowo-słuchowo-ruchowej

Muzyka i aktywność muzyczna stanowią kanwę działań muzykoterapeutycznych, których realizacja opiera się na recepcji i kreacji muzyki oraz na indywidualnym i zespołowym muzykowaniu. Celem muzykoterapii jest dążenie do zdiagnozowania potrzeb i uzyskanie wglądu w problemy pacjenta, co umożliwi podjęcie działań profilaktycznych lub terapeutycznych [Colonna Kasjan 2022a: 158].

Pojęcie „muzykoterapia” nie powinno być wiązane w dzisiejszych czasach wyłącznie z działaniami wobec osób niepełnosprawnych. Jak podkreśla Ewa Klimas-Kuchtowa, wykorzystanie muzyki w działaniach prozdrowotnych wykracza poza granice terapii, dlatego też w odniesieniu do osób zdrowych warto byłoby „mówić o profilaktyce muzycznej, profilaktyce z wykorzystaniem muzyki czy muzyko-profilaktyce oraz o promocji zdrowia przez muzykę” [Klimas-Kuchtowa 2010: 18–19]. W pracy z dziećmi wykorzystywać można wiele form muzykoterapii, a rolą muzykoterapeuty jest tworzenie odpowiednich warunków i stymulowanie uczestników do podejmowania aktywności w toku zajęć.

Poziom pracy należy dostosować do aktualnych potrzeb i możliwości dzieci. Percepcja i wykonawstwo muzyki nie tylko wpływają na stopień aktywności mózgu i innych elementów układu nerwowego, ale także wyzwalają reakcje fizyczne [Thaut 2010: 281]. Na współzależność psychiki i ciała człowieka jako podmiotu oddziaływań muzykoterapeutycznych zwracał uwagę Tadeusz Natanson, który definiując pojęcie muzykoterapii, odnosił się do potencjalnych możliwości wykorzystywania wielorakiego wpływu „muzyki na psychosomatyczny ustrój człowieka” [Natanson 1979: 51]. Można przyjąć, że w muzykoterapii dążyć należy do holistycznego podejścia do każdej osoby uczestniczącej w sesjach terapeutycznych. Reakcje somatyczne determinowane są niejednokrotnie funkcjonowaniem psychiki, można zauważyć także zależność odwrotną, kiedy jakość funkcjonowania organizmu na poziomie somatycznym wpływa na poziom procesów zachodzących w psychice. Elementy dzieła muzycznego wywierają wpływ na obie sfery, dlatego też metody i techniki muzykoterapii stosowane są w toku kształtowania i podnoszenia poziomu umiejętności percepcyjno-motorycznych.

Muzykę można opisać jako zjawisko polegające na współtworzeniu drgań akustycznych wyzwalających konkretne reakcje fizyczne i towarzyszące im reakcje psychiczne, zależne m.in. od poziomu doświadczeń i nastawienia odbiorcy. Obok mierzalnych parametrów w muzyce tkwi siła sprawcza, która porusza emocje i uczucia wyższe. Na bliskość muzyki i uczuć wskazuje Jan Pleszyński, który umiejscawia muzykę pomiędzy racjomorficznością a racjonalnością. Autor ten zwraca uwagę, że: „Istota

muzyki doskonale komponuje się z racjomorficznymi zdolnościami przekierowywania uczuć i emocji, wzmacniania i osłabiania sympatii, antypatii, poczucia wspólnotowości albo wyobcowania” [Pleszyński 2018: 49].

W działaniach muzykoterapeutycznych wykorzystuje się zarówno fizyczny, jak i metafizyczny wpływ muzyki. W praktyce spotkać się można ze zjawiskiem wodzenia rytmu – wodzenia muzycznego polegającego na dążeniu do synchronizacji drgań, którego efektem jest rodzaj dostrojenia się pulsu, rytmu oddychania i przebiegu fal mózgowych rezonujących z muzyką. Proces ten zachodzi zgodnie z koncepcją Christiaana Huygensa¹. Jak wyjaśnia Ewa Klimas-Kuchtowa, „umieszczone obok siebie ciała drgające dążyć będą do synchronizacji rytmów. Podstawą zasady jest oszczędność natury, a jednym ze skutków możliwość dostosowania rytmów ciała do innych drgań zewnętrznych” [Klimas-Kuchtowa 2010: 14]. Muzyka oddziałuje jako zjawisko fizyczne, które generuje odpowiedź ze sfery somatycznej organizmu, jako reakcję fizjologiczną, a jednocześnie wpływa na psychikę człowieka.

Specyfika percepcji muzyki sprzyja wykorzystaniu jej w roli katalizatora zdarzeń jako impulsu do aktywności ruchowej. Zdecydowanie łatwiej poruszać się w rytm muzyki, dlatego też jeśli w pracy z dziećmi wprowadzane są elementy ruchu, to często stanowią one jedne z ulubionych przez nie form działania. Wiele dzieci spontanicznie podejmuje aktywność motoryczną, słysząc muzykę, co można zauważyć nawet podczas swobodnej obserwacji [Matuszak 2018: 52]. Zajęcia muzykoterapii z wykorzystaniem rytmiki i tańca pozwalają na kształtowanie i podnoszenie poziomu koordynacji wzrokowo-słuchowo-ruchowej, gdyż wymagają zaangażowania narządów zmysłów, przetwarzania bodźców i aktywności motorycznej, wyzwalają ekspresję i umożliwiają rozładowanie napięć [Klöppel, Vliex 1995: 88–89].

Taniec w działaniach arteterapeutycznych ułatwia autoekspresję, zrozumienie samego siebie i własnych emocji, aktywizuje, przeciwdziała

1» Christiaan Huygens – autor zasady rozchodzenia się fal, który w swoich eksperymentach obserwował harmonizację ruchu wahadeł i tykania zegarów [Awrejcerowicz 1997: 19].

negatywnym skutkom technicyzacji i industrializacji dzięki korzystnemu wpływowi na poziom sprawności fizycznej, sprzyja rozwojowi umysłowemu [Jałocha 2005: 97–99]. Na kształtowanie umiejętności społecznych i budowanie prawidłowych relacji w grupach oddziałują pozytywnie tańce integracyjne, które wprowadzać można nie tylko w grupach dzieci zdrowych, ale także w pracy z dziećmi z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Integracja przez wspólną aktywność pozwala formować nastawienia oparte na wzajemnym szacunku i tolerancji. Wprowadzenie tańca i ruchu do zajęć muzykoterapii sprzyja aktywizacji twórczej przez improwizację, usprawnia komunikację, ułatwia rozładowanie energii i zyskanie poczucia świadomości własnego ciała.

Inspirację do planowania ćwiczeń aktywizujących motorycznie mogą stanowić m.in. założenia mobilnej rekreacji muzycznej autorstwa Macieja Kieryla [Radzińska 2021: 54–59]. Systematyczny trening wywiera korzystny wpływ na postawę i poziom ogólnej sprawności, a podejmowanie zespołowej aktywności ruchowej w takt muzyki umożliwia synchronizację ruchu, co jest istotnym elementem współdziałania w zespole.

Doskonaleniu umiejętności, zwłaszcza w zakresie motoryki małej, służą zadania z wykorzystaniem instrumentów muzycznych. Dzieci o niskim poziomie sprawności manualnej w trakcie zajęć z instrumentami mają szansę na trening wielu umiejętności jednocześnie. Manipulowanie instrumentami wymaga bowiem nie tylko pracy mięśni, ale i ich koordynacji z pracą narządów zmysłów – wzroku, słuchu, dotyku. W trakcie działalności zawodowej niejednokrotnie miałam okazję obserwować rozpoczynającą edukację wczesnoszkolną dzieci, które miały trudności z wykonywaniem dokładnych ruchów palcami i operowaniem drobnymi przedmiotami. Uczniowie, którym stworzono możliwość grania na instrumentach perkusyjnych – trójkątach, różnych rodzajach bębnow, dzwonkach, klawesach czy kastanietach – sukcesywnie nabierali wprawy, przy czym najtrudniejsze dla tej grupy było początkowo różnicowanie dynamiki wymagające precyzyjnego dostosowania siły działania na instrument. Interesujące okazały się także doświadczenia z instrumentami klawiszowymi. Wzrost poziomu sprawności manualnych był szczególnie szybko zauważalny u dzieci, które miały możliwość gry

na pianinie. Wysoki poziom motywacji do gry i improwizowania wpływał na jakość pracy, a tym samym na jej efektywność. Rezultaty można było zauważyć już po kilku miesiącach, zarówno w obszarze muzycznym – w postaci umiejętności zagrania wybranych melodii, jak i w obszarach pozamuzycznych, gdyż zyskanie sprawności manualnej wpływało także na jakość pracy w toku realizacji przedmiotów ogólnokształcących, w tym szczególnie na progres umiejętności pisanie i rysowania, a także na chwytność i refleks. Warto podkreślić, że do podejmowania aktywności muzycznej w postaci gry na instrumentach nie trzeba dzieci dodatkowo motywować, gdyż sama perspektywa zdobycia umiejętności, którą nie wszyscy dysponują, działa mobilizująco [Colonna Kasjan 2004: 74].

Formowaniu umiejętności motorycznych pośrednio sprzyja śpiew, gdyż nie tylko umożliwia uczestnictwo w tworzeniu i wykonywaniu muzyki, lecz także pozwala na kształtowanie odpowiedniej postawy ciała i opanowanie umiejętności prawidłowego oddychania, które przyczynia się do właściwego dotlenienia organizmu [Kostecka 2013: 53].

Rola muzykoterapii w stymulowaniu rozwoju procesów poznawczych i umiejętności społecznych dzieci

Wykorzystanie wybranych metod i technik pracy muzykoterapeutycznej ułatwia rozwój procesów poznawczych przez:

- > zaangażowanie wielu zmysłów;
- > stymulowanie do podejmowania aktywności twórczej;
- > kształtowanie i podnoszenie poziomu umiejętności koncentrowania uwagi dowolnej, co sprzyja zapamiętywaniu treści i usprawnia komunikację;
- > budowanie osobistych doświadczeń w kontakcie ze sztuką muzyczną.

Planowanie zajęć muzykoterapeutycznych powinno być poprzedzone diagnozą muzykoterapeutyczną, tak by przebieg sesji odpowiadał potrzebom, możliwościom i oczekiwaniom uczestników zajęć. Zarówno w pracy z grupą, jak i w zajęciach indywidualnych istotne jest elastyczne

podejście do sposobu realizacji poszczególnych modułów zajęć, tak ażeby ich uczestnicy mieli poczucie sprawstwa, podejmowali inicjatywy i mogli współdecydować o szczegółach wybranych form aktywności. W kontakcie z dziećmi warto uzupełnić działania dyrektywne elementami niedyrektywnymi, które dają swobodę twórczą oraz ułatwiają ekspresję emocji i zachęcają do samodzielności w poznawaniu świata [Kowalska, Gluźniewicz 2018: 118, 120–121].

W zajęciach muzykoterapii dedykowanych dzieciom z reguły łączy się formy aktywne i receptywne, co sprzyja utrzymaniu wysokiego poziomu koncentracji uwagi. Odpowiedni dobór materiału muzycznego i poszczególnych zadań wywiera wpływ na efektywność zajęć, które dla dzieci mogą stanowić element terapii kompleksowej, profilaktyki, treningu umiejętności lub uzupełnienie standardowej edukacji muzycznej.

Aktywność jest jedną z cech charakteryzujących dzieci na każdym etapie rozwoju, a wykazywana przez młodych ludzi naturalna, spontaniczna ciekawość świata powinna być katalizatorem rozwoju.

Percepcja muzyki pobudza mózg, stymuluje wyobraźnię, porusza emocje, wpływa na nastrój. Zadaniowe słuchanie muzyki w trakcie zajęć muzykoterapii pozwala na gromadzenie różnego rodzaju doświadczeń, analizowanie ich i wnioskowanie. Jako dodatkowe walory można traktować zdobywanie wiedzy i poznawanie literatury muzycznej oraz formowanie gustów muzycznych i potrzeb kulturalnych. Dzieci, które mają możliwość doświadczania kontaktu ze sztuką muzyczną, mogą dzielić się swoimi przemyśleniami, opowiadać o przeżyciach, odnosić doświadczenia muzyczne do życia codziennego i do relacji z rówieśnikami.

Muzykoterapia aktywna w postaci muzykowania na instrumentach, śpiewu czy ruchu do muzyki umożliwia zdobywanie bezpośrednich doświadczeń w zakresie praktyki wykonawczej i twórczości muzycznej realizowanej indywidualnie i/lub zespołowo. Sam śpiew, jak zaznacza Jądwiga Uchyla-Zroski,

stanowi najbliższą formę wykonawczą muzyki i stwarza dziecku wiele możliwości wyrażania własnej ekspresji. Wszyscy badacze podkreślają znaczenie oraz potrzebę kształcenia głosu dziecięcego już

od wczesnego dzieciństwa, gdyż śpiew wpływa na rozwój psychiki i osobowości dziecka, budzi poczucie wartości i zadowolenia z własnych osiągnięć wokalnych [Uchyła-Zroski 2015: 62].

Z punktu widzenia muzykoterapeuty szczególna wartość śpiewu związana jest z możliwością wyrażenia siebie przez uwolnienie emocji, pracę głosem, kreatywne podejście do tworzenia własnych piosenek i wykonywanie ich w przyjętej indywidualnie lub w grupie konwencji.

Działania indywidualne rozwijają wyobraźnię muzyczną, prowadzą do ekspresji uczuć, pomagają w zdobywaniu i podnoszeniu poziomu wiedzy oraz umiejętności muzycznych.

Artystyczne działania zespołowe integrują grupę i wpływają na poziom umiejętności współpracy, gdyż wymagają słuchania siebie nawzajem, dostosowania się do innych, ułatwiają formowanie postaw nacechowanych wzajemnym szacunkiem i otwartością [Colonna Kasjan 2022b: 85–87].

Podsumowanie

Rodzice, opiekunowie i pedagodzy starają się podejmować przemyślane działania na rzecz rozwoju dzieci. Przebieg okresu dzieciństwa i doświadczenia zgromadzone w tym czasie wywierają istotny wpływ na poziom i sposób funkcjonowania człowieka w dalszych etapach życia, dlatego dbałość o jakość wychowania i kształcenia winna być priorytetem dla społeczeństwa. Udział w zajęciach muzykoterapii może inspirować do twórczego rozwoju, który przynosi korzyści w codziennym życiu, zwłaszcza w obszarze umiejętności społecznych, które w dużej mierze związane są z enkulturacją. Aktywność muzyczna umożliwia ekspresję emocji, wpływa korzystnie na poziom wrażliwości, wzbogaca życie wewnętrzne i mobilizuje do kreatywności.

W dobie powszechnego dostępu do muzyki warto wykorzystać potencjał tej dziedziny sztuki w działaniach muzykoterapeutycznych ukierunkowanych na wspomaganie wszechstronnego rozwoju osobowego każdego dziecka.

Bibliografia

- Awrejcewicz Jan, 1997, *Tajemnice nieliniowej dynamiki*, Łódź: Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej.
- Bouvet Danielle, 1995, *Przyswajanie mowy przez dziecko*, tłum. R. Gałkowski, „Audiofonologia”, t. 7, s. 21–67.
- Burczyk Irena, 2015, *Muzyka w aspekcie rozwoju muzycznego dziecka*, [w:] R. Majzner (red.), *Muzyka w przestrzeni edukacyjnej – wyzwania i inspiracje*, Bielsko-Biała: Akademia Techniczno-Humanistyczna, s. 63–81.
- Colonna Kasjan Daniela, 2004, *Znaczenie muzykoterapii dla dziecka niepełnosprawnego*, [w:] J. Patkiewicz (red.), *Jakość życia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w Polsce i krajach Unii Europejskiej*, Wrocław: Studio Wydawniczo-Typograficzne Typoscript, s. 71–76.
- Colonna Kasjan Daniela, 2020, *Opowieści o życiu w pieśniach ludowych zawarte*, „Roczniki Ludowego Towarzystwa Naukowo-Kulturalnego”, nr 18/19, s. 181–193.
- Colonna Kasjan Daniela, 2022a, *Aspekty pedagogiczne w muzykoterapii dzieci*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia – od pionierskiej działalności do kreatywnej twórczości*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 4, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 155–170.
- Colonna Kasjan Daniela, 2022b, *Wykorzystanie aktywności muzycznej w procesie rozwoju kompetencji społecznych i kulturowych uczniów*, [w:] E. Kochanowska, R. Majzner (red.), *Wybrane współczesne problemy edukacji ogólnokształcącej i artystycznej. W stronę kompetencji kluczowych*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 81–93.
- Czub Magdalena, 2014, *Rozwój dziecka. Wczesne dzieciństwo. Wiek: 0–2/3 lata*, Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Jabłońska Barbara, 2018, *O społecznym charakterze muzyki. Szkic socjologiczny*, „Pogranicze. Studia Społeczne”, t. 34, s. 113–128.
- Jałocha Maria, 2005, *Taniec jako forma terapii sztuką*, [w:] L. Kataryńczuk-Mania (red.), *Metody i formy terapii sztuką*, Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, s. 99–109.
- Klimas-Kuchtova Ewa, 2010, *Wieloaspektowość muzyki i jej oddziaływań na zdrowie*, „Sztuka Leczenia”, t. 21, nr 3–4, s. 13–20.
- Klöppel Renate, Vliex Sabine, 1995, *Rytmika w wychowaniu i terapii. Rozpoznawanie i korygowanie zaburzeń zachowania dzieci*, tłum. A. Florek, Warszawa: PNO Studio Grafiki Komputerowej.
- Kostecka Wanda, 2013, *Emisja głosu jako ważny przedmiot w kształceniu nauczycieli*, „Zeszyty Naukowe”, t. 16, Lublin: Wydawnictwo Akademickie Wyższej Szkoły Społeczno-Przyrodniczej im. Wincentego Pola, s. 45–56.

- Kowalska Gabriela, Gluźniewicz Jadwiga, 2018, *Wspomaganie rozwoju poznawczego dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym*, [w:] E. Sadowska, A. Wiśniak, I. Łukasiewicz (red.), *Dokąd zmierzamy?*, cz. 1: *Wspieranie rozwoju człowieka w rodzinie, edukacji i biznesie*, Chorzów: Wyższa Szkoła Bankowa w Poznaniu. Wydział Zamiejscowy w Chorzowie, s. 109–122.
- Lecourt Édith, 2008, *Muzykoterapia, czyli jak wykorzystać siłę dźwięków*, tłum. L. Teodorowska, Katowice: Videograf II.
- Majzner Rafał, 2017, *Doświadczenie świata muzyki przez dziecko w kontekście wymagań podstawy programowej edukacji wczesnoszkolnej*, [w:] J. Malinowska, E. Jezierska-Wiejak (red.), *Dziecko w sytuacjach uczenia się. Codzienność w poznawaniu świata i siebie*, Wrocław: Instytut Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego, s. 39–51.
- Matuszak Lucyna, 2008, *Po co muzyka*, Włocławek: Redakcja Wydawnictwa Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej.
- Natanson Tadeusz, 1979, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk: Zakład Narodowy Imienia Ossolińskich.
- Pleszyński Jan, 2018, *Dźwięk i muzyka: między racjomorficznością a racjonalnością*, [w:] I. Hofman i D. Kępa-Figura (red.), *Współczesne media. Media multimedialne*, t. 1: *Zagadnienia ogólne i teoretyczne. Multimodalność mediów drukowanych*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 35–54.
- Radzińska Michalina, 2021, *Mobilna Rekreacja Muzyczna. Geneza i zastosowanie*, Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Thaut Michael, 2010, *Neurologic Music Therapy in Cognitive Rehabilitation*, „Music Perception”, Vol. 27, No. 4, s. 281–285.
- Uchyla-Zroski Jadwiga, 2015, *Śpiew jako wartość osobowa dziecka*, t. 1: *Stażość i zmienność rozwoju myśli naukowej przełomu XX i XXI wieku*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Wilk Andrzej, Waligóra Monika, Cebulak Andrzej, 2017, *Środki ekspresji i percepcji muzycznej dzieci w młodszym wieku szkolnym*, „Pedagogika Przedszkolna i Wczesnoszkolna” t. 51, nr 9, s. 199–210.

Streszczenie

Artykuł dotyczy wykorzystania muzyki i różnorodnych form działań muzykoterapeutycznych we wspomaganiu rozwoju fizycznego i psychicznego dzieci.

Mobilizowanie dzieci do podejmowania aktywności muzycznej za pomocą technik muzykoterapii może przyczynić się do podwyższenia poziomu koordynacji

wzrokowo-słuchowo-ruchowej i sprawności manualnej, rozwoju wrażliwości emocjonalnej, poszerzenia wiedzy i umiejętności muzycznych, a także do wzrostu poziomu umiejętności społecznych, które wpływają bezpośrednio na jakość funkcjonowania w środowisku. W trosce o optymalne warunki rozwoju warto stwarzać dzieciom możliwości kontaktu ze sztuką muzyczną nie tylko przez percepcję dzieł kompozytorów, ale przede wszystkim przez aktywne muzykowanie – grę na instrumentach, śpiew, taniec i muzyczną twórczość.

Słowa kluczowe: edukacja, muzykoterapia, profilaktyka

DANIELA COLONNA KASJAN – doktor nauk społecznych, muzykoterapeuta, pedagog, starszy wykładowca w Zakładzie Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, kierownik Podyplomowych Studiów Muzykoterapii, wiceprzewodnicząca Zarządu Głównego Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich. Autorka publikacji z zakresu muzykoterapii, wychowania i edukacji, kultury ludowej. Do jej zainteresowań należą: wykorzystanie muzykoterapii i kulturoterapii w praktyce klinicznej i profilaktyce, rozwój społeczny dzieci i młodzieży oraz muzyka tradycyjna.

WYKORZYSTANIE ZESTAWU M-TERAPIA W PRACY Z DZIEĆMI ZE SPEKTRUM AUTYZMU

Wojciech Strzelecki » Katedra i Zakład Psychologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola
Marcinkowskiego w Poznaniu
Wyższa Szkoła Zarządzania i Psychologii w Poznaniu

Mirosława Cyłkowska-Nowak » Zakład Terapii Zajęciowej, Uniwersytet Medyczny im. Karola
Marcinkowskiego w Poznaniu

Natalia Komar-Piątyszek » M sp. z o.o.

Wprowadzenie

Tradycyjnie wykorzystywanie muzyki w muzykoterapii wiąże się ze stosowaniem – obok ludzkiego głosu – konwencjonalnych instrumentów muzycznych, takich jak pianino (fortepian), gitara, instrumenty perkusyjne [Magee 2006: 140–141]. Nie zawsze jednak da się je wykorzystać i nie wszyscy klienci/pacjenci mają możliwość włączenia się do tak prowadzonej muzykoterapii. Niekiedy konieczne jest zastosowanie innych urządzeń pomocniczych, nazywanych też technologiami muzycznymi. Zdaniem Andy’ego Hunta i współautorów:

Klienci, którzy mają trudności fizyczne lub psychiczne, mogą stanowić wyzwanie dla muzykoterapeutów z powodu braku wymaganych umiejętności fizycznych i poznawczych, zwykle niezbędnych podczas gry na konwencjonalnych instrumentach. Technologia muzyczna może dać ludziom dostęp do muzyki (a tym samym do muzykoterapii)

poprzez dostarczenie środków do transdukcji ograniczonej fizyczności w toku muzycznej ekspresji [Hunt, Kirk, Neighbour 2004: 50].

Opisano już wiele przypadków dokumentujących możliwość np. wspólnego z terapeutą nagrania piosenki przy minimalizacji wymagań dotyczących możliwości ruchowych i ograniczeniu ich jedynie do wymogu dotykania urządzenia palcem [*Using Technology...* 2022].

Oferowane współcześnie sprzęty tego typu wykorzystują głównie technologię elektroniczną, pozwalając tym samym na pokonywanie różnych ograniczeń klientów/pacjentów oraz uzyskiwanie interesujących brzmień [por. Strzelecki 2018: 113]. Dzięki ich zastosowaniu pojawiają się nowe możliwości w zakresie ekspresji nie tylko uczestnika terapii, ale również muzykoterapeuty. Odnosząc się w tym miejscu do zasadniczych umiejętności muzykoterapeutów, jakie winny być brane pod uwagę w postępowaniu certyfikacji, warto przywołać ujęcie proponowane przez Barbarę J. Crowe oraz Robin Rio [2004: 282–320], które zwracają uwagę na znaczenie instrumentów elektromechanicznych, elektrycznych i elektronicznych jako narzędzi będących równoprawną alternatywą dla instrumentów tradycyjnych. Autorki podkreślają rolę umiejętności digitalnych muzykoterapeuty, takich jak obsługa sprzętu komputerowego, użytkowanie oprogramowania, aplikacji itp., umiejętności nagrywania i przetwarzania dźwięków oraz podstawowe umiejętności obsługi sprzętów medycznych. Badaczki twierdzą, że rozwój technologii wymaga dobrego przygotowania się do ich użytkowania przez muzykoterapeutę, również w sytuacji profesjonalnej. Przykładem może być zastosowanie tzw. kaossilatora – urządzenia będącego formą pozbawionego klawiatury syntezytora, obsługiwanego przez dotknięcie palcem, za pomocą którego można zmieniać zarówno brzmienie, jak i wysokość dźwięku przez ruchy na padzie. Urządzenie ma wiele możliwości technicznych, pozwalających na tworzenie zapętlonych fraz oraz nagrywanie i wprowadzanie dodatkowych dźwięków. Do jego obsługi nie jest więc konieczna sprawność w zakresie motoryki małej, a tym samym zniesione zostaje istotne ograniczenie w jego użytkowaniu [Strzelecki 2018: 114–115]. W wypadkach wykorzystania kaossilatora stwierdzono m.in. wzrost czasu koncentracji

na zadaniu u dorosłych pacjentów psychiatrycznych [Strzelecki i in. 2016: 59–60], wzrost liczby prób naśladownictwa dźwiękowego za pomocą głosu, a także pojawienie się ruchów tanecznych u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu [Strzelecki 2018: 114–115].

Obok narzędzi wykorzystujących najnowsze technologie w praktyce muzykoterapeutycznej używane są także pozwalające wytwarzać dźwięki urządzenia, które nawiązują do znanych już konstrukcji. Ich działanie umożliwia produkowanie nowych barw, rozwijanie oryginalnych improwizacji bez wymogu wykazywania się umiejętnościami i sprawnością w zakresie gry na instrumencie. Zastosowane w terapii mają na celu włączenie do aktywności osób – bez względu na wiek i osiągnięty poziom rozwoju – które bądź zniechęciły się do tradycyjnych instrumentów muzycznych, bądź nie rozwinęły zdolności posługiwania się nimi lub utraciły możliwość ich użycia.

Barbara J. Crowe i Robin Rio [2004: 291] dokonały obszernego przeglądu literatury na temat technologii i implikacji wynikających z jej zastosowania w praktyce muzykoterapeutycznej oraz przeanalizowały badania nad edukacją muzykoterapeutyczną. Na tej podstawie stworzyły typologię urządzeń pomocniczych, wskazując na siedem rodzajów technologii:

(a) przystosowane instrumenty muzyczne, (b) technologie nagrywania, (c) elektryczne/elektroniczne instrumenty muzyczne, (d) aplikacje komputerowe, (e) technologie medyczne, (f) technologie wspomagające osoby niepełnosprawne, oraz (g) oparte na technologii praktyki terapii muzyką/dźwiękiem.

Obecnie takie rozwiązania przyjmują najczęściej formę kompleksowych zestawów muzycznych, uzupełnianych innymi sprzętami czy akcesoriami i połączonych z instrukcjami ich użytkowania. Tak przygotowane zestawy pozwalają na zmotywowanie oraz wzbudzenie aktywności muzycznych umożliwiających doskonalenie i poprawę pamięci, wydłużanie czasu koncentracji uwagi, radzenie sobie z bólem, lękiem, stresem, pobudzanie wyobraźni, doskonalenie lub odzyskanie zdolności komunikacji, a tym samym lepsze funkcjonowanie społeczne [Machover 2004:

175]. Dobrą egzemplifikację takiego połączenia stanowi opisany w dalszej części artykułu zestaw M-terapia, którego podstawowym elementem jest sprzęt pomocniczy o nazwie Musicon.

Musicon jako muzyczne urządzenie pomocnicze

Musicon to polisensoryczne urządzenie muzyczne zaprojektowane do stymulacji rozwoju psychofizycznego dziecka na różnych płaszczyznach. Pozwala na komponowanie i odgrywanie utworów muzycznych bez znajomości nut, a samo korzystanie z maszyny przypomina bardziej pracę programisty niż muzyka.

Musicon powstał jako praca dyplomowa Kamila Laszuka złożona w Akademii Sztuk Pięknych im. Eugeniusza Gepperta we Wrocławiu w 2011 roku. Projekt połączył dwie pasje autora: muzykę i design. Celem wynalazku było rozwijanie w dzieciach nie tylko talentu muzycznego, ale i kreatywności w ogóle. Sam pomysł zdobył wiele nagród na światowych konkursach, w tym prestiżową Red Dot Design Award w Singapurze. Pierwsze Musicony zaczęły powstawać jednak dopiero w 2016 roku, gdy udało się pozyskać fundusze na stworzenie prototypów, które następnie były prezentowane w całej Polsce i zostały przetestowane przez ponad 3,5 tys. dzieci [*Jak powstał Musicon 2022*]. Od tamtego momentu Musicony są produkowane w Polsce i wysyłane do placówek na całym świecie.

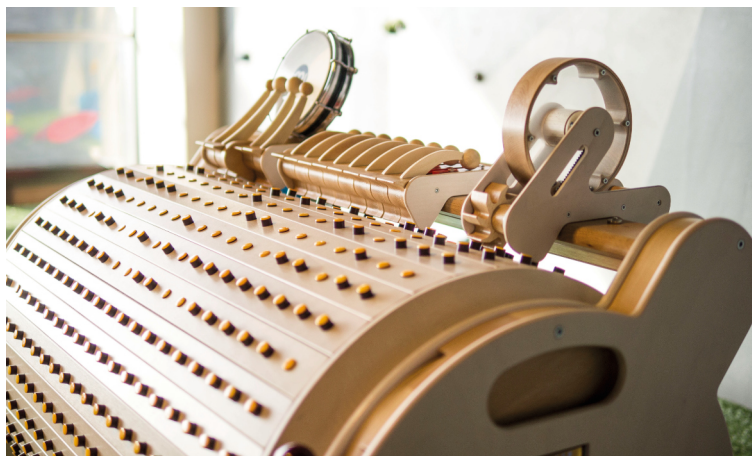
Jaka jest zasada działania Musiconu? Działa on podobnie do katarzynki lub pozytywki. Zawieszony na obrotowej osi drewniany walec (zwany bębmem) napędzany jest przez wewnętrzny mechanizm oparty na sterowniku elektronicznym i silniku krokowym. Prędkością obrotów bębna steruje się za pomocą dźwigni – im dalej pchniemy dźwignię, tym szybszy będzie obrót. Możliwy zakres tempa wynosi od 36 do 144 BPM. Bęben wyposażony jest w przyciski, które działają na takiej samej zasadzie jak mechanizm w długopisie. Na obwodzie bębna są 32 rzędy, a każdy z nich ma po 20 przycisków, co pozwala na zagranie 8 pełnych taktów na obwodzie (zob. fotografia 1, s. 67). Nad bębmem znajduje się magnetyczna

listwa, na której zamontować można różnego rodzaju moduły (np. instrumenty: Bębenek, Młynek, Dzwonki D–G, Dzwonki C–C, Dodo oraz moduł obrazkowy Digit) (zob. fotografia 2). Wyciśnięte przyciski podczas obrotów bębna zaczepiają o mechanizmy modułów i wprawiają je w ruch – w ten sposób wydobywane są dźwięki bądź uruchamiają się inne funkcje (np. zmiana obrazka w module Digit).



Fotografia 1. Musicon.

Reprodukcja za: *Musicon* [2022], za zgodą M sp. z o.o.



Fotografia 2. Musicon z nałożonymi modułami muzycznymi.

Reprodukcja za: *Musicon* [2022], za zgodą M sp. z o.o.

Musicon jest zasilany prądem stałym. Dzięki wbudowanym kółkom ma cechy urządzenia mobilnego. Wykonany jest z różnych rodzajów drewna: bukowego, jaworowego, a także ze sklejk brzozy i bukowej. Zawiera również elementy ze stali nierdzewnej [*Jak działa Musicon 2022*].

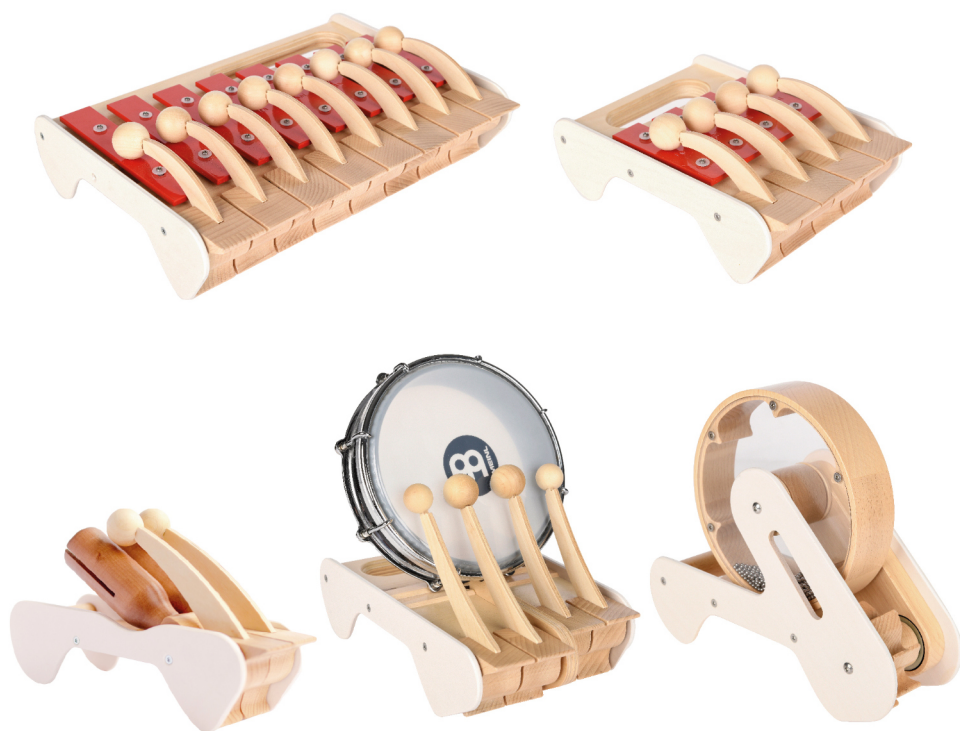
W niniejszym artykule skupimy się na opisie modułów muzycznych, pomijając moduł obrazkowy, czyli Digit. Jest on bardzo popularnym wśród dzieci elementem zestawu, jednak to instrumenty są podstawą działania urządzenia i to właśnie na ich wykorzystaniu opiera się większość scenariuszy zajęć z Musiconem.

Moduły muzyczne w zestawie można podzielić na melodyczne i perkusyjne. Modułami melodycznymi są Dzwonki C–C i Dzwonki D–G. Dzwonki C–C, zwane dzwonekami dużymi, mają osiem aluminiowych sztabek, malowanych proszkowo na kolor czerwony. Kiedy na bębnie Musiconu wyciśniemy przyciski, będą one dotykać klawiszy modułu. Te z kolei podniosą młoteczki zakończone drewnianą kuleczką, która opadając, uderzy w sztabkę, wydobywając dźwięk. Są to dzwonki diatoniczne obejmujące swoim zakresem dźwięki gamy C-dur. Dzwonki małe, czyli Dzwonki D–G, składają się z czterech sztabek. Stanowią one swego rodzaju kontynuację skali dzwoneków dużych, pozwalając na dodanie do niej dźwięków *D, E, F* oraz *G*. Każda sztabka ma swój młoteczek, możemy więc grać dźwięki po kolei lub tworzyć akordy.

Sekcję perkusyjną tworzą trzy instrumenty: Bębenek, Dodo oraz Młynek. Bębenek ma cztery niezależne młoteczki, uruchamiane w taki sam sposób jak w dzwonekach. Młoteczki różnią się miękkością, generując dwa rodzaje dźwięku, dodatkowo pary młoteczków są przesunięte względem siebie, co pozwala na uzyskanie rytmu naprzemiennego. Dodo składa się z dwóch pudełek akustycznych wykonanych z jaworu oraz z dwóch młoteczków. Można wydobyć na nim dwie wysokości dźwięku. Młynek to grzechotka, w której dźwięk generowany jest w sposób odmienny od pozostałych modułów muzycznych. Koło zębate obracane przez wyciśnięte przyciski wprawia w ruch duże koło Młynka. Wewnątrz koła przesypują się metalowe kuleczki, które wytwarzają charakterystyczny dźwięk. Co istotne, koło wypełnione kulkami wykonane jest w dużej mierze z przezroczystego szkła akrylowego, dziecko może więc

obserwować przesypywanie się kulek i widzi cały mechanizm powstawania dźwięku.

Wszystkie instrumenty wyposażone są w unikalny system magnetyczny pozwalający na dowolne mocowanie ich na listwie Musiconu. Każdy z nich może również z powodzeniem być wykorzystywany jako samodzielny instrument, bez konieczności zakładania go na Musicon (zob. fotografia 3).



Fotografia 3. Moduły muzyczne.

Reprodukcja za: *Musicon* [2022], za zgodą M sp. z o.o.

Jak widać, konstrukcja Musiconu zapewnia niczym nieskrępowaną zabawę binarnymi przyciskami. Dziecko może samodzielnie zdecydować, gdzie jest początek bębna, jaki zastosuje podział czy jaką wartość rytmiczną przypisze poszczególnym przyciskom.

Aby zakodować Musicon według określonych wzorów, można wykorzystać taśmy montowane na jego bębnie. W pracy z Musiconem do

dyspozycji mamy taśmy różnego typu, m.in. taśmę z kolorami, literami i czystą taśmę, na której nauczyciel lub terapeuta wspólnie z dziećmi może samodzielnie zaprojektować własne symbole. W działaniach muzycznych najczęściej jednak wykorzystuje się taśmę 1–32, czyli taśmę numerującą wszystkie rzędy w Musiconie. Dzięki niej określamy początek i koniec, co pozwala na zakodowanie utworu, który w określony sposób się zaczyna i kończy. Warto także wspomnieć o taśmie 1–4, która dzieli bęben na osiem sekcji (taktów) po cztery rzędy, czyli wykorzystuje popularny w dzisiejszej muzyce, szczególnie dziecięcej, podział metryczny na cztery.

Wyjątkowość Musiconu polega przede wszystkim na tym, że praca z nim daje poczucie sukcesu i przynosi nagrodę w postaci własnej kompozycji, która może być wielokrotnie odsłuchiwana, co stwarza z kolei możliwość obserwacji oraz dokonywania ewentualnych korekt. Musicon ma również cechę, której pozbawione są instrumenty tradycyjne – nie wymaga opanowania techniki gry, a to może mieć szczególnie znaczenie w pracy z dziećmi z niepełnosprawnościami. Ponadto wpływa na motywację i koncentrację uwagi. Wszystkie mechanizmy i ich działanie są widoczne, nic nie jest więc dla dziecka abstrakcyjne. Potrafi ono pojąć mechanizm powstawania dźwięku w urządzeniu. Dzięki mechanicznej budowie Musicon sprawia, że dziecko jest się w stanie na nim skupić przez dłuższy czas.

Warto wreszcie wspomnieć o najważniejszej cesze Musiconu, a mianowicie jego polisensoryczności. Oddziałuje on na słuch, wzrok, dotyk i na propriocepcję, w efekcie czego umożliwia samodzielne zbadanie różnymi zmysłami efektu podjętych działań [*Musicon Edu* 2022].

Musicon funkcjonuje na rynku jako podstawowy element stworzonych przez firmę M sp. z o.o. zestawów edukacyjnych i terapeutycznych. Dostępne są: Musicon One (edukacyjny zestaw dla żłobków i klubów malucha), Musicon Home (zestaw do edukacji domowej), Musicon Care (zestaw dla ośrodków terapeutycznych, placówek integracyjnych oraz szkół i przedszkoli, w których uczą się dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi) oraz Musicon Exh (zestaw dla muzeów i sal zabaw). Warto podkreślić, że podstawą każdego z tych zestawów jest to samo urządzenie,

a różnią się one kombinacją elementów dodatkowych i modułów muzycznych oraz stworzoną do każdego z nich metodologią pracy.

W niniejszym artykule będziemy odnosić się do zestawu, który jest obecnie w fazie badań, a mianowicie zestawu M-terapia. Powstał on w ramach projektu „M-terapia – innowacyjny zestaw terapeutyczny dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami i dysfunkcjami znoszący bariery w edukacji”, dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach poddziałania 4.1.4 Programu Operacyjnego Inteligentny Rozwój 2014–2020. Podstawę zestawu stanowi Musicon z pięcioma modułami muzycznymi, rozbudowany o elementy dodatkowe, m.in. matę sensoryczną czy moduł obrazkowy Digit.

Z punktu widzenia terapii dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ang. *autism spectrum disorder* – ASD) na szczególną uwagę zasługuje jeden element wzbogacający całość systemu M-terapia, a mianowicie zestaw pacynek The Musicons.

Pacynki The Musicons to pięcioro muzycznych bohaterów, którzy wprowadzają dzieci w musiconowe uniwersum, animują, wspierają w różnorodnych aktywnościach. Każda z nich została zaprojektowana w sposób umożliwiający wykonanie wszystkich podstawowych czynności z zakresu obsługi Musiconu, takich jak zakładanie instrumentów, rysowanie, wciskanie przycisków, operowanie dźwignią itd.

W skład zespołu wchodzi: Charlie (saksofon), Jaco (kontrabas), Ringo (perkusja), Ula (wokal) i Amadeo (klawisze). Każda z postaci ma inną osobowość, charakter i temperament. Charlie jest empatyczny, sentymentalny i przyjacielski, Jaco to poważny intelektualista, a Ringo jest zawsze w ruchu i komunikuje się pojedynczymi słowami. Ula to ambitna i przebojowa pacynka z ruchomymi buzią i językiem – powstała ona, aby wspierać dzieci z zaburzeniami mowy.

Skupimy się w tym miejscu na postaci Amadea. Został on wprowadzony do badań w czasie, w którym dzieci już dobrze znały pozostałe pacynki i czuły się swobodnie w pracy z Musiconem. Amadeo postrzega muzykę inaczej niż wszyscy. Dzięki swojej wyjątkowej umiejętności widzi ją w kolorach i kształtach. Odbiór świata wszystkimi zmysłami jest dla niego codziennością. Ta cecha pozwala mu na bycie kreatywnym, oryginalnym,

ale i przysparza wielu problemów z odbiorem rzeczywistości. Liczba bodźców, jakie do niego docierają, często zaburza jego wewnętrzny spokój – Amadeo nie umie sobie poradzić z nadmiarem wrażeń. Dlatego jego ulubionymi zajęciami są wyciszające zabawy sensoryczne, statyczne, a także zabawy, w których może się schować. Amadeo nie potrafi skutecznie komunikować się z innymi. Wychodzi z założenia, że nie jest lubiany, że ludzie go nie rozumieją. Nie potrafi adekwatnie zareagować na zachowanie innych, gubi się, próbując zrozumieć, jakie intencje mają osoby, które coś do niego mówią. Dlatego bardzo ważne są dla niego wyjaśnienia: co, kto i dlaczego. Amadeo lubi słuchać, ale nie lubi być dotykany, głaskany. Nie znosi brzoskwiń ze względu na ich chropowatą skórkę i nigdy nie nadeptuje na pęknięcia w płytach chodnikowych.

Większość scenariuszy aktywności, w których pojawia się Amadeo, zakłada rozwijanie u dzieci sfery emocjonalnej. Od strony muzycznej duży nacisk jest położony na działania, w których dzieci mają za zadanie regulowanie liczby bodźców w taki sposób, aby Amadeo czuł się bezpiecznie i spokojnie. Zestawianie Amadea i Uli pozwala na wprowadzanie elementów związanych ze zmianami dynamiki i tempa w muzyce.

Amadeo ma wiele cech charakterystycznych dla dzieci z ASD, co pozwala im na łatwe identyfikowanie się z pacynką. Dzieci neurotypowe z kolei, jak pokazują przeprowadzane badania, są wobec Amadea bardzo empatyczne i chcą, by czuł się jak najbardziej komfortowo podczas wspólnych aktywności muzycznych (zob. fotografia 4, s. 73).

Musicon w pracy z dziećmi z ASD

Istotnym czynnikiem sprawiającym, że Musicon staje się wartościowym urządzeniem w pracy terapeutycznej z dziećmi z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, jest jego wieloobszarowe oddziaływanie. Już na obecnym etapie badań można bowiem zauważyć, że praca z urządzeniem przynosi zmianę w zakresie najistotniejszych obszarów funkcjonowania, które z racji specyfiki autyzmu mogą być objęte deficytami. Musicon



Fotografia 4. Pacynka Amadeo.

Reprodukcja za: *Musicon* [2022], za zgodą M sp. z o.o.

pozwala również na uruchomienie naturalnych zasobów dzieci za sprawą swojej rytmiczności, stałości i rodzącej poczucie bezpieczeństwa przewidywalności działania.

W sferze motorycznej u dzieci pracujących z *Musiconem* zaobserwowano poprawę w zakresie wciskania i wyciskania przycisków na bębnie urządzenia oraz manipulowania oburącz elementami zestawu, a także wzrost samodzielności w jego obsłudze.

W obszarze poznawczym również odnotowano istotne zmiany i to zarówno jeśli chodzi o procesy uwagowe, pamięciowe i myślowe, jak i w odniesieniu do spostrzegania oraz orientacji przestrzennej. I tak oto zaobserwowano wydłużenie czasu koncentracji uwagi, poprawę w zakresie myślenia przyczynowo-skutkowego, wysnuwania wniosków z wykonywanych zadań czy też intencjonalnego inicjowania zabaw zestawem. Wzrosła liczba zadawanych pytań, formułowanych odpowiedzi, poprawie uległo rozumienie poleceń nauczyciela/terapeuty. Zdecydowanie

pozytywną zmianę odnotowano także w odniesieniu do zapamiętywania dźwięków czy też odtwarzania wzorów i rytmów z pamięci. Dzieci w większym stopniu zauważały również różnice i podobieństwa pomiędzy elementami, potrafiły coraz lepiej uzupełniać brakujące elementy czy określać położenie przedmiotów względem siebie i wskazywać źródło dźwięku.

W sferze emocjonalnej zauważalny był wzrost pozytywnych reakcji na pracę z zestawem M-terapia, zwiększenie motywacji, zainteresowania i zaangażowania. Dzieci zaczęły również w większym stopniu wyrażać emocje, co jest szczególnie wartościowe z uwagi na specyfikę emocjonalności osób z ASD.

W obszarze społecznym znacząco poprawiła się współpraca między dziećmi, jak również współpraca z prowadzącym sesje nauczycielem/terapeutą. Pojawiły się też samoistne zachowania pomocowe względem innych uczestników zajęć.

Wzmacnianie funkcjonowania dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu we wszystkich wspomnianych obszarach nawiązuje do holistycznego sposobu postrzegania jednostki i uwzględnia założenie, że poszczególnych aspektów rozwojowych nie można rozpatrywać w oderwaniu od pozostałych.

Praca na zestawie M-terapia jest w dużym stopniu zabawą, czyli najbardziej naturalną formą aktywności dziecka. Podczas działań grupowych z zastosowaniem zestawu dziecko ma okazję budować poczucie odpowiedzialności grupowej za efekt finalny, który w postaci informacji zwrotnej może usłyszeć i/lub zobaczyć. Jest to również okazja do nawiązywania relacji z terapeutą oraz z rówieśnikami. Nowa, niespotykana dotąd forma aktywności zapobiega uczuciu nudy, wzmacniając jednocześnie motywację i zaangażowanie oraz rozbudzając ciekawość.

Dziecko może nie tylko tworzyć i realizować własne kompozycje muzyczne, ale również zaprezentować je innym uczestnikom procesu. Dodatkowo w wypadku pracy z Musiconem nie ma konieczności posiadania umiejętności gry na instrumencie, a wszelkie stworzone muzyczne prezentacje można poprawiać i doskonalić. Jednocześnie są one „zapisane”, dzięki czemu mogą zostać wielokrotnie odsłuchane wraz z ewentualnymi

udoskonaleniami czy modyfikacjami. Informacja zwrotna w postaci usłyszanego efektu własnych działań może być formą wzmocnienia, skłaniającego do podejmowania kolejnych muzycznych aktywności. Podnosi to poczucie sprawstwa u dziecka, co może pośrednio wpływać na poprawę samooceny i obniżyć lęk przed ekspozycją społeczną. Lęk ten zmniejsza się również dlatego, że dziecko „ma czas” na tworzenie i doskonalenie swoich muzycznych propozycji. Jeśli zaś podczas zajęć grupowych dzieci włączają się przez śpiew, wokalizacje czy grę na instrumentach do proponowanej przez twórcę i zaprogramowanej na Musiconie prezentacji, to jej autor może stać się sprawcą aktywności całej grupy.

Atutem zestawu jest również jego rytmiczność. Można powiedzieć, że cała idea urządzenia opiera się na rytmiczności i powtarzalności związanych z miarowymi obrotami bębna oraz z rytmiczną grą modułów muzycznych. Za sprawą powtarzalności u dziecka wzrasta znajomość rytmu, dzięki czemu łatwiej jest mu się dostroić do Musiconu na zasadzie synchronizacji. Kluczowe znaczenie ma w tym wypadku niezmiennosc, która może zwiększyć motywację do działania i wzmocnić poczucie bezpieczeństwa. Są to aspekty bardzo istotne w pracy z dzieckiem z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Osoby z ASD wykazują szczególną wrażliwość na czynnik rytmometryczny, a sam rytm staje się dla nich istotnym elementem komunikacji, umożliwiając włączanie się we wspólne działania bez wykluczenia i na w pełni równych prawach.

Dodatkowo tempo przebiegów rytmicznych pozostaje pod kontrolą dziecka, które może je modyfikować za pomocą dźwigni urządzenia, a tym samym ustawić tempo dla siebie optymalne. Kontrola nad urządzeniem to istotny czynnik wpływający na przebieg prezentacji muzycznej, jako że dziecko może również całkowicie zatrzymać Musicon. Staje się to ważne w wypadku potrzeby „odpoczynku” od dźwięku, która pojawia się u dzieci z nadwrażliwością słuchową. Z zaburzeniem tym borykają się dzieci z ASD, a kontrola nad przebiegiem dźwiękowym może zachęcić je do czynnego i aktywnego uczestnictwa w zadaniach słuchowych. Dzieci z ASD często podczas swojego pierwszego spotkania z Musiconem wyciskają wszystkie przyciski, uruchamiając tym samym wszystkie moduły muzyczne w pełnym brzmieniu. Efektem jest rytmiczny,

dysonujący hałas, do którego dzieci często równomiernie skaczą lub poruszają się w inny sposób. Później następuje zatrzymanie i stopniowe zapoznavanie się z innymi możliwościami zestawu niż tylko opcja generowania hałasu. Dzieci z autyzmem odczuwają często potrzebę sprawdzenia, z jaką maksymalną głośnością mogą się spotkać na zajęciach, testują więc zestaw pod tym kątem. Jednocześnie mają świadomość, że wygenerowane w ten sposób głośne dźwięki mogą zatrzymać, a to daje im poczucie kontroli, również nad tym, co jest dla nich trudne w odbiorze. Terapeuci prowadzący sesje z zastosowaniem Musiconu zaobserwowali u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu zmniejszenie częstotliwości używania przez nie słuchawek wygłuszających. Początkowo dotyczyło to jedynie sesji, ale w dalszej perspektywie czasowej objęło również sytuacje pozasesyjne, co być może wiązało się z utrwaleniem poczucia kontroli nad nadmiernym hałasem, przy jednoczesnej znajomości maksymalnego natężenia dźwięku.

Biorąc pod uwagę specyfikę dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, niewątpliwym atutem pracy z zestawem M-terapia jest to, że z jednej strony staje się on bliski dziecku dzięki budowaniu poczucia bezpieczeństwa opartego na wspomnianych już powtarzalności, przewidywalności i rytmiczności, z drugiej strony zaś daje możliwość tworzenia nowych zadań, scenariuszy, planów aktywności, dzięki czemu rozwijana jest kreatywność dziecka. Musicon niesie ze sobą również atrakcyjność nowości, a zestaw M-terapia zawiera dodatkowo wiele elementów, które uatrakcyjnają zestaw podstawowy. Moduł obrazkowy Digit, taśmy z literami, cyframi i kolorami, mata sensoryczna czy też wspomniane już pacynki rozbudowują możliwości zestawu, zwiększając zaangażowanie, motywację i zainteresowanie małych pacjentów oraz wydłużając czas koncentracji uwagi.

Musicon może też okazać się przydatny we wspomaganiu integracji sensorycznej. Jest to bardzo ważne, ponieważ u około 90% osób, u których zdiagnozowano zaburzenia ze spektrum autyzmu, występuje nieprawidłowe przetwarzanie doznań sensorycznych [Marco i in. 2011: 48–54]. Nieprawidłowości te utrzymują się w omawianej grupie przez całe życie [Kern i in. 2008: 85–94], dlatego uznano je za kryteria diagnostyczne

w zaburzeniach ze spektrum autyzmu i umieszczono w klasyfikacji DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) jako nadreaktywność lub podreaktywność na bodźce zmysłowe.

Liczne doniesienia badawcze dokumentują deficyty sensoryczne już w szóstym miesiącu życia niemowląt z późniejszym rozpoznaniem autyzmu [Baranek i in. 2013: 307–320]. Można zatem stwierdzić, że objawy sensoryczne wyprzedzają deficyty społeczne i komunikacyjne [Estes i in. 2015] oraz że nieprawidłowe cechy sensoryczne mogą być predyktorem autyzmu i stać się symptomem, na który należy zwrócić uwagę [Turner-Brown i in. 2013: 527–540]. Trudności poznawcze – uważane za typowe u osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu – wiążą się często w dalszym etapie rozwoju ze zmianami w postrzeganiu świata zewnętrznego, których źródłem są nieprawidłowości sensoryczne.

Musicon wraz z modułami muzycznymi mogą stanowić doskonałe tło dla rozwijania różnych planów aktywności, których celem jest stymulacja narządu wzroku. Obracanie się bębna pozwala na ćwiczenie podążania oczyma za umocowanym na nim elemencie zestawu, na trening konwergencji i akomodacji oczu. Odbiór ruchomych obrazów jest łączony z dźwiękami.

Wybrane elementy zestawu – np. pacynki, mata i kwadraty sensoryczne – mają intensywne kolory. Dzięki temu kontrastują ze stonowanym kolorystycznie Musiconem i modułami muzycznymi, co umożliwia dzieciom z autyzmem cierpiącym na dysfunkcje wzroku ich łatwe dostrzeżenie i wyodrębnienie. Analogicznie wyraźnie widoczne cechy mają taśmy z cyframi, dużymi i małymi literami czy kolorami, co pozwala na celowe wydobywanie z tła symboli i barw, ich rozpoznawanie oraz nazywanie.

Bardziej złożoną aktywnością stymulującą narząd wzroku jest odczytywanie umieszczanych w Digicie magnesów z symbolami lub barwami. Fiksacja oka na ramce Digita wzmaga dodatkowo koncentrację uwagi.

Przyciski na bębnie Musiconu, pozwalające na kodowanie utworów muzycznych, ułożone są w wiersze i rzędy, wzdłuż których możliwe jest ćwiczenie skanowania wzrokiem powierzchni urządzenia. Maty oraz taśmy mogą służyć do wydzielenia konkretnego fragmentu bębna, na

którym znajduje się zakodowany utwór. Efektem końcowym takiego treningu wzrokowego jest odsłuchiwanie kompozycji. Włączenie kilku dzieci z autyzmem do opisanej aktywności pozwala na rozwijanie współpracy i integracji.

Zestaw M-terapia umożliwia też łagodzenie zaburzeń przetwarzania w zakresie dotyku i czucia głębokiego. Elementy zestawu mają zróżnicowane powierzchnie. Bęben Musiconu jest drewniany i gładki, co pozwala podczas aktywności na stymulację rąk, stóp i innych części ciała (np. pleców lub twarzy). Dodatkowo kontakt z Musiconem w czasie odtworzenia zakodowanego utworu uruchamia mechanizm przewodnictwa kostnego w odbiorze muzyki.

Pacynki, mata i kwadraty sensoryczne pozwalają również na wprowadzenie planów aktywności zapewniających różnorodne doświadczenia dotykowe i proprioceptywne. Wszelkie czynności związane z obsługą Musiconu opierają się na działaniach manualnych; są to: wyciskanie i wciskanie przycisków, operowanie dźwignią, zdejmowanie lub zakładanie modułów muzycznych na ramę, zakładanie taśm lub Digita. W wielu planach aktywności proponowane są zadania, których wykonanie wymaga dużej precyzji i kontroli, np. kolorowanie rysunków, wycinanie kształtów, naciąganie gumek recepturek tak, by tworzyły określone wzory, zapisywanie utworów ołówkiem lub długopisem na kartach do kodowania. Wiele spośród tych aktywności może znacząco wspomóc dzieci z autyzmem w podejmowaniu codziennych czynności wymagających zdolności manipulacyjnych. Ponadto bezpieczny kontakt dotykowy może wpłynąć pozytywnie na rozwój tych umiejętności społecznych i komunikacyjnych, dla których właśnie dotyk i jego kontrola mają kluczowe znaczenie [Blythe 1999: 98–99].

Dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu cierpią także nierzadko na dysfunkcję narządu przedsionkowego. Objawia się ona najczęściej niestabilnością postawy, niskim napięciem mięśniowym, dysfunkcją chodu i zaburzeniami wzroku. Wiele aktywności podejmowanych z zastosowaniem Musiconu może oddziaływać na narząd przedsionkowy – poczynawszy od obserwacji samego urządzenia i aktywności innych osób, obserwacji ruchu na Musiconie (np. obrotu bębna, ruchów dźwigni,

obrazów przesuwających się na Digicie), przez siedzenie na podłodze lub krześle, wstawanie i podchodzenie do Musiconu, manipulowanie modułami muzycznymi oraz zestawami (np. pacynkami, taśmami, Digitem, matą i kwadratami sensorycznymi), aż po różnorodne celowe działania ruchowe, np. stanie na jednej nodze, podskoki, marsz w miejscu, chodzenie lub tańczenie. Systematyczne podejmowanie przez dzieci tych aktywności może przynieść poprawę w zakresie motoryki dużej i równowagi.

Całości zestawu dopełniają przygotowane plany aktywności, które powstały z myślą o dzieciach ze specyficznymi trudnościami rozwojowymi. Zaprezentowane w tabelach 1 i 2 przykładowe plany aktywności pochodzą z podręcznika metodycznego¹ będącego częścią zestawu M-terapia.

Tabela 1. „Muzyka dla każdego” – przykładowy plan aktywności. Oprac. własne

Plan aktywności M-terapia realizowany w ramach projektu „M-terapia – innowacyjny zestaw terapeutyczny dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami i dysfunkcjami znoszący bariery w edukacji”	
Tytuł planu aktywności	Muzyka dla każdego
Autor	Wojciech Strzelecki
Obszary rozwoju	emocjonalny, społeczny, poznawczy, muzyczny
Cele	> rozumienie terminów: szybko/wolno, głośno/cicho > usprawnianie procesów uwagowych > rozwijanie empatii > wzbudzanie zainteresowania instrumentami > aktywizacja > relaksacja

1» W trakcie przygotowania do publikacji.

Plan aktywności M-terapia realizowany w ramach projektu „M-terapia – innowacyjny zestaw terapeutyczny dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami i dysfunkcjami znoszący bariery w edukacji”	
Czas trwania dla dziecka neurotypowego	15 minut
Wielkość grupy	grupa terapeutyczna 3–5 osób
Uwagi dodatkowe	Istotą rzeczy jest wprowadzenie dziecka w świat różnorodności i empatii, które można odnaleźć w wielu obszarach.
Potrzebne elementy	Musicon, moduły muzyczne, pacynka Ringo, pacynka Amadeo
Komunikaty pomocnicze	Jak pewnie wiecie, ludzie różnie reagują na dźwięki. Różni ludzie lubią też różną muzykę. Pamiętacie Ringa? Ringo lubi ruch, jest dynamiczny i szybki. Spróbujmy dopasować muzykę tak, żeby Ringo był szczęśliwy i dobrze się bawił przy naszej kompozycji. Natomiast Amadeo boi się hałasu i głośnych dźwięków. Gubi się też, kiedy coś dzieje się zbyt szybko. Spróbujmy tak zmieniać muzykę, żeby dopasować ją również do niego, a żeby Amadeo był szczęśliwy i dobrze się bawił.
Opis planu aktywności	
1. Terapeuta przypomina dzieciom Ringa wraz z jego charakterystycznymi cechami. Ringo jest ruchliwy i lubi, kiedy dużo się dzieje. 2. Terapeuta przedstawia Amadea. 3. Terapeuta prosi, żeby dzieci zamontowały na ramie Musiconu moduły muzyczne; następnie wraz z dziećmi programuje Musicon tak, żeby wydawał głośny dźwięk, by Ringo dobrze się czuł.	

Plan aktywności M-terapia

realizowany w ramach projektu „M-terapia – innowacyjny zestaw terapeutyczny dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami i dysfunkcjami znoszący bariery w edukacji”

4. Terapeuta pyta dzieci, jaki taniec pasuje do Ringa, jakie ruchy byłyby dla niego odpowiednie. Pyta również, czy zaprogramowany „utwór” powinien być odtworzony szybko, czy powoli. Uruchamiając Musicon, ustala (z pomocą dzieci), jakie wybrać tempo, żeby Ringo był szczęśliwy.
5. Terapeuta uruchamia Musicon – dzieci tańczą wraz z Ringo szybko, „dziki”, spontaniczny taniec.
6. Terapeuta pyta dzieci, co należy zmienić, żeby muzyka, którą stworzyły, była przyjemna dla Amadea. Prosi dzieci o wskazanie, jaki taniec pasuje do Amadea, jakie ruchy byłyby dla niego odpowiednie. Pyta również, czy zaprogramowany „utwór” powinien być odtworzony szybko, czy powoli. Uruchamiając Musicon, ustala (z pomocą dzieci), jakie wybrać tempo, żeby Amadeo był szczęśliwy.
7. Terapeuta uruchamia Musicon – dzieci tańczą wraz z Amadeem delikatny, spokojny taniec.
8. Terapeuta naprzemiennie pokazuje dzieciom obie pacynki. Zadaniem dzieci jest zmieniać taniec w zależności od tego, która pacynka jest akurat aktywna, oraz zmieniać tempo obrotów bębna Musiconu.

Przykładowe modyfikacje

(np. możliwe zmiany w wypadku pracy indywidualnej z dzieckiem, propozycje dla dzieci nieznających kolorów, niemówiących itd.)

Scenariusz może być również realizowany w wersji indywidualnej, co wymaga większej aktywności ze strony terapeuty.

Tabela 2. „Kołysanka dla Amadea” – przykładowy plan aktywności. Oprac. własne

Plan aktywności M-Terapia realizowany w ramach projektu „M-Terapia – innowacyjny zestaw terapeutyczny dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami i dysfunkcjami znoszący bariery w edukacji”	
Tytuł planu aktywności	Kołysanka dla Amadea
Autor	Wojciech Strzelecki
Obszary rozwoju	emocjonalny, społeczny, poznawczy, muzyczny
Cele	> rozumienie terminów: szybko/wolno, głośno/cicho > skupienie na cichych dźwiękach > aktywizacja wokalna > rozwijanie śpiewu samogłoskowego > rozwijanie kreatywności werbalnej > rozwijanie empatii > wzbudzanie zainteresowania instrumentami > relaksacja
Czas trwania dla dziecka neurotypowego	ok. 10 minut
Wielkość grupy	grupa terapeutyczna 3–5 osób
Uwagi dodatkowe	aktywność dostosowana do możliwości dzieci niewidomych i niedowidzących
Potrzebne elementy	Musicon, moduły muzyczne: duże dzwonki i młynek, pacynka Amadeo
Komunikaty pomocnicze	Znacie już Amadea i wiecie, że ma zamiłowanie do delikatnych dźwięków. Spróbujemy dzisiaj ułożyć Amadea do snu. Zaśpiewamy mu kołysankę i spróbujemy sprawić, żeby poczuł się bezpiecznie w naszym towarzystwie.

Plan aktywności M-Terapia

realizowany w ramach projektu „M-Terapia – innowacyjny zestaw terapeutyczny dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami i dysfunkcjami znoszący bariery w edukacji”

Opis planu aktywności

1. Terapeuta montuje moduły muzyczne (duże dzwonki oraz młynek) na ramie Musiconu, następnie programuje Musicon, używając modułów muzycznych (dużych dzwonków oraz młynka) według schematu 1 (dzwonki: C E D G, C E D G, C E D G, C D E D – co drugi rząd w Musiconie, młynek – na każdy dźwięk C), powtarzając schemat na całym bębnie.
2. Terapeuta przypomina dzieciom Amadea, mówiąc że jest śpiący i czas ułożyć go do snu, a następnie uruchamia Musicon w wolnym tempie.
3. Terapeuta przekazuje dzieciom pacynkę – ich zadaniem jest uspienie Amadea przez głaskanie go po szeleszczącym pióropuszu z klawiszy i po brzuszku, kołysanie oraz przekazywanie go sobie tak, żeby każde dziecko brało udział w usypianiu pacynki.
4. Usypiając Amadea, dzieci wraz z terapeutą śpiewają melodię graną na dzwonkach – na początku na samogłosce „a”, potem można zmieniać samogłoski.
5. Terapeuta proponuje dzieciom, żeby w miejsce samogłosek zaśpiewały jakieś słowa, które mogą pomóc Amadeowi zasnąć. Na zachętę dzieci mogą zaśpiewać np. imię pacynki.
6. Grupa wraz z terapeutą wspólnie śpiewa propozycje dzieci do melodii granej na dzwonkach.
7. Kiedy już wszystkie dzieci wezmą udział w usypianiu Amadea (co może objąć więcej niż jedną kolejkę – w zależności od tempa przekazywania sobie przez dzieci pacynki), terapeuta przejmuje Amadea i układa go do snu.
8. Jeśli warunki w pomieszczeniu na to pozwalają, można dzieciom zaproponować, żeby także się położyły i odpęrzyły.
9. Terapeuta śpiewa coraz ciszej, sugerując to samo dzieciom.

Plan aktywności M-Terapia realizowany w ramach projektu „M-Terapia – innowacyjny zestaw terapeutyczny dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami i dysfunkcjami znoszący bariery w edukacji”	
Opis planu aktywności	
10. Stopniowo terapeuta zwalnia coraz bardziej tempo obrotów bębna Musiconu aż do całkowitego zatrzymania. 11. Amadeo śpi.	
Przykładowe modyfikacje (np. zmiany w wypadku pracy indywidualnej z dzieckiem, propozycje dla dzieci nieznających kolorów, niemówiących itd.)	Scenariusz może być również realizowany w wersji indywidualnej. Ćwiczenie można wydłużyć, jeśli specyfika pracy z dzieckiem lub dziećmi wymaga dłuższego czasu na osiągnięcie stanu relaksu.

Podsumowanie

Wprowadzanie do pracy muzykoterapeuty nowych form aktywności znacząco rozszerza gamę oddziaływań, czyniąc tę pracę bardziej inkluzyjną. Już samo – typowe dla muzykoterapii – stosowanie niewerbalnych form działania ma charakter silnie włączający. Sięgnięcie dodatkowo po urządzenia i sprzęty elektroniczne w znaczącym stopniu inkluzyjność oddziaływania terapeutycznego pogłębia.

Przedstawione w artykule efekty wykorzystania zestawu M-Terapia w pracy z dziećmi z zaburzeniami ze spektrum autyzmu wskazują, że obcowanie z Musiconem oraz realizowanie na nim stworzonych do tego celu scenariuszy może nie tylko wspomagać wyrównywanie specyficznych, występujących u dzieci z ASD deficytów, ale również wzmacniać poczucie sprawstwa i redukować ewentualny opór związany z przekonaniem o braku umiejętności gry na instrumencie.

Nowoczesne technologie coraz mocniej zakorzeniają się w muzykoterapii. Jest to kierunek słuszny i rozszerzający możliwości terapii muzycznej. Oczywiście urządzenia elektroniczne nigdy nie zastąpią żywych instrumentów, jednak mogą znacząco wzbogacić warsztat pracy muzykoterapeuty i wzmocnić osiągnięte efekty terapeutyczne.

Bibliografia

- Baranek Grace T., Watson Linda R., Boyd Brian A., Poe Michele D., David Fabian J., McGuire Lorin, 2013, *Hyporesponsiveness to Social and Nonsocial Sensory Stimuli in Children with Autism, Children with Developmental Delays, and Typically Developing Children*, „Development and Psychopathology”, Vol. 25, No. 2, s. 307–320, [online:] <https://doi.org/10.1017/S0954579412001071> [12.01.2021].
- Blythe Sally Goddard, 1999, *Odruchy, uczenie się i zachowanie. Okno do umysłu dziecka*, tłum. T. Śliwowski, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Crowe Barbara J., Rio Robin, 2004, *Implications of Technology in Music Therapy Practice and Research for Music Therapy Education: A Review of Literature*, „Journal of Music Therapy”, Vol. 41, No. 4, s. 282–320, [online:] <https://doi.org/10.1093/jmt/41.4.282> [12.10.2022].
- Estes Annette, Zwaigenbaum Lonnie, Gu Hongbin, John Tanya St., Paterson Sarah, Elison Jed T., Hazlett Heather, Botteron Kelly, Dager Stephen R., Schultz Robert T., Kostopoulos Penelope, Evans Alan, Dawson Geraldine, Eliason Jordana, Alvarez Shanna, Piven Joseph, 2015, *Behavioral, Cognitive, and Adaptive Development in Infants with Autism Spectrum Disorder in the First 2 Years of Life*, „Journal of Neurodevelopmental Disorders”, Vol. 7, No. 24, [online:] <https://doi.org/10.1186/s11689-015-9117-6> [12.01.2021].
- Hunt Andy, Kirk Ross, Neighbour Matt, 2004, *Multiple Media Interfaces for Music Therapy*, „Multimedia IEEE”, Vol. 11, No. 3, s. 50–58.
- Jak działa Musicon*, 2022, [online:] <https://musiconclub.com/jak-dziala-musicon/> [10.10.2022].
- Jak powstał Musicon*, 2022, [online:] <https://musiconclub.com/jak-powstal-musicon/> [10.10.2022].
- Kern Janet K., Garver Carolyn R., Carmody Thomas, Andrews Alonzo A., Mehta Jyutika A., Trivedi Madhukar H., 2008, *Examining Sensory Modulation in Individuals with Autism as Compared to Community Controls*, „Research in Autism

- Spectrum Disorders”, Vol. 2, No. 1., s. 85–94, [online:] <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2007.03.004> [10.01.2022].
- Machover Tod, 2004, *Shaping Minds Musically*, „BT Technology Journal”, Vol. 22, No. 4, s. 171–179.
- Magee Wendy L., 2006, *Electronic Technologies in Clinical Music Therapy: A Survey of Practice and Attitudes*, „Technology and Disability”, Vol. 18, No. 3, s. 139–146, [online:] https://www.researchgate.net/publication/259739451_Magee_WL_2006_Electronic_technologies_in_clinical_music_therapy_a_survey_of_practice_and_attitudes_Technology_and_Disability_183_139-146 [12.10.2022].
- Marco Elysa J., Hinkley Leighton B.N., Hill Susanna S., Nagarajan Srikantan S., 2011, *Sensory Processing in Autism: A Review of Neurophysiologic Findings*, „Pediatric Research”, No. 69, s. 48–54, [online:] <https://doi.org/10.1203/PDR.0b013e3182130c54> [10.01.2022].
- Musicon, 2022, [online:] <https://musiconclub.com> [10.10.2022].
- Musicon Edu, 2022, [online:] <https://musiconclub.com/musicon-edu/> [10.10.2022].
- Strzelecki Wojciech, 2018, *Możliwości zastosowania kaossilatora w muzykoterapii*, [w:] M. Cyłkowska-Nowak, M. Pawlaczyk, S. Tobis (red.), *Innowacje w terapii zajęciowej*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, s. 110–117.
- Strzelecki Wojciech, Cyłkowska-Nowak Mirosława, Dobaczewski Jędrzej, Klatkiewicz Anna, Gajewska Ewa, 2016, *Wpływ muzykoterapii*, [w:] I. Majer, B. Krzywda, K. Judek, M. Szymanowicz (red.), *Zrozumieć by wspierać. Model wieloprofilowej terapii w oddziale opiekuńczo-leczniczym psychiatrycznym*, Poznań: [b.w.], s. 49–69.
- Turner-Brown Lauren M., Baranek Grace T., Reznick J. Steven, Watson Linda R., Crais Elizabeth R., 2013, *The First Year Inventory: A Longitudinal Follow-Up of 12-Month-Old to 3-Year-Old Children*, „Autism”, Vol. 17, No. 5, s. 527–540, [online:] <https://doi.org/10.1177/1362361312439633> [12.01.2021].
- Using Technology in Music Therapy*, 2022, [online:] <https://www.nordoff-robbins.org.uk/news/using-technology-in-music-therapy/> [11.10.2022].

Streszczenie

Artykuł podejmuje temat możliwości zastosowania Musiconu – polisensorycznego urządzenia muzycznego zaprojektowanego w celu stymulacji rozwoju psychofizycznego dziecka na różnych płaszczyznach i w różnych obszarach. W treści zaprezentowano specyfikę oddziaływania zestawu M-terapia, będącego rozszerzoną

i wzbogaconą wersją Musiconu, na dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Omówiono również efekty zastosowania urządzenia oraz jego atuty, wpisujące się w naturalny sposób w funkcjonowanie emocjonalne i społeczne dzieci z ASD.

Słowa kluczowe: Musicon, nadwrażliwość słuchowa, spektrum autyzmu, zestaw M-terapia

WOJCIECH STRZELECKI – doktor nauk o zdrowiu, psycholog, muzykoterapeuta, starszy wykładowca w Katedrze i Zakładzie Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, adiunkt w Wyższej Szkole Zarządzania i Psychologii w Poznaniu. Członek zespołu Kwartet ProForma. Autor ponad 180 publikacji. Członek Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich, Związku Artystów Wykonawców STOART, Związku Autorów i Kompozytorów Scenicznych (ZAiKS), przewodniczący Rady Fundacji Nordoff Robbins Polska oraz wiceprezes Polskiego Towarzystwa im. Alberta Schweitzera w Poznaniu. Redaktor naczelny „Polskiego Pisma Muzykoterapeutycznego” (2019–2022). Współautor 7 wydawnictw muzycznych, współkompozytor 39 utworów. W swojej aktywności praktycznej skupia się na prowadzeniu sesji grupowych w ramach działalności w Fundacji Nordoff Robbins Polska oraz na indywidualnych sesjach z dziećmi, głównie ze spektrum autyzmu.

MIROŚŁAWA CYLKOWSKA-NOWAK – doktor nauk humanistycznych, arteterapeutka, neurologopedka, pedagożka; zatrudniona na stanowisku profesora uczelni w Zakładzie Terapii Zajęciowej na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, kieruje Studiami Podyplomowymi Arteterapii oraz Studiami Podyplomowymi Neurologopedii Klinicznej. Jest autorką i redaktorką ponad 260 publikacji naukowych. Jej zainteresowania badawcze koncentrują się wokół społecznych funkcji edukacji, edukacji zdrowotnej i terapeutycznej oraz społecznych aspektów terapii wspomagających terapię medyczną.

NATALIA KOMAR-PIĄTYSZEK – filozofka, arteterapeutka, specjalistka ds. badań i eksperymentów w M sp. z o.o. – firmie produkującej edukacyjne i terapeutyczne urządzenie Musicon. W spółce odpowiedzialna jest za obszar terapii dziecięcej, tworzenie scenariuszy zajęć oraz narzędzi wspomagających pracę nauczycieli i terapeutów. Animatorka kultury, wiceprezeska Fundacji „Art-On”. Zafascynowana estetyką kina i muzykoterapią. Z orkiestrą taperską Cacophony of Joy grała podczas dwóch edycji Festiwalu Animator. Współpracuje z Uniwersytetem Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu jako prowadząca zajęcia z zakresu udźwiękawiania animacji w pracy terapeutycznej oraz terapii zabawą. Prowadzi warsztaty z improwizacji muzycznej do obrazu filmowego dla różnych typów grup. Od 2016 roku koordynuje działania LOKAL-u – miejsca spotkań na poznańskich Winogradach, gdzie prowadzi warsztaty i szkolenia dla dzieci i dorosłych oraz cykle arteterapeutyczne dla rodzin.

FASCYNUJĄCE SPOTKANIA, CZYLI MUZYKOTERAPIA INDYWIDUALNA Z DZIECKIEM Z PŁODOWYM ZESPOŁEM ALKOHOLOWYM¹

Angelika Wojciechowska » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

Wstęp

W Polsce alkohol należy, tuż obok nikotyny, do legalnych narkotyków, a jego dostępność sprawia, że jest jedną z najpopularniejszych używek. Towarzyszy różnym uroczystościom czy świętom, dlatego można odnieść wrażenie, że w polskim społeczeństwie istnieje ogólne przyzwolenie na jego spożycie. Mimo negatywnych konsekwencji wynikających z zatrucia alkoholowego, np. zaburzonej koordynacji ruchowej, stale podwyższonego ciśnienia tętniczego czy agresywnych zachowań, konsumpcja alkoholu od czasu II wojny światowej wzrosła dwukrotnie [Kędra, Borczykowska-Rzepka 2015a: 9]. Spożywanie alkoholu może być niebezpieczne nie tylko dla samego pijącego, ale także dla innych osób z nim powiązanych, a sytuacja znacząco się komplikuje, jeśli po alkohol sięgają kobiety będące w stanie błogosławionym. Dziś wiadomo, że nawet najmniejsza jego ilość spożyta przez kobietę w ciąży może przyczynić się do

¹» Artykuł został oparty na treściach zawartych w pracy magisterskiej autorki pt. *Wykorzystanie muzykoterapii indywidualnej we wspomaganiu rozwoju dziecka z FAS*, napisanej pod kierunkiem dr Danieli Colonnej Kasjan w Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu w 2022 r. [Kwaśny 2022].

powstania w organizmie dziecka nieodwracalnych uszkodzeń, z których skutkami będzie się ono musiało zmagać przez całe życie.

Konsekwencje spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży

Wydawać by się mogło, że o szkodliwości alkoholu wiadomo już wszystko, jednak, jak wynika z badań ankietowych przeprowadzonych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, co trzecia kobieta będąca w przedziale wiekowym od 18 do 40 roku życia piła alkohol podczas ciąży. Grupę badawczą stanowiło 1038 Polek. Do zmieniających wpływ na spożywanie alkoholu należały: wykształcenie, miejsce zamieszkania oraz przekonania religijne. Analiza wyników badania pozwala stwierdzić, że dobrze wykształcone kobiety mieszkające w miastach, w porównaniu do kobiet z podstawowym wykształceniem, częściej deklarowały spożywanie alkoholu w czasie trwania ciąży [Jadczak-Szumiło, Kałamajska-Liszczyńska, Liszczyńska 2018: 12–13]. Tymczasem nawet sporadyczne picie alkoholu przez matki w ciąży zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń rozwojowych czy uszkodzeń układu nerwowego oraz narządów dziecka [Baranowska 2016: 148].

Konsekwencją prenatalnej ekspozycji na alkohol może być poalkoholowe spektrum zaburzeń rozwojowych (ang. *fetal alcohol spectrum disorder* – FASD). Jego objawy mogą obejmować wiele dysfunkcji fizycznych, psychicznych, behawioralnych oraz zaburzeń w rozwoju poznawczym i uczeniu się. FASD nie jest jednak konkretną jednostką diagnostyczną, a określenie „spektrum” wskazuje na możliwości występowania problemów w różnych sferach funkcjonowania z różnym natężeniem [Baranowska 2016: 149]. Edyta Kędra i Maria Borczykowska-Rzepka [2015b: 39] do FASD zaliczają:

- > płodowy zespół alkoholowy (ang. *fetal alcohol syndrom* – FAS),
- > częściowy płodowy zespół alkoholowy (ang. *partial fetal alcohol syndrom* – pFAS),

- > zaburzenia rozwoju układu nerwowego związane z alkoholem (ang. *alcohol-related neurodevelopmental disorder* – ARND),
- > poalkoholowy defekt urodzeniowy (ang. *alcohol-related birth defect* – ARBD),
- > uszkodzenia neurobehawioralne związane z alkoholem (ang. *neurobehavioral disorder / alcohol exposed* – ND/AE),
- > statyczną encefalopatię związaną z ekspozycją na alkohol (ang. *static encephalopathy / alcohol exposed* – SE/AE).

Najcięższą postacią zaburzeń wliczanych w zakres poalkoholowego spektrum zaburzeń rozwojowych jest płodowy zespół alkoholowy, w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 oznaczony symbolem Q86. Należy do „zespołów wrodzonych wad rozwojowych spowodowanych znanymi czynnikami zewnętrznymi, niesklasyfikowanych gdzie indziej” i obejmujących teratogenne działanie substancji przenoszonych przez łożysko i mleko matki [Światowa Organizacja Zdrowia 2008: 553]. Nie każde dziecko narażone na prenatalną ekspozycję na alkohol urodzi się z pełnoobjawowym płodowym zespołem alkoholowym, ponieważ postać i natężenie zaburzeń związanych z FAS zależą od wielu czynników, m.in. ilości alkoholu, częstotliwości jego spożycia oraz fazy ciąży. Nie bez znaczenia pozostaje ogólny stan zdrowia matki i jej sposób odżywiania. Uszkodzenia powstałe w wyniku działania alkoholu zależne są również od stadium rozwoju płodu oraz od czynników genetycznych [Banach, Matejek 2016: 82].

W literaturze odnaleźć można informacje na temat konsekwencji spożywania alkoholu przez matkę w zależności od trymestru ciąży. Prenatalna ekspozycja na alkohol w I trymestrze uszkadza mózg oraz prowadzi do deformacji twarzy dziecka. Osłabiony jest również rozwój na poziomie komórkowym, a główne organy, takie jak serce czy nerki, rozwijają się nieprawidłowo. Istnieje także ryzyko samoistnego poronienia. Alkohol spożywany przez matkę w II trymestrze ciąży uszkadza mięśnie, skórę, kości i gruczoły dziecka, równocześnie wpływając niekorzystnie na rozwój mózgu. Ryzyko poronienia zagraża również życiu matki. Spożycie alkoholu w III trymestrze ciąży prowadzi do zaburzenia wzrostu oraz negatywnie wpływa na rozwój płuc i mózgu [Banach, Matejek 2016: 87–88].

Jak zaznacza Aneta Baranowska, „alkohol należy bowiem do grupy teratogenów neurobehawioralnych, mogących implikować: śmierć płodu, wady anatomiczne, upośledzenie wzrostu oraz deficyty funkcjonalne”, a z wyników badań eksperymentalnych można wnioskować, że alkohol etylowy bez problemu przenika przez barierę łożyskową, dostając się do krwiobiegu dziecka [Baranowska 2016: 149].

Wpływ alkoholu na funkcjonowanie dzieci

Dzieci z FAS z reguły borykają się z trudnościami w toku procesów poznawczych, jednak problemy te nie są wynikiem braku inteligencji, „lecz trudnościami związanymi z transferem informacji między półkulami, kłopotami z łączeniem faktów, spowolnieniem w wykonywaniu poszczególnych procesów” [Jadczak-Szumiło, Kałamajska-Liszczyńska, Liszczyńska 2018: 37]. Specyficzne uszkodzenia w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN) są przyczyną trudności w zakresie pamięci, koncentracji, przetwarzania informacji i rozwoju języka. Przyswajanie materiału dydaktycznego w tradycyjny sposób może sprawiać wiele kłopotów, dlatego niektóre dzieci szukają alternatywnych metod nauki, np. opanowują materiał, skacząc czy śpiewając. Dzieci mają również „zaburzenia generowania pozytywnych emocji wpływających na zapamiętywanie informacji” [Horecka-Lewitowicz i in. 2013: 197]. Nawet jeśli proces nauki zakończy się pozytywnie, w późniejszym czasie mogą wystąpić problemy z przypomnieniem sobie treści oraz z tworzeniem skojarzeń do opanowanego wcześniej materiału [Szczupała 2013: 82]. Dzieci z FAS mają zaburzone funkcje motoryczne. Często zauważyć można obniżoną koordynację oko-ręka oraz problem z odróżnieniem prawej strony od lewej. Także ich ruchy mogą być nieskoordynowane ze względu na trudności z utrzymaniem równowagi. Problemy w zakresie narządu wzroku dotyczą: zmniejszonej zdolności rozpoznawania szczegółów, trudności w znajdowaniu różnic i podobieństw, trudności w czytaniu. U niektórych dzieci występują również problemy z lokalizacją źródła dźwięku oraz ze zrozumieniem mowy w hałasie [Horecka-Lewitowicz i in. 2013: 196].

Wszystkie występujące u dzieci z FAS zaburzenia można podzielić na pierwotne oraz wtórne. Zaburzenia pierwotne (opisywane również jako objawy pierwotne) wynikają bezpośrednio z faktu prenatalnej ekspozycji na alkohol i związanych z nią uszkodzeń mózgu. Na rodzaj i skalę zaburzeń wpływ wywierają przede wszystkim dawka alkoholu spożywanego przez kobietę w ciąży, częstotliwość picia oraz stan zdrowia matki. Zaburzenia pierwotne wiążą się z nieharmonijnym rozwojem psychoruchowym dziecka. Według Joanny Trzaskalik i Julii Pyttel [2017: 16] wyszczególnić tu można:

- > obniżone możliwości intelektualne,
- > problemy z pamięcią bezpośrednią,
- > brak zdolności planowania i antycypowania oraz uogólniania,
- > problemy z przewidywaniem konsekwencji swoich działań,
- > trudności z myśleniem abstrakcyjnym,
- > nadwrażliwość bądź niedowrażliwość dotykową.

Zaburzenia wtórne pojawiają się w ciągu życia dziecka i są konsekwencją niewłaściwej opieki nad dzieckiem bądź nieprawidłowego rozpoznania zaburzenia. Według wspomnianych wcześniej autorek „zaburzeniom można zapobiec, rozumiejąc ograniczenia i modyfikując wymagania wobec dzieci z syndromem alkoholowym” [Trzaskalik, Pyttel 2017: 16]. Zaburzenia te mogą obejmować problemy z organizacją czasu i pracy, czego konsekwencją bywają problemy z nauką, niskie poczucie własnej wartości, poczucie bezradności, a także nadmierna ufność w stosunku do obcych. Jako zaburzenia wtórne identyfikuje się również sztywność zachowań dziecka, izolowanie się od otoczenia oraz trudności z usamodzielnieniem się [Baranowska 2016: 152; Trzaskalik, Pyttel 2017: 16]. Konsekwencje prenatalnej ekspozycji na alkohol oraz szereg trudności występujących na różnych etapach rozwoju dziecka z płodowym zespołem alkoholowym ukazują konieczność uświadamiania młodych rodziców w kwestii wpływu tego typu substancji na rozwój płodu. Wczesna diagnoza dziecka oraz współpraca z zespołem specjalistów mogą przyczynić się do niwelowania objawów wtórnych oraz korzystnie wpłynąć na rozwój dziecka z FAS. Pomimo zaburzonego funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego i trudności w uczeniu się dzieci takie potrafią

być uzdolnione plastycznie lub muzycznie. Ich mocną stroną są kreatywność i zaangażowanie, co sugeruje możliwość wykorzystania muzykoterapii jako terapii wspomagającej rozwój dziecka z płodowym zespołem alkoholowym.

Doświadczenia z pracy z dzieckiem z płodowym zespołem alkoholowym

Dla wielu pandemia COVID-19 była czasem zamknięcia w domu i działania głównie przez Internet, dla mnie zaś był to dobry moment, by rozpocząć długo przygotowywany cykl spotkań muzykoterapeutycznych z dzieckiem z symptomami płodowego zespołu alkoholowego. Dziewczynkę o imieniu Patrycja (imię zmienione) narażoną na teratogenne działanie alkoholu w okresie płodowym poznałam, gdy była uczennicą szkoły muzycznej. Ze względu na jej problemy w nauce zostałam poproszona o prowadzenie z nią zajęć indywidualnych z przedmiotów muzycznych, a w późniejszym czasie również z matematyki. Spotkania odbywały się w domu dziewczynki. Patrycja miała ogromne trudności w zapamiętywaniu treści teoretycznych oraz w pisaniu dyktand. Zauważyłam natomiast, że jest bardzo muzykalna i potrafi bez problemu prawidłowo powtórzyć usłyszany fragment melodii. Dziewczynka grała na flecie poprzecznym, jednak większą przyjemność sprawiała jej improwizacja na pianinie. Spotykaliśmy się regularnie przed 2021 rokiem i dzięki temu udało nam się zbudować pozytywną relację, jeszcze zanim rozpoczęliśmy zajęcia muzykoterapeutyczne. Z wielu rozmów przeprowadzonych z dziewczynką dowiedziałam się więcej o jej preferencjach muzycznych oraz zainteresowaniach. Pozyskane informacje zostały przeze mnie uwzględnione podczas tworzenia indywidualnego programu zajęć muzykoterapeutycznych. Zależało mi na ich przeprowadzeniu w taki sposób, aby można było zaobserwować wpływ muzykoterapii na koncentrację uwagi i pamięć dziecka, jego koordynację wzrokowo-słuchowo-ruchową oraz umiejętności muzyczne. Dokonałam analizy typowych dla

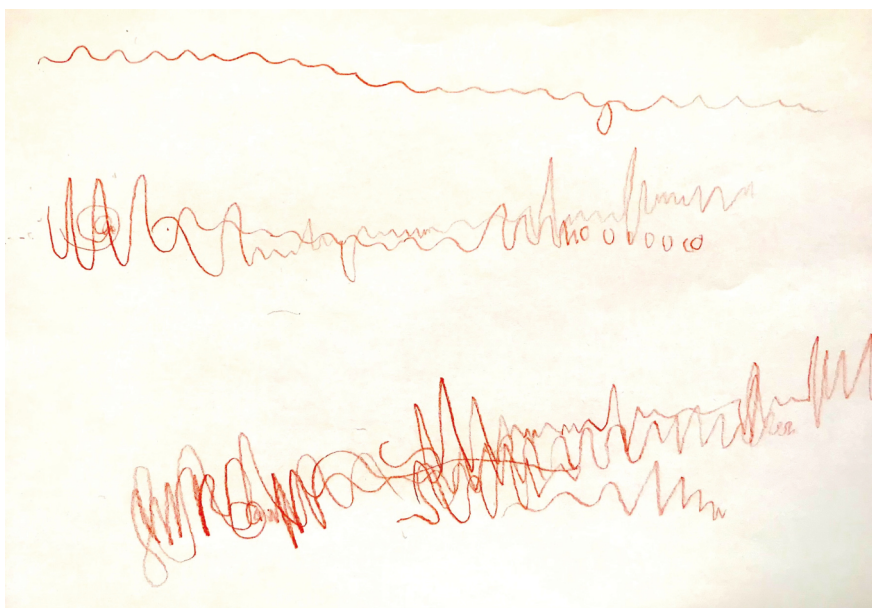
muzykoterapii podejść i sposobów pracy i przyjęłam, że w pracy z dzieckiem z FAS optymalne będzie podejście oparte na eklektycznym integrowaniu metod i technik terapeutycznych. Wiedząc o problemach dziewczynki ze zdobywaniem wiedzy i zapamiętywaniem informacji, przeanalizowałam podstawę programową nauczania i wybrałam zagadnienia możliwe do zrealizowania podczas sesji muzykoterapii. W trakcie zajęć dziewczynka miała okazję do aktywnego muzykowania na instrumentach, śpiewania, tworzenia piosenki, rysunków i opowiadania pod wpływem muzyki, a także do jej zadaniowego słuchania. W ramach poszczególnych sesji realizowane były ćwiczenia oparte na pracy z piosenką – na jej śpiewaniu oraz tworzeniu. Jeśli podczas jednego spotkania dziecko poznawało piosenkę, uczyło się tekstu oraz melodii, to kolejne było okazją do powtórzenia opanowanego wcześniej fragmentu i do nauki dalszej części utworu. Po kilku spotkaniach następowała weryfikacja znajomości piosenki przez tworzenie rysunku nawiązującego do jej treści lub przez uzupełnianie luk w tekście. Podczas zajęć wykorzystywałam piosenkę edukacyjną pt. *W Układzie Słonecznym* autorstwa Cezarego Zenona Nowaka. Wybrałam ją ze względu na zbieżność treści z poruszanymi podczas lekcji geografii zagadnieniami dotyczącymi Układu Słonecznego. Dzięki temu przed omawianiem wspomnianego tematu w szkole dziecko zdobyło podstawową wiedzę na temat kolejności poszczególnych planet i ich charakterystycznych cech. Nauka w formie pracy z piosenką stała się dla dziewczynki również inspiracją do tworzenia własnych melodii podczas uczenia się przyswajanego materiału. Praca z piosenką dotyczyła analizy i nauki tekstu oraz wspólnego muzykowania. Przygotowana na potrzeby zajęć partytura do utworu *W Układzie Słonecznym* zawierała partie wokalne oraz instrumentalne. Wstęp wykonywany był przeze mnie na ukulele, a partię fletu poprzecznego realizowała Patrycja. Wspólny śpiew wzbogacony został o improwizację na instrumencie perkusyjnym o nieokreślonej wysokości brzmienia, tj. na shakerze. Pozostałe piosenki wykorzystywane podczas zajęć były dziecku wcześniej znane. Dziewczynka miała okazję powtórzyć takie melodie, jak *Kaczka Dziwaczka* napisana przez Andrzeja Korzyńskiego do tekstu Jana Brzechwy oraz *Pies na medal* autorstwa Adama Markiewicza do słów

Wandy Chotomskiej. Jednym z zadań opartych na piosence, a związanych z koncentracją uwagi i pamięcią było wykonanie rysunku Kaczki Dziwaczki, tytułowej bohaterki piosenki znanej z *Akademii Pana Kleksa*. Piosenka została zaśpiewana podczas wcześniejszych spotkań i nie była powtarzana w dniu wykonywania zadania. W założeniu dziecko miało narysować postać kaczki z uwzględnieniem elementów charakterystycznych dla bohaterki piosenki (takich jak ubiór, spotkane osoby). Dziewczynka, wykazując się kreatywnością, postanowiła narysować przygody kaczki zgodnie z tekstem utworu. Zaczęła więc śpiewać piosenkę fragmentami i równolegle rysować. W trakcie wykonywania zadania dwukrotnie nie mogła przypomnieć sobie dalszego fragmentu tekstu – pomocne okazało się wówczas zaśpiewanie piosenki od początku. Analizując wytwór, można stwierdzić, że rysunek składa się z 20 elementów związanych z przedstawioną w piosence historią bohaterki (zob. rysunek 1).



Rysunek 1. Historia Kaczki Dziwaczki – rysunek wykonany przez dziewczynkę podczas zajęć muzykoterapeutycznych.
Reprodukcja oryginału ze zbiorów autorki

Dziewczynka bardzo chętnie uczestniczyła w zajęciach i podejmowała proponowane aktywności. W toku zajęć założyłam również wykorzystanie zadań pobudzających kreatywność dziecka, związanych z tworzeniem rysunków pozbawionych z góry narzuconego tematu. Jednym z nich był rysowanie z zamkniętymi oczami do utworu *Running* Seana Angusa Watsona. Początkowo skupienie się na muzyce i ruchach ręki było dla Patrycji trudne, jednak po chwili dziewczynka pozwoliła sobie na większą swobodę i z przyjemnością wykonała ćwiczenie (zob. rysunek 2).



Rysunek 2. Rysunek stworzony z zamkniętymi oczami przez dziewczynkę podczas zajęć muzykoterapeutycznych.

Reprodukcja oryginału ze zbiorów autorki

Efektom wykorzystania techniki *songwriting* podczas zajęć z muzykoterapii była piosenka zatytułowana *Przyjaciel od zaraz* (tytuł zmieniony). Piosenka stworzona z moją pomocą została oparta na fragmencie utworu *Siebie zapytasz* autorstwa Sanah, a jego wybór należał do dziecka. Po przesłuchaniu utworu, przeczytaniu na głos tekstu oraz wspólnej analizie podjęliśmy decyzję o zachowaniu oryginalnej melodii i dokonaniu zmian

tylko w warstwie słownej. Patrycja, znając wybrany przez siebie utwór, śpiewała pierwotny tekst i wybierała słowa, które powinny zostać zmienione. Nowe słowa piosenki były zapisywane przez dziewczynkę na kartce. Dodatkowe ćwiczenie, które zostało wykonane podczas pisania nowego tekstu, polegało na przepisaniu wersetów zgodnie ze wzorem pierwotnej piosenki. Tematem powstającego utworu miał być opis pieska dziewczynki, jednak sam tytuł został dodany dopiero na koniec pracy. Piosenka ma dwuczęściową budowę. W części pierwszej Patrycja przedstawia, jak czuła się przed pojawieniem się Bibi w jej życiu. Dziewczynka określa siebie jako „ciągle smutną” osobę, która w myślach i marzeniach o psie znajduje spokój. Końcowy fragment tej części jest pełen nadziei i chęci spotkania Bibi. W drugiej części (w oryginalnej piosence jest to refren) dziewczynka jest już ze swoim ukochanym psem i czuje radość. Chętnie opiekuje się pupilem i spędza z nim czas. W ostatnim fragmencie napisanego tekstu dziewczynka oddaje to, jak bardzo zależy jej na nowym przyjacielu. Tekst kończy się słowami: „miłość i dom dam jej ja”. Wspólne tworzenie piosenki przyniosło Patrycji dużo radości. Podczas zajęć udało się nam wspólnie wykonać utwór, który później dziewczynka zaprezentowała również opiekunom. Stworzenie piosenki było zwieńczeniem naszej pracy, która trwała od sierpnia do listopada 2021 roku. Mimo obiektywnych trudności w realizacji zaproponowanych zadań zajęcia przebiegały w miłej atmosferze. Różnorodność instrumentów oraz form aktywności wpłynęła pozytywnie na rozwój muzyczny dziewczynki, która postanowiła podjąć się samodzielnej nauki gry na ukulele oraz na kalimbie. W czasie wykonywania zadań dziecko miało możliwość integrowania wielu umiejętności oraz podejmowania aktywności twórczych.

Zakończenie

Obserwując utrzymujący się trend picia alkoholu i przyzwolenia kulturowego na jego spożywanie w życiu codziennym, można się spodziewać, że FAS będzie nadal stanowić jeden z problemów utrudniających lub

uniemożliwiających prawidłowy rozwój pewnej grupy dzieci. Warto dołożyć starań, by poziom ich funkcjonowania w obszarze społecznym i edukacyjnym jak najmniej odbiegał od normy. W pracy z dziećmi z płodowym zespołem alkoholowym bardzo ważne znaczenie ma okazywanie wsparcia i zrozumienia dla ich specyficznego sposobu funkcjonowania. Istotne jest również, aby opiekunowie świadomi byli uzdolnień swoich podopiecznych, dlatego należy pokazywać efekty pracy i osiągnięcia dzieci, które – w ograniczonym przez swoje możliwości czasie i zakresie – potrafią realizować różnorodne zadania. Jestem przekonana, że każde dziecko z problemami rozwojowymi zasługuje na wsparcie i profesjonalną pomoc, dlatego trzeba podejmować wysiłki w celu właściwego zdiagnozowania problemów i opracowania strategii działań terapeutycznych.

Bibliografia

- Banach Marek, Matejek Józefa, 2016, *„W trosce o zdrowie dziecka i twoje”. Płodowy Zespół Alkoholowy (FAS) – kompendium wiedzy*, wyd. 2 zmienione i poszerz., Kraków: Wydawnictwo Scriptum.
- Baranowska Aneta, 2016, *Płodowy zespół alkoholowy (FAS) jako zagrożenie dla rozwoju dziecka*, „Journal of Education, Health and Sport”, Vol. 6, No. 3, s. 148–158.
- Horecka-Lewitowicz Agata, Lewitowicz Piotr, Adamczyk-Gruszka Olga, Skawiński Dariusz, Szpringer Monika, 2013, *Objawy, przebieg i postępowanie w alkoholowym zespole płodowym*, „Studia Medyczne”, t. 29, nr 2, s. 195–198.
- Jadczak-Szumiło Teresa, Kałamajska-Liszczyńska Katarzyna, Liszczyński Krzysztof, 2018, *Jak wspomagać dziecko z FASD w edukacji*, Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Kędra Edyta, Borczykowska-Rzepka Maria, 2015a, *Alkohol i jego konsekwencje psychospołeczne*, [w:] E. Kędra, M. Borczykowska-Rzepka (red.), *Płodowy zespół alkoholowy w ujęciu interdyscyplinarnym*, Opole: Wydawnictwo Instytutu Śląskiego, s. 9–26.
- Kędra Edyta, Borczykowska-Rzepka Maria, 2015b, *Poalkoholowe uszkodzenia płodu jako przyczyna problemów zdrowotnych dziecka*, [w:] E. Kędra, M. Borczykowska-Rzepka (red.), *Płodowy zespół alkoholowy w ujęciu interdyscyplinarnym*, Opole: Wydawnictwo Instytutu Śląskiego, s. 35–44.

- Kwaśny Angelika, 2022, *Wykorzystanie muzykoterapii indywidualnej we wspomaganiu rozwoju dziecka z FAS*, niepublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem dr Danieli Colonnej Kasjan, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Szczupał Bernadeta, 2013, *Dziecko z FASD – problemy diagnostyczne oraz wybrane strategie i metody pracy*, „Rozprawy Społeczne”, t. 7, nr 1, s. 79–96.
- Światowa Organizacja Zdrowia, 2008, *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*, [online:] <https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf> [10.01.2023].
- Trzaskalik Joanna, Pyttel Julia, 2017, *Dziecko z FAS (Płodowy Zespół Alkoholowy) w edukacji*, „Nauczyciel i Szkoła”, t. 1, nr 61, s. 11–24.

Streszczenie

Autorka przedstawia konsekwencje spożywania alkoholu przez matkę oczekującą dziecka, a także dokonuje charakterystyki płodowego zespołu alkoholowego. Przedstawiając i analizując przeprowadzone przez siebie badanie, ukazuje możliwości, jakie niesie ze sobą wykorzystanie muzykoterapii w pracy z dzieckiem z FAS.

Słowa kluczowe: muzykoterapia, płodowy zespół alkoholowy, wspomaganie rozwoju

ANGELIKA WOJCIECHOWSKA – 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 oraz prowadzenie zespołów wokalnych i instrumentalnych; klasa 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 Muzycznej oprócz prowadzenia zajęć ze studentami pracuje również na stanowisku bibliotekarza. W roku akademickim 2023/2024 objęła funkcję opiekuna Studenckiego Koła Naukowego Muzykoterapii.

INTEGRACYJNE JASEŁKA I ICH TERAPEUTYCZNE ZNACZENIE. WYBRANE REFLEKSJE MUZYKOTERAPEUTKI

Agnieszka Zamojska » Absolwentka Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

Wstęp

Rozważając terapeutyczny aspekt przedstawienia jasełkowego, pragnę odwołać się do własnych, skromnych doświadczeń w pracy muzykoterapeutycznej z dziećmi i osobami dorosłymi cierpiącymi na autyzm. Omawiane w artykule wydarzenie przybrało charakter integracyjny, łącząc działania artystyczne osób pełnosprawnych i niepełnosprawnych, przez co stało się dużym wyzwaniem, a zarazem okazją do niezwykle radosnej i satysfakcjonującej współpracy. Przedstawione refleksje są zapisem wspomnień z początkowego okresu mojej pracy muzykoterapeutycznej w Centrum Diagnostyki i Terapii Autyzmu „Navicula”, placówce terapeutyczno-edukacyjnej działającej w Łodzi z ramienia Krajowego Towarzystwa Autyzmu. Pragnę zauważyć, że praktyka prowadzonych w ośrodku zajęć zainspirowała mnie do podjęcia Podyplomowych Studiów Muzykoterapii w Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Uwieńczeniem zaś studiów było napisanie pracy dyplomowej pt. *Wpływ muzykoterapii na rozwój psychospołeczny dzieci autystycznych* [Zamojska 2006].

Jasełka w historii i w tradycji

Jasełka to misteria bożonarodzeniowe – przedstawienia sławiące cud narodzin Jezusa Chrystusa. Nazwa „jasełka” pochodzi od staropolskiego słowa „jasło”, oznaczającego żłób. Ponieważ akcja tych przedstawień skupiała się wokół żłóbka w stajence betlejemskiej, nazwa narzuciła się sama. Jasełka nie są gatunkiem o polskim rodowodzie. Zwyczaj ten wprowadził przybyły na nasze ziemie w XIII wieku zakon franciszkanów, czerpiąc wzór z działań swojego założyciela św. Franciszka z Asyżu, który w skalnej pieczarze w Greccio urządził żywy obraz Bożego Narodzenia [Adamski (wybór i oprac.) 1999: 5, Ogrodowska 2000: 71, Uryga 2002: 121, Wielgus i in. (red.) 1997: 1059].

Jasełka biorą swój początek z ustawiania w kościołach, na czas Świąt Bożego Narodzenia, drewnianych figur, by wiernym jak najplastyczniej przedstawić wydarzenia z groty betlejemskiej [Hryń-Kuśmierk 1998: 22]. Z biegiem czasu zakonnicy zaczęli urządzać przy tych szopkach różnorakie sceny ruchome, ukazując zebrany jeszcze bardziej realnie, w słowie i w geście, to, co wydarzyło się w Betlejem. Wierni zaś, doświadczający w życiu biedy, utożsamiali się duchowo z pasterzami niosącymi nowo narodzonemu Dzieciątku skromne dary.

Upodobanie do jasełek wzmoгло się znacznie, gdy zakonnicy zrezygnowali ze śpiewu w języku łacińskim na rzecz naszego rodzimego, zrozumiałego dla wszystkich języka. Z biegiem czasu nastąpiło wymieszanie elementów religijnych i świeckich, poważnych i komicznych [Adamski (wybór i oprac.) 1999: 7, Ogrodowska 2000: 74]. Przyczynił się do tego fakt, że jasełka były jedną z nielicznych na wskroś ludowych form teatru. Jednakże polskie jasełka i ludowa polska szopka nigdy nie odłączyły się całkowicie od tematyki religijnej, co stało się na zachodzie Europy. Teksty jasełek pisali m.in. Wincenty Pol, Teofil Lenartowicz, Maria Konopnicka, Artur Oppman, Wiktor Gomulicki, Lucjan Rydel, Leon Schiller, ks. Michał Marcin Mioduszeowski [Uryga 2002: 125].

Do treści przedstawień jasełkowych włączane były motywy historyczne, postacie mające charakter znaków czy symboli polskości oraz motywy walk niepodległościowych [Uryga 2002: 125]. Po ostatniej wojnie

zwyczaj wystawiania jasełek prawie zupełnie zanikł – stało się to za sprawą ówczesnej władzy komunistycznej, która jak ognia bała się tego rodzaju teatru. Dopiero na fali przemian po 1980 roku jasełka powróciły na amatorskie sceny, budząc u starszych echo dawnych wspomnień, a młodym pokazując to, co przed laty fascynowało, co podnosiło duchowy wymiar Świąt Bożego Narodzenia.

Obecnie jasełka organizowane są rokrocznie niemal we wszystkich kościołach, a coraz częściej również w placówkach oświatowych i kulturalnych. Treści tych przedstawień nadal opiewają cud Bożych Narodzin i wydarzenia sprzed dwóch tysięcy lat. Jasełka mają dziś rozmaity charakter i wydźwięk. Jedne bezpośrednio czerpią z głębi tekstów Pisma Świętego, w innych możemy odnaleźć dodatkowo aspekty nawiązujące do wydarzeń świata współczesnego, prezentujące nowe spojrzenie na obecne czasy.

Jasełka to trwały element polskiej religijności, obyczajowości i kultury. Niezależnie od tego, czy są mniej, czy bardziej udane artystycznie, świadczą o wielkiej potrzebie wiązania starych tradycji z dniem dzisiejszym.

Walory terapeutyczne integracyjnych jasełek w odniesieniu do pełnosprawnych oraz niepełnosprawnych „aktorów”

W drugim roku mojej pracy muzykoterapeutycznej z osobami cierpiącymi na autyzm w Centrum „Navicula” podjęłam się przygotowania jasełek, które, jak się później okazało, stały się tradycją i zagościły w placówce na kolejne lata, zmieniając jedynie swoją oprawę.

Realizacja inicjatywy zorganizowania integracyjnych jasełek była możliwa dzięki współpracy niewielkiego grona terapeutów, pracowników naszej placówki, z zaprzyjaźnionym księdzem – proboszczem jednej z łódzkich parafii, znajdującej się w pobliżu ośrodka. Z całą pewnością można mówić o wyjątkowości tego przedsięwzięcia. Stało się ono bowiem

wydarzeniem niosącym szczególne przesłanie – ogniwem integrującym młodych pełnosprawnych ludzi z osobami cierpiącymi na autyzm.

W przygotowanie misterium bożonarodzeniowego bardzo aktywnie włączyła się zgromadzona przez księdza Andrzeja młodzież – dziewczęta śpiewające w scholi parafialnej oraz ministranci. Uczniowie łódzkich szkół licealnych, gimnazjalnych i podstawowych podjęli się odegrania głównych ról w przedstawieniu. Wcielili się w postacie Matki Bożej, św. Józefa, aniołów, mędrców (Kaspra i Baltazara), pasterzy oraz narratorów. Żadna z tych osób nigdy wcześniej nie miała możliwości obcowania z ludźmi niepełnosprawnymi intelektualnie. Wprowadzenie podopiecznych „Naviculi” na pierwszą wspólną próbę spowodowało ogólne wyciszenie, skupienie, a jednocześnie wywołało chęć obserwowania i poznawania dość nietypowych zachowań, widocznych szczególnie u dorosłych osób ze spektrum autyzmu.

W toku dalszych przygotowań oraz prób młodzi ludzie, widząc nasze starania i obserwując podejście terapeuty – wrażliwego, rozumiejącego, a jednocześnie wymagającego – stawali się coraz bardziej otwarci. Bardzo serdecznie przyjęli do swojego grona podopiecznych „Naviculi”, nawiązując z nimi kontakt w prostej rozmowie. Okazywali również wiele ciepła i zrozumienia w sytuacjach wymagających większej liczby powtórzeń ze względu na potrzeby dzieci z autyzmem. Niektórzy przejmowali funkcje terapeuty, np. jeden z chłopców odgrywających królów sygnalizował dyskretnie niepełnosprawnemu Witkowi (Melchiorowi) moment, w którym miał rozpocząć swoją kwestię. Bardzo odpowiedzialnie zachowywali się młodzi ludzie wcielający się w postaci pasterzy (chłopcy z problemami wychowawczymi) – zaopiekowali się autystycznym Bartkiem tak, by nie czuł się na scenie zagubiony.

Bardzo istotnym punktem odniesienia w staraniach wszystkich „artystów” była chęć odegrania własnej roli w taki sposób, by obudzić wyobraźnię odbiorcy oraz poruszyć jego uczucia głębią i wymową treści. Wyraźne efekty takiego podejścia odczuwane były przez wielu z nas już w trakcie prób. Nie sposób było bowiem powstrzymać cisnącą się do oka łzę, będąc świadkiem sceny przedstawiającej Maryję z Dzieciątkiem, objętą troskliwym ramieniem i spojrzeniem św. Józefa. Obrazowi Świętej

Rodziny towarzyszyły słowa kolędy *Nie było miejsca dla Ciebie* – pieśni, której treść i liryczna, nostalgiczna melodia podkreślają dramatyzm sytuacji rodziców i Dzieciątka, napełniając serca słuchaczy wzruszeniem.

W przedstawieniu pojawiło się jeszcze wiele podobnych akcentów, które zdawały się przenosić odbiorcę w czasie do wydarzeń sprzed dwóch tysięcy lat. Przykładem może być ostatnia scena, w której wszyscy „artyści” śpiewali znany fragment kolędy *Bóg się rodzi*: „Podnieś rączkę, Boże Dziecię”, wskazując na Maryję unoszącą wraz ze św. Józefem Jezusa w kierunku zgromadzonych słuchaczy. Ci nieoczekiwanie wstali, by także oddać cześć Nowonarodzonemu i prosić Go o błogosławieństwo.

Wiele autentyczności związanej z wejściem w odgrywaną rolę można było dostrzec także w scenach przedstawiających pasterzy. Początkowo wcielający się w nich dorastający pełnosprawni chłopcy próbowali zachowywać się nieco przekornie, chcąc zwrócić na siebie uwagę. Wystarczyło jednak kilka pochwał dotyczących np. gestów, jakie wykonywali przy składaniu darów i oddawaniu pokłonów, aby chłopcy poczuli się dowartościowani i z nadspodziewanym entuzjazmem wczuli się w klimat całości przedstawienia, wyśpiewując ochoczo swoje partie, zwłaszcza fragmenty kolęd przeznaczone wyłącznie dla pasterzy. Chłopcy zmienili też diametralnie swoje postępowanie, czując się odpowiedzialni za utrzymanie dyscypliny wśród swoich kolegów. Warto w tym kontekście zauważyć, że opisywane przedstawienie miało również aspekt wychowawczo-terapeutyczny.

Opracowane przeze mnie scenariusz i muzyka posłużyły za podstawę, dzięki której podczas prób zrodziło się wiele ciekawych pomysłów dotyczących m.in. strojów, elementów dekoracyjnych, rekwizytów. Niektóre osoby odkryły w sobie predyspozycje, o których istnieniu wcześniej nie wiedziały. Na przykład Emilka – dziewczyna z dobrym wyczuciem muzycznym (jeden z aniołków) – okazała się osobą, której doskonale udało się zsynchronizować sposób poruszania się wszystkich aniołków. Wykorzystywała zasugerowane jej wcześniej proste elementy choreograficzne adekwatnie do charakteru śpiewanych kolęd w taki sposób, by inne aniołki mogły płynnie odwzorować jej gesty. A trzeba przyznać, że odpowiedni ruch aniołów na scenie był niezbędny, gdyż podkreślał nastrój wykonywanych kolęd. Dzięki subtelny gestom (rękom złożonym jak do modlitwy lub lekko falującym

nad głowami) kolędy-kołysanki stawały się jeszcze bardziej tkliwe. Z kolei radosne akcenty związane z oznajmianiem dobrej nowiny podkreślone zostały spontanicznym krokiem tanecznym i wyjściem aniołów do publiczności (m.in. w kolędzie *W dzień Bożego Narodzenia*).

Udział w przedstawieniu stał się dla niektórych osób (również tych zdrowych) okazją do pokonywania nieśmiałości, lęku przed śpiewaniem solo czy wypowiadaniem tekstu. Przyjazna atmosfera oraz delikatna zachęta (bez nacisku) skłoniły np. Wojtkę (wcielającego się w postać św. Józefa) do wtórowania śpiewem Maryi w kolędzie *Gdy śliczna Panna*.

Uczestnikom tworzącym bożonarodzeniowe misterium bardzo zależało na tym, aby dać z siebie wszystko. Starali się uwzględniać sugerowane im szczegóły. Niektórzy prosili o to, by popracować z nimi dodatkowo nad udoskonaleniem śpiewu. Była wśród nich np. odgrywająca postać Maryi Marzenka, bardzo subtelna, uzdolniona muzycznie i ambitna dziewczyna.

Udział w przedstawieniu jasełkowym okazał się dla większości młodych ludzi wielkim przeżyciem i ważnym doświadczeniem, o czym sami mówili. Zarówno kontakt z osobami z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, jak i specyfika oraz przesłanie misterium bożonarodzeniowego pozwoliły im odkryć w sobie całe pokłady głębokich uczuć i wrażliwości.

Wyjątkowy i niepowtarzalny charakter jasełek zawdzięczaliśmy w dużej mierze objętym specjalistyczną opieką „Naviculi” dzieciom i osobom dorosłym z autyzmem. Niestety, tylko nieliczni z grona naszych podopiecznych mogli wziąć udział w przedstawieniu. Barię nie do pokonania dla wielu z nich były przede wszystkim brak lub ograniczenie umiejętności podjęcia określonej czynności i niemożność opanowania jej na tyle, by zaprezentować ją w odpowiednim momencie. W związku z tym do udziału w jasełkach zostały zaangażowane dzieci funkcjonujące na wyższym poziomie rozwoju, a także osoby dorosłe skłonne do wykonania prostej czynności z pomocą terapeuty. Wszyscy otrzymali role dostosowane do indywidualnych możliwości i predyspozycji. Przygotowanie podopiecznych „Naviculi” wymagało wiele wysiłku zarówno od nich samych, jak i od terapeutów i rodziców. Warto przedstawić tu kilka spostrzeżeń dotyczących przebiegu tejże współpracy.

Dla najstarszego „aktora” – Witka (42 lata), opanowanie tekstu króla Melchiora nie stanowiło dużego problemu ze względu na zdolność szybkiego zapamiętywania. Udział w jasełkach był dla Witka zupełnie nowym doświadczeniem i wyzwaniem. Wydarzenie to okazało się ważnym krokiem, pozwalającym mu przełamać stereotypowe nawyki i zachowania, tj. przyzwyczajenie do określonych miejsc, osób, sytuacji w danych ramach czasowych. Dzięki sprzyjającej atmosferze Witek szybko odnalazł się w gronie kolegów, często śmiał się głośno, prowokowany zabawnymi sytuacjami. Chętnie uczestniczył w próbach, choć te organizowane były w dwóch różnych miejscach (w ośrodku oraz w kościele) i o rozmaitych porach dnia. Witek, ku zdumieniu wielu osób, szczególnie jego ojca, zaprezentował się wspaniale, dorównując swoim zachowaniem dwóm pozostałym osobom odgrywającym role królów. Wspólnie z innymi „artystami” potrafił zaśpiewać wszystkie 14 kolęd, które poznawał w czasie prób oraz w ramach muzycznych zajęć terapeutycznych.

Dwie siostry – Martynka i Dominika, wystąpiły w roli aniołków. Martyna – dziewczynka z autyzmem, lecz bardzo dobrze funkcjonująca dzięki wrażliwości muzycznej podpartej wyjątkową potrzebą bycia podziwianą – z dużą swobodą wyrecytowała wierszyk oraz zanuciła Dzieciątku kolędę *Lulajże, Jezuniu*. Jej siostra – Dominika, ze względu na silny niedosłuch, nie mogła niestety współuczestniczyć w śpiewaniu kolędy. Jednak już sama możliwość towarzyszenia siostrze w podobnej roli sprawiła Dominice wielką radość. Obydwie dziewczynki bardzo świadomie przyjęły powierzone im role. Dowodem na to była zdumiewająca rozmowa z Martynką, podczas której dziewczynka spontanicznie zapytała, czy za rok też będzie aniołkiem i czy zaśpiewa kolędę Jezuskowi.

Dla Bartka Sz. śpiewanie to wręcz pasja. Każda możliwość zaprezentowania się przed publicznością czy przed rodzicami jest dla niego silnym przeżyciem i prawdziwą przyjemnością. Duże znaczenie w wokalne prezentacji Bartka, podobnie jak i innych dzieci, miało wykorzystanie mikrofonu. Pierwsze zetknięcie z tym urządzeniem polega zazwyczaj na wypróbowaniu własnych możliwości głosowych (wydawaniu rozmaitych dźwięków, zmianie natężenia głosu). Śpiewanie do mikrofonu dodaje pewności siebie, a tym samym sprawia, że dzieci wypowiadają tekst

dokładniej, wyraźniej, otwierają szerzej usta. Bartek, jako jeden z pastuszków, bardzo starannie, lirycznie i z dużym przejęciem zaśpiewał kolędę *Jezus malusienki*. Nie chciał jednak pozostać na scenie z innymi, uznając widocznie, że w tym momencie jego rola się skończyła. Przygotowując tego rodzaju spotkania, nigdy nie mamy pewności, że wszystkie dzieci zechcą w odpowiednim momencie zaprezentować się na scenie. Zawsze istnieje wątpliwość, czy duża liczba osób lub jakiś inny czynnik, np. nastrój dziecka, nie spowodują u niego chęci wycofania się, ucieczki.

Nauka piosenek lub kolęd jest w wypadku dzieci z Centrum „Navicula” jedną z form rozwijania mowy. Zdecydowanie mniejszą trudność stanowi dla nich opanowanie i wypowiedzenie tekstu opartego na melodii aniżeli w postaci wiersza.

Podopieczni, którzy nie mają możliwości porozumiewania się werbalnego, zaznaczyli swoją obecność w jasełkach w inny sposób. Ewa, Ola i Norbert (dorośli autyści), w strojach pasterskich, poprowadzeni zostali przez osoby wspomagające do leżącego na sianie Dzieciątka, któremu mogli złożyć skromne dary. Choć podchodzili w milczeniu, to jednak otoczeni byli ciepłym brzmieniem śpiewanej przez wszystkich kolędy *Oj, maluśki, maluśki*. Młodszy od nich Bartek Ś. (odgrywający pastuszka) ofiarował Jezuskowi od wszystkich dzieci symbol miłości w postaci pluszowego serca. Wykonując ten gest, Bartek wypowiedział słowo „kocham”, jedno z nielicznych, jakie potrafi wymówić, lecz jakże wiele znaczące. Ten niezwykły akcent poruszył bez wątpienia serce każdego odbiorcy.

Wprowadzenie dzieci z ośrodka w niecodzienną scenerię świata ujętego w jasełkach miało z pewnością bardzo istotne znaczenie dla ogólnego rozwoju ich osobowości. Dla wielu stało się czynnikiem sprzyjającym rozładowaniu napięć, negatywnych stanów emocjonalnych. Działanie to miało również korzystny wpływ na sferę poznawczą oraz percepcję – wspomogło rozwój mowy, koncentracji uwagi, pamięci oraz wrażliwości ogólnej i muzycznej.

Integracyjne jasełka przyniosły wiele miłych chwil rodzicom, których dzieci uczestniczyły w przedstawieniu. Oni również poczuli się w pewien sposób wyróżnieni i dowartościowani. Dzięki temu znaleźli w sobie silną motywację i chęć do współpracy. Wykazali się szczególnie dużą

pomysłowością w przygotowaniu strojów dla swoich pociech. Rodzice z niedowierzaniem obserwowali poczynania dzieci, które w poczuciu akceptacji mogły zaprezentować długo wypracowywane umiejętności. Na wielu twarzach pojawiał się szczery uśmiech, a w oczach nieśmiałe łyzy szczęścia.

Aktywny udział w przygotowaniach misterium bożonarodzeniowego był ważnym doświadczeniem i dużym przeżyciem dla dzieci, młodzieży oraz rodziców, a także dla osób odpowiedzialnych za całokształt tego przedsięwzięcia. Podejmując się zorganizowania integracyjnych jasełek, będących moim pierwszym tego rodzaju projektem, czułam w sobie wewnętrzną siłę, która podpowiadała, że dzięki chęciom i dobrej woli wrażliwych osób jesteśmy w stanie stworzyć wspólnie coś dobrego, wartościowego i potrzebnego. Jednocześnie na początku miałam pewne wątpliwości, czy poradzę sobie z tym wyzwaniem. Obawiałam się przede wszystkim tego, czy moje możliwości wzrokowe pozwolą mi zapanować nad całością przedsięwzięcia, obejmującego wiele detali. Sytuacja wydawała mi się początkowo trudna również z powodu podjęcia współpracy z osiemnastoosobową grupą pełnosprawnej młodzieży, której wcześniej nie znałam. Na szczęście moje złe przeczucia okazały się bezpodstawne – zostały przysłonięte życzliwością, zrozumieniem i dojrzałością osób, z którymi pracowałam i które często wspierały mnie dyskretnym a pomocnym gestem. W ten sposób opisywane tutaj wydarzenie stało się także i dla mnie silnym bodźcem o znaczeniu terapeutycznym. Z pewnością był to czas, który przyniósł mi wiele zadowolenia i satysfakcji, co pozwoliło wyzwolić więcej pewności i wiary w siebie, która towarzyszyła mi w dalszych latach pracy muzykoterapeutycznej. Przede wszystkim jednak miałam możliwość wtopienia się, emocjonalnie i duchowo, w całą sytuację rozgrywającą się przy żłóbku Jezusa. Za pomocą gry naszych „aktorów” starałam się wydobyć z mojej wyobraźni wszystko to, co w moim odczuciu jest najbliższe realizmowi i prostocie wydarzeń z Betlejem. Pragnęłam, aby odbiorca przyjął te wydarzenia w podobnym kontekście.

Integracyjne jasełka zaprezentowaliśmy w Centrum „Navicula” oraz w znajdującym się nieopodal kościele parafialnym. Przedstawienie zostało przyjęte z dużym entuzjazmem, budząc podziw i wzruszenie wielu osób, jednocześnie napawając ich radością i nadzieją.

Każdego roku w placówce „Navicula” szczególnie pielęgnowana była tradycja śpiewania kolęd [Ogrodowska 2000: 44, Okas 1999: 21, Rudzka (wybór i wstęp) 2003: 5]. Dyrekcja, terapeutci oraz rodzice naszych podopiecznych jeszcze na długo przed Świętami Bożego Narodzenia dopytywali: kiedy będziemy kolędować? Ulegałam chętnie tym namowom, wprowadzając śpiewanie kolęd na zajęciach muzykoterapeutycznych już w połowie grudnia. Niektórzy rodzice, dzieląc się opłatkiem, dziękowali mi za to, że podczas gdy w domach ograniczali się raczej do słuchania kolęd, w czasie naszych spotkań mogli sami wyśpiewać ich proste, piękne słowa, niosące radość i wzruszenie.

Wspólne kolędowanie wprowadzało niezwykle poczucie autentycznej więzi i przyjaźni. Doświadczaliśmy go rokrocznie, zbierając się w licznym gronie pracowników „Naviculi” na spotkaniu wigilijnym. Moment łamania się opłatkiem oraz wypowiadania życzeń, czasem ciepłych słów wdzięczności, przynosił poczucie jeszcze większej bliskości. Zasiadaliśmy w dużym kręgu ze śpiewnikami na kolanach, niektórzy również z instrumentami perkusyjnymi w dłoniach. Podejmowaliśmy śpiew ochoczo i radośnie, często z podziałem na głosy żeńskie i męskie, co wprowadzało pewne urozmaicenie i wywoływało ogólne ożywienie. Zazwyczaj po wyśpiewaniu przygotowanych tekstów 20 znanych kolęd i pastorałek pozostawał jeszcze pewien niedosyt.

Przygotowując śpiew kolęd z różnymi osobami, wielokrotnie przekonałam się, jak duże znaczenie muzyczne, a nawet terapeutyczne ma gitara. Okazuje się bowiem, że osoby śpiewające kolędy wolą skromny akompaniament gitarowy aniżeli gotowe podkłady instrumentalne odtwarzane z płyt CD. Wskazywali na to młodzi „artyści” w trakcie przygotowywania integracyjnych jasełek, a potwierdzili terapeutci, z którymi kolędowaliśmy w ramach zajęć muzycznych. Akompaniament gitarowy, jak stwierdziła większość tych osób, daje poczucie pewności i swobody w śpiewie. Ja sama także czuję się spokojniejsza o pomyślne zaprezentowanie kolędy, akompaniując danej osobie czy całej grupie na instrumencie. Mam bowiem możliwość bycia w ciągłym kontakcie z wykonawcą, staram się np. wychwycić czyjąś potrzebę oddechu czy pomóc zatuszować drobne nieprawidłowości w śpiewie. Ten bezpośredni kontakt jest

szczególnie istotny w przygotowywaniu dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu do śpiewu kolęd czy innych piosenek. Pomimo silnie zaburzonej zdolności nawiązywania kontaktów społecznych tacy podopieczni potrafią dostrzec w zachowaniu terapeuty i w mimice jego twarzy wiele reakcji, sygnałów, które stają dla nich impulsem do określonego działania, np. do rozpoczęcia śpiewu. Warunkiem takiej współpracy i czynnikiem pozwalającym motywować dziecko, m.in. do śpiewania, jest pozyskanie przez terapeutę jego zaufania. Dziecko staje się wówczas coraz bardziej otwarte na działania terapeuty, gdyż czuje się przy nim bezpieczne.

Warto w tym miejscu wspomnieć również o tym, że integracyjne jasełka stały się dla kilku osób bodźcem do rozpoczęcia nauki gry na gitarze. Moje regularne spotkania gitarowe z młodzieżą przyniosły nam wszystkim wiele zadowolenia oraz miłych przeżyć. Natomiast kolejne Boże Narodzenie stało się okazją do zorganizowania w kościele koncertu, podczas którego moi uczniowie wykonali kolędy, akompaniując sobie na gitarach. Była to dla nich niewątpliwie okazja do przeżycia radosnych chwil wspólnego kolędowania, a także do zaprezentowania zdobytych umiejętności.

Zakończenie

Przedstawione tu rozważania są tylko skromnym przykładem tego, jak ważną rolę w muzykoterapii i w życiu każdego z nas może odegrać przedstawienie jasełkowe wraz z całym bogactwem kolęd i pastorałek. Misterium bożonarodzeniowe ma moc wywierania niezwykle pozytywnego wpływu na sferę emocjonalno-uczuciową zarówno ludzi zdrowych, jak i osób niepełnosprawnych. To oddziaływanie zależne jest w dużym stopniu od wrażliwości muzycznej człowieka, a także od jego ogólnych potrzeb natury estetycznej czy duchowej – w opisywanej tu sytuacji były to potrzeby wzmocnione aspektem religijnym. Wszystkie te odczucia stają się jeszcze głębsze w wypadku osób, które same starają się wejść

w odgrywane role, by odtworzyć moment narodzin Jezusa Chrystusa. Nam się to udało, a dzięki temu, że każdy z nas wniósł w to doświadczenie swoją wrażliwość i niepowtarzalność, wszyscy zostaliśmy ubogaceni.

Bibliografia

- Adamski Maksymilian (wybór i oprac.), 1999, *Jasełka polskie. Antologia widowisk jasełkowych*, Ząbki: Apostolicum.
- Hryń-Kuśmierk Renata, 1998, *Zwyczaj i obrzędy. Rok Polski*, Warszawa: Świat Książki.
- Ogrodowska Barbara, 2000, *Święta polskie, tradycja i obyczaje*, wyd. 2, Warszawa: Alfa-Wero.
- Okas Władysław, 1999, *Doroczne obrzędy i zwyczaje religijne*, Tuszyn: Władysław Okas.
- Rudzka Anna (wybór i wstęp), 2003, *Kolędy i pastorałki od A do Z*, Warszawa: Świat Książki.
- Uryga Jan, 2002, *Rok Polski w życiu, w tradycji i obyczajach ludu*, wyd. 2 popr. i uzup., Włocławek: Wydawnictwo Duszpasterstwa Rolników.
- Wielgus Stanisław, Duchniewski Jerzy, Daniluka Mirosław, Fita Stanisław, Misiurka Jerzy, Rusecki Marian, Stępień Antoni, Weiss Anzelm (red.), 1997, *Encyklopedia katolicka*, t. 7, Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Zamojska Agnieszka, 2006, *Wpływ muzykoterapii na rozwój psychospołeczny dzieci autystycznych*, niepublikowana praca dyplomowa napisana pod kierunkiem dr. hab. Pawła Cylulki, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.

Streszczenie

Artykuł jest zapisem spostrzeżeń i wspomnień związanych z przygotowaniem integracyjnych jasełek zorganizowanych przez autorkę – absolwentkę Podyplomowych Studiów Muzykoterapii w Akademii Muzycznej we Wrocławiu. We wstępie autorka prezentuje okoliczności, które zmotywowały ją do stworzenia wydarzenia artystycznego o charakterze integracyjnym. W dalszej części wyjaśnia, czym są jasełka, omawia ich historię i tradycję. Następnie przybliża atmosferę związaną

z przygotowywaniem i zaprezentowaniem integracyjnych jasełek, przedstawiając cały wachlarz zachowań uczestników, a przede wszystkim walory terapeutyczne przedstawienia, istotne zarówno dla pełnosprawnych, jak i dla niepełnosprawnych „aktorów”. W podsumowaniu autorka podkreśla, że warto było podjąć trud przygotowania tego wyjątkowego wydarzenia, by dostrzec jego owoce w postaci wspólnej radości i satysfakcji oraz doświadczyć wzajemnego ubogacania się.

Słowa kluczowe: integracyjne jasełka, muzykoterapia, osoby niepełnosprawne

AGNIESZKA ZAMOJSKA – ukończyła Liceum Stroicieli Pianin i Fortepianów w Krakowie (1991–1995), magisterskie studia z wychowania muzycznego na Uniwersytecie Łódzkim (1995–2000) oraz Dwuletnie Podyplomowe Studia Muzykoterapii w Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu (2004–2006). W latach 2001–2010 pracowała z dziećmi z autyzmem jako muzykoterapeutka w łódzkim Centrum „Navicula”, a w okresie od 2013 do 2015 roku prowadziła zajęcia (w tym zespół Con Amore) z osobami niewidomymi i słabowidzącymi w Okręgu Łódzkim Polskiego Związku Niewidomych. Następnie była instruktorem zajęć muzycznych w Jagiellońskim Ośrodku Kultury w Łodzi, kontynuując jednocześnie pracę z zespołem Con Amore w okresie od 2015 do 2018 roku.

METODA RYTMIKI ÉMILE'A JAQUES'A-DALCROZE'A W EDUKACJI I TERAPII NIEWIDOMYCH UCZNIÓW KLAS I–III SZKOŁY MUZYCZNEJ I STOPNIA

Olga Daroch » Szkoła Muzyczna I stopnia nr 3 im. Profesor Marii Zduniak
Centrum Edukacyjne Narodowego Forum Muzyki im. Witolda Lutosławskiego
we Wrocławiu

Wprowadzenie

Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że w Polsce żyje ponad 1,8 mln osób z niepełnosprawnością wzroku. W krajach wysoko rozwiniętych oprócz niepełnosprawności będących rezultatem wrodzonych wad płodów czy też komplikacji okołoporodowych obserwuje się również rosnącą liczbę przypadków stopniowej utraty wzroku spowodowanej negatywnymi oddziaływaniami środowiskowymi, takimi jak nadmierne korzystanie z monitorów komputerowych czy długotrwałe przebywanie w klimatyzowanych pomieszczeniach [Piekarzewska, Wieczorkowski, Zajenkowska-Kozłowska 2016: 48]. Jak wskazują wyniki badań Polskiego Związku Niewidomych (PZN), osoby z niepełnosprawnością wzroku stanowią jedną z grup, których sytuacja na rynku pracy określana jest jako trudna. Obecnie jedynie 17% omawianej populacji jest aktywne zawodowo, 48% było aktywne zawodowo i aż 35% nigdy nie podjęło pracy [Grzymkowska 2014]. Według danych PZN do najczęściej wykonywanych przez osoby niewidome lub słabowidzące profesji należą: portier,

pracownik recepcji, pracownik administracyjno-biurowy, telemarketer, fizjoterapeuta, masażysta, a także muzyk [Grzymkowska 2014].

Osoby niewidome, częstokroć rekompensując brak możliwości odbioru informacji wzrokowych, stawiają w centrum zainteresowań jakości dotykowe oraz dźwiękowe [Sacks 2009: 192–193]. Niejednokrotnie muzyka staje się im niezwykle bliska, a zdobycie profesjonalnego wykształcenia z zakresu tworzenia lub wykonywania dzieł tejże sztuki daje im jedną z nielicznych sposobności prowadzenia samodzielnego, w pełni aktywnego zawodowo życia. Jak wskazuje historia, zawód muzyka może być z powodzeniem wykonywany również przez osobę z niepełnosprawnością wzroku. Niegdyś funkcjonujący jako wędrowni minstrele, dworscy śpiewacy czy kantorzy religijni, dziś niewidomi podziwiani są w roli solistów operowych, kompozytorów, aranżerów czy wokalistów jazzowych. Świadczyć o tym mogą sylwetki osobistości takich jak austriacka kompozytorka Maria Teresa von Paradis (1759–1824), amerykański pianista i wokalista Ray Charles (1930–2004), kanadyjski gitarzysta Jeff Healey (1966–2008) czy żyjący obecnie włoski śpiewak operowy Andrea Bocelli (ur. 1958) i amerykański wokalista Stevie Wonder (ur. 1950). Na liście wybitnych niewidomych muzyków nie może zabraknąć również polskiego pianisty Edwina Kowalika (1928–1997) – laureata V Międzynarodowego Konkursu Pianistycznego im. Fryderyka Chopina (1955), wydawcy czasopism i nut w zapisie brajlowskim, artysty głoszącego, iż muzyka jest dziedziną w pełni dostępną dla osób z niepełnosprawnością wzroku pod warunkiem, że otrzymają one niezbędną pomoc [Towarzystwo... 2022].

Formy szkolnictwa muzycznego dla uczniów z niepełnosprawnością wzroku

Obecnie w Polsce znajdują się dwie szkoły muzyczne specjalizujące się w edukacji muzycznej osób niewidomych: Szkoła Muzyczna I stopnia im. Edwina Kowalika działająca przy Ośrodku Szkolno-Wychowawczym

dla Dzieci Niewidomych im. Róży Czackiej w Laskach pod Warszawą oraz Szkoła Muzyczna I stopnia im. Majora Hieronima Henryka Baranowskiego w Zespole Szkół i Placówek pn. „Centrum dla Niewidomych i Słabowidzących” w Krakowie. Są to ośrodki wysoce wyspecjalizowane w pracy z osobami niewidomymi, mogące się pochwalić wieloma sukcesami artystycznymi swoich podopiecznych. Placówki te oficjalnie zapewniają kształcenie na poziomie pierwszego stopnia szkoły muzycznej, jednak w praktyce, w wypadku chęci podjęcia dalszej nauki, uczeń częstokroć otrzymuje szansę kontynuowania edukacji w tradycyjnej, ogólnodostępnej szkole muzycznej drugiego stopnia. Ponieważ fachowe kształcenie muzyczne osób z niepełnosprawnością wzroku z roku na rok staje się coraz bardziej popularne, to przyjmowanie uczniów niewidomych do szkół artystycznych innych niż te specjalizujące się w tyflopedagogice muzyki jest coraz powszechniej praktykowane. Stworzenie warunków dających szansę na sprawne funkcjonowanie dziecka niewidomego w przestrzeni ogólnodostępnej szkoły muzycznej wymaga jednak dużego zaangażowania i wsparcia ze strony dyrekcji oraz nauczycieli. Nie bez znaczenia są również przychylność i chęć pomocy deklarowane przez środowisko rodziców oraz uczniów. Choć model nauczania dziecka niewidomego zbliżony jest do modelu kształcenia ucznia w pełni zdrowego, to wymaga on pewnych modyfikacji. Rozkład zajęć osoby z niepełnosprawnością wzroku powinien zostać rozszerzony o przedmiot służący poznaniu brajlowskiej notacji muzycznej – muzykografię. Wskazane jest, by dziecko miało również prawo do wydłużenia całego okresu edukacji przez powtórzenie pierwszej oraz ostatniej klasy, co ma na celu stworzenie mu jak najlepszych warunków do aklimatyzacji w szkole artystycznej oraz zwiększenie szans na sprostanie wymaganiom związanym z realizacją recitalu dyplomowego z instrumentu głównego. Dodatkowo uczniowi niewidomemu kształcącemu się w ogólnodostępnej szkole muzycznej powinien zostać przydzielony asystent – najlepiej nauczyciel przedmiotów muzycznych, zapewniający pomoc merytoryczną podczas grupowych zajęć teoretycznomuzycznych oraz wsparcie w prozaicznych działaniach związanych z funkcjonowaniem na terenie placówki.

Uwagi ogólne do programów nauczania przedmiotów teoretycznomuzycznych uczniów niewidomych na poziomie klas I–III szkoły muzycznej I stopnia

Dzieci niewidome pomimo wielu utrudnień na ścieżce prawidłowego rozwoju często zaczynają bardzo wcześnie mówić, potrafią zaskoczyć ponadprzeciętną pamięcią werbalną, a także szczególnymi umiejętnościami manualnymi [Sacks 2009: 191]. Zdarza się jednak, że u uczniów niewidomych nieco częściej niż u uczniów pełnosprawnych występują stany lękowe, obawy, osłabiona motywacja, przesadnie zaniżona lub zawyżona samoocena. Cały ten zespół uwarunkowań obliguje nauczyciela do szczególnej i wzmożonej kontroli procesu nauczania. Przeniesienie środków metodyki tyflopedagogicznej na grunt pedagogiki muzyki wymaga przede wszystkim możliwie najszerszego zindywidualizowania procesu nauczania. Jest to zagadnienie fundamentalne, aktualne na wszystkich etapach kształcenia. Nadzwyczajny nadzór nad uczniem niewidomym, a także elastyczność pedagoga konieczne są zwłaszcza w trakcie wprowadzania podstaw warsztatowych.

Realizacja przedmiotów teoretycznomuzycznych w grupach mieszanych, gromadzących uczniów w pełni widzących i niewidomych, początkowo wydawać się może niezwykle trudna. Bywa bowiem, że na dzieci zdrowe obraz niepełnosprawnego kolegi działa rozpraszająco, uczniowie niewidomi z kolei mogą czuć się mało bezpiecznie wśród aktywnych ruchowo rówieśników. Dodatkowym czynnikiem dezorganizującym pracę grupy mieszanej może być odmienny system notacji muzycznej, wymagający od nauczyciela przekazywania informacji za pomocą zapisu zarówno w systemie pięcioliniowym, jak i w systemie sześciopunktowym.

W trosce o komfort wszystkich uczniów w pracy z grupami mieszanymi istotne wydaje się więc stosowanie ćwiczeń integracyjnych, budujących wzajemne zaufanie grupy, a także poszerzających świadomość dzieci pełnosprawnych dotyczącą poziomu możliwości percepcyjnych

ich niewidomych kolegów. Choć celem realizacji przedmiotów teoretycznomuzycznych w szkole muzycznej jest przede wszystkim edukacja, to współpracując z grupą integracyjną, należy mieć również na uwadze jak najpełniejsze czerpanie z terapeutycznych walorów sztuki muzycznej.

Metoda rytmiki Émile'a Jaques'a-Dalcroze'a jako środek terapeutyczny

Podstawowe założenie metody Émile'a Jaques'a-Dalcroze'a to spójność muzyki i ruchu. Twórca koncepcji, wierząc że ciało jest nierozzerwalnie zespolone z umysłem, a muzyka ściśle połączona z ruchem, proponował koordynowanie aktywności słuchowych, ruchowych i głosowych. Jego metoda, zrodzona na gruncie edukacji muzycznej, z czasem zaczęła być również eksperymentalnie stosowana w terapii i w rehabilitacji.

Jak można się dowiedzieć z publikacji *Émil Jaques-Dalcroze i jego rytmika* Marzeny Brzozowskiej-Kuczkiewicz, pierwsze próby zastosowania rytmiki w działaniach terapeutycznych datować należy na sam początek XX wieku. W jednym z listów do siostry Émile Jaques-Dalcroze podaje: „Po roku 1904 [...] dałem pokaz lekarzom genewskim, bo chciałem przedstawić wpływ rytmiki na harmonizację funkcji nerwowych” [cyt. za: Brzozowska-Kuczkiewicz 1991: 43].

Koncepcja kształcenia muzyczno-ruchowego szwajcarskiego pedagoga w dość szybkim czasie zyskała uznanie specjalistów i autorytetów świata niemieckiej medycyny. Pierwszy psychiatra Drezna wypowiedział się na jej temat następująco: „Entuzjazm dalcrozistów nie jest przesadzony, ta metoda jest objawieniem w dziedzinie psychofizycznej i wychowawczej” [cyt. za: Brzozowska-Kuczkiewicz 1991: 43]. Ówczesny dyrektor drezdeńskiej kliniki pediatricznej również dostrzegł prozdrowotny potencjał proponowanych ćwiczeń dalcroze'owskich, zawierając swoje refleksje w następującym komentarzu: „Uważam, że metoda nie powinna dotyczyć tylko zdrowych [...]. Podczas gdy gimnastyka szwedzka

odnosi się tylko do mięśni, rytmika ogarnia cały system nerwowy” [cyt. za: Brzozowska-Kuczkiewicz 1991: 43].

Począwszy od 1904 roku, na podstawie licznych obserwacji i doświadczeń wyniesionych z prowadzonych z osobami o specjalnych potrzebach zajęć rytmiki, Émile Jaques-Dalcroze systematycznie gromadził spostrzeżenia i wysnuwał wnioski. Jednym z ważniejszych jest stwierdzenie, że wszelkie zaburzenia pochodzenia fizjologicznego i psychicznego powodują arytmie. Ta zaś, pociągając za sobą niesprawność o różnym natężeniu, objawiać się może m.in.:

- > niezdolnością do kontynuacji ruchu w czasie potrzebnym do jego wykonania;
- > przyspieszaniem lub opóźnianiem ruchu w sytuacji, gdy powinien on być stały i równy;
- > niezdolnością do stopniowego przyspieszania i opóźniania ruchu po usłyszeniu polecenia;
- > niepunktualnym rozpoczynaniem i kończeniem ruchu;
- > niezdolnością do powiązania ze sobą dwóch rodzajów ruchu, np. ostrego z miękkim, płynnego z przerywanym;
- > nieumiejętnością wykonania dwóch ruchów przeciwstawnych;
- > niezdolnością do stopniowego wprowadzania niuansów dynamicznych;
- > niezdolnością do metrycznego czy wyrazowego akcentowania ruchu [Brzozowska-Kuczkiewicz 1991: 43].

Według twórcy metody rytmiki występowanie arytmii może mieć aż trzy niezależne od siebie przyczyny i być spowodowane:

- > niewydolnością umysłu, z którego impuls jest zbyt wolno przekazywany mięśniom;
- > niewydolnością systemu nerwowego, który nie dość precyzyjnie adresuje napływające bodźce;
- > niesprawnością mięśni, które nie są zdolne do wykonania zleconego zadania [Brzozowska-Kuczkiewicz 1991: 44].

Dochodząc do wniosku, że arytmia jest wynikiem braku koordynacji koncepcji ruchu z jego wykonaniem lub też rezultatem zaburzeń nerwowych, Émile Jaques-Dalcroze zdobył naukowe dowody potwierdzające

słuszność adaptowania opracowanej przez siebie koncepcji kształcenia muzyczno-ruchowego na gruncie terapii, rehabilitacji oraz reedukacji i profilaktyki. Pedagog podkreślał:

Harmonizowanie funkcji cielesnych z funkcjami myślowymi, stanowiące naczelną zasadę wychowawczą tej metody, pozwoliło odkryć i doświadczyć, że nie tylko funkcje myślowe decydują o dyspozycyjności mięśni, ale i odwrotnie: ćwicząc mięśnie – pobudzamy mózg do działania [cyt. za: Brzozowska-Kuczkiewicz 1991: 44].

Obecnie metoda rytmiki Émile'a Jaques'a-Dalcroze'a znajduje zastosowanie w terapii osób niepełnosprawnych intelektualnie, niewidomych, głuchoniemych, z zaburzeniami mowy, z dysleksją oraz dzieci sprawiających różnorodne problemy wychowawcze. Ćwiczenia dalcroze'owskie coraz częściej odgrywają również istotną rolę w pracy muzykoterapeutów [Lewandowska 1996: 48]. Jak podają Ewa Bogdanowicz i Grażyna Durlow, „z jednej strony obserwujemy dziś niezwykle dynamiczny rozwój rytmikoterapii, z drugiej natomiast zauważalne jest coraz bardziej świadome wykorzystywanie elementów metody w różnorodnych działaniach związanych z terapią muzyczną” [Bogdanowicz, Durlow 2012: 429].

Terapeutyczne walory metody rytmiki Émile'a Jaques'a-Dalcroze'a w pracy z osobami niewidomymi

Pierwsze próby zastosowania rytmiki dalcroze'owskiej w pracy z osobami niewidomymi datuje się na 1920 rok [Dutoit 1971: 69]. Po upływie kilku lat od tejże daty, w wyniku analizy notatek sporządzonych przez swoich uczniów – dalcrozistów z Barcelony oraz z Londynu, a także na podstawie własnych zapisków, Émil Jaques-Dalcroze po raz pierwszy wyszczególnił szereg korzyści płynących z zastosowania jego metody w odniesieniu do ludzi niewidomych. W poświęconym edukacji niewidomych

rozdziale publikacji *Eurhythmics, Art and Education* podał do publicznej wiadomości, że w toku pracy z osobami z niepełnosprawnością wzroku działania wpływające z rytmiki mogą być pomocne w:

- > rozwoju orientacji w przestrzeni, w tym poczucia kierunków i relacji między otaczającymi przedmiotami;
- > rozwoju zdolności naśladownictwa ruchu;
- > rozwoju psychofizycznej samokontroli;
- > pogłębieniu pamięci i umiejętności koncentracji uwagi;
- > rozwoju wyobraźni;
- > poszerzaniu wiedzy na temat muzyki za pośrednictwem ruchu;
- > wzmacnianiu pewności siebie;
- > integracji społecznej ze światem osób widzących [Jaques-Dalcroze 1930: 147].

Począwszy od 1920 roku, rytmika coraz częściej znajduje zastosowanie w pracy z osobami z niepełnosprawnością wzroku, dostarczając coraz to nowszych informacji na temat swoich terapeutycznych walorów.

Anna Jędrychowska na podstawie przeprowadzonych przez siebie badań stwierdza, że

rytmika może mieć zasadnicze znaczenie w kształceniu sprawności ruchowej oraz właściwym funkcjonowaniu osobowości dziecka. Dzięki niej możliwe jest wykształcenie najlepszych i najistotniejszych cech osobowości i uzyskanie pełnego rozwoju psychoruchowego dziecka nie tylko pełnosprawnego, ale i niewidomego [Jędrychowska 1978: 224].

Janina Stadnicka podaje, iż ćwiczenia dalcroze'owskie mogą wyrównywać powstałe na skutek kalectwa wzroku deficyty w zakresie kinestetyki, łagodzić nieudolność ruchową i motoryczną oraz stwarzać szansę zaspokojenia naturalnej potrzeby ruchu, co – jak podkreśla – „w przypadku omawianej populacji ma szczególne znaczenie, bowiem nie tylko warunkuje prawidłowy rozwój ruchowy i fizyczny, lecz także zapobiega powstawaniu napięć i deformacji psychicznych” [Stadnicka 1990: 77]. Zofia Nowak podkreśla, że metoda rytmiki Émile'a Jaques'a-Dalcroze'a

i wchodzące w jej skład aktywności muzyczno-ruchowe, w tym ćwiczenia pobudzająco-hamujące, odegrać mogą niezwykle ważną rolę w redukcji blindyzmów. Jak stwierdza, porządkujące ćwiczenia rytmiczne, wymagające utrzymania ciągłej koncentracji, szybkich i w pełni świadomych reakcji ruchowych, stanowić mogą doskonałe wsparcie w rozwoju samodyscypliny i umiejętności panowania nad zespołem podświadomych zachowań [Nowak 1989: 93], przyjmujących formę nadmiernej gestykulacji, kołysania się, tupania, podskakiwania czy pstrykania palcami [Galicka 2019].

Edukacyjne walory metody rytmiki Émile'a Jaques'a-Dalcroze'a w realizacji przedmiotów teoretycznomuzycznych z niewidomymi uczniami klas I–III szkoły muzycznej I stopnia

Kształcenie słuchu i rytmika

Realizacja przedmiotów teoretycznomuzycznych w klasach I–III szkoły muzycznej I stopnia wydaje się sprawiać niewidomym uczniom wiele radości i satysfakcji. Choć wyniki badań dotyczące popularnego poglądu, że osoby z niepełnosprawnością wzroku mają dużo lepszy słuch muzyczny niż osoby widzące, nie są jednoznaczne, to – jak podaje Milena Wiśniewska – istnieje wiele naukowych dowodów wskazujących, iż niewidomi wyróżniają się ponadprzeciętnymi predyspozycjami natury muzycznej:

[...] niewidomi z reguły zyskują przewagę we wszelkiego typu zadaniach słuchowych, mierzących na przykład inteligencję muzyczną czy sprawdzających słuch wysokościowy. Dodatkowo wielu z nich posiada również słuch absolutny [...], a zdolność ta może rozwinąć się również wtedy, gdy rozpoczną oni muzyczną edukację w późniejszym wieku [Wiśniewska 2017: 110].

Choć niewidomi uczniowie częstokroć wyróżniają się na tle klasy w zakresie umiejętności słuchowych, to ze względu na ograniczenia kinestetyczne gorzej od rówieśników radzą sobie z przestrzenno-ruchowymi działaniami rytmicznymi. Warunkuje to fakt, że u dzieci z niepełnosprawnością wzroku nauka ruchu możliwa jest jedynie przez dotyk i jego fizyczne odczucie w ciele. Tacy uczniowie, pozbawieni możliwości konfrontowania swoich działań z pracą kolegów i koleżanek, wymagają większej liczby słownych potwierdzeń lub korekt, a także indywidualnej, opartej na bliskim kontakcie fizycznym pracy z nauczycielem [Dutoit 1965: 69].

Niepełnosprawność wzrokowa wzmacniać może również arytmie, która objawia się, jak już wspomniano, m.in. brakiem precyzji w wykonywaniu rytmów, tendencją do przyspieszania i zwalniania oraz rozpoczynania wykonywanego zadania za wcześnie lub za późno.

Z uwagi na ponadprzeciętne możliwości słuchowe osób z niepełnosprawnością wzroku, przy ich jednoczesnych ograniczeniach kinestetycznych, ćwiczenia rytmiki dalcroze'owskiej wydają się niezwykle celnie wpisywać w specyfikę potrzeb niewidomych uczniów szkół muzycznych. Dzieci biorące udział w lekcjach kształcenia słuchu i rytmiki prowadzonych według założeń szwajcarskiego pedagoga poddawane są wielowymiarowej stymulacji i, jak podają Anna Pasternak oraz Anetta Januszewska, „poprzez ruch mogą fizycznie doświadczać czasu trwania oraz wysokości dźwięków, ich dynamiki i artykulacji, frazowania, harmonii, barwy, a wreszcie formy muzycznej, co dzieje się w ruchu i przestrzeni, dzięki temu głębiej odczuwają i rozumieją muzykę” [Pasternak, Januszewska 2020: 58].

Za sprawą edukacji muzycznej w ruchu dzieci rozwijają umiejętności zarówno muzyczne, jak i przestrzenno-ruchowe: „[...] poprzez ruch ciała ludzkie nie tylko doświadcza czasu w utworze muzycznym, ale także poczucia przestrzeni lub odległości, którą muzyka zajmuje i pokonuje, oraz siły i oporu, jakich wymaga, aby się poruszyć” [cyt. za: Pasternak, Januszewska 2020: 59].

Ćwiczenia dalcroze'owskie aktywizujące jednocześnie analizator słuchowy, wzrokowy oraz kinestetyczno-ruchowy odgrywać mogą również fundamentalną rolę w kształceniu ekspresji wykonawczej uczniów

niewidomych. Jak podaje Diane Urista, edukacja według założeń metody rytmiki Émile'a Jaques'a-Dalcroze'a nie polega bowiem jedynie na angażowaniu ciała do poruszania się w rytm muzyki: „[...] chodzi o to, czego uczy się ono o muzyce poprzez proces fizycznej reprezentacji. Kinestetyczne wrażenia, których doświadczamy świadomie poprzez ruch, są później podświadomie czerpane, aby ulepszyć przyszłe wrażenia słuchowe i wykonawcze” [cyt. za: Pasternak, Januszewska 2020: 60]. Według autorki „podejście ucieleśnione promuje dynamiczną zależność między uczeniem się koncepcji muzycznych a ich zastosowaniem w ekspresyjnym wykonaniu” [cyt. za: Pasternak, Januszewska 2020: 60].

Muzykografia

Jak podkreśla Anna Faderewska-Kuszaj, wiedza z zakresu muzykografii ma w procesie kształcenia muzycznego dziecka z deficytem wzroku bardzo istotne znaczenie: „Bez znajomości brajlowskiej notacji muzycznej nie można mówić o efektywnej pracy z uczniami niewidomymi np. podczas zajęć z kształcenia słuchu czy innych przedmiotów muzycznych” [Faderewska-Kuszaj 2012: 4].

Na etapie edukacji muzycznej w klasach I–III szkoły muzycznej I stopnia w ramach zajęć muzykografii uczniowie mają za zadanie opanować elementy notacji muzycznej tożsame z tymi przewidzianymi w programie nauczania dla dzieci widzących. Indywidualne zajęcia odbywają się z wykorzystaniem specjalistycznych maszyn brajlowskich, za pomocą których na papierze o dużo wyższej niż w wypadku klasycznego arkusza gramaturze zapisywane są wypukłe punkty, możliwe do odczytania przy użyciu wyczulonych opuszków palców dłoni niewidomego ucznia. Postępy w nauce oceniane są na podstawie prac pisemnych w formie kartkówek, sprawdzianów oraz za pośrednictwem odpowiedzi ustnych. Notacja muzyczna przeznaczona dla osób niewidomych jest dość skomplikowana, a nauka jej prawideł wydaje się bardziej czasochłonna niż nauka zapisu w czarnodruku. Ponieważ posługuje się konfiguracjami

sześciopunktu brajlowskiego pisma, dość często jest dodatkowo mylona przez uczniów z zapisem liter i cyfr.

Metoda rytmiki Émile’a Jaques’a-Dalcroze’a, łącząca w sobie elementy pracy z gestem, słowną rytmizacją czy działaniami ruchowymi w przestrzeni, może w znacznej mierze wzbogacić przekaz treści teoretycznych, a tym samym przyczynić się do usprawnienia edukacji z zakresu brajlowskiej notacji muzycznej. Za jeden z przykładów zastosowania elementów rytmiki dalcroze’owskiej w nauce muzykografii niewidomych uczniów klas I–III szkoły muzycznej I stopnia posłużyć mogą doświadczenia autorki niniejszego artykułu. Dalcrozistka, po wielu nieudanych próbach przekazania wiedzy dotyczącej zapisu dźwięków z zakresu c^1 – c^2 , postanowiła wdrożyć elementy koncepcji szwajcarskiego pedagoga. Opracowała rytmiczny tekst piosenki opowiadającej o sześciopunktowych konfiguracjach wyznaczających kolejne stopnie gamy C-dur, wzmacniając jej naukę symultanicznymi działaniami ruchowymi obejmującymi stawianie kroków na rozłożonych na podłodze na wzór brajlowskiego sześciopunktu gumowych krążkach (zob. ilustracja 1, s. 129). Niewidomi uczniowie opanowali zapis brajlowskiej notacji w ciągu zaledwie dwóch lekcji, udowadniając tym samym następującą tezę:

Angażowanie środków ruchowych rozwija u uczniów wyrazistość spostrzegania nie tylko w obrębie zmysłu kinestetyczno-ruchowego, [...] uczeń aktywizuje bowiem również analizator słuchowy, wzrokowy oraz kinestetyczno-ruchowy, co sprawia, że edukacja jest bardziej efektywna. Ważne jest również to, że polisensoryczność ćwiczeń rytmiki Dalcroze’a pozytywnie wpływa na procesy związane z pamięcią [Pasternak, Trzepierczyńska 2018: 88].

Podsumowanie

Ze względu na wykazywaną przez osoby niewidome umiejętność bardzo dobrej koncentracji na bodźcach akustycznych muzyka wydaje się jedną

CCC 145

Słowa: Olga Daroch

C c c je-den czte-ry pięć, d d d tyl-ko je-den pięć,

e e e to cy-fer-ka sześć, f f f kwa-dra-ci-kiem jest, g to je-den dwa i pięć,

a dzie-wią-tą cy-fra jest, h w jot za-mie-ni-lo się, no i c to je-den czte-ry pięć.

		<i>c c c - jeden, cztery, pięć</i>			<i>g - to jeden, dwa i pięć</i>
		<i>d d d - tylko jeden, pięć</i>			<i>a - dziewiątą cyfrą jest</i>
		<i>e e e - to cyferka sześć</i>			<i>h - w jot zamieniło się</i>
		<i>fff - kwadracikiem jest</i>			<i>no i c - to jeden, cztery, pięć</i>

Ilustracja 1. Piosenka pt. Ccc 145 stanowiąca pomoc dydaktyczną w procesie nauki brajlowskiej notacji muzycznej; tekst piosenki: Olga Daroch, melodia inspirowana piosenką *Do-Re-Mi* autorstwa Richarda Rodgersa.

Oprac. własne

z najbardziej przystępnych dla nich sztuk pięknych; osoby z niepełnosprawnością wzroku odnajdują się również z powodzeniem w zawodzie muzyka. Ze względu na fakt, że w Polsce istnieją jedynie dwie placówki specjalizujące się w tyflopedagogice muzyki, coraz powszechniej praktykowane jest przyjmowanie uczniów niewidomych do ogólnokształcących szkół muzycznych. Stworzenie warunków dających szansę na sprawne funkcjonowanie dziecka niewidomego w przestrzeni takiej szkoły wymaga jednak istotnego zaangażowania i wsparcia ze strony dyrekcji oraz nauczycieli. Przeniesienie środków metodyki tyflopedagogicznej na grunt pedagogiki muzyki wiąże się z koniecznością podjęcia refleksji i określonych działań.

Metoda rytmiki Émile’a Jaques’a-Dalcroze’a, powstała w wyniku poszukiwań najskuteczniejszych sposobów kształtowania poczucia rytmu, rozwijania wrażliwości na elementy muzyki oraz wyobraźni muzycznej, wydaje się niezastąpionym narzędziem zarówno w kontekście edukacji, jak i w obszarze terapii niewidomych uczniów klas I–III szkoły muzycznej I stopnia. W realizacji przedmiotów teoretycznomuzycznych stanowić może niezbędny środek służący dogłębnemu doświadczeniu i zrozumieniu zjawisk muzycznych. Stymulując rozwój większości zmysłów oraz umożliwiając uzewnętrznienie wrażeń i przeżyć, odgrywa również znaczącą rolę w kształceniu ekspresji wykonawczej. Równolegle do pełnienia funkcji edukacyjnych ćwiczenia rytmiki dalcroze’owskiej służyć mogą niwelowaniu arytmii oraz redukcji blindyzmów. Pomocne są również w zaspokajaniu naturalnej potrzeby ruchu i zabawy oraz w poszerzaniu możliwości związanych z integracją dzieci niewidomych ze światem osób widzących.

Bibliografia

- Bogdanowicz Ewa, Durlow Grażyna, *Rytmika w terapii dziecka*, [w:] J. Uchyla-Zroski (red.), *Muzyka w środowisku społecznym*, [w serii:] „Wartości w Muzyce”, t. 4, Warszawa: Uniwersytet Śląski, s. 428–433.

- Brzozowska-Kuczkiewicz Marzena, 1991, *Émil Jaques-Dalcroze i jego rytmika*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Dutoit Claire-Lise, 1965, *Music, Movement, Therapy*, transl. by M. Anderson et al., London: The Dalcroze Society.
- Faderewska-Kuszaj Anna, 2012, *Brajlowska notacja muzyczna*, „Tyfloświat”, nr 3 (16), s. 3–5.
- Galicka Izabela, 2019, *Blindyźmy – mechanizm obronny?*, [online:] www.trakt.org.pl/blindyźmy-mechanizm-obronny-izabela-galicka/ [29.09.2022].
- Grzymkowska Marta, 2014, *Aktywność zawodowa osób niewidomych – najważniejsze dane*, [online:] <http://www.watchdogpfron.pl/aktywnosc-zawodowa-osob-niewidomych-najwazniejsze-dane/> [30.09.2022].
- Jaques-Dalcroze Émile, 1930, *Eurhythmics, Art and Education*, transl. by F. Rothwell, London: Chatto and Windus.
- Jędrychowska Anna, 1978, *Znaczenie rytmiki w rozwoju dziecka niewidomego*, „Wychowanie Muzyczne w Szkole”, nr 5, s. 218–224.
- Lewandowska Kinga, 1996, *Muzykoterapia dziecięca. Zbiór rozpraw z psychologii muzycznej dziecka i muzykoterapii dziecięcej*, wyd. 1, Gdańsk: Wydawnictwo Optima.
- Nowak Zofia, 1989, *Rytmika jako metoda rehabilitacji w pracy z dziećmi niewidomymi z zaniedbaniami wychowawczymi*, „Zeszyty Naukowe”, nr 18, Łódź: Akademia Muzyczna im. Grażyny i Kiejstuta Bacewiczów, s. 224–230.
- Pasternak Anetta, Januszewska Anna, 2020, *Znaczenie solfeżu Émile’a Jaques’a-Dalcroze’a w rozwoju muzykalności oraz zdolności twórczych uczniów klas I–III szkoły muzycznej I stopnia w świetle badań własnych*, „Konteksty Kształcenia Muzycznego”, t. 7, nr 1 (11), s. 57–78.
- Pasternak Anetta, Trzepierczyńska Agata, 2018, *O dezintegracji metody Émile’a Jaques’a-Dalcroze’a w polskim systemie kształcenia muzycznego. Refleksje na temat roli solfeżu dalcroze’owskiego w szkole muzycznej I stopnia*, „Konteksty Kształcenia Muzycznego”, t. 5, nr 1 (8), s. 85–94.
- Piekarzewska Małgorzata, Wieczorkowski Robert, Zajenkowska-Kozłowska Alicja, 2016, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Sacks Oliver, 2009, *Muzykofilia – opowieści o muzyce i mózgu*, tłum. J. Łoziński, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Stadnicka Janina, 1990, *Rewalidacja dzieci niewidomych przez rytmikę*, „Szkola Specjalna”, nr 2–3, s. 74–83.
- Towarzystwo Muzyczne im. Edwina Kowalika, 2022, [online:] <http://idn.org.pl/towmuz/index.html#BODY> [28.09.2022].
- Wiśniewska Milena, 2017, *Słuch osób niewidomych – przegląd badań*, „Konteksty Kształcenia Muzycznego”, t. 4, nr 2 (7), s. 97–114.

Streszczenie

W celu kompensacji zmysłów osoby niewidome w centrum zainteresowań często króć sytuują jakości dotykowe oraz dźwiękowe. Niejednokrotnie muzyka staje się im niezwykle bliska, a zdobycie profesjonalnego wykształcenia z zakresu tworzenia lub wykonywania dzieł tejże sztuki stanowić może jedną z nielicznych sposobności prowadzenia samodzielnego, w pełni aktywnego zawodowo życia. Metoda rytmiki Émile’a Jaques’a-Dalcroze’a, zrodzona na gruncie edukacji muzycznej, z czasem zaczęła być eksperymentalnie stosowana również w terapii i w rehabilitacji. Szwajcarski pedagog wiele uwagi poświęcił osobom z niepełnosprawnością wzroku. Niniejszy artykuł koncentruje się wokół dydaktycznych i terapeutycznych walorów dalcroze’owskiej koncepcji kształcenia muzyczno-ruchowego w pracy z niewidomymi uczniami klas I–III szkoły muzycznej I stopnia.

Słowa kluczowe: metoda rytmiki Émile’a Jaques’a-Dalcroze’a, uczeń niewidomy, szkoła muzyczna

OLGA DAROCH – absolwentka Akademii Muzycznej im. Karola Szymanowskiego w Katowicach w specjalności rytmika i przedmioty teoretycznomuzyczne oraz Akademii Sztuk Teatralnych im. Stanisława Wyspiańskiego we Wrocławiu w zakresie reżyserii teatru dzieci i młodzieży. Swoje umiejętności doskonaliła podczas licznych warsztatów i konferencji naukowych poświęconych metodzie rytmiki Émile’a Jaques’a-Dalcroze’a w krajach takich jak Niemcy, Austria, Szwajcaria oraz Stany Zjednoczone. Współpracowała z Uniwersytetem Humanistyczno-Społecznym SWPS w Warszawie, Wydziałem Edukacji Muzycznej, Chóralistyki i Muzyki Kościelnej Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, a także z Wydziałem Rytmiki i Wydziałem Wokalnym Państwowej Szkoły Muzycznej II stopnia im. Ryszarda Bukowskiego we Wrocławiu. W latach 2019–2022 sprawowała funkcje współopiekuna Koła Naukowego Rytmiki Akademii Muzycznej im. Karola Szymanowskiego w Katowicach. Obecnie pracuje jako nauczyciel rytmiki w Szkole Muzycznej I stopnia im. Profesor Marii Zduniak oraz jako koordynator ds. oferty zindywidualizowanej Centrum Edukacyjnego Narodowego Forum Muzyki im. Witolda Lutosławskiego we Wrocławiu.

MUZYCZNY GPS – AUTORSKI PROJEKT MUZYKOTERAPEUTYCZNEJ APLIKACJI DLA DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ WZROKU¹

Gabriela Tencza » Absolwentka Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

Wstęp

Czasy, w których żyjemy, charakteryzują się szybkim tempem rozwoju w wielu sektorach życia społecznego [Borkowski 2001: 7, Kwiatkowski 2018: 16]. Ciągły postęp techniczny oraz zastosowanie nowoczesnych technologii usprawniają rozwój wiedzy, materiałów czy sprzętów wykorzystywanych przez społeczeństwo w różnych dziedzinach nauki. Także w codziennym życiu ludzie czerpią z zasobów współczesnych technologii, sprawnie przystosowując je do swoich potrzeb. Działania te przynoszą znaczące korzyści oraz ułatwienia w zakresie różnych aktywności, takie jak łatwiejszy dostęp do informacji medycznych, naukowych, edukacyjnych, możliwość załatwienia wielu spraw zdalnie czy udziału w rozmaitych inicjatywach społecznych [Lepsza... 2019].

Muzykoterapia jest również dyscypliną, która nieustannie się rozwija [Konieczna-Nowak 2013: 12]. Wykorzystuje i łączy wiele metod oraz

¹» Artykuł powstał na podstawie pracy licencjackiej autorki pt. *Muzyczny GPS – muzykoterapeutyczna aplikacja dla dzieci z niepełnosprawnością wzroku*, napisanej pod kierunkiem dr. hab. Pawła Cylulki w Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu [Tencza 2021].

technik związanych z różnymi dziedzinami i dyscyplinami nauki (m.in. medycyną, edukacją specjalną i muzyczną, rehabilitacją, arteterapią, w tym choreoterapią, biblioterapią czy teatroterapią) [Bruscia 1998: 6]. Dzięki temu może być stosowana w pracy z grupami zróżnicowanymi pod względem wieku, choroby, zaburzenia oraz niepełnosprawności.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie autorskiego projektu muzykoterapeutycznej aplikacji pod nazwą Muzyczny GPS przeznaczonej dla dzieci z niepełnosprawnością wzroku, łączącej zdobycze muzykoterapii z osiągnięciami w zakresie nowoczesnych technologii.

Geneza powstania aplikacji

Wiek XXI jest w historii powszechnej okresem, w którym nieustannie powstają innowacyjne, nowatorskie technologie [Leszczyńska 2011: 128]. Każdego dnia ludzie wykorzystują je do realizacji swoich obowiązków, poszerzania horyzontów myślowych i zainteresowań, rozwoju naukowego, dbania o zdrowie, oddawania się swoim pasjom czy do organizowania form spędzania wolnego czasu. Współczesne technologie pozwalają na zwiększanie zakresu działania w wielu dziedzinach, doskonalenie narzędzi wykonawczych, przyspieszanie procesów twórczych, stają się zatem nierozdzielną częścią życia, wpływając na komfort dnia codziennego [Łysik, Machura 2014: 15]. Większość ludzi nie jest już w stanie wyobrazić sobie funkcjonowania na co dzień bez smartfona, tabletu, komputera stacjonarnego, laptopa czy Internetu. Wszystkie te czynniki powodują, iż nowe technologie nieustannie oddziałują zarówno na życie zawodowe oraz prywatne, jak i na funkcjonowanie społeczne każdej jednostki [Łysik, Machura 2014: 16].

Przydatność, wielozadaniowość oraz duże możliwości sprzętów elektronicznych, a także Internetu dały się odczuć w czasie trwania pandemii COVID-19, która wybuchła pod koniec grudnia 2019 roku [Balcewicz 2022, Dymecka 2021: 2]. W tej nowej sytuacji, pełnej niejasności wynikających z braku konkretnych informacji na temat wirusa, sposobu

jego rozprzestrzeniania się oraz konkretnych metod leczenia, ludzie stanęli przed wieloma wyzwaniami związanymi z koniecznością izolacji społecznej. Dotychczasowe zachowania, czynności i działania musiały zostać zmodyfikowane, dostosowane do wymogów wynikających z zarządzeń sanitarnych i państwowych mających na celu zahamowanie przenoszenia się koronawirusa, a co za tym idzie, zmniejszenie liczby zachorowań [Rozporządzenie... 2020]. Większość działań, aktywności zawodowych, edukacyjnych, a także prywatnych została przeniesiona do sieci wirtualnej. Wykorzystano do tego sprzęty elektroniczne, które umożliwiają przejście ze stacjonarnego trybu funkcjonowania różnego rodzaju placówek (m.in. państwowych, prywatnych, edukacyjnych, kulturalnych, sportowych) na tryb zdalny. Zróżnicowanie w zakresie dostępnych modeli oraz zalety współczesnych rozwiązań technologicznych pozwoliły na realizowanie wielu akcji społecznych i kulturalnych w Internecie. Służyły one szerzeniu przydatnych informacji związanych z rozwojem pandemii, wprowadzaniem nowych obostrzeń, edukowaniem społeczeństwa oraz popularyzowaniem właściwych zachowań będących przejawem wsparcia i jednoczenia się ludzi w trudnej sytuacji.

Pandemia i związane z nią wydarzenia ujawniły wiele zapotrzebowań (np. w zakresie finansowym, pomocowym czy sprzętowym) wśród różnych grup społecznych i zawodowych, co wynikało ze specyfiki funkcjonowania tychże grup zarówno w pracy, jak i w miejscu zamieszkania. Jedną z takich zbiorowości były osoby niepełnosprawne wzrokowo, które ze względu na różny stopień i rodzaj uszkodzenia wzroku stanowią wewnątrznie zróżnicowane grono [Majewski 1983: 16]. By samodzielnie i niezależnie funkcjonować w społeczeństwie za pomocą wirtualnej przestrzeni, osoby te potrzebują specjalnie dostosowanych elektronicznych sprzętów użytkowych wyposażonych w funkcje dostępności [Bednarczyk 2011: 3–5, Patoczka 2008]. Pierwsze miesiące pandemii pokazały liczne braki i problemy w zakresie aktywności adresowanych bezpośrednio do tej grupy, która z powodu izolacji została zmuszona do rezygnacji z wielu zajęć stacjonarnych (np. związanych z pracą, nauką, rehabilitacją, rozwijaniem własnych zainteresowań, spędzaniem wolnego czasu, wypoczynkiem, a także integracją). Większość działań kierowanych do osób

z niepełnosprawnością wzroku w Internecie miała charakter informacyjno-edukacyjny i służyła przekazywaniu niezbędnych informacji związanych z aktualnymi wytycznymi, obostrzeniami oraz zaleceniami dotyczącymi pandemii [Wezwanie... 2020].

Współczesne sprzęty elektroniczne mają wiele funkcji umożliwiających i ułatwiających osobom z niepełnosprawnością wzroku sam dostęp do nich, ich samodzielłą obsługę oraz wykorzystywanie w różnych celach (służbowych, szkolnych, rehabilitacyjnych, naukowych czy rekreacyjnych) [Patoczka 2008]. Dzięki temu niepełnosprawni wzrokowo zyskują sposobność prowadzenia różnorodnych działań własnych w wielu dziedzinach, co daje im poczucie sprawstwa oraz niezależności. Obecne systemy operacyjne oferują już wiele wbudowanych funkcji dostępności, które są wystarczające i pozwalają osobom niedowidzącym na swobodne użytkowanie treści znajdujących się w Internecie.

Wychodząc naprzeciw potrzebom omawianej tu grupy społecznej, z czasem zwiększono zakres proponowanych jej w wirtualnej sieci aktywności. Można było wśród nich odnaleźć działania o charakterze:

- > informacyjnym – służące przekazywaniu istotnych wiadomości związanych z wieloma dziedzinami życia, nauki oraz kultury;
- > edukacyjnym – pogłębiające wiedzę ogólną oraz specjalistyczną, mające na celu rozwój, a także poszerzanie horyzontów intelektualnych;
- > kulturalnym – przystosowujące internetowe zasoby instytucji kulturalnych do potrzeb osób z niepełnosprawnością wzroku;
- > rozrywkowym – służące organizacji sposobów spędzania czasu wolnego, rozwijaniu pasji oraz relaksacji².

2» Przytoczona klasyfikacja aktywności oraz działań kierowanych do osób z niepełnosprawnością wzroku w Internecie została stworzona na podstawie przeglądu treści udostępnianych na portalach internetowych. Przykładowe portale internetowe: Polski Związek Niewidomych, [online:] <https://pzn.org.pl>; Teatr Kamienica, [online:] <https://teatrkamienica.pl>; Festiwal Kultury i Sztuki dla Osób Niepełnosprawnych, [online:] <https://fkison.defacto.org.pl>; Fundacja Kultura bez Barier,

Działania te świadczą o coraz większej wrażliwości społecznej na potrzeby osób z niepełnosprawnością, wskazują także, jak wiele aktywności związanych z najróżniejszymi dziedzinami życia może być przez nie realizowanych w wirtualnej przestrzeni i jak wiele jest jeszcze w tym zakresie do zrobienia. W omawianych działaniach da się zauważyć niedostatki, zwłaszcza w sferze rozrywkowej. Niewiele można obecnie odnaleźć w wirtualnej przestrzeni stworzonych z myślą o osobach niedowidzących gier, portali czy aplikacji służących celom rozrywkowym.

Izolacja społeczna uwidoczniła konieczność podjęcia działań, które przyczyniłyby się do rozwoju rozrywkowej strefy aktywności osób z niepełnosprawnością wzroku w Internecie. Wykorzystując sprzęt elektroniczny wyposażony w systemy operacyjne mające świetnie przystosowane do tego celu funkcje, można stworzyć nowe, innowacyjne projekty skierowane bezpośrednio do tej grupy [Cylulko 2022: 123, Pyżalski 2021: 108]. Stosując zaś w nich potencjał i środki oddziaływania tyfłomuzykoterapii, można przyczynić się w znaczący sposób do usprawnienia oraz usamodzielnienia podopiecznych z nie w pełni sprawnie funkcjonującym wzrokiem. Dodatkową korzyścią z takiego połączenia jest dostarczenie tej grupie osób narzędzi do kreatywnego spędzania czasu wolnego.

Opisywana tu sytuacja i związane z nią przesłanki stały się dla mnie inspiracją do podjęcia próby stworzenia autorskiego projektu muzykoterapeutycznej aplikacji Muzyczny GPS. Analizując internetowe informacje na temat wpływu współczesnej technologii informatycznej na życie każdego człowieka, jak również publikacje na temat tyfłomuzykoterapii i specyfiki funkcjonowania osób z niepełnosprawnością wzroku, zauważyłam niedostatki w działaniach i aktywnościach kierowanych bezpośrednio do tego grona, dlatego też postanowiłam podjąć pracę nad projektem, który łączyłby możliwości aplikacji internetowej oraz tyfłomuzykoterapii.

[online:] <https://kulturabezbarier.org>; Zachęta – Narodowa Galeria Sztuki, [online:] <https://zacheta.art.pl>; Ninateka, [online:] <https://ninateka.pl>; Adapter, [online:] <https://adapter.pl> [4.01.2025].

Funkcje i cele aplikacji

Muzyczny GPS jest pierwszą w historii tyflomuzykoterapii muzykoterapeutyczną aplikacją internetową dla dzieci z niepełnosprawnością wzroku opierającą się w swoim działaniu na założeniach terapii opracowanej według koncepcji modelu tyflomuzykoterapii autorstwa Pawła Cylulki [Cylulko 2004]. Tyflomuzykoterapia może pełnić następujące funkcje we wspomaganiu dzieci z uszkodzonym wzrokiem [Cylulko 2004: 100]:

- > rekreacyjno-ludyczną – polegającą na zapewnieniu możliwości zabawy oraz kreatywnego spędzenia czasu wolnego;
- > pobudzającą – zachęcającą do aktywnego spędzania czasu wolnego oraz podejmowania aktywności wspomagających rozwój;
- > psychoterapeutyczną – mobilizującą do przeżywania i przepracowywania różnych emocji;
- > rozwojową – mającą na celu wspomaganie i usprawnianie rozwoju osobniczego;
- > estetyczną – dającą możliwość poznawania muzyki i pogłębiania wiedzy muzycznej oraz kształtowania wartościowych wzorców estetycznych;
- > adaptacyjną – przygotowującą do samodzielnego funkcjonowania, a także do korzystania ze sprzętów elektronicznych i systemowych funkcji ułatwień dostępu;
- > kreatywną – mającą na celu rozwój wyobrażeń oraz myślenia abstrakcyjnego;
- > edukacyjną – polegającą na zapoznawaniu dzieci z wiadomościami z zakresu wiedzy ogólnomuzycznej.

Przytoczone funkcje stanowią punkt wyjścia do prowadzonych za pomocą aplikacji działań muzykoterapeutycznych, które są realizowane dzięki wykorzystaniu gier terapeutycznych (*Muzykoterapeutyczne zgadnij kto to, co to?* oraz *Muzyczne memory*) opartych na głównych założeniach tyflomuzykoterapii. Wspomniane gry służą wspomaganiu i usprawnianiu rozwoju osobniczego dzieci z niepełnosprawnością wzroku, a także poprawiają pracę zmysłu słuchu. Skupiają się na oddziaływaniu

prowadzącym do pogłębienia umiejętności poznawczych oraz polepszenia psychicznego i emocjonalnego funkcjonowania dzieci.

Jak już wspomniano, główne założenia tyflomuzykoterapii wyznaczają funkcje Muzycznego GPS-u. One z kolei determinują cele, które są dostosowywane do indywidualnych potrzeb oraz możliwości dzieci z niepełnosprawnością wzroku³. Fakt ten wpłynie, jak mierniam, na osiaganie przez te osoby w przyszłości większej samodzielności i niezależności w życiu prywatnym, zawodowym czy społecznym. Wypracowane za pomocą opisywanej aplikacji internetowej umiejętności przyczynią się do poszerzenia zakresu aktywności wykonywanych w czasie zajęć muzykoterapeutycznych realizowanych w formie stacjonarnej.

Aplikacja Muzyczny GPS ma za zadanie realizować następujące cele:

- > wspomaganie rozwoju indywidualnego oraz wyrównywanie braków wynikających z niepełnosprawności wzrokowej (rozwój wyobrażeń, widzenia, słyszenia, rozróżniania barw muzycznych, umiejętności posługiwania się sprzętem elektronicznym);
- > rozwijanie sprawności poznawczej w sferze kultury muzycznej (poznawanie różnorodnej literatury muzycznej, ciekawostek z zakresu historii muzyki, sylwetek kompozytorów, których utwory zostały wykorzystane w aplikacji);
- > stymulowanie zmysłu słuchu oraz wzroku (w wypadku dzieci słabowidzących);
- > uzupełnianie niedostatków w aktywnościach kierowanych bezpośrednio do osób z niepełnosprawnością wzroku;
- > poprawianie nastroju oraz samopoczucia przez wykorzystany materiał muzyczny;
- > wzmacnianie poczucia własnej wartości i sprawczego działania za pomocą zamieszczonych w aplikacji gier terapeutycznych;
- > uzupełnianie prowadzonych działań tyflomuzykoterapeutycznych;
- > dostarczenie przyjemności oraz radości z nowej formy spędzania wolnego czasu.

3» Dokonuje się tego za pomocą ustawień poziomu trudności w grach.

Przedstawione cele podkreślają wartość opisywanej aplikacji internetowej i słuszność jej koncepcji, ponieważ za jej pomocą następować będzie rozwój dzieci z uszkodzonym wzrokiem oraz poprawa ich funkcjonowania w różnych aspektach życia (m.in. psychicznym, poznawczym, emocjonalno-społecznym, estetyczno-kulturalnym). Dzięki oparciu programu na głównych założeniach tyflomuzykoterapii Muzyczny GPS będzie uzupełniał i wspomagał prowadzony proces muzykoterapeutyczny. Warto również zauważyć, że specjalnie zaprojektowane gry nie tylko umożliwią dzieciom z niepełnosprawnością wzroku kreatywne spędzenie czasu wolnego, lecz także przyczynią się do poszerzenia ich wiedzy muzycznej i wykształcenia wartościowych wzorców estetycznych. Wykorzystywany materiał akustyczny będzie stanowił też formę zachęty do poznawania całych utworów zamieszczonych w aplikacji oraz do poszerzania poznanego repertuaru tzw. muzyki poważnej o kolejne przykłady.

Opisane funkcje i cele Muzycznego GPS-u będą rozbudowywane na podstawie danych uzyskanych w wyniku ewaluacji aplikacji oraz w miarę rozwoju materiałów związanych z tyflomuzykoterapią i rehabilitacją omawianej grupy podopiecznych.

Budowa aplikacji

Muzyczny GPS to muzykoterapeutyczna aplikacja internetowa dla dzieci z niepełnosprawnością wzroku, która jest dostępna na przeglądarkach stron internetowych obsługiwanych przez komputery stacjonarne oraz laptopy wykorzystujące systemy operacyjne Microsoft Windows i macOS. Powstała ona jako autorski projekt łączący elementy wiedzy z zakresu tyflomuzykoterapii, pedagogiki specjalnej i informatyki.

Aplikacja składa się z internetowej strony startowej, na której zamieszczone są logo programu (zob. ilustracja 1, s. 141), jego opis, cel powstania oraz następujące zakładki:

- > *Muzykoterapeutyczne zgadnij, kto to, co to?*,
- > *Muzyczne memory*,

- > *Panel dla rodzica,*
- > *Twórcy,*
- > *Ciekawostki,*
- > *Nota prawna.*



Ilustracja 1. Logo aplikacji Muzyczny GPS.
Oprac. własne

W zaprojektowanych na podstawie założeń tyflomuzykoterapii grach terapeutycznych *Muzykoterapeutyczne zgadnij, kto to, co to?* oraz *Muzyczne memory* wykorzystano materiał akustyczny (materiał muzyczny oraz zjawiska akustyczne) wchodzący w zakres środków oddziaływania stosowanych w terapii osób z niepełnosprawnością wzroku. Utwory zostały dobrane pod kątem wartości estetycznych i artystycznych. Działanie takie prowadzi w zamierzeniu do wspomagania oraz uzupełniania głównego procesu terapeutycznego, a także zachęca wychowanków do zapoznania się z literaturą muzyczną.

Muzykoterapeutyczne zgadnij, kto to, co to? (zob. ilustracja 2, s. 142) jest grą, w której przykłady muzyczne przyporządkowane są do określonych kategorii i charakterystycznych dla nich podkategorii. Kategorie główne obejmują pory roku, pory dnia, osoby, miejsca/krajobrazy, regiony Polski, tańce ludowe, postaci z bajek. Wychowanek, słuchając fragmentu utworu, ma za zadanie rozpoznać i zaznaczyć prawidłową kategorię. Gra toczy się do momentu rozszyfrowania wszystkich głównych kategorii. *Muzykoterapeutyczne zgadnij, kto to, co to?* daje możliwość ustawienia poziomów trudności (do wyboru są trzy stopnie: łatwy, średni, zaawansowany), co pozwala na dostosowanie gry do indywidualnych potrzeb dzieci.



Ilustracja 2. Gra Muzykoterapeutyczne zgadnij, kto to, co to?

Oprac. własne

W swojej budowie oraz w działaniu opisywana gra wykorzystuje metodę wyobrażeniowo-projekcyjną, a dokładniej technikę wolnych skojarzeń. Polega ona na tworzeniu w wyobraźni obrazów pod wpływem słuchanej muzyki. Zarówno charakter danego utworu, jak i zawarte w nim elementy dzieła muzycznego mają wywołać u podopiecznego powstanie danego wyobrażenia, które będzie się opierać na dobrze znanych z jego życia treściach, obiektach, rzeczach, osobach czy miejscach. Zastosowana w tej grze technika ma za zadanie pobudzić dziecko z niepełnosprawnością wzroku do myślenia abstrakcyjnego, tworzenia obrazów wyobrażeniowych pod wpływem muzyki oraz do ich kategoryzacji.

Wykorzystany materiał muzyczny obrazujący poszczególne kategorie główne i ich podkategorie obejmuje następujące utwory:

1) pory roku:

- > wiosna – Antonio Vivaldi, *Koncert nr 1 E-dur „Wiosna”* RV 269, cz. I: *Allegro*,
- > lato – Antonio Vivaldi, *Koncert nr 2 g-moll „Lato”* RV 315, cz. III: *Presto*,
- > jesień – Antonio Vivaldi, *Koncert nr 3 F-dur „Jesień”* RV 293, cz. III: *Allegro*,
- > zima – Antonio Vivaldi, *Koncert nr 4 f-moll „Zima”* RV 297, cz. II: *Largo*;

2) pory dnia:

- > rano – Edvard Grieg, *I suita „Peer Gynt”* op. 46, cz. I: *Poranek*,
- > południe – Edvard Grieg, *II suita „Peer Gynt”* op. 55, cz. II: *Taniec arabski*,
- > wieczór – Edvard Grieg, *I suita „Peer Gynt”* op. 46, cz. III: *Taniec Anitry*,
- > noc – Edvard Grieg, *I suita „Peer Gynt”* op. 46, cz. IV: *W grocie Króla Gór*;

3) osoby:

- > niemowlę – autorska improwizacja fortepianowa wykonana przez Kacpra Górskiego,
- > osoba dorosła – autorska improwizacja fortepianowa wykonana przez Kacpra Górskiego,
- > osoba starsza – autorska improwizacja fortepianowa wykonana przez Kacpra Górskiego;

4) miejsca/krajobrazy:

- > morze – Gabriel Pierné, *Canzonetta*,
- > jezioro – Luigi Fontana, *Dodici studi per clarinetto Si*, nr 1,
- > wieś – Dmitrij Szostakowicz, *Five pieces for two violins and piano*, cz. II: *Gavotte*,
- > góry – Tadeusz Baird, *Dwa kaprysy*, cz. I;

5) regiony Polski:

- > Podhale – *W murowanej piwnicy*,
- > Mazowsze – *Ojcu chycoł*,
- > Śląsk – *Nie chcę Cię znać*,
- > Wielkopolska – *Poniewierany*;

6) tańce ludowe:

- > polka – melodia ludowa,
- > polonez – melodia ludowa,
- > kujawiak – melodia ludowa,
- > mazur – melodia ludowa;

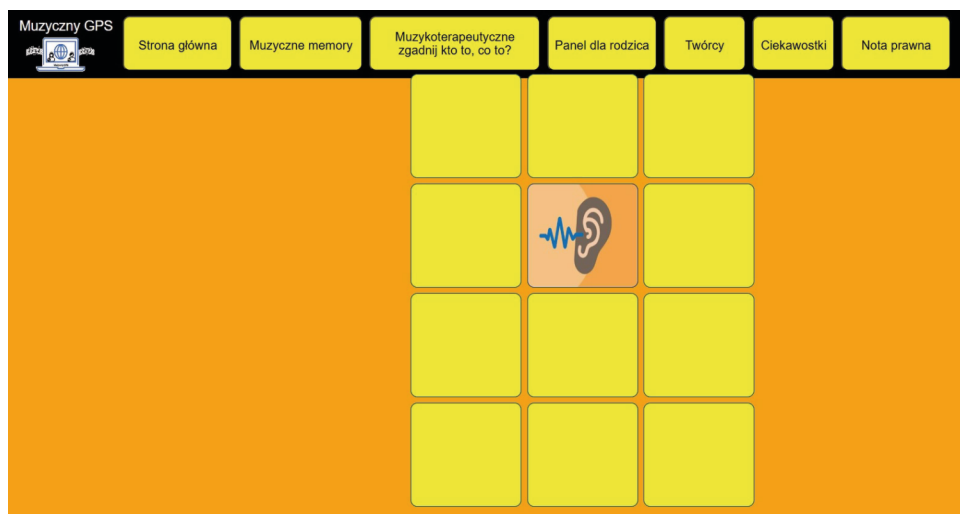
7) postaci z bajek:

- > Masza z *Maszy i niedźwiedzia* – Wasilij Bogatyriew, *Masza i Niedźwiedź*,

- > Elsa z *Krainy lodu* – Idina Menzel, *Let It Go*,
- > Pies z *Psiego patrolu* – Michael Smith, Scott Krippayne, *Paw Patrol*.

Wykorzystane w grze utwory muzyczne oraz improwizacje zostały wykonane na różnych instrumentach (skrzypcach, flecie, fortepianie, saksofonie, klawirze). W ramach każdej kategorii przykłady obrazujące jej podkategorie przedstawiono za pomocą jednego konkretnego instrumentu, tak aby oswoić dziecko z niepełnosprawnością wzroku z jego barwą, brzmieniem, a także ułatwić rozpoznawanie poszczególnych kategorii.

Muzyczne memory (zob. ilustracja 3) to również gra terapeutyczna. Polega ona na odnalezieniu obrazowo-dźwiękowych par na planszy. Liczba przykładów do rozpoznania w grze wyznaczana jest przez poziom trudności (ponownie: łatwy, średni lub zaawansowany), co pozwala na korzystanie z niej dzieciom o różnych możliwościach zależnych od ich indywidualnego rozwoju osobniczego.



Ilustracja 3. Gra *Muzyczne memory*.

Oprac. własne

Gra w działaniu i w budowie opiera się na metodzie wyobraźniowo-projekcyjnej, a dokładniej na technice kierowanej wyobraźni, polegającej na kreowaniu za pomocą muzyki konkretnych obrazów do podanego

wcześniej tematu. *Muzyczne memory* zawiera 18 przykładów dźwiękowych mających na celu wywołanie u podopiecznych projekcji, która poprowadzi ich do identyfikacji dźwięku z właściwym obrazem znajdującym się na planszy.

Wśród par obrazowo-dźwiękowych znajdują się następujące elementy:

- > grudzień – dźwięk dzwoneczków,
- > styczeń – odgłos kroków na śniegu,
- > marzec – odgłosy ptaków,
- > listopad – odgłos padającego deszczu,
- > las – odgłosy ptaków, szum drzew,
- > morze – szum fal,
- > góry – beczenie owiec,
- > miasto – szum samochodów,
- > wieś – odgłosy kur, kaczek,
- > rower – dźwięk dzwonka mechanicznego,
- > tramwaj – odgłos uderzania kół o szyny,
- > statek – dźwięk syreny pokładowej,
- > samochód – dźwięk klaksonu,
- > kot – mruczenie,
- > pies – szczekanie,
- > kaczka – kwakanie,
- > mysz – odgłos gryzienia,
- > burza – odgłos piorunów.

Wykorzystane pary zostały wybrane ze względu na swoją uniwersalność, a także powszechność w życiu dzieci z niepełnosprawnością wzroku. W przykładach użyto dźwięków z najbliższego otoczenia podopiecznych, tak aby umożliwić im łatwą identyfikację i weryfikację znanych z codzienności zjawisk, przedmiotów, zwierząt i rzeczy. Działanie takie ma służyć rozwojowi indywidualnemu, wyrównywać braki związane z funkcjonowaniem wyobrażeń wzrokowych oraz ułatwiać poruszanie się w przestrzeni.

W Muzycznym GPS-ie znajduje się również *Nota prawna*, która wyznacza zasady korzystania z aplikacji oraz z zamieszczonych w niej gier. W zakładkach *Twórcy* i *Ciekawostki* odnaleźć można wiadomości

i informacje związane z kompozytorami, instrumentami oraz użytymi utworami. Ich zadaniem jest poszerzenie wiedzy ogólnomuzycznej dziecka.

W zakładce *Panel dla rodzica* (zob. ilustracja 4) znajduje się adres poczty internetowej, na który rodzice/opiekunowie mogą przysyłać związane z funkcjonowaniem aplikacji opinie i sugestie, które zostaną w przyszłości wykorzystane do udoskonalenia programu.



Ilustracja 4. *Panel dla rodzica.*

Oprac. własne

Zaprezentowany projekt w postaci aplikacji internetowej i znajdujących się w niej gier terapeutycznych to pierwsza wersja Muzycznego GPS-u, która będzie rozbudowywana i poszerzana w trakcie swojego funkcjonowania, wraz z pojawianiem się nowych rozwiązań w tyflomuzykoterapii, pedagogice specjalnej i informatyce.

Planowane są następujące działania związane z ewaluacją aplikacji:

- > stworzenie wersji dostępnej na systemy operacyjne dla urządzeń mobilnych (Android, iOS),
- > poszerzenie repertuaru muzycznego oraz dźwiękowego wykorzystywanego w *Muzykoterapeutycznym zgadnij, kto to, co to?* oraz w *Muzycznym memory*,
- > zamieszczenie nowych ciekawostek muzycznych w dedykowanej im zakładce,
- > stworzenie nowych gier terapeutycznych,
- > umożliwienie rozgrywania poszczególnych gier w parach,
- > stworzenie skierowanej do rodziców/opiekunów, nauczycieli oraz terapeutów zakładki zawierającej przydatne informacje i wiadomości związane z tyflomuzykoterapią.

Zakończenie

Współczesne technologie pozwalają społeczeństwu na rozwój wielu dziedzin nauki oraz życia społecznego. Ich wykorzystywanie pomaga ludziom w codziennych aktywnościach, a różnorodność dostępnych sprzętów elektronicznych przyczynia się do coraz większego komfortu działań. Dzięki zastosowaniu tych urządzeń zwykle czynności mogą być realizowane w szybszy i sprawniejszy sposób.

Niestety w obecnych realiach nie wszystkie grupy społeczne mogą korzystać z nowoczesnych technologii w jednakowym stopniu, czego przykładem jest sytuacja dzieci z niepełnosprawnością wzroku. Przedstawione w niniejszym artykule treści pokazują, że dzieci te tworzą grupę, która ze względu na rodzaj oraz stopień niepełnosprawności wymaga odpowiednio przystosowanych do swoich potrzeb narzędzi, materiałów i sprzętów, wyposażonych w specjalne oprogramowanie oraz funkcje ułatwiające dostęp i umożliwiające swobodne, samodzielne użytkowanie tych narzędzi przez osoby niepełnosprawne wzrokowo.

Wsparcie w tym zakresie oferuje muzykoterapia – dyscyplina, która nieustannie rozbudowuje swoje zasoby i wykorzystywane środki oddziaływania. Ich różnorodność i możliwości zastosowania pozwalają na wspomaganie oraz uzupełnianie terapii i rehabilitacji, przyczyniając się do osiągania zamierzonych celów terapeutycznych. Wykorzystanie w tyflomuzykoterapii sprzętów elektronicznych oraz ich funkcji ułatwiających dostępność pozwala na stworzenie nowych, innowacyjnych rozwiązań terapeutycznych. Muzyczny GPS jest przykładem takiego rozwiązania – pionierskim projektem łączącym zagadnienia związane zarówno z terapią muzyczną niewidomych, kształceniem specjalnym, jak i z technologią informacyjną.

Bibliografia

- Balcewicz Justyna, 2022, *Wpływ pandemii COVID-19 na rewolucję cyfrową w edukacji i na rynku pracy*, [online:] <https://cyberpolicy.nask.pl/wpływ-pandemii-covid-19-na-rewolucje-cyfrowa-w-edukacji-i-na-rynku-pracy/> [11.03.2023].

- Bednarczyk Dorota, 2011, *Pokonywanie barier, czyli zasoby cyfrowe szansą dla osób z niepełnosprawnościami wzroku*, „Biuletyn EBIB”, nr 8 (126), [online:] http://www.ebib.pl/?page_id=521 [11.03.2023].
- Borkowski Robert, 2001, *Cywilizacja. Technika. Ekologia. Wybrane problemy rozwoju cywilizacyjnego u progu XXI wieku*, Kraków: AGH Uczelniane Wydawnictwa Naukowo-Dydaktyczne.
- Bruscia Kenneth E., 1998, *Defining Music Therapy*, 2nd ed., Gilsum: Barcelona Publishers.
- Cylulko Paweł 2004, *Tyflomuzykoterapia dzieci. Teoria i praktyka muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnościami wzrokową*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Cylulko Paweł, 2022, *Interwencja tyflomuzykoterapeutyczna w praktyce edukacyjno-rehabilitacyjnej*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia – od pionierskiej działalności do kreatywnej twórczości*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 4, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 121–136.
- Dymecka Joanna, 2021, *Psychospołeczne skutki pandemii COVID-19*, „Neuropsychiatria i Neuropsychologia”, t. 16, nr 1–2, s. 1–10.
- Konieczna-Nowak Ludwika, 2013, *Wprowadzenie do muzykoterapii*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Kwiatkowski Stefan M., 2018, *Kompetencje przyszłości*, [w:] S.M. Kwiatkowski (red.), *Kompetencje przyszłości*, [w serii:] „Seria Naukowa FRSE”, t. 3, Warszawa: Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji, s. 14–30.
- Lepsza przyszłość – gdy technologia przyczynia się do kształtowania zrównoważonego społeczeństwa*, 2019, [online:] <https://elektronikab2b.pl/prezentacje/50758-lepsza-przyszlosc-gdy-technologia-przyczynia-sie-do-ksztaltowania-zrownowazonego-spoleczenstwa> [11.03.2023].
- Leszczyńska Małgorzata, 2011, *Współczesny model rozwoju społecznego z perspektywy rewolucji informacyjnej*, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy”, nr 23, s. 125–134.
- Łysik Łukasz, Machura Piotr, 2014, *Rola i znaczenie technologii mobilnych w codziennym życiu człowieka XXI wieku*, „Media i Społeczeństwo. Medioznawstwo, komunikologia, semiologia, socjologia mediów”, nr 4, s. 15–26.
- Majewski Tadeusz, 1983, *Psychologia niewidomych i niedowidzących*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Patoczka Marcin, 2008, *Dostępne WWW*, „Tyfloświat”, nr 1, [online:] <https://tyfloswiat.pl/czasopismo/tyfloswiat-1-2008/dostepne-www/> [11.03.2023].
- Pyżalski Jacek, 2021, *Zdrowie psychiczne i dobrostan młodych ludzi w czasie pandemii COVID-19 – przegląd najistotniejszych problemów*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, t. 20, nr 2, s. 92–115.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, 2020, [online:] <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200000566/O/D20200566.pdf> [11.03.2023].

Tencza Gabriela, 2021, *Muzyczny GPS – muzykoterapeutyczna aplikacja dla dzieci z niepełnosprawnością wzroku*, niepublikowana praca licencjacka napisana pod kierunkiem dr. hab. Pawła Cylulki, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.

Wezwanie Światowej Unii Niewidomych (WBU) do działania w czasie pandemii koronawirusa, 2020, [online:] <https://pzn.org.pl/wezwanie-swiatowej-unii-niewidomych-wbu-do-dzialania-w-czasie-pandemii-koronawirusa/> [11.03.2023].

Streszczenie

Nowoczesne technologie informatyczne pozwalają społeczeństwu na rozwój wielu dziedzin nauki oraz życia społeczno-kulturowego i pomagają w codziennych aktywnościach. Znajdują również zastosowanie w muzykoterapii – samodzielnej dyscyplinie, której środki oddziaływania terapeutycznego są nieustannie wzbogacane. Wykorzystane w ten sposób współczesne technologie, dzięki swej różnorodności oraz skuteczności, dają możliwość wspomagania innych form terapii i rehabilitacji, przyczyniają się także do osiągnięcia zamierzonych celów terapeutycznych. Artykuł przedstawia autorski projekt muzykoterapeutycznej aplikacji dla dzieci z niepełnosprawnością wzroku. Muzyczny GPS to pionierski pomysł łączący zagadnienia związane zarówno z tyflomuzykoterapią, jak i z informatyką.

Słowa kluczowe: aplikacja muzykoterapeutyczna, dziecko niepełnosprawne, technologie wspomagające, tyflomuzykoterapia

GABRIELA TENCZA – absolwentka studiów magisterskich z zakresu muzykoterapii na Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Absolwentka Państwowej Szkoły Muzycznej II stopnia im. Ryszarda Bukowskiego we Wrocławiu w klasie klarnetu dr. Tomasza Dobrzańskiego. Redaktorka oraz autorka strony

internetowej Dotyk Muzyki, która dedykowana jest szerzeniu wiedzy związanej z muzykoterapią i z edukacją muzyczną. W kręgu jej zainteresowań znajdują się tyflomuzykoterapia, wykorzystanie muzykoterapii w chorobach psychosomatycznych oraz wychowanie przez sztukę.

CZĘŚĆ II

Wspieranie zdrowia osób dorosłych przez oddziaływania muzykoterapeutyczne

MUZYKOTERAPIA JAKO CZYNNIK HUMANIZACJI W OPIECE ZDROWOTNEJ

Małgorzata M. Stańczyk » Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Wstęp

W 2021 roku przedstawiciele trzech instytucji, tj. Ministerstwa Zdrowia, Agencji Badań Medycznych oraz Uniwersytetu Warszawskiego, podpisali list intencyjny dotyczący wspierania idei humanizmu w medycynie [*List intencyjny...* 2021]. Celem owego porozumienia jest propagowanie tejże idei w szeroko pojętych naukach medycznych. Koncepcja humanizacji procesu leczenia zakłada, że ma ono przebiegać z poszanowaniem indywidualnych potrzeb, godności i autonomii pacjenta, ponadto przywiązuje się wagę do tego, aby procedury medyczne były jak najmniej bolesne i jak najmniej uciążliwe. Coraz częściej akcentuje się potrzebę holistycznego podejścia do leczenia pacjenta i konieczność zadbania o jego dobrostan nie tylko fizyczny, lecz także emocjonalny i psychospołeczny. Istotnym czynnikiem w procesie humanizacji opieki zdrowotnej jest oddziaływanie środowiska szpitalnego, dlatego też zwraca się uwagę na podejmowanie działań prowadzących do kształtowania tzw. środowiska terapeutycznego, a więc przystosowania przestrzeni szpitalnej do potrzeb i wartości przebywających w niej osób – zarówno pacjentów, jak i personelu.

Wpływ otoczenia szpitalnego na stan zdrowia pacjentów został potwierdzony w licznych pracach badawczych. Podstawę podejmowanych

w tym obszarze badań stanowi hipoteza, zgodnie z którą odpowiednio ukształtowane środowisko szpitalne może w znaczący sposób wpłynąć na redukcję odczuwanych przez pacjentów napięć nerwowych i stresu, poprawę wyników leczenia i krótszy czas hospitalizacji, podniesienie efektywności procesu opieki medycznej nad chorym oraz redukcję jej kosztów. Należy zatem wziąć pod uwagę fakt, że powrót do zdrowia następuje nie tylko dzięki zastosowaniu wiedzy i technologii medycznych, ale także dzięki oddziaływaniu czynników wynikających z odpowiednio ukształtowanego otoczenia. Idea humanizmu w opiece zdrowotnej realizowana przez modyfikację środowiska szpitalnego zmierza do zapewnienia proterapeutycznych warunków pobytu pacjenta również od strony architektonicznej oraz organizacyjnej. Przejawia się to m.in. przez podniesienie komfortu pobytu pacjenta w szpitalu, zapewnienie odpowiedniego stopnia ochrony prywatności, ograniczenie czynników powodujących poczucie izolacji od świata zewnętrznego, zwiększenie udziału rodziny i osób bliskich w opiece nad pacjentem, działania zmierzające do zapewnienia odpowiednich warunków akustycznych [Lawson 2010: 102–104, Ulrich i in. 2004: 24–26, Szewczenko 2021: 34–35]. W nowoczesnych placówkach medycznych coraz częściej docenia się wpływ muzyki na kształtowanie jakości środowiska szpitalnego, a tym samym jej korzystne oddziaływanie na psychikę pacjenta. Odpowiednio wyselekcjonowana muzyka towarzyszy chorym w poczekalniach oraz w salach zabiegowych w czasie realizacji procedur medycznych, a muzykoterapia coraz częściej stanowi integralną część procesu opieki nad pacjentem.

Strategie humanizacyjne w opiece zdrowotnej. Wykorzystanie terapeutycznych właściwości muzyki w humanizacji procesu leczenia

W publikacji *Humanization in Healthcare Arises from the Need for Holistic Approach to Illness* Barmen de la Fuente-Martos i współautorzy [2018:

101–106] zwracają uwagę na konieczność holistycznego podejścia do choroby, przedstawiając jednocześnie zrealizowany w warunkach szpitala Infanta Margarita w Hiszpanii projekt obejmujący wdrożenie w okresie 12 miesięcy 12 strategii humanizacyjnych, do których należały: 1) organizacja jarmarku bożonarodzeniowego celem wsparcia działań fundacji Lekarze bez Granic, 2) implementacja muzykoterapii na oddziale intensywnej terapii, 3) rozwijanie umiejętności ułatwiających komunikację pomiędzy pacjentami a personelem szpitala, 4) organizacja drzwi otwartych dla rodzin, 5) realizacja kampanii społecznej pod hasłem „The ICU is life”, 6) wymiana doświadczeń pomiędzy rodzinami pacjentów i pacjentami, 7) zapewnienie odpowiedniego widoku z okna, 8) włączanie rodzin do opieki nad pacjentami, 9) zaopatrzenie pacjentów w urządzenia MP3/MP4, tablety i laptopy ułatwiające komunikację z bliskimi, 10) udział w kongresie „Intensive Care Medicine” celem prezentacji strategii i rozwiązań, które zapewniają intymność pacjentom podczas pobytu w szpitalu, 11) przeciwdziałanie stresowi pourazowemu, 12) ewaluacja podjętych działań.

W artykule *Humanization of the Hospital: Participatory Construction of Knowledge and Practices on Care and Ambience* autorstwa Caroline de Oliveira Salvati i współpracowników [2021: 3–5] przedstawiono z kolei projekt, który został zrealizowany w szpitalu w Rio Grande do Sul w Brazylii. Projekt ten uwzględnia dwie kategorie strategii humanizacyjnych. Do pierwszej grupy strategii zaliczono: 1) edukację prozdrowotną, 2) udoskonalenie procesu komunikacji, 3) spacerzy dla pacjentów, 4) wspólne z pacjentami celebrowanie dni świątecznych, 5) celebrowanie urodzin pacjentów i personelu oraz 6) gimnastykę dla pracowników. Drugą grupę stanowiły strategie dotyczące humanizacji przestrzeni szpitalnej, w ramach których: 1) wprowadzono muzykoterapię, 2) utworzono tzw. pokoje socjalne dla personelu, 3) zorganizowano przestrzeń dla dzieci, 4) umieszczono obrazy na ścianach oddziału psychiatrycznego, 5) utworzono ogród warzywny w ramach terapii zajęciowej, 6) zainstalowano telewizory na oddziale intensywnej terapii.

Należy podkreślić, że w obydwu wymienionych projektach w ramach wdrażanych strategii humanizacyjnych uwzględniono muzykoterapię,

jednakże w pierwszym z nich [De la Fuente-Martos i in. 2018: 101–103] została ona włączona do obszaru strategii terapeutycznych ukierunkowanych na realizację procesu psychoterapeutycznego, w drugim natomiast [Salvati i in. 2021: 3] muzykoterapię uwzględniono w obszarze strategii ukierunkowanych na kształtowanie przestrzeni terapeutycznej.

Istotne wnioski płynące z rozważań nad ideą humanizacji w opiece zdrowotnej dotyczą okresu pandemii COVID-19. Związane z nim doświadczenia autorów publikacji zatytułowanej *Strategies to Humanize the Medical Treatments and Mourning in COVID-19 Intensive Care Units* odnoszą się do pracy na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii szpitala w Modenie [Melegari i in. 2020: 2–3]. Okres pandemii wiązał się z szeregiem nieoczekiwanych wyzwań i przyczynił się do modyfikacji wielu aspektów praktyki klinicznej. Mimo że pandemia COVID-19 była postrzegana głównie jako kryzys na płaszczyźnie zdrowia fizycznego, ostatecznie zwrócono również uwagę na jej konsekwencje w obszarze funkcjonowania psychicznego. Tym samym próbowano znaleźć nowe możliwości, które pomogłyby uwzględnić aspekt humanizmu w procesie hospitalizacji pacjenta w tym szczególnie trudnym okresie. Jak pamiętamy, celem zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom i personelowi wprowadzono radykalne, ale konieczne wymogi izolacji, co oznaczało konieczność odseparowania pacjentów od rodzin i bliskich. Dla niektórych była to tylko czasowa separacja, ale dla większości pobyt na oddziale covidowym stanowił ostatni etap życia. Kontekst ten nie odnosił się wyłącznie do pacjentów, dotyczył również personelu medycznego. W tych trudnych okolicznościach dostrzeżono znaczenie prawdziwej komunikacji, zaczęto zwracać uwagę nie tylko na merytoryczną wymianę informacji, lecz także na niewerbalne komunikaty, gesty, mowę ciała, ekspresję twarzy. Dostrzeżono również ważność interwencji niefarmakologicznych, takich jak muzykoterapia, medytacja czy praca z wyobraźnią, ponieważ okazały się one skutecznymi narzędziami stosowanymi w celu uśmierzania bólu, zmniejszania dyskomfortu psychofizycznego, niepokoju oraz lęku. Zwrócono też uwagę na istotną funkcję tych metod w zapobieganiu negatywnym i długoterminowym skutkom ubocznym związanym z diagnozą i leczeniem COVID-19. Ich stosowanie zalecano

również personelowi medycznemu, przede wszystkim dlatego, że redukują one stres, poczucie emocjonalnego wyczerpania, a także wzmacniają odporność psychiczną [Melegari i in. 2020: 2–3; Rivi, Melegari, Blom 2021: 141–142]. Muzykoterapia spotykała się z dużą akceptacją ze strony zarówno pacjentów, jak i ich rodzin, została więc uznana za integralną część opieki na oddziale intensywnej terapii w okresie pandemii. Jej zastosowanie przyczyniało się do niwelowania objawów psychosomatycznych. Miała ona również korzystny wpływ na wartość wskaźników biomedycznych, takich jak częstość oddechów, częstotliwość akcji serca, wartość skurczowego i rozkurczowego ciśnienia krwi czy stężenie kortyzolu lub prolaktyny. Zdaniem autorów publikacji idea humanizacji w opiece zdrowotnej jest ściśle powiązana z potrzebą holistycznego podejścia do choroby i procesu leczenia, dlatego też muzykoterapia, obok medytacji oraz technik wyobrażeniowych, została określona mianem skutecznej interwencji nefarmakologicznej, która ma istotny udział w humanizacji procesu leczenia [Melegari i in. 2020: 2].

Badania przeprowadzone przez Filippa Giordana i współpracowników [2020: 5] i opublikowane w pracy *Receptive Music Therapy to Reduce Stress and Improve Wellbeing in Italian Clinical Staff Involved in COVID-19 Pandemic* potwierdziły z kolei, że muzykoterapia receptywna stanowiła skuteczną metodę redukcji napięcia i poprawy samopoczucia w warunkach silnego stresu, zwłaszcza w okresie pandemii COVID-19. Również autorzy publikacji *How to Humanize the COVID-19 Intensive Care Units* [Rivi, Melegari, Blom 2021: 141–142] podkreślają, że poza procedurami farmakologicznymi istotne znaczenie mają oddziaływania nefarmakologiczne, do których zaliczają progresywną relaksację mięśni, muzykoterapię, medytację i techniki wyobrażeniowe. Stosowanie tych metod zalecają nie tylko pacjentom, lecz także ich rodzinom celem minimalizowania odczucia bólu, lęku i dyskomfortu psychicznego. Ponadto zdaniem autorów rozważania nad humanizacją opieki zdrowotnej powinny dotyczyć również dbałości o psychiczne i fizyczne zdrowie personelu medycznego.

W kontekście zagadnienia humanizacji procesu leczenia konieczne jest uwzględnienie doświadczeń w obszarze pracy klinicznej z pacjentami

chorymi onkologicznie. Leczenie przeciwnowotworowe jest długotrwałe i uciążliwe, a dodatkowo związane z ryzykiem występowania licznych objawów ubocznych. Dlatego też w jego trakcie istnieje konieczność zapewnienia pacjentom wielokierunkowego wsparcia na płaszczyźnie emocjonalnej i psychospołecznej. Wiele prac empirycznych poświadcza zasadność stosowania muzykoterapii w kompleksowej terapii chorób psychosomatycznych, którym towarzyszą odczucia bólowe, lęk, niepewność, stany obniżonego nastroju, poczucie bezradności, smutku czy przygnębienia. Efektywność muzykoterapii potwierdzono w zakresie łagodzenia skutków ubocznych chemioterapii [Canga 2013: 228–229, Ferrer 2007: 253, Hanser 2006: 65, Lin i in. 2011: 997, Bilgiç, Rengin 2017: 760, Spliotti 2017: 1474–1475], radioterapii [Clark i in. 2006: 263–264; Cooper, Foster 2008: 188; O’Callaghan 2012: 476; Rossetti i in. 2017: 108] i interwencji chirurgicznych [Kenyon 2007: 219]; obniżenia poziomu lęku [Trimmel i in. 2005: 468, Ferrer 2007: 253–254] i bólu [Bareh, D’Silva 2017: 27–28] oraz poprawy jakości życia [Bozcuk i in. 2006: 204; Safaee 2008: 110; Bareh, D’Silva 2017: 28–29]. Również wyniki badań przeprowadzonych przez autorkę niniejszego artykułu wskazują na korzystne oddziaływanie muzykoterapii receptywnej realizowanej w grupie kobiet leczonych z powodu nowotworu piersi z wdrożoną chemioterapią. Wykorzystana w tych badaniach muzyka relaksacyjna oddziaływała korzystnie na poprawę nastroju, relaksowała i uspokajała, pobudzała również wyobraźnię i motywację. Co więcej, w przebiegu badania wykazano istotną dodatnią zależność pomiędzy odczuciem bólu a wyborem muzyki relaksacyjnej jako zgodnej z preferencjami pacjenta oraz istotną negatywną zależność pomiędzy uczuciem lęku a wyborem muzyki jazzowej¹. Stwierdzono również bezpośrednią zależność pomiędzy doświadczeniem bólu i odczuciem lęku. Uzyskane wyniki badań mają istotne znaczenie z punktu widzenia praktyki klinicznej, zwłaszcza w odniesieniu do tej grupy pacjentów, którzy zgłaszają ból lub uczucie lęku w przebiegu

1» Wyniki badań przeprowadzonych w obszarze preferencji muzycznych wskazują na to, że w grupie kobiet leczonych z powodu nowotworu piersi z wdrożoną chemioterapią preferowana jest muzyka relaksacyjna, klasyczna, a następnie filmowa.

zastosowanego leczenia. Stanowią one także ważną wskazówkę dotyczącą wykorzystania terapeutycznych walorów muzyki, szczególnie w tych przestrzeniach szpitala i w tych okolicznościach klinicznych, które mogą wiązać się z występowaniem u pacjentów nasilonego bólu oraz lęku, np. w trakcie indywidualnie wykonywanych procedur medycznych. Ta kwestia wymagałaby jednak przeprowadzenia dodatkowych, szczegółowych badań z uwzględnieniem indywidualnych preferencji muzycznych pacjentów, co pozwoliłoby zapewnić im optymalny komfort psychofizyczny.

Zakończenie

Muzykoterapia stanowi istotny element projektów ukierunkowanych na humanizację opieki zdrowotnej. Wzrost zainteresowania terapią muzyczną postrzeganą w kategoriach strategii humanizacyjnej nastąpił w okresie pandemii COVID-19. W tym specyficznym kontekście klinicznym zwrócono uwagę na ważność interwencji nefarmakologicznych, w tym muzykoterapii receptywnej, która uznana została za skuteczną metodę redukcji napięcia i poprawy samopoczucia, zwłaszcza w warunkach silnego stresu związanego z zagrożeniem koronawirusem. Terapię muzyką zalecano pacjentom w celu uśmierzania bólu, zmniejszenia dyskomfortu psychofizycznego, niepokoju oraz lęku. Rekomendowano ją również personelowi medycznemu, głównie dlatego że redukuje ona poczucie emocjonalnego znużenia oraz poprawia kondycję psychiczną. Ostatecznie podkreślono także znaczenie metod nefarmakologicznych, takich jak muzykoterapia, medytacja, ćwiczenia wyobrażeniowe, w zapobieganiu negatywnym i długoterminowym skutkom ubocznym związanym z diagnozą i leczeniem COVID-19. Muzykoterapia zajmuje też istotne miejsce w procesie kompleksowego leczenia onkologicznego, w którym stanowi formę terapii wspierającej, a jej pozytywny wpływ wykazano zwłaszcza w odniesieniu do psychologicznych i emocjonalnych skutków choroby, jak również do efektów ubocznych zastosowanego

leczenia. Terapia za pomocą sztuki dźwięków może wspomagać i uzupełniać inne formy terapii, przy czym możliwy do wprowadzenia jest zarówno receptywny, jak i aktywny model muzykoterapii, która stanowi bezpieczną i nieinwazyjną formę oddziaływania o potwierdzonej skuteczności. Muzykoterapia zapewnia pacjentom wsparcie na płaszczyźnie emocjonalnej i psychospołecznej – dostarcza pozytywnych emocji, relaksuje, poprawia ogólne samopoczucie, a ostatecznie zmienia w znaczący i pozytywny sposób nastawienie do choroby i do procesu leczenia. Wykorzystanie muzyki w przestrzeni szpitalnej powinno być dostosowane do specyfiki sytuacji klinicznej, potrzeb pacjenta i do celu terapeutycznego. Muzyka ma zdolność kreowania przyjaznego i bezpiecznego dla pacjenta środowiska terapeutycznego, stwarza przyjazną atmosferę, ułatwiając i wspierając proces adaptacji do nowej, obcej szpitalnej rzeczywistości. W nowoczesnych szpitalach coraz częściej zwraca się uwagę na wpływ muzyki na psychikę człowieka, a tym samym na proterapeutyczne sposoby kształtowania przestrzeni szpitalnej. Należy jednak podkreślić, że zastosowanie muzyki w warunkach środowiska szpitalnego nie może być przypadkowe. Muzyka wykazuje bardzo głęboki, bezpośredni wpływ na emocjonalną sferę osobowości – pobudza wyobraźnię, przywołuje wspomnienia i w związku z tym może wywoływać silne reakcje emocjonalne. Dlatego też, aby wykorzystanie właściwości muzyki było skuteczne i bezpieczne, konieczne są znajomość mechanizmów oddziaływania tej sztuki na organizm człowieka oraz umiejętność doboru muzyki do potrzeb pacjenta, celu terapeutycznego i do kontekstu klinicznego. Tylko wówczas można uzyskać skuteczny, niefarmakologiczny efekt terapeutyczny, a tym samym wspierać ideę humanizacji w opiece zdrowotnej.

Bibliografia

- Bareh Samrika, D'Silva Fatima, 2017, *Effect of Music Therapy on Pain and Quality of Life among Cancer Survivors*, „Journal of Health Sciences and Allied Sciences”, Vol. 7, No. 3, s. 25–29.

- Bilgiç Şebnem, Acaroğlu Rengin, 2017, *Effects of Listening to Music on the Comfort of Chemotherapy Patients*, „Western Journal of Nursing Research”, Vol. 39, No. 6, s. 745–762.
- Bozcuk Hakan, Artac Mehmet, Kara Arzu, Ozdogan Mustafa, Sualp Yeliz, Topcu Zekiye, Karaagacılı Ayşe, Yıldız Mustafa, Savas Burhan, 2006, *Does Music Exposure during Chemotherapy Improve Quality of Life in Early Breast Cancer Patients? A Pilot Study*, „Medical Science Monitor”, Vol. 12, No. 5, s. 200–205.
- Canga Bernardo, 2013, *Environmental Music Therapy: A Pilot Study on the Effects of Music Therapy in a Chemotherapy Infusion Suite*, „Music and Medicine”, Vol. 4, No. 4, s. 221–230.
- Clark Michael, Isaacks-Dowton Gloria, Wells Nancy, Redlin-Frazier Sheryl, Eck Carol, Hepworth Joseph T., Chakravarthy Bapsi, 2006, *Use of Preferred Music to Reduce Emotional Distress and Symptom Activity during Radiation Therapy*, „Journal of Music Therapy”, Vol. 43, No. 3, s. 247–265.
- Cooper Laura, Foster Irene, 2008, *The Use of Music to Aid Patients' Relaxation in a Radiotherapy Waiting Room*, „Radiography”, Vol. 14, No. 3, s. 184–188.
- De la Fuente-Martos Carmen, Rojas-Amezcuca María, Gómez-Espejo M.R., Lara-Aguayo Pedro, Morán-Fernández Eduardo, Aguilar-Alonso Eduardo, 2019, *Humanization in Healthcare Arises from the Need for a Holistic Approach to Illness*, „Medicina Intensiva”, Vol. 42, No. 2, s. 99–109.
- Ferrer Alejandra, 2007, *The Effect of Live Music on Decreasing Anxiety in Patients Undergoing Chemotherapy Treatment*, „Journal of Music Therapy”, Vol. 44, No. 3, s. 242–255.
- Giordano Filippo, Scarlata Elide, Baroni Mariagrazia, Gentile Eleonora, Puntillo Filomena, Brienza Nicola, Gesualdo Loreto, 2020, *Receptive Music Therapy to Reduce Stress and Improve Wellbeing in Italian Clinical Staff Involved in COVID-19 Pandemic: A Preliminary Study*, „The Arts in Psychotherapy”, Vol. 70, [online:] <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101688> [15.02.2023].
- Hanser Suzanne, 2006, *Effects of Music Therapy Intervention on Quality of Life and Distress in Women with Metastatic Breast Cancer*, „Journal of the Society of Integrative Oncology”, Vol. 4, No. 3, s. 62–66.
- Kenyon Tom, 2007, *Effects of Music Therapy on Surgical and Cancer Patients*, „Breast Care”, Vol. 2, No. 4, s. 217–220.
- Lawson Bryan, 2010, *Healing Architecture*, „Arts & Health”, Vol. 2, No. 2, s. 95–108.
- Lin Mei-Feng, Hsieh Ya-Ju, Hsu Yu-Yun, Fetzer Susan, Hsu Mei-Hi, 2011, *A Randomized Controlled Trial of the Effect of Music Therapy and Verbal Relaxation on Chemotherapy-Induced Anxiety*, „Journal of Clinical Nursing”, Vol. 20, No. 7–8, s. 988–999.

- List intencyjny w sprawie współpracy w zakresie upowszechniania idei humanizmu w medycynie*, 2021, [online:] <https://abm.gov.pl/pl/aktualnosci811,Agencja-Badan-Medycznych-podpisala-list-Intencyjny-dotyczacy-upowszechniania-hum.html> [10.12.2021].
- Melegari Gabriele, Rivi Veronica, Barbieri Lucrezia, Bertellini Elisabetta, Blom Joan, 2020, *Strategies to Humanize the Medical Treatment and Mourning in COVID-19 Intensive Care Units*, [online:] <https://doi.org/10.22541/au.159534706.61141856> [10.10.2022].
- O'Callaghan Clare, Sproston Michael, Wilkinson Kate, Milner Alvin, Grocke Denise, Wheeler Greg, 2012, *Effect of Self-Selected Music on Adults' Anxiety and Subjective Experiences during Initial Radiotherapy Treatment: A Randomised Controlled Trial and Qualitative Research*, „Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology”, Vol. 56, No. 4, s. 473–477.
- Rivi Veronica, Melegari Gabriele, Blom Johanna M.C., 2021, *How to Humanize the COVID-19 Intensive Care Units*, „BMJ Evidence Based Medicine”, Vol. 26, No. 4, s. 141–142.
- Rossetti Andrew, Chadha Manjeet, Torres Nelson B., Lee Jae K., Hylton Donald, Loewy Joanne V., Harrison Louis B., 2017, *The Impact of Music Therapy on Anxiety in Cancer Patients Undergoing Simulation for Radiation Therapy*, „International Journal of Radiation Oncology”, Vol. 99, No. 1, s. 103–110.
- Safae Azade, 2008, *Predictors of Quality of Life in Breast Cancer Patients under Chemotherapy*, „Indian Journal of Cancer”, Vol. 45, No. 3, s. 107–111.
- Salvati Caroline de Oliveira, Gomes Carine Alves, Haeffner Leris Salete Bonfanti, Marchiori Mara Regina Caino Teixeira, Silveira Rosemary Silva da, Backes Dirce Stein, 2021, *Humanization of Hospital: Participatory Construction of Knowledge and Practices on Care and Ambience*, „Revista Da Escola De Enfermagem Da USP”, Vol. 55, [online:] <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0058> [10.01.2023].
- Spliotti Evangelia, 2017, *The Effects of Music on Cancer Patients Submitted to Chemotherapy Treatment*, „International Journal of Caring Sciences”, Vol. 10, No. 3, s. 1465–1477.
- Szewczenko Anna, 2021, *Rola przestrzeni publicznych szpitala w procesie tworzenia środowiska terapeutycznego z perspektywy pacjenta*, „Builder”, nr 4 (285), s. 34–35.
- Trimmel Michael, Semrad Christina, Kubista Ernst, Steger Günther, Zielinski Christoph, 2005, *Adequacy of Anticipatory Anxiety in Women Receiving Chemotherapy for Breast Cancer*, „Cancer Therapy”, Vol. 3, No. 2, s. 461–470.
- Ulrich S. Roger, Zimring Craig, Quan Xiaobo, Joseph Anjali, Choudhary Ruchi, 2004, *The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity*, The Center for Health Design, [online:] <https://www.>

healthdesign.org/sites/default/files/Role%20Physical%20Environ%20in%20the%2021st%20Century%20Hospital_0.pdf [7.09.2024].

Streszczenie

Idea humanizacji w opiece zdrowotnej zakłada, że proces leczenia pacjenta powinien przebiegać z poszanowaniem jego praw, indywidualnych potrzeb, godności, autonomii, a realizowane procedury medyczne powinny być jak najmniej bolesne i jak najmniej uciążliwe. W tej koncepcji na pierwszym miejscu stawia się zatem dobro pacjenta, uwzględniając jego dobrostan nie tylko fizyczny, lecz także psychosocjalny, emocjonalny czy duchowy. Wprowadzenie muzyki do przestrzeni szpitalnej zapewnia pacjentom wielopłaszczyznowe wsparcie – dostarcza pozytywnych emocji, wpływa korzystnie na obniżenie poziomu stresu, lęku, bólu i poprawę ogólnego samopoczucia. Co więcej, muzyka stwarza atmosferę przyjazną pacjentowi, kreuje bezpieczne środowisko terapeutyczne w nowej, obcej dla pacjenta rzeczywistości szpitalnej. Potwierdzona skuteczność terapeutyczna muzyki sprawia zarazem, że muzykoterapia stanowi istotną metodę psychoterapeutycznego wsparcia pacjentów, wspomagającą i uzupełniającą inne formy terapii. Terapia muzyką, postrzegana jako rodzaj interwencji niefarmakologicznej, jest więc uwzględniana w projektach ukierunkowanych na humanizację procesu leczenia. W artykule zwrócono uwagę na dwa projekty zrealizowane w zagranicznych ośrodkach klinicznych, w których wdrażano strategie humanizacyjne z udziałem muzykoterapii. Przedstawiono również doświadczenia z okresu pandemii dotyczące humanizacji procesu leczenia i sposobu przeżywania żałoby na oddziale covidowym, wreszcie odniesiono się także do badań własnych dotyczących zastosowania muzyki i terapii muzycznej w pracy z pacjentem chorym onkologicznie.

Słowa kluczowe: humanizacja, muzyka, muzykoterapia, opieka zdrowotna

MAŁGORZATA M. STAŃCZYK – doktor nauk biologicznych (muzykolog, muzykoterapeuta, psychoonkolog), kierownik Pracowni Muzykoterapii Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu. Autorka publikacji poświęconych zastosowaniu

terapeutycznych właściwości muzyki w opiece paliatywnej oraz w procesie kompleksowego leczenia onkologicznego. Uczestniczka licznych konferencji naukowych o zasięgu krajowym i międzynarodowym poświęconych muzykoterapii, arteterapii oraz psychoonkologii. Autorka pierwszej polskiej rozprawy doktorskiej dotyczącej wpływu muzykoterapii na jakość życia chorych onkologicznie pacjentów objętych opieką paliatywną. Laureatka nagrody naukowej im. Katarzyny Frank-Niemczyckiej. Uhonorowana Dyplomem Najwyższego Uznania przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie. Aktualnie również rzecznik ds. humanizacji świadczeń medycznych Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu.

AUTORSKA PROPOZYCJA ZASTOSOWANIA MOBILNEJ REKREACJI MUZYCZNEJ W AKTYWIZACJI OSÓB STARSZYCH

Michalina Radzińska » Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp

Mobilna rekreacja muzyczna (MRM) jest metodą muzykoterapii i profilaktyki muzycznej od 45 lat stosowaną przez pedagogów i terapeutów w całej Polsce. Odbiorcami MRM są zarówno dzieci, jak i dorośli, osoby sprawne fizycznie i pozostające w normie intelektualnej oraz osoby chore i niepełnosprawne. MRM to metoda, której elementy da się w prosty sposób zaadaptować do zdolności poznawczych i zainteresowań uczestników zajęć, tak aby każdy mógł znaleźć w niej spełnienie. Od początku swojej działalności jej autor lek. med. Maciej Kierył wykształcił rzeszę uczniów, którzy z powodzeniem stosują MRM na co dzień w pracy ze wszystkimi grupami odbiorców.

Choć grupą najczęściej kojarzoną z udziałem w zajęciach MRM są dzieci, metoda ta sprawdza się znakomicie także w pracy z ludźmi starszymi w różnym wieku oraz o różnym stopniu sprawności fizycznej i poznawczej. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie istoty MRM i możliwych sposobów jej wykorzystania podczas zajęć z osobami w starszym wieku. Osoby takie stanowią znaczny i wciąż rosnący odsetek społeczeństwa, a MRM można z łatwością dostosować do ich potrzeb i możliwości.

Charakterystyka pacjenta w starszym wieku

W 2020 roku liczba osób w wieku 60 lub więcej lat wyniosła w Polsce 9,8 mln, przekraczając tym samym 1/4 społeczeństwa. W kolejnych latach spodziewany jest znaczny wzrost liczebności tej grupy społecznej, co sprawia, że osoby starsze i ich potrzeby nie mogą być marginalizowane [Kamińska-Gawryluk (red.) 2021: 10].

Wzrastająca średnia długość życia i coraz dłuższy przewidywany czas funkcjonowania w zdrowiu oznaczają, że w gronie seniorów odnajdujemy zarówno osoby w pełni sprawne, jak i te z różnorodnymi deficytami zdrowotnymi, a różnica pomiędzy poszczególnymi grupami wiekowymi może wynosić całe pokolenie. Tym samym nie należy patrzeć na osoby, które przekroczyły 60 rok życia, jak na jednolitą grupę, lecz jak na wiele grup o zróżnicowanych potrzebach.

Choć starość jest zjawiskiem trudnym do zdefiniowania, można nakreślić jej najważniejsze cechy charakterystyczne. To czas, w którym człowiek doświadcza zmian na wszystkich polach swojego funkcjonowania, ponieważ przeobrażeniu ulegają zarówno jego perspektywa fizyczna oraz psychiczna, jak i kontekst życia społecznego. Zmiany często następują nagle, zazwyczaj w okresie tzw. średniej starości (75–85 lat) i charakteryzują się stratami we wszystkich wymienionych obszarach [Brzezińska 2017: 30]. Okres starości wymaga przewartościowania i reorganizacji dawnego życia z uwagi na wielorakie kryzysy, takie jak problemy zdrowotne, ekonomiczne, utrata pełnionych wcześniej funkcji społecznych, śmierć bliskich itp. [Leszczyńska-Rejchert 2006: 9; Szatur-Jaworska, Błędowski, Dziegielewska 2006: 69].

Do najczęściej występujących w tym czasie problemów zdrowotnych należą choroby układu krążenia, choroby onkologiczne, urazy, zatrucia i inne, niejednokrotnie bliżej nieokreślone dolegliwości. Osoby w podeszłym wieku cierpią z powodu tzw. wielkich zespołów geriatrycznych, wśród których wymieniane są m.in. upadki, depresja i otępienie. Coraz częściej podkreśla się konieczność holistycznego podejścia do takiego pacjenta, a rola terapeuty zajęciowego, muzykoterapeuty bądź arteterapeuty w interdyscyplinarnym zespole geriatrycznym może być nie do przecenienia [Kędziora-Kornatowska 2018: 186].

Rola sztuki w rehumanizacji i aktywizacji osób starszych

XX wiek przyniósł ludzkości dostęp do wiedzy na niespotykaną wcześniej skalę. Wzrost jakości życia zaowocował jego wciąż postępującym wydłużaniem się, a dostęp do dóbr kultury i sztuki stał się niemal nieograniczony. Czynniki te nie wpłynęły jednak znacząco na wzrost szacunku dla człowieka jako podmiotu, a pozorna obfitość zasobów nie doprowadziła do większej inkluzywności. Wręcz przeciwnie, po transformacji ustrojowej w Polsce społeczeństwo uległo znacznemu rozwarstwieniu – obok ludzi zamożnych pojawiła się wielka grupa osób niezwykle ubogich, skazanych na ekskluzję społeczną [Kotlarski 2017: 19].

Analizując jakość życia osób starszych w Polsce, można zauważyć, że tylko niewielki procent populacji ma dostęp do zasobów kultury. W roku 2018 raz na 12 miesięcy na koncerty lub do teatru chodziło 21% osób powyżej 65 roku życia, a raz na kwartał zaledwie 6%. Pomimo pozornie większej popularności, jaką cieszy się kino (jako instytucja), na wizyty w nim zdecydowało się odpowiednio 16% i 8% seniorów [Bieńkuńska (red.) 2020: 42]. W 2020 roku niemal 170 tys. osób, które ukończyły 60 rok życia, było członkami różnego rodzaju kół i klubów kulturalnych, a 48 tys. udzielało się w grupach artystycznych. W stosunku do ogólnej liczby osób starszych w Polsce stanowi to odpowiednio 1,7% i 0,4% [Kamińska-Gawryluk (red.) 2021: 59–61]. Znaczna część osób starszych jest systemowo wykluczona z udziału w aktywnościach kulturalnych ze względu na odległość od instytucji, trudności w lokomocji lub czynniki ekonomiczne.

Biorąc pod uwagę wyniki badań naukowych, trudno podawać w wątpliwość dobroczynny wpływ sztuki na ludzkie życie i jej rolę w budowaniu biopsychospołecznego dobrostanu [Fancourt, Finn 2019: 2]. Udział w aktywnościach kulturalnych podnosi jakość życia jako czynnik wspierający rozwój intelektualny, emocjonalny i duchowy, niosąc ze sobą ponadczasowe wartości. Metody i techniki arteterapii wspomagają działanie tradycyjnych rodzajów terapii, mają również potencjał aktywizacyjny i edukacyjny, MRM zaś wraz ze swoją elastycznością znakomicie wpisuje się w nurt holistycznego wspierania osób w starszym wieku.

Mobilna rekreacja muzyczna. Historia, opis metody i możliwości zastosowania

Za początek MRM przyjmuje się rok 1980, w którym Maciej Kierył ukończył Podyplomowe Studium Muzykoterapii wrocławskiej Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej, obecnie Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Inspiracji do powstania metody można jednak poszukiwać znacznie wcześniej. Była ona naturalną kontynuacją premedykacji muzycznej stosowanej na sali operacyjnej, a także konsekwencją rozbudzonej już w dzieciństwie autora głębokiej fascynacji muzyką. Choć bodźcem do opracowania metody stało się przypadkowe skierowanie Kieryła do pracy w domu pomocy dla dzieci z niepełnosprawnościami, dziś trudno wyobrazić sobie polską muzykoterapię bez jego koncepcji [Radzińska 2021: 37].

Istotą MRM jest odwołanie się do rytmu podstawowych odruchów, jakimi są bicie serca i oddech, a ćwiczenia na nich oparte wykorzystuje się w formie muzykoterapii lub profilaktyki muzycznej. Bodźcem do przemyśleń, dzięki którym metoda powstała, stały się m.in. obserwacje pacjentów w okresie przedoperacyjnym oraz reakcje mniej sprawnych dzieci na muzykę aktywizacyjną. Cechą wspólną tych odbiorców był brak umiejętności prawidłowego oddychania. Maciej Kierył podkreśla znaczenie codziennych zachowań, takich jak klaskanie, przeciąganie się, ziewanie, miarowa akcja serca i równomierny oddech, budując na nich uporządkowany zbiór ćwiczeń. Stanowi on ciąg aktywności ruchowych, rytmicznych, perkusyjnych, wzbogaconych ćwiczeniami oddechowymi i artystycznymi (zob. tabela 1, s. 174–175). Autor dużą wagę przywiązuje do spokojnego, głębokiego oddechu oraz do poszanowania zasady, według której po każdej aktywności powodującej zmęczenie powinien nastąpić odpoczynek. Dzięki temu można zawsze dostosować elementy MRM do potrzeb odbiorców i na bieżąco regulować przebieg ćwiczeń, obserwując ich reakcje. Kierył podkreśla również, że prosta muzyczna zabawa pozwala „przemycić” wartości terapeutyczne i edukacyjne [Radzińska 2021: 127–129].

MRM jako terapia może przybrać formę rehabilitacji i doraźnej psychoterapii. Maciej Kierył zwraca uwagę na benefity płynące z jej stosowania.

Wskazuje na obniżenie poziomu lęku, uspokojenie i poprawę nastroju u uczestników. Podkreśla również radość z dokonań ruchowych pacjentów oraz poszerzenie terytorium ich ruchu i zwiększenie jego celowości. Nie bez znaczenia pozostaje również pogłębianie i utrwalanie działań prozdrowotnych [Kierył 2012: 127]. Analizując założenia MRM i rodzaje aktywności w niej podejmowane, można stwierdzić, że metoda ta daje możliwość ekspresji na polu sztuki muzycznej we wszystkich obszarach wymienionych przez Pawła Cylulkę [2017: 47], tj. ekspresji słowno-muzycznej i muzyczno-ruchowej, ekspresji przy użyciu własnego ciała oraz przedmiotów codziennego użytku, ekspresji na własnoręcznie wykonanych instrumentach, prostych instrumentach perkusyjnych i na profesjonalnych instrumentach muzycznych oraz ekspresji plastyczno-muzycznej.

Wśród odbiorców MRM znajdują się, jak już wspomniano, przedstawiciele wszystkich grup wiekowych, zarówno sprawni fizycznie, jak i chorzy oraz niepełnosprawni. Maciej Kierył pracował również z osobami uzależnionymi, tworzył programy muzyczne dla kobiet w ciąży, personelu medycznego oraz nauczycieli [Radzińska 2021: 165]. Każda z tych grup może w pełni skorzystać z dobrodziejstw metody. Czas trwania ćwiczeń i dobór muzyki są uzależnione od celu profilaktycznego lub terapeutycznego oraz od poziomu sprawności i samopoczucia uczestników. Ważne jest również dostosowanie materiału muzycznego do aktualnych kryteriów oceny muzyki (z uwzględnieniem gustu muzycznego) oraz do teoretycznych założeń dotyczących doboru utworów do terapii lub profilaktyki [Radzińska 2021: 129].

Budowa MRM zmieniała się przez lata. Początkowo Maciej Kierył pracował z grupami otwartymi i chętnymi do muzycznej zabawy, a nazwy poszczególnych jej etapów składały się na akronim OZURA (odreagowanie, zrytmizowanie, uwrażliwienie, relaksacja, aktywizacja). Z biegiem lat zauważył jednak zmieniające się nastawienie grup, w tym znużenie i niechęć do podejmowania aktywności [Radzińska 2021: 128]. Wynikiem tych obserwacji było wprowadzenie modyfikacji w budowie MRM, choć jak podkreśla autor, metoda jest elastyczna i można dowolnie zmieniać kolejność ćwiczeń, pod warunkiem że pierwsze i ostatnie pozostaną na

swoich miejscach. Ćwiczenia poprzedza etap „0”, czyli zebranie informacji o pacjencie, a kończy rozmowa na temat samopoczucia i odczuć po zakończeniu sesji. Obecnie MRM we wzorcowym schemacie składa się z następujących części [Kierył 2012: 118]:

- > rozmowa (diagnoza),
- > uruchomienie,
- > zrytmizowanie,
- > odreagowanie,
- > uwrażliwienie,
- > relaksacja,
- > aktywizacja łagodna,
- > aktywizacja dynamiczna,
- > rozmowa (dotycząca samopoczucia i odczuć).

Gdy zachodzi taka konieczność, można wprowadzić drugie zrytmizowanie po odreagowaniu oraz zrezygnować z dynamicznej aktywizacji, jeśli grupa jest już zmęczona.

Kluczowymi elementami w realizacji MRM są dobrowolność uczestnictwa, brak oceniania, docenianie nawet najmniejszych sukcesów uczestników oraz jak największa indywidualizacja ćwiczeń przy poszanowaniu możliwości i potrzeb beneficjentów.

Pierwszym etapem MRM jest uruchomienie, którego najistotniejszy komponent stanowi oddech. Jest on wykorzystywany nie tylko jako forma ćwiczenia i kształtowania prawidłowych nawyków, ale również jako zachęta do uczestnictwa w wypadku opornych pacjentów. Terapeuta, inicjując MRM, akceptuje każdą przybieraną przez nich początkową pozycję ciała: stojącą, leżącą lub siedzącą (otwartą lub zamkniętą). W ramach metody stosowany jest następujący wzór oddechu:

- > wdech nosem (przy zamkniętych ustach) o długości około 3 sekund,
- > wydech ustami (lub nosem) o długości około 4 sekund,
- > pauza o długości 3 sekund.

Cykl oddechowy trwa około 10 sekund. Podczas ćwiczenia zostaje zastosowane tzw. oddychanie izometryczne [Radzińska 2021: 43]. W praktyce należy na bieżąco dostosowywać tempo i długość trwania poszczególnych etapów, co dobrze mieć na względzie szczególnie w obliczu

powikłań pochorobowych, które dotknęły znaczną część populacji podczas pandemii COVID-19.

W nauce uspokajającego oddechu o prozdrowotnym znaczeniu można wykorzystać sugestywną, relaksacyjną muzykę lub imitować oddech na prostych instrumentach muzycznych, takich jak harmonijka ustna czy flet prosty. W kolejnych ćwiczeniach oddech jest „fabularyzowany”. Zostają do niego dodane miękkie ruchy dłoni.

Po uruchomieniu następuje zrytmizowanie. Rozpoczyna się ono od imitacji marszu w pozycji siedzącej lub leżącej. Podczas tego etapu uczestnicy ćwiczą, „maszerując” w rytm aktywizującej muzyki (której tempo terapeuta dostosowuje do możliwości uczestników). Dla wielu pacjentów ćwiczenia te stanowią namiastkę ruchu. Po kilkunastokrotnym powtórzeniu kroków marszowych można przejść do kolejnego etapu, jakim są ćwiczenia dłoni. W tej części uczestnicy klaszczą na różne sposoby:

- > palcami o palce (*piano*) – naśladując deszczyk lub myszki,
- > palcami o środek dłoni (*forte*) – podkreślając w ten sposób rytm marsza,
- > palcami ułożonymi na kształt muszelek (*forte*).

Po pewnym czasie następuje wprowadzenie oklepywania ud i boków łydek, co stanowi rodzaj masażu dla unieruchomionych pacjentów. Podczas tego etapu zrytmizowania uczestnicy współmuzykują w ramach improwizowanej lub odtwarzanej muzyki. Zrytmizowanie można wzbogacić o powtarzanie samogłosek, sylab lub wyliczanek.

Kolejnym etapem jest odreagowanie. W wypadku grup o mniejszej sprawności psychoruchowej polega ono na intensyfikacji aktywności poznanych w poprzednich ćwiczeniach. Na tym etapie następuje rozładowanie emocji, podczas którego dozwolone są również krzyk i znaczna ekspresja wokalna. Uczestnicy naśladują odgłosy stadionu lub szum przyspieszającego i zwalniającego pociągu. Pod koniec odreagowania można zwolnić tempo i powrócić do wcześniejszego typu aktywności.

Jeśli zachodzi taka potrzeba, po etapie odreagowania istnieje możliwość powtórnego wprowadzenia elementów znanych ze zrytmizowania. Można też zastosować zabawę polegającą na słuchaniu i klaskaniu

rytmów w zmiennym tempie oraz powrócić do ćwiczeń przy muzyce połączonych z klaskaniem i wyliczankami.

Po odreagowaniu lub powtórным zrytmizowaniu następuje uwrażliwienie. Po ćwiczeniach, które mogły wywołać u uczestników uczucie zmęczenia lub znużenia, terapeuta zachęca do przejścia do spokojniejszej części zajęć w pozycji siedzącej lub leżącej. W tym etapie MRM uczestnicy naśladują dźwiękowo (nucąc, mruczając lub śpiewając) dźwięki natury. Muzycznym tłem, które towarzyszy ćwiczeniom, jest (najczęściej odtwarzana) tzw. muzyka poważna lub muzyka elektroniczna, a do współmuzykowania można wykorzystać jako instrumenty przedmioty codziennego użytku lub wprowadzić instrumentarium Orffa.

Podczas etapu uwrażliwienia prowadzący zachęca grupę do werbalnego oraz instrumentalnego wyrażania emocji, takich jak radość, złość czy smutek, przez skojarzenia z określonymi sytuacjami i zjawiskami. Maciej Kierył proponuje następujące przykłady [Kierył 2012: 121]:

- > radość – „ptasi bal”,
- > smutek – „burza piaskowa”,
- > powaga – „akcja serca”,
- > złość – „burza z piorunami”.

W przebiegu ćwiczenia uczestnicy mogą również oglądać zdjęcia współgrające z danymi emocjami, dzięki czemu mają możliwość naśladować zaobserwowane na fotografiach miejsca lub sytuacje. Uwrażliwienie daje grupie szansę podjęcia próby „malowania” muzyki, które można rozumieć dwójako: jako formę oddawania muzycznych emocji za pomocą elastycznych ruchów ciała oraz jako malowanie lub rysowanie na kartce papieru.

Kolejnym etapem MRM jest relaksacja. Autor metody sugeruje wykonanie kilku ćwiczeń izometrycznych oraz oddechowych przed jej rozpoczęciem. Podkreśla również, że uzyskanie stanu odprężenia nie byłoby możliwe bez zmęczenia wynikającego z aktywności podjętych we wcześniejszych etapach. Relaksacja trwa zazwyczaj około 7–10 minut i odbywa się przy muzyce. Niekiedy muzykę zastępuje lub uzupełnia sugestia słowna terapeuty. Relaksacja może się odbywać w dowolnej, odpowiadającej uczestnikom pozycji ciała. Maciej Kierył nie wyklucza również możliwości

wzbogacenia jej rysowaniem lub oglądaniem fotografii o pozytywnym ładunku emocjonalnym. Stosowane dźwięki powinny wywoływać u pacjentów poczucie ukojenia. Mogą to być zarówno muzyka poważna, jazz, muzyka rozrywkowa, jak i odgłosy natury. Maciej Kierył zaznacza, że podczas relaksacji nie należy stawiać przed uczestnikami żadnych zadań. Ich aktywność powinna wynikać z indywidualnej potrzeby, a nie być wywołana sugestią prowadzącego [Kierył 2012: 123].

Po zakończonej relaksacji następuje kolejny etap, jakim jest aktywizacja. Można wówczas powoli pionizować grupę, sugerować pogłębienie oddechu i delikatne ruchy palcami. Później grupa przeciąga się i przechodzi do wykonywania ćwiczeń izometrycznych. Podczas łagodnej aktywizacji można również nawiązać do stosowanego we wcześniejszych etapach ćwiczenia angażującego dłonie, określanego jako „gałązki na wietrze”.

Kontynuując aktywizację, prowadzący pyta uczestników o wrażenia z relaksacji oraz skojarzenia, które nasunęły się im w trakcie odpoczynku. Maciej Kierył podkreśla konieczność wyrażenia uznania dla każdego z uczestników, ponieważ docenianie zaangażowania w wykonywanie ćwiczeń i dostrzeganie nawet najmniejszych sukcesów to kluczowe wartości MRM [Kierył 2012: 123].

Jeśli po przeprowadzeniu wszystkich etapów MRM grupa ma jeszcze energię i ochotę na dalsze ćwiczenie, można zastosować aktywizację dynamiczną, podczas której następuje intensyfikacja aktywności opartej na wcześniej poznanych ćwiczeniach lub wprowadzenie nowych elementów, takich jak koncert życzeń, bal disco lub śpiewanie znanych piosenek.

Maciej Kierył w czasie trwania swojej wieloletniej praktyki korzystał ze wszystkich gatunków muzycznych, traktując je jako służebne. Początkowo odwoływał się do własnej fascynacji jazzem i muzyką rozrywkową, później wprowadzał elementy folkloru, muzyki biesiadnej, muzyki klasycznej (z różnych epok) oraz bogatego repertuaru piosenek dziecięcych. Najczęściej stosowane utwory zamieścił w „muzycznej apteczce”, która jest źródłem inspiracji dla jego uczniów [Radzińska 2021: 153–161]. Otwartość autora sprawia, że mogą oni liczyć na pełną akceptację i wsparcie z jego strony podczas dostosowywania materiału muzycznego do potrzeb swoich odbiorców [Radzińska, Kierył 2019a: 236–237]

i korzystania z konkretnego gatunku muzycznego do prowadzenia zajęć MRM [Radzińska, Kierył 2019b: 56–62].

Tabela 1. Ćwiczenia stosowane w MRM. Oprac. własne na podstawie niepublikowanych materiałów dydaktycznych autorstwa Macieja Kieryła

Etap MRM	Typy ćwiczeń i ich elementy	
Uruchomienie	Oddechy fabularyzowane	> pływak > narciarz > koszykarz
	Miękki ruch dłoni i ramion	> krążenie barkami > gałązki na wietrze
Zrytmizowanie	Imitacja kroku marszowego	> ruch stóp > oklepywanie ud
	Muzykowanie naturalne	> <i>forte</i> > <i>piano</i> > <i>legato</i> > <i>staccato</i>
	Oklepywanie dłońmi	> uda > łydki
	Marsz i klaskanie	–
Odreagowanie	Klaskanie	–
	Ekspresja	> dłonie > stopy > szumiące głoski „sz”, „cz”
	Doping	> odgłosy stadionu > okrzyki
Zrytmizowanie (ii)	Słuchanie i klaskanie	> wysłuchiwanie i wykłaskiwanie rytmów > przyspieszanie/zwalnianie
	Marsz	> klaskanie > wyliczanki/rapowanie

Etap MRM	Typy ćwiczeń i ich elementy	
	Współmuzykowanie	> przedmioty codziennego użytku > instrumentarium Orffa
Uwrażliwienie	Naśladowanie natury	> ptaki > wiatr > deszcz
	Muzykowanie na instrumentach	> instrumentarium Orffa lub przedmioty codziennego użytku
	Komponowanie	> emocje > miejsca > zjawiska pogodowe
	Malowanie muzyki	> muzyka wyrażona ruchem
Relaksacja	Muzyka relaksacyjna	> romantyczna > odtwarzana > improwizowana
	Ćwiczenia izometryczne	> pogłębiony oddech
	Wygodna pozycja ciała	> leżąca > półleżąca > siedząca
	Sugestia słowna	> zdjęcia
Aktywizacja łagodna/dynamiczna	Stopniowa pionizacja	–
	Pozycja siedząca	> rozciąganie > gałązki na wietrze
	Klaskanie we własnym tempie	> diagnoza
	Marsz	> klaskanie > muzykowanie i śpiew

Modele zastosowania mobilnej rekreacji muzycznej w pracy z osobami starszymi o różnym stopniu sprawności

Osoby starsze są niezwykle wdzięcznymi odbiorcami terapii i warsztatów wykorzystujących MRM. Niejednorodność tej grupy i niejednorodne tempo zachodzących zmian w jakości życia jej członków sprawiają, że trudno różnicować kierowane do niej propozycje aktywności ze względu na wiek, gdyż stanowi on mało wiarygodną zmienną. Czynnikiem, na który trzeba zwrócić uwagę, jest natomiast stopień funkcjonalnej sprawności osób starszych. MRM może być dla nich terapią, formą rehabilitacji lub miłym sposobem spędzania wolnego czasu. Może być również bodźcem do wzbudzenia nowych zainteresowań w sytuacji, gdy zostanie do niej włączony element edukacyjny.

Z obserwacji i doświadczeń autorki artykułu w pracy z osobami starszymi wynika jednoznacznie, że jednym z najważniejszych czynników decydujących o podjęciu przez nie danej czynności jest jej celowość. Krótki wstęp dotyczący prozdrowotnych korzyści płynących z umiarkowanej aktywności fizycznej zwykle przekonuje większość sceptyków. Dodatkowym elementem sprawiającym, że osoby, z którymi pracuje autorka, decydują się na aktywny udział w MRM, jest przekazywana wiedza o utworach, przy których grupa będzie ćwiczyć oraz o ich twórcach. Niejednokrotnie krótka pogadanka na temat komponentów słuchanego dzieła muzycznego lub zabawna anegdota dotycząca kompozytora stają się zachętą do aktywnego uczestnictwa. Często stanowią one również inspirację do rozwijania nowych pasji lub przypomnienia sobie o dawno porzuconym hobby.

Obserwacje poczynione przez autorkę w minionych latach wskazują na istotny czynnik, jakim jest pewna awersja osób starszych do ćwiczeń, które wydają się im zbyt dziecinne. Wielokrotne powtórzenia tych samych elementów (np. klaskania) również nie cieszą się uznaniem, dlatego autorka wprowadziła nowe aktywności, takie jak symulowanie gry na instrumentach orkiestrowych oraz codziennie wykonywanych czynności domowych.

Zdarzało się, że elementem budzącym zastrzeżenia wśród osób, które nigdy nie grały na żadnym instrumencie, było współmuzykowanie z wykorzystaniem małych instrumentów perkusyjnych. Awersja znikła, jeśli przed wprowadzeniem MRM grupa brała udział w warsztacie z budowania instrumentów z przygotowanych wcześniej przedmiotów (papierowych rolek, pudełek, gumek, balonów i różnych spożywczych „wypełniaczy”, takich jak kasza czy ryż). Zadowolenie z możliwości wykazania się kreatywnością, połączone ze świadomością dotyczącą upcyclingu zużytych przedmiotów, sprawiało, że w czasie sesji MRM uczestnicy chętnie sięgali po swoje instrumenty.

W pracy z osobami starszymi autorka najczęściej korzysta z literatury muzycznej pochodzącej z epok od baroku do romantyzmu, niekiedy wzbogacając ją o utwory dwudziestowieczne, w tym takie gatunki, jak tango, jazz i swing. Najważniejszym czynnikiem i celem, jakim kieruje się ona przy dokonywaniu wyboru prezentowanego repertuaru, jest umożliwienie uczestnikom ćwiczeń przy utworach wykonywanych na najwyższym światowym poziomie. W tabelach 2–4 zostały zawarte sugestie konkretnych wykonania, z których autorka korzysta podczas warsztatów. Tabele prezentują trzy propozycje działań w ramach MRM skierowane do osób starszych o różnym stopniu sprawności funkcjonalnej.

Pierwsza propozycja (zob. tabela 2, s. 179–180) jest przeznaczona dla osób w pełni sprawnych, dla których MRM stanowi formę miłego spędzania czasu, aktywizacji i muzycznej „gimnastyki”. Jest to propozycja czterdziestotrzynastominutowa, która może (ale nie musi) zostać zrealizowana wyłącznie na siedząco. Dzięki swojej długości siedmiominutowy koncert fortepianowy wykorzystywany w trakcie uruchomienia daje możliwość spokojnego włączenia się w zajęcia, wyrównania oddechu i niespiesznego wykonania wszystkich proponowanych ćwiczeń. Ze względu na wolne tempo w pracy z osobami z ograniczeniami oddechowymi można zaproponować wykonanie jednego pełnego cyklu oddechowego w każdym takcie z pominięciem przerwy po wydechu. W innych wypadkach cykl będzie się zamykał w dwóch taktach.

Zrytmizowanie przynosi podwojenie tempa i wykorzystanie kroku marszowego. Po wyrównaniu tempa marszu zostają wprowadzone elementy

muzykowania naturalnego (klaskanie na różne sposoby). W dalszej części można zastosować automasaż w postaci oklepywania ud i łydek.

W czasie odreagowania prowadzący sugeruje utrzymanie tego samego tempa. Grupa stara się dalej „maszerować”, symulując grę na instrumentach orkiestrowych (smyczkowych, dętych, perkusyjnych i klawiszowych). Podczas naśladowania autorka stara się często zmieniać sugerowane instrumenty i zwracać uwagę na rodzaj wykonywanego ruchu (w górę, w dół, na boki, w tym samym kierunku, w różnych kierunkach itp.), żeby nie doprowadzać do przeciążeń. Osoby, które są już zmęczone, mogą „maszerować”, używając jedynie pięt lub palców. Mogą również zaprzestać marszu, jeśli poczują się zbyt obciążone.

Podczas uwrażliwienia grupa słucha, jak „brzmi” upalne włoskie lato. Wykonuje również ruchy poszerzające terytorium, „dotykając” gorącego powietrza, a następnie próbuje „złapać” (klaszczyć) hałasujące kukułki, turkawki i szczygły. Słuchając odgłosów nadciągającej burzy, grupa reaguje chwilowym zatrzymaniem w bezruchu lub rytmicznym potrząsaniem nadgarstkami. W czasie trwania uwrażliwienia nieustająco „maluje” muzykę swobodnymi gestami.

Po wyczerpujących ćwiczeniach przychodzi czas na długą relaksację. W trakcie słuchania muzyki (najczęściej w pozycji siedzącej) uczestnicy mogą oddać się muzycznym fantazjom. Bardzo często korzystają z propozycji „samoprzytulenia”, tj. skrzyżowania rąk na klatce piersiowej i delikatnego poklepywania ramion w rytm muzyki, co stanowi sprawdzony sposób na obniżenie poziomu lęku.

Po tak długiej relaksacji bardzo dobrze sprawdza się zaproponowany w tabeli hymn koronacyjny. Trwający minutę wstęp stopniowo buduje napięcie, daje czas na spokojny oddech, rozciągnięcie się i uruchomienie. Dalsza część utworu jest utrzymana w umiarkowanym tempie, co daje możliwość powrotu do wcześniejszych aktywności bez nadmiernego obciążania ciała. W ramach urozmaicenia autorka wprowadza imitacje czynności domowych. Jeśli grupa jest już znużona, można wyciszyć muzykę przed końcem utworu.

Pracując z aktywną grupą, która ma jeszcze energię do działania, autorka proponuje na koniec swobodny taniec w dowolnym miejscu sali

lub (w wypadku osób obawiających się upadku) przy krześle. Wykorzystywany utwór ma wolniejszą część środkową pozwalającą na swobodne złapanie oddechu.

Tabela 2. MRM – wersja 43-minutowa dla osób bez ograniczeń funkcjonalnych. Oprac. własne

Etap MRM	Utwór	Ćwiczenia	Proponowane wykonanie
Uruchomienie	W.A. Mozart, <i>XXI koncert fortepianowy C-dur KV 467</i> , cz. 2	> oddech fabularyzowany > oddech izometryczny > pływak > narciarz > koszykarz > krążenie barkami > gałązki na wietrze	Murray Perahia & English Chamber Orchestra
Zrytmizowanie	J.S. Bach, <i>IV koncert brandenburski G-dur BWV 1049</i> , cz. 3	> imitacja kroku marszowego > muzykowanie naturalne (<i>forte, piano, legato, staccato</i> – muszelki) > oklepywanie (łydki, uda) > marsz i klaskanie	Reinhard Goebel & Musica Antiqua Köln
Odreagowanie	J.F. Händel, <i>Przybycie królowej Saby z oratorium Salomon</i>	> marsz i klaskanie > imitowanie gry na instrumentach	Orpheus Chamber Orchestra

Etap MRM	Utwór	Ćwiczenia	Proponowane wykonanie
Uwrażli- wienie	A. Vivaldi, <i>Kon- cert skrzypcowy g-moll op. 8 nr 2 (L'Estate) RV 315, cz. 1 (popularne Lato z Czterech pór roku)</i>	> naśladowanie natu- ry > malowanie muzyki	Gidon Kremer & Kamerata Baltica
Relaksa- cja	L. van Beetho- ven, <i>VI symfo- nia F-dur op. 68, cz. 2</i>	> relaksacja w pozycji siedzącej > samoprzytulenie	London Sym- phony Orche- stra & Josef Krips
Aktywiza- cja łagod- na	J.F. Händel, <i>I hymn korona- cyjny „Zadok the Priest” HWV 258</i>	> rozciąganie > gałązki na wietrze > klaskanie > imitacja prac do- mowych (pranie, wykręcanie, strze- pywanie, wieszanie, prasowanie itp.)	The English Concert, Trevor Pinnock, Simon Preston & The Choir of West- minster Abbey
Aktywiza- cja dyna- miczna	A. Piazzolla, <i>Primavera Por- teña</i>	> swobodny taniec	Gidon Kremer & Kamerata Baltica

Druga propozycja (zob. tabela 3, s. 181–183) wykorzystuje te same ćwiczenia co pierwsza, lecz proponowane utwory muzyczne są znacznie krótsze i utrzymane w wolniejszych tempach. Jest to szczególnie ważne w wypadku pracy z mniej sprawnymi osobami. Terapeuta działa w myśl zasady: „lepszą krótką aktywizacja niż jej brak”. Całość jest realizowana w pozycji siedzącej. Części od uruchomienia do odreagowania nie

wnoszą nowych ćwiczeń, a utwór proponowany w uwrażliwieniu może być dobrym bodźcem do znacznego poszerzania zakresu ruchu kończyn górnych.

Do relaksacji autorka proponuje dwa utwory (trwające odpowiednio pięć i dziewięć minut), które dobiera w zależności od nastroju (i przewidywanej cierpliwości) uczestników. Wybierając koncert Beethovena, trzeba pamiętać o wyciszeniu muzyki przed rozpoczęciem wprowadzenia do finału dzieła.

Tabela 3. MRM – wersja 26/30-minutowa dla osób z ograniczeniami funkcjonalnymi w stopniu lekkim. Oprac. własne

Etap MRM	Utwór	Ćwiczenia	Proponowane wykonanie
Urucho- mienie	J.S. Bach, <i>Aria z III suity orkiestrowej D-dur</i> BWV 1068	> oddech fabularyzowany > oddech izometryczny > pływak > narciarz > koszykarz > krążenie barkami > gałązki na wietrze	Matthias Bamert & BBC Philharmonic
Zrytmizowanie	J.F. Händel, <i>Muzyka na wodzie – II suita D-dur</i> HWV 349, cz. 2 (popularny <i>Hornpipe</i>)	> imitacja kroku marszowego > muzykowanie naturalne (<i>forte, piano, legato, staccato</i> – muszelki) > oklepywanie (łydki, uda) > marsz i klaskanie	Academy of St Martin in the Fields & Sir Neville Marriner

Etap MRM	Utwór	Ćwiczenia	Proponowane wykonanie
Odreagowanie	J.F. Händel, <i>Muzyka sztucznych ogni – Suita D-dur</i> HWV 351, cz. 4	> marsz i klaskanie > imitowanie gry na instrumentach	Berliner Philharmoniker, Rafael Kubelik & Wolfgang Meyer
Uwrażliwienie	J. Haydn, <i>Komm, holder Lenz! z oratorium Pory roku</i> Hob. XXI: 3	> naśladowanie natury > malowanie muzyki	Sir Colin Davis, London Symphony Chorus & London Symphony Orchestra
Relaksacja	J. Haydn, <i>Koncert fortepianowy G-dur</i> Hob. XVIII: 4, cz. 2 [lub] L. van Beethoven, <i>V koncert fortepianowy Es-dur</i> op. 73, cz. 2	> relaksacja w pozycji siedzącej > samoprzytulenie	Norwegian Chamber Orchestra & Leif Ove Andsnes Krystian Zimerman, Wiener Philharmoniker & Leonard Bernstein
Aktywizacja łagodna	W.A. Mozart, aria <i>Pa-pa-pa-pa-pa-pa-Papagena</i> z opery <i>Czarodziejski flet</i> KV 620	> rozciąganie > klaskanie	Bryn Terfel, Cecilia Bartoli, Myung-Whun Chung & Orchestra dell'Accademia Nazionale di Santa Cecilia

Etap MRM	Utwór	Ćwiczenia	Proponowane wykonanie
Aktywizacja dynamiczna	A. Piazzolla, <i>Libertango</i>	> imitacja prac domowych (pranie, wykręcanie, strzeptywanie itp.) > taniec przy krześle	Yo-Yo Ma, Horacio Malviciano, Leonardo Marconi, Antonio Agri, Hector Console, Néstor Marconi & Jorge Calandrelli

Utwór wybrany do aktywizacji również jest krótszy, rozwija się od wolnego tempa i dopiero w połowie osiąga jego górną granicę, co pozwala na swobodne wyjście z relaksacji. W wypadku grup aktywnych można ponownie zaproponować swobodny taniec, tym razem obok krzesła lub w pozycji siedzącej (stosując aktywizację górnej połowy ciała i wystukiwanie pulsu stopami).

Trzecia propozycja (zob. tabela 4, s. 184–185) jest przeznaczona dla osób ze znacznymi ograniczeniami funkcjonalnymi. Może być ona realizowana w pozycji siedzącej lub leżącej. Jest znacznie krótsza od poprzednich propozycji (w całości trwa 15 minut) i odrzuca większość stosowanych wcześniej ćwiczeń. W wypadku osób mniej sprawnych i niecierpliwych można ją jeszcze bardziej skrócić, stosując jedynie fragmenty proponowanych utworów.

Tempo utworu zalecanego do uruchomienia jest nieco szybsze niż w poprzednich propozycjach, a ćwiczenia są ograniczone do fabularyzowanego oddechu i „gałązek na wietrze”. Zrytmizowanie przebiega w dość wolnym tempie, a krok marszowy imitowany jest za pomocą palców lub pięt. Terapeuta proponuje wprowadzenie elementów muzykowania naturalnego oraz oklepywanie ud. W trakcie odreagowania uczestnicy imitują grę na instrumentach, delikatnie poszerzając zakres ruchu. W czasie uwrażliwienia grupa nasłuchuje odgłosów zbliżającej się burzy i naśladuje ją za pomocą szybszych ruchów rąk. Krótka relaksacja przynosi

uspokojenie oddechu i chwilę odpoczynku, a w czasie aktywizacji uczestnicy rozciągają się i wracają do klaskania znanego z wcześniejszych etapów. W tej wersji autorka nie przewidziała aktywizacji dynamicznej.

Tabela 4. MRM – wersja 15-minutowa dla osób z ograniczeniami funkcjonalnymi. Oprac. własne

Etap MRM	Utwór	Ćwiczenia	Proponowane wykonanie
Urucho-mienie	J.S. Bach, <i>Sinfonia</i> z kantaty <i>Ich steh mit einem Fuss im Grabe</i> BWV 156	> oddech fabularyzowany > gałązki na wietrze	Raymond Leppard, English Chamber Orchestra & Neil Black
Zrytmizowanie	A. Vivaldi, <i>Koncert skrzypcowy B-dur</i> op. 4 nr 9 RV 383a, cz. 2	> imitacja kroku marszowego (pale lub pięty) > muzykowanie naturalne (<i>forte, piano, legato, staccato</i> – muszelki) > oklepywanie (uda) > marsz i klaskanie	Europa Galante & Fabio Biondi
Odreagowanie	A. Vivaldi, <i>Koncert mandolinowy C-dur</i> RV 425, cz. 1	> imitowanie gry na instrumentach	Avi Avital & Venice Baroque Orchestra
Uwrażliwienie	A. Vivaldi, <i>Koncert skrzypcowy g-moll</i> op. 8 nr 2 (<i>L'Estate</i>) RV 315, cz. 2 (popularne <i>Lato z Czterech pór roku</i>)	> naśladowanie natury	Simon Standage, The English Concert & Trevor Pinnock

Etap MRM	Utwór	Ćwiczenia	Proponowane wykonanie
Relaksacja	C. Saint-Saëns, <i>Łabędź</i> z cyklu <i>Karnawał zwierząt</i>	> relaksacja w pozycji siedzącej lub leżącej > samoprzytulenie	Martha Argerich & Mischa Maisky
Aktywizacja łagodna	W.A. Mozart, <i>XIII serenada G-dur „Eine kleine Nachtmusik”</i> , KV 525, cz. 3	> rozciąganie > klaskanie	Academy of St Martin in the Fields & Sir Neville Marriner
Aktywizacja dynamiczna	Nie dotyczy		

Maciej Kierył przez prawie 25 lat okazjonalnie współpracował z uniwersytetami trzeciego wieku i klubami seniora. Korzystał wówczas z bogactwa literatury muzycznej, w tym z dzieł tzw. muzyki poważnej. Utwory, które były przez niego najczęściej wykorzystywane w pracy z osobami starszymi, zostały zamieszczone w tabeli 5 jako dodatkowe źródło inspiracji.

Tabela 5. Wybrane utwory wykorzystywane przez Macieja Kieryła podczas warsztatów w klubach seniora i na uniwersytetach trzeciego wieku w latach 1976–2000. Oprac. własne na podstawie korespondencji z autorem

Uruchomienie	E. Grieg, <i>Poranek z I suitu „Peer Gynt”</i> op. 46
	L. Boccherini, <i>Menuet A-dur – Kwintet smyczkowy E-dur</i> op. 11 nr 5 (G 275), cz. 3
Zrytmizowanie	F.J. Gossec, <i>Gawot D-dur</i>
	J.-B. Lully, <i>Gawot d-moll</i>
	W.A. Mozart, <i>Marsz turecki – Sonata fortepianowa A-dur</i> KV 311, cz. 3

Odreagowanie	N. Rimski-Korsakow, <i>Lot trzmiela</i>
	A. Chaczaturian, <i>Taniec z szablami</i> z baletu <i>Gajane</i>
	A. Vivaldi, <i>Koncert skrzypcowy g-moll</i> op. 8 nr 2 (<i>L'Estate</i>) RV 315, cz. 3 (popularne <i>Lato z Czterech pór roku</i>)
Uwrażliwienie	A. Skriabin, <i>Etiuda cis-moll</i> op. 2 nr 1
	P. Czajkowski, <i>Barkarola – Czerwiec</i> z cyklu <i>Pory roku</i> op. 37a
	E. Grieg, <i>W grocie króla gór</i> z I suitry „ <i>Peer Gynt</i> ” op. 46
	J. Strauss, <i>Walce</i>
Relaksacja	Ch.W. Gluck, <i>Melodia</i> z opery <i>Orfeusz i Eurydyka</i>
	J.S. Bach, <i>Siciliana</i> z <i>Sonaty Es-dur</i> BWV 1031
	B. Flies, <i>Kołysanka</i>
	R. Schumann, <i>Marzenie</i> op. 15 nr 7
	L. van Beethoven, <i>Sonata cis-moll</i> op. 27 nr 2, cz. 1
	Z. Fibich, <i>Poemat</i> op. 41 nr 4
Aktywizacja	Powtórzenie wybranych części zaproponowanych w rytmizowaniu i odreagowaniu

Zakończenie

Osoby w starszym wieku stanowią znaczny i wciąż rosnący procent społeczeństwa. Pomimo trudności, z jakimi się borykają, i wszechobecnych stereotypów dotyczących starzenia się oraz starości ich potrzeby są coraz częściej zauważane. Osoby starsze potrzebują zrozumienia, aktywizacji i dobrych warunków umożliwiających przystosowanie się do zmieniającej się rzeczywistości. Jedną z metod, która może być wykorzystana w celu zaspokojenia tych potrzeb, jest mobilna rekreacja muzyczna.

Metoda Macieja Kieryła przez lata zapewniła sobie niepodważalną pozycję jako forma muzykoterapii i profilaktyki muzycznej stosowana przez muzykoterapeutów, terapeutów i pedagogów w całej Polsce. W ciągu

swojej wieloletniej działalności Maciej Kierył wykształcił setki uczniów, którzy wykorzystują MRM w pracy z pacjentami w każdym wieku i o wszystkich poziomach sprawności, dostosowując ją do ich potrzeb i możliwości. Elastyczność metody i różnorodność stosowanych w niej działań zdają się gwarantować, że mobilna rekreacja muzyczna długo będzie służyć dobru pacjentów, a uczniowie twórcy MRM nie będą ustawać w wysiłkach, żeby ją rozwijać i propagować.

Bibliografia

- Bieńkuńska Anna (red.), 2020, *Jakość życia osób starszych w Polsce*, Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Brzezińska Anna Izabela, 2017, *Aspekt psychologiczny*, [w:] K. Wieczorowska-Tobis, D. Tatarska (red.), *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*, Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, s. 30–38.
- Cybulko Paweł, 2017, *Ekspresja muzyczna pacjenta*, [w:] M. Cykowska-Nowak, W. Strzelecki (red.), *Muzykoterapia. Między wglądem a inkluzją*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 21–52.
- Fancourt Daisy, Finn Saoirse, 2019, *What Is the Evidence on the Role of the Arts in Improving Health and Well-Being? A Scoping Review*, Health Evidence Network Synthesis Report 67, Copenhagen: World Health Organisation.
- Kamińska-Gawryluk Ewa (red.), 2021, *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020 r.*, Warszawa–Białystok: Główny Urząd Statystyczny.
- Kędziora-Kornatowska Kornelia, 2018, *Wybrane aspekty opieki medycznej w geriatryi*, [w:] M. Muszalik, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku*, Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, s. 183–194.
- Kierył Maciej, 2012, *Mobilna Rekreacja Muzyczna*, [w:] K. Stachyra (red.), *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 117–129.
- Kotlarski Kazimierz, 2017, *Indywidualne, społeczne i strukturalne przyczyny wykluczenia społecznego*, [w:] J. Spętana, D. Krzysztofiak, E. Włodarczyk (red.), *Od wykluczenia do wsparcia. W przestrzeni współczesnych problemów społecznych*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, s. 19–30.
- Leszczyńska-Rejchert Anna, 2006, *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

- Radzińska Michalina, Kierył Maciej, 2019a, *Mobilna rekreacja muzyczna dedykowana osobom w starszym wieku*, „Gerontologia Polska”, t. 27, nr 3, s. 234–237.
- Radzińska Michalina, Kierył Maciej, 2019b, *Muzykoterapeutyczny kod zawarty w Porach Roku Antonia Vivaldiego*, „Wychowanie Muzyczne”, nr 1, s. 56–62.
- Radzińska Michalina, 2021, *Mobilna Rekreacja Muzyczna. Geneza i zastosowanie*, Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Szatur-Jaworska Barbara, Błędowski Piotr, Dzięgielewska Małgorzata (red.), 2006, *Podstawy gerontologii społecznej*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza Aspra-Jr.

Streszczenie

Mobilna rekreacja muzyczna przez lata zyskała niepodważalną pozycję jako metoda muzykoterapii i profilaktyki muzycznej. Podstawowym celem artykułu jest omówienie jej głównych założeń i budowy jej poszczególnych etapów. Znajduje się w nim również krótka charakterystyka osób starszych i autorskie modele zastosowania mobilnej rekreacji muzycznej w pracy z tą grupą wiekową. Proponowane modele opierają się na doświadczeniach autorki wykorzystującej w swojej pracy głównie tzw. muzykę klasyczną.

Słowa kluczowe: mobilna rekreacja muzyczna, muzykoterapia, wiek starczy

MICHALINA RADZIŃSKA – doktor habilitowany sztuk muzycznych, skrzypaczka i arteterapeutka, pracownik Katedry Geriatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Absolwentka Akademii Muzycznej w Bydgoszczy, Scuola di Musica di Fiesole we Florencji, Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Występowała jako skrzypaczka (solistka i kameralistka) w Polsce, Austrii, Białorusi, Finlandii, Hiszpanii, Izraelu, Litwie, Niemczech, Rosji, Szwajcarii, Szwecji, Ukrainie oraz we Włoszech. Koncertmistrz Orkiestry Kameralnej „Accademia dell’Arco”. Autorka monografii *Mobilna Rekreacja Muzyczna. Geneza i zastosowanie* oraz innych publikacji poświęconych wykonawstwu

muzycznemu i arteterapii. W dotychczasowej pracy arteterapeutycznej skupiona w znacznej mierze na współpracy z osobami starszymi. Popularyzatorka wiedzy o muzyce oraz arteterapii i jej roli w budowaniu dobrostanu.

PRACA Z EMOCJAMI ZA POMOCĄ MUZYKOTERAPII W SCHORZENIACH PSYCHOSOMATYCZNYCH. BADANIA WŁASNE

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

Wstęp

Pytanie o przyczyny występowania chorób psychosomatycznych jest wciąż otwarte [Wrześniewski 2005: 493]. Czołowy przedstawiciel współczesnego nurtu w psychosomatyce, a zarazem twórca psychoneuroimmunologii Robert Ader [1999: 142] twierdzi, że w świetle psychosomatycznego podejścia w medycynie zostały zgromadzone liczne dowody potwierdzające wzajemną zależność i powiązania między psychiką a ciałem. Jego zdaniem istnieją także mechanizmy łączące procesy psychiczne z ważnymi dla zdrowia reakcjami organizmu.

Istniejące teorie omawiające genezę powstawania chorób psychosomatycznych wskazują na jej wieloczynnikowość [Basińska 2012: 262]. Diagnozowanie osób z zaburzeniami psychosomatycznymi dokonywane jest raczej przez wykluczenie, a nie przez potwierdzenie. Najczęściej dany przypadek zostaje zaklasyfikowany jako psychosomatyczny, jeżeli w procesie diagnozowania nie stwierdzi się żadnego organicznego podłoża dla zgłaszanych przez pacjenta objawów somatycznych [Tylka 2012: 3, 2010: 99].

Za jedną z podstawowych przyczyn schorzeń psychosomatycznych nadal uważa się stres [Gruszczyński 2012: 1], przy czym należy pamiętać,

że występują indywidualne różnice dotyczące modelu reakcji różnych osób na ten sam stresor. Jednak nie tylko stres odgrywa rolę w powstawaniu omawianych schorzeń, ważnym czynnikiem są także emocje. W literaturze przedmiotu stosowanych jest wiele określeń stanów emocjonalnych, np. afekty, emocje, namiętności czy wzruszenia. Według Janusza Reykowskiego [1974: 16] stan emocjonalny to „specyficzna reakcja organizmu na zmiany wewnętrznego i zewnętrznego środowiska, w skład której wchodzi: pobudzenie emocjonalne, uświadomienie znaczenia tych zmian oraz specyficzne i jakościowe cechy zdarzenia mającego znaczenie dla człowieka” [cyt. za Florkowski i in. 2008: 49]. Richard Shweder [1998: 36] z kolei uważa emocję za skutek wydarzeń somatycznych i doświadczeń afektywnych.

Do objawów charakterystycznych dla zaburzeń psychosomatycznych należy „negatywna emocjonalność, która przejawia się w tendencji do przeżywania negatywnych emocji, takich jak lęk, gniew i depresja” [Basińska 2012: 261]. Jest ona – zdaniem Małgorzaty Basińskiej – predyktorem zwiększonego ryzyka zachorowania m.in. na choroby onkologiczne, immunologiczne i kardiologiczne, gorszego przebiegu choroby, a nawet śmiertelności [Basińska 2012: 261]. Negatywna emocjonalność wiąże się także z tendencją do zgłaszania przez pacjentów większej liczby skarg dotyczących ich osobistego stanu zdrowia (co stanowi objaw hipochondrii).

Znaczenie emocji w chorobach psychosomatycznych

Schorzenia psychosomatyczne to choroby cielesne, częściowo lub całkowicie wywołane przez czynniki emocjonalne, chociaż same zaburzenia rozwoju emocjonalnego nie są jedynym warunkiem ich powstania [Luban-Plozza i in. 1995: 240; Orzechowska, Gałęcki 2014b: 25]. Zaburzenia psychosomatyczne mogą dotyczyć układów: sercowo-naczyniowego, oddechowego, moczowo-płciowego, narządu ruchu lub przewodu pokarmowego, mogą też występować jako wtórne reakcje somatyczne w następstwie zaburzeń nerwicznych [Tylka 2000: 19].

Rola emocji w powstawaniu chorób psychosomatycznych jest bezsporna. Każdy człowiek ma charakterystyczny dla siebie model reagowania emocjonalnego na różne bodźce i sytuacje życiowe, który zależy od rodzaju i intensywności bodźca, cech osobowości oraz stałego sposobu (wzoru) reagowania fizjologicznego [Florkowski i in. 2008: 49]. Zarówno zwiększanie, jak i zmniejszanie napięcia emocjonalnego prowadzić może u niektórych osób do zaburzeń w układzie neurovegetatywnym. Antoni Florkowski i jego współpracownicy opisują mechanizm wpływu negatywnych emocji na organizm człowieka w następujący sposób:

Reakcje emocjonalne powodują aktywację podwzgórza, które uruchamia obronne mechanizmy motoryczne, trzewne i neurohormonalne. Długotrwałe stany emocjonalne doprowadzają do zaburzenia homeostazy, co może być odpowiedzialne za zaburzenia czynnościowe w układach i narządach, a nawet za wystąpienie schorzeń psychosomatycznych [Florkowski i in. 2008: 49].

Badania przeprowadzone w ciągu ostatnich kilku lat wskazują na to, że prawie we wszystkich schorzeniach psychosomatycznych przebieg choroby często ulega zmianie pod wpływem stanu emocjonalnego pacjenta [Luban-Plozza i in. 1995: 31]. Nawet jeśli czynniki emocjonalne nie mają żadnego znaczenia przyczynowego w chorobie, to jednak zawsze mogą wpływać na jej przebieg, dynamikę i zakończenie [Chojnacka-Szawłowska 2012: 35].

Cel i przedmiot badań, tezy badawcze

Przedmiot badań stanowiła analiza sposobu leczenia oraz procesu terapeutycznego pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi. Zarówno zastosowanie określonych nurtów i podejść, jak i użycie konkretnych metod terapeutycznych należały do ważnych aspektów przedmiotowych badań jakościowych. Celem głównym przeprowadzonych badań było

zdobycie informacji dotyczących najczęstszych, typowych dla omawianej grupy pacjentów problemów emocjonalnych.

Szczegółowe kwestie badawcze odnosiły się do procesu leczenia pacjentów chorych psychosomatycznie; poszukiwano zwłaszcza odpowiedzi na pytania:

- > Jakie są główne cele leczenia pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi?
- > Jakie są główne szkoły/nurty/sposoby leczenia tego rodzaju pacjentów?
- > Z czym pacjenci mają największe trudności?
- > Jakie obszary funkcjonowania są dotknięte największą deprywacją?
- > Jakie znaczenie w powstawaniu i przebiegu choroby mają problemy emocjonalne?

Tezy badawcze oscylowały wokół procesu terapeutycznego pacjentów chorych psychosomatycznie i dotyczyły zarówno celów pracy z tymi pacjentami, ewentualnych problemów i trudności, na jakie napotykają terapeuci, obszarów, nad którymi warto/trzeba pracować, oraz najbardziej efektywnych form i technik pracy z pacjentami.

W badaniach postawiono następujące tezy:

- > T1: Pacjenci chorzy psychosomatycznie mają pewne cechy wspólne dotyczące ich funkcjonowania.
- > T2: Ważnym aspektem terapii pacjentów chorych psychosomatycznie jest praca z emocjami.

Metody i techniki badawcze

W badaniach zastosowano podejście jakościowe, oparte na technice wywiadu ustrukturyzowanego, z wykorzystaniem narzędzia badawczego, jakim jest dyspozycja wywiadu. Dyspozycja wywiadu dla terapeutów pracujących z pacjentami chorymi psychosomatycznie zawierała w wypadku psychoterapeutów 12 pytań, a w wypadku muzyko- i choreoterapeutów – 16 pytań. Pytania dotyczyły zarówno doświadczeń oraz

najczęściej napotykanych problemów w pracy z opisywanymi pacjentami, jak i najbardziej efektywnych form/metod leczenia. Badani wyrażali również swoje opinie na temat genezy chorób/schorzeń psychosomatycznych. W dalszej części wywiadu pytania odnosiły się do różnych obszarów pracy z pacjentami z zaburzeniami psychosomatycznymi, doświadczanych przez nich trudności oraz deprywacji (czy to osobistych, emocjonalnych, poznawczych, czy innych).

Opis badanej grupy

Badana grupa składała się z 13 wybranych terapeutów. Kryteria doboru próby stanowiły praca terapeutyczna z pacjentami mającymi zaburzenia psychosomatyczne oraz przynajmniej dwuletnia praktyka terapeutyczna. Terapeuci byli dobierani z uwzględnieniem ich praktyki/doświadczenia w pracy z pacjentami chorymi psychosomatycznie, dostępności i możliwości czasowych, a także chęci udziału w badaniu. Były to w większości osoby zamieszkałe w Łodzi bądź w województwie łódzkim ($n = 11$), jedna osoba z Warszawy oraz jedna z Podkarpacia. W grupie badanej znalazło się dwoje psychiatrów (z tytułem profesora), dwoje lekarzy, pięciu psychologów (w tym czworo z wykształceniem psychoterapeutycznym), dwoje (psycho)terapeutów pracujących z zastosowaniem różnych podejść terapeutycznych, jeden muzykoterapeuta i jeden arteterapeuta (zob. tabela 1, s. 196–198).

Opis procesu badawczego

Badania przeprowadzono w lutym i w marcu 2019 roku. Przed przystąpieniem do badania wszyscy uczestnicy zostali poproszeni o podpisanie/ wyrażenie zgody na dokonanie nagrania wywiadu, na jego publikację oraz na ujawnienie danych osobowych. Wywiady były prowadzone bądź

to w formie bezpośredniej, osobiście, w ramach indywidualnej rozmowy lub rozmowy telefonicznej (na odległość), bądź to w formie elektronicznej, pisemnej, za pomocą urządzeń elektronicznych (Internetu, e-maila). Wywiady przeprowadzone drogą analogową zostały nagrane, zanalizowane i stranskrybowane, a wszystkie transkrypcje musiały być w kolejnym kroku zaakceptowane przez osoby udzielające wywiadów. Nagrań dokonano za pomocą dyktafonu Sony (Digital Dictation Maschine ICD-PX333), a wywiady przeanalizowano zgodnie z metodą analizy treści zaproponowaną przez Philippa Mayringa [2009].

Tabela 1. Opis grupy badanej z uwzględnieniem reprezentowanych nurtów terapeutycznych, lat praktyki oraz rodzaju pacjentów. Oprac. własne

Numer terapeuty	Długość praktyki terapeutycznej	Rodzaj pacjentów	Reprezentowane nurty terapeutyczne
Terapeuta 1	8 lat praktyki	Pacjenci onkologiczni	Psycholog, terapeuta pracujący w nurcie ericksonowskim
Terapeuta 2	10 lat praktyki	Pacjenci lękowi	Psycholog, terapeuta pracujący w nurcie ericksonowskim
Terapeuta 3	15 lat praktyki	Pacjenci psychosomatyczni	Terapeuta pracujący w nurcie ericksonowskim, fizjoterapeuta
Terapeuta 4	2,5 roku praktyki	Pacjenci lękowi	Psycholog i terapeuta pracujący w nurcie psychodynamicznym
Terapeuta 5	45 lat praktyki	Pacjenci psychosomatyczni, wieńcowi, krążeniowi	Psychiatra, lekarz specjalista ds. chorób układu krążenia

Numer terapeuty	Długość praktyki terapeutycznej	Rodzaj pacjentów	Reprezentowane nurty terapeutyczne
Terapeuta 6	30 lat praktyki	Pacjenci psychosomatyczni, astmatyczni	Psychiatra i terapeuta pracujący w nurcie systemowym, lekarz specjalista ds. chorób układu oddechowego
Terapeuta 7	40 lat praktyki	Pacjenci lękowi i somatyczni	Psycholog
Terapeuta 8	2 lata praktyki	Młodzież, młodzi dorośli (do 20 roku życia) z problemami psychosomatycznymi, lękowymi i depresyjnymi	Psycholog, psychoterapeuta pracujący w nurcie psychodynamicznym i systemowym
Terapeuta 9	35 lat praktyki	Pacjenci somatyczni dializowani, osoby z chorobami narządów wewnętrznych	Lekarz medycyny z drugim stopniem specjalizacji
Terapeuta 10	28 lat praktyki	Pacjenci psychosomatyczni	Lekarz medycyny, diabetolog, kardiolog, internista; terapeuta pracujący w nurcie ericksonowskim
Terapeuta 11	40 lat praktyki	Pacjenci psychiatryczni i psychosomatyczni	Psychoterapeuta, certyfikowany terapeuta, arteterapeuta w specjalnościach choreoterapia i muzykoterapia

Numer terapeuty	Długość praktyki terapeutycznej	Rodzaj pacjentów	Reprezentowane nurty terapeutyczne
Terapeuta 12	9 lat praktyki	Pacjenci psychosomatyczni i psychiatryczni	Muzykoterapeuta, arteterapeuta
Terapeuta 13	25 lat praktyki	Pacjenci psychosomatyczni, pacjenci z traumą	Choreoterapeuta, arteterapeuta

Analiza uzyskanych wyników

Uzyskane wyniki badań pozwoliły na dokonanie ich analizy pod kątem wyszczególnionych zagadnień badawczych. Analiza uwzględniająca opinie poszczególnych uczestników badań (terapeutów) została uzupełniona i podparta odwołaniami do literatury przedmiotu.

Przyczyny zaburzeń psychosomatycznych

Do głównych przyczyn powstawania zaburzeń psychosomatycznych należą – zdaniem terapeuty 1 – czynniki psychiczne (emocje, stres, złość, frustracja, lęk, smutek), zwłaszcza jeśli są one tłumione/niewyrażone (takie, z którymi pacjent nie może sobie poradzić), a także czynniki socjokulturowe (np. wyzwania środowiskowe, naciski, presja). Choroby psychosomatyczne to więc najczęściej reakcja organizmu na nieprzepracowane stres, traumę lub konflikt psychiczny. Podobną genezę zaproponował terapeuta 10, według którego źródłem choroby psychosomatycznej są „wypierane, tłumione i nieuświadomione, trudne emocje” przez długi czas lekceważone przez pacjenta.

Pojawienie się większości chorób psychosomatycznych związanych jest także z określoną strukturą osobowości [Wrześniewski 2000, Ogińska-Bulik, Juczyński 2008] lub z funkcjonowaniem układu odpornościowego [Orzechowska, Gałęcki 2014a: 13]. Czynniki psychiczne, tj. osobowość, emocje, funkcje poznawcze, stopień odczuwanego stresu, czy też odczuwane czynniki zewnętrzne i środowiskowe mogą zmieniać aktywność (zmniejszać ją lub zwiększać) układu immunologicznego oraz podwyższać ryzyko wystąpienia choroby.

Leczenie pacjentów chorych psychosomatycznie

Najlepszym sposobem leczenia pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi jest – zdaniem badanych terapeutów – psychoterapia. W „idealnym podejściu”, na które wskazał terapeuta 9, pacjenci ci mają być leczeni w kompleksowy, interdyscyplinarny sposób, z uwzględnieniem właściwego żywienia i rehabilitacji. Pacjentem chorym psychosomatycznie powinien zajmować się zespół specjalistów, w którym znajdują się: psycholog, psychoterapeuta, lekarz psychiatra, rehabilitant bądź fizjoterapeuta, arteterapeuta i lekarze innych specjalności. W zespole specjalistów pracujących w sanatoriach uzdrowiskowych powinien zaś znajdować się dodatkowo lekarz orzecznik. Ostatecznym celem działania zespołu medycznego jest ocena procesu stanowiącego część indywidualnych i subiektywnych doznań pacjenta związanych z chorobą [Orzechowska, Gałęcki 2014a: 9; Luban-Plozza i in. 1995]. Niestety tylko w niektórych krajach (tj. w Stanach Zjednoczonych czy w Niemczech) wykształcone zostały struktury i procedury leczenia pacjentów psychosomatycznych.

Wielu pytanym terapeutów/psychologów zwróciło uwagę na fakt, że nie ma jednego właściwego czy najlepszego kierunku terapeutycznego stworzonego do pracy w obszarze zaburzeń psychosomatycznych. Każda szkoła terapeutyczna (tzn. podejście poznawczo-behawioralne, systemowe, psychodynamiczne czy humanistyczne) może być skuteczna w pomocy pacjentom z zaburzeniami psychosomatycznymi. Ważne w leczeniu

tego typu pacjentów jest rzetelne szkolenie psychoterapeutów, stałe podnoszenie kwalifikacji, kształcenie wielokierunkowe (uzupełnienie np. kierunku psychodynamicznego o szkolenie poznawczo-behawioralne i *vice versa*), otwartość na wiedzę naukową oraz mądre łączenie wielu metod terapeutycznych (terapeuta 8).

Istotne znaczenie ma także to, że terapię osób cierpiących na zaburzenia psychosomatyczne powinni prowadzić doświadczeni psychoterapeuci, jest ona bowiem „łatwiejsza do opisu niż do wdrożenia”, a problemy pacjentów można łatwo „przegadać”. W pracy z tą grupą terapeuta musi wykazać się „niezłym warsztatem”, ponieważ są to pacjenci trudni, niezadowoleni, somatyzujący, stawiający opór, reagujący regresami. Innymi słowy „leczenie pacjentów chorych psychosomatycznie jest bardzo trudne” (terapeuta 6).

Zdaniem terapeuty 2 praca z pacjentami z zaburzeniami psychosomatycznymi pozwala na sporą swobodę, zastosowanie wielu technik wyobrażeniowych i podejść terapeutycznych. Są to pacjenci, z którymi można „płynąć w siną dal”, a zatem wprowadzić techniki oparte na wykorzystaniu świadomości, podświadomości, wyobraźni, fantazji, ruchu, pracy z ciałem itd. Cechą charakterystyczną leczenia takich osób jest szerokie spektrum działania, ale z mniejszym – w porównaniu do innych grup pacjentów – udziałem farmakoterapii, większą rolą psychoedukacji i z włączeniem indywidualnej pracy na problemach [Wrześniewski 2005: 495, Tylka 2010: 100].

W pracy psychoterapeutycznej warto wykorzystywać różne podejścia, techniki i metody leczenia. Terapeuci pracujący w nurcie ericksonowskim wskazywali na suplementarne efekty tego podejścia wynikające z koncentracji na zasobach pacjenta, pracy z nieświadomością (wykorzystującej język nieświadomości), z użycia technik hipnozy, transu, bajki i metafory. Oprócz podejścia typowo psychoterapeutycznego warte zainteresowania są takie formy aktywności, jak choreoterapia i arteterapia, a w szczególności bioenergetyka Alexandra Lowena, uwalniająca nagromadzone w ciele napięcia metoda TRE (ang. *tension and trauma releasing exercises*) czy technika uważności (ang. *mindfulness*) Jona Kabata-Zinna. „Terapia powinna być szyta w zależności od potrzeb

i osobowości (temperamentu) pacjenta” – jak wskazał terapeuta 2. Ważny jest zatem indywidualny dobór technik pod kątem obrazu klinicznego choroby, specyfiki pacjenta, jego oczekiwań oraz przekonań (terapeuta 3).

Najważniejsza – według wszystkich badanych – jest relacja terapeutyczna oparta na zaangażowaniu, obecności, empatii, zaufaniu, współodczuwaniu, poszanowaniu, partnerstwie i współodpowiedzialności. Nawiązanie właściwej relacji terapeutycznej pozwala pacjentowi w bezpiecznej formie wyrazić swoje obawy, przyznać się do swoich potrzeb oraz nauczyć się zaspokajać je w zdrowy sposób [Kuberska-Kędzierska 2018: 198].

Główne cele terapii

Głównym celem terapii pacjentów chorych psychosomatycznie nie jest praca nad ustąpieniem objawów (trudno to zagwarantować, nie jest to cel terapeutyczny), lecz praca nad ich rozpoznawaniem (np. diagnozowaniem lęku). Poprawę stanu psychosomatycznego pacjenta – czyli jego samopoczucia i nastroju – traktuje się jako pośredni efekt pracy terapeutycznej.

Zdaniem badanych terapeutów pacjenci cierpiący na zaburzenia psychosomatyczne mają niewielki wgląd w siebie, niską (samo)świadomość oraz ograniczony dostęp do przeżywanych emocji. Bardzo wielu z nich było uczonych (już od czasów dzieciństwa) bądź to tłumienia uczuć, bądź wypierania pewnych (niechcianych, negatywnych, nieakceptowanych) emocji (terapeuta 1). Dlatego też jednym z ważniejszych obszarów objętych deprivacją u pacjentów chorych psychosomatycznie jest sfera emocjonalna [O’Sullivan 2017: 17]. Nazywanie emocji, określanie tego, co się czuje i przeżywa w danym momencie, a zatem regulowanie i rozpoznawanie emocji, okazuje się w tej grupie pacjentów bardzo trudne (terapeuta 2). Szczególny problem stanowi odczucie tych emocji w ciele, ich umiejscowienie w danym jego obszarze.

Zdaniem terapeuty 4 „sterowania emocjami uczymy się już w dzieciństwie. Jeżeli nauka tego procesu została zaburzona, w wieku dojrzałym może dojść do braku umiejętności właściwego rozpoznawania,

nazywania, regulowania i kontrolowania własnych emocji”. Praca nad ujawnieniem głęboko skrywanych emocji stanowi zatem cel terapii – czy to werbalnej, czy to niewerbalnej [Kuberska-Kędzierska 2018: 200].

W trakcie pracy terapeutycznej pacjentom chorym psychosomatycznie często trudno jest uwierzyć, że różnego rodzaju problemy związane z ich zdrowiem fizycznym mają swoją genezę w psychice [Ogińska-Bulik, Juczyński 2008: 26]. Trudno im także pojąć wzajemne zależności pomiędzy „soma a psyche”, a zwłaszcza to, że „głowa i ciało są jednością” (terapeuta 2). Zatem pacjenci ci mają często problemy ze zrozumieniem diagnozy, czyli z przyjęciem do świadomości rozpoznania medycznego, oraz z zaakceptowaniem faktu, że doświadczane przez nich objawy zawierają w sobie pierwiastek psychologiczny, mają podłoże psychiczne (terapeuta 1), a ich choroba jest pochodną problemów emocjonalnych. Wynika to także z faktu, iż wielu chorych wolałoby chorować czysto „somatycznie”, mieć postawioną konkretną diagnozę, gdyż takie rozpoznanie medyczne daje większe korzyści, tj. „zrozumienie, opiekę, uwagę, życzliwość, większe wsparcie społeczne”. Ucieczka w chorobę jest często „paradoksalnie niezwykle wygodna” (terapeuta 10), ponieważ „stajemy się ważniejsi, bardziej zauważalni dzięki cierpieniu i chorobie” [Kuberska-Kędzierska 2018: 198]. Zaakceptowanie choroby psychosomatycznej jest dla pacjentów trudne, wiąże się bowiem ze „stygmatyzacją psychiczną” (terapeuta 2).

Tak więc głównym założeniem terapii pacjentów chorych psychosomatycznie jest praca nad uświadomieniem sobie i zaakceptowaniem trudnych, wypartych emocji oraz umożliwienie wyrażenia przez pacjenta tłumionych uczuć [Kuberska-Kędzierska 2018: 197].

Zastosowanie psychoterapii w leczeniu pacjentów chorych psychosomatycznie

W wypadku, kiedy zwykła pomoc psychologiczna nie wystarcza, w leczeniu chorych psychosomatycznie wskazane jest zastosowanie zarówno psychoterapii, jak i rehabilitacji psychologicznej. Zdaniem Leszka Mellibrudy

pewne schorzenia psychosomatyczne, tj. astma oskrzelowa, choroba wrzodowa czy migrenowe bóle głowy, są bardziej podatne na leczenie środkami psychologicznymi (czyli terapią) niż środkami farmakologicznymi [por. Mellibruda 1990: 82].

Bardzo skuteczne narzędzie w pracy z pacjentami niemającymi dostępu do własnych doświadczeń emocjonalnych stanowi terapia poznawczo-behawioralna (ang. *cognitive-behavioral therapy* – CBT). Stosowana u pacjentów z somatyzacją terapia grupowa – której celem jest dostarczenie wsparcia i psychoedukacja w zakresie radzenia sobie z problemami życiowymi oraz w obszarze ekspresji emocji – prowadzi do znaczącego polepszenia funkcjonowania fizycznego i zdrowia psychicznego pacjentów (w porównaniu do grupy kontrolnej) [por. Pęcak 2017: 117].

Skuteczność terapii grupowej CBT jest udowodniona naukowo, a do efektów tego rodzaju terapii w odniesieniu do pacjentów z somatyzacją należą m.in. ograniczenie objawów chorobowych (zmniejszenie somatyzacji), obniżenie poziomu niepokoju, lęku i depresji, poprawa samopoczucia czy możliwość zmniejszenia dawki leków [Pęcak 2017: 119]. Terapia grupowa przyczynia się więc do lepszego funkcjonowania fizycznego i psychicznego pacjentów, zwiększenia poziomu satysfakcji z życia, zmniejszenia cierpienia fizycznego i psychicznego, lepszego radzenia sobie z objawami. W konsekwencji prowadzi do redukcji kosztów ekonomicznych leczenia danego pacjenta oraz umożliwia jego powrót do wcześniejszego sposobu funkcjonowania [Pęcak 2017: 119].

Zdaniem czterech pytaných psychoterapeutów wykształconych w nurcie ericksonowskim właśnie ten kierunek jest najbardziej optymalnym podejściem w wypadku pacjenta z zaburzeniami psychosomatycznymi, przede wszystkim ze względu na możliwość pracy z nieświadomością. „Język nieświadomości jest najbardziej odpowiednim językiem do pracy z takim pacjentem” (terapeuta 1), a różne techniki hipnozy (także klinicznej), transu, praca z metaforą, anegdotą, bajką – dają widoczne efekty. Omawiany nurt koncentruje się przede wszystkim na zasobach wewnętrznych człowieka, a sposób ich ujawniania i spożytkowania jest niedyrektywny. Skuteczność podejścia ericksonowskiego wynika także z faktu, że większość pacjentów chorujących psychosomatycznie to bardzo racjonalne

osoby, które „wszystko wiedzą, wszystko rozumieją”, a praca na faktach i psychoedukacja nie przynoszą w ich wypadku wymiernych korzyści (terapeuta 2) – dopiero odwołanie się do nieświadomości może „poruszyć tych pacjentów”, a dzieje się to dzięki temu, iż terapeuci ericksonowscy dysponują sprawdzonymi narzędziami do pracy z pacjentami chorymi psychosomatycznie (terapeuta 3).

Oprócz wspomnianych już terapii poznawczo-behawioralnej oraz terapii ericksonowskiej godne polecenia w pracy z osobami cierpiącymi na zaburzenia psychosomatyczne są także terapie: psychodynamiczna, humanistyczna czy systemowa. Terapeuta 4, specjalista z zakresu terapii psychodynamicznej, stosuje w swojej pracy także intensywną krótkoterminową psychoterapię psychodynamiczną (ang. *intensive short-term dynamic psychotherapy* – ISTDP), terapię schematów (TS), metody terapii poznawczo-behawioralnej oraz elementy (psycho)terapii Gestalt. Sięganie do przeszłości pacjenta bywa przydatne w celu pogłębienia pracy i dotarcia do przyczyn problemów, czyli genezy powstania zaburzeń somatycznych.

Wszystkie wymienione nurty/paradygmaty nadają się do pracy terapeutycznej z osobami cierpiącymi na zaburzenia psychosomatyczne. Każda droga prowadząca do celu – czyli poprawy samopoczucia i nastroju pacjenta – jest godna zastosowania. Innymi słowy: „dobry terapeuta jest w stanie dobrze pracować w każdym nurcie terapeutycznym z pacjentem” (terapeuta 5).

Zastosowanie arteterapii w leczeniu pacjentów chorych psychosomatycznie

Arteterapia, w tym muzykoterapia czy choreoterapia, może być pomocna w leczeniu pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi. Podczas zajęć z zastosowaniem sztuki, tańca i ruchu mają oni możliwość swobodnego wyrażania siebie, „wyszalenia się”, „wyskakania”, „uwolnienia” emocji.

Terapie oparte na wykorzystaniu kanałów niewerbalnych pozwalają na łatwiejszy dostęp do pacjentów, dają im większą swobodę oraz łatwiej

uwalniają chorych od ich problemów niż terapie werbalne. Często się zdarza, że „tylko przez techniki arteterapeutyczne mają oni możliwość pocucia siebie samych, co nie jest możliwe podczas zwykłych zajęć psychoterapeutycznych” (terapeuta 2).

Metody arteterapeutyczne – w przeciwieństwie do metod psychoterapeutycznych – dysponują takimi narzędziami, które aktywują prawą półkulę, odpowiadającą za to, co nieświadome, za kreatywność i uruchomienie wyobraźni (terapeuta 4). Arteterapia jest także wskazana dla tych, którzy są na nią otwarci, poszukują alternatywnych metod leczenia poza psychoterapią werbalną, oraz dla pacjentów (np. lękowych, zamkniętych w sobie), którzy mają trudności w komunikowaniu swoich emocji w sposób tradycyjny (terapeuta 8) lub którym praca ze słowem nie wystarcza (terapeuta 11).

Metody arteterapeutyczne to bardzo wartościowe narzędzie wspomagające leczenie osób z zaburzeniami psychosomatycznymi. „Pacjent dzięki nabyciu umiejętności komunikowania uczuć, pragnień może je wykorzystać do zmiany swoich szkodliwych nawyków i zachowań” (terapeuta 1). Techniki arteterapeutyczne ukazują, jak można pewne rzeczy wyrazić w sposób niewerbalny, aby potem móc je nazwać, opisać, skonceptualizować, zanalizować, nadać im znaczenie (terapeuta 4).

Zastosowanie muzykoterapii w leczeniu pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi

Jednym z głównych zadań muzykoterapii w leczeniu pacjentów chorych psychosomatycznie jest praca z emocjami. Pacjenci dotknięci chorobą somatyczną mogą zmagać się z blokadami emocjonalnymi albo nadwrażliwością emocjonalną, z brakiem umiejętności odczytywania, analizowania i wyrażania emocji bądź z poważnymi emocjonalnymi traumami związanymi z nieprzepracowanymi doświadczeniami z przeszłości [por. Wigram 2004: 203].

Muzykoterapia jest wskazana w pracy z osobami cierpiącymi na zaburzenia psychosomatyczne, jako że daje możliwość poszerzania zakresu odczuwanych emocji, ich powtórnego przeżywania oraz przepracowania

(dojścia do genezy problemu). Ponieważ muzyka oddziałuje na sferę emocjonalną pacjenta, jest w stanie wydobyć nierzadko bardzo głęboko ukryte, tłumione emocje. „Samo uświadomienie sobie uczuć daje kontakt ze swoimi emocjami oraz umożliwia ich poznanie, a następnie wyrażenie i odreagowanie” [Strzelecki, Strzelecka 2017: 380]. Uzyskanie kontaktu z własnymi emocjami przekłada się na pełniejsze otwarcie się na innych, poprawę komunikacji interpersonalnej, lepsze relacje społeczne oraz większą akceptację ze strony środowiska.

Przykładem wykorzystania muzykoterapii aktywnej i receptywnej w leczeniu pacjentów chorych psychosomatycznie jest systematyczna praca z emocjami pacjenta w różnych konfiguracjach za pomocą różnorodnych metod i technik. Dzięki zastosowaniu odpowiednich przykładów muzycznych możliwe jest przedstawienie całego przebiegu dynamicznego konkretnej emocji [por. Cesarz 2003: 7–12]. Dzieje się tak, ponieważ:

Czasowo-dynamiczny i abstrakcyjny charakter muzyki, która odtwarza treści uczuć, ich dynamikę, może stać się zarówno symbolem stanu psychicznego człowieka, jak i jego uczuć, które zostały kiedyś wyparte i zdławione, a obecnie powodują lęk, smutek, obwinianie się, wrogość, rozżalenie, utrudniając społeczne relacje z innymi [Strzelecki, Strzelecka 2017: 379].

Osoby, które mają problem z umiejscowieniem i określeniem własnych emocji, mogą mieć trudności w określeniu stosunku do własnego ciała [Strzelecki, Strzelecka 2017: 383]. Wynika to ze sposobu lokalizacji emocji w ciele oraz sztywnej postawy ciała (zesztywnienia w pewnych obszarach) pacjentów chorych psychosomatycznie. Pacjentów takich, a także pacjentów dotkniętych przewlekłym bólem, cechują ograniczenia w zakresie własnej aktywności ruchowej, wokalne, tanecznej i muzycznej, ale również – co ważniejsze – ograniczenia w zakresie odbioru obrazu samego siebie i obrazu własnego ciała [Hillecke, Bolay 2000: 396; za: Kaczmarek 2010: 50]. W takiej sytuacji zastosowanie muzykoterapii aktywnej (elementów *body percussion*, TaKeTiNy, zajęć muzyczno-ruchowych), rytmikoterapii czy terapii tańcem i ruchem może przyczynić

się do zniwelowania wspomnianych ograniczeń, większego uelastycznienia i otwarcia pacjentów. Dochodzi do tego, ponieważ, jak podkreśla ją Wojciech i Maja Strzelecki:

Odczuwanie emocji wzbudzonych przez muzykę bez analizy intelektualnej i werbalnej, które pojawia się poza świadomą kontrolą, może wpłynąć korzystnie na blokady cielesne i poprawić funkcjonowanie w zakresie napięcia mięśniowego [Strzelecki, Strzelecka 2017: 385].

Praca z emocjami za pomocą muzykoterapii może polegać na tworzeniu improwizacji opierających się na zróżnicowanym materiale emocjonalnym. Jedną z możliwości jest zastosowanie zbudowanej z dwóch części (AB) „binarnej” improwizacji, podczas której przechodzimy od jednego stanu emocjonalnego do drugiego [Wigram 2004: 233]. Przykładem takiej zmiany może być przejście od lękliwości do poczucia pewności siebie, od smutku do radości czy też od frustracji do determinacji. Jest to metoda pozwalająca zarówno na identyfikowanie, analizowanie, jak i na okazywanie emocji w sposób inny niż werbalny [Strzelecki 2017: 111].

Praca z emocjami może się odbywać zarówno podczas muzykoterapii aktywnej, jak i z zastosowaniem muzykoterapii receptywnej. Emocje można w łatwy sposób identyfikować w wybranych utworach muzycznych. Zadaniem terapeuty jest w takiej sytuacji wybór sugestywnych i jednorodnych wyrazowo utworów, które prezentują daną emocję. Muzykoterapia może wnikać w sferę uczuć, potęgować je, pomóc w doświadczeniu *katharsis*, przynieść ulgę. Godna polecenia jest tzw. zasada „iso” Elżbiety Galińskiej polegająca na doborze muzyki do stanu psychicznego i fizycznego pacjenta (terapeuta 10). Słuchanie na sesjach z pacjentami muzyki, zwłaszcza utworów ważnych dla nich pod względem emocjonalnym, prowadzi często do uwolnienia emocji, które potem zostają omówione i przedyskutowane (terapeuta 2).

Innym sposobem na poradzenie sobie z własnym gniewem i złością może być samodzielne stworzenie piosenki (ang. *songwriting*) bądź wykorzystanie znanych już piosenek odzwierciedlających nastroj pacjenta i uczucia z nim związane (ang. *song lyric discussion*). W pracy

z emocjami pacjenta chorego psychosomatycznie można zastosować także wizualizację połączoną z analizą treści podczas słuchania wybranych utworów, najczęściej zaczerpniętych z muzyki filmowej. Jednym z bardziej skutecznych sposobów na zobrazowanie emocji jest metoda wizualizacji kierowanej z muzyką (ang. *guided imagery and music* – GIM), której twórczynią jest Hellen Bonny [1989: 7].

Dzięki muzykoterapii można pomóc pacjentom cierpiącym na zaburzenia psychosomatyczne w pracy z lękiem przez odpowiedni dobór muzyki, trafne sterowanie wybranym zestawem utworów muzycznych, umożliwienie kontaktu z muzyką klasyczną i filmową na żywo (w formie koncertów czy audycji). Stosowanie metod muzykoterapii receptywnej, a zwłaszcza wykorzystanie muzyki z własnego kręgu kulturowego i muzyki instrumentalnej, pomaga pacjentom – zdaniem terapeuty 12 – w przełamywaniu barier komunikacyjnych, prowadzi do poprawy nastroju i ogólnego samopoczucia. Ważne jest w tym wypadku stworzenie przyjaznej atmosfery, aby grupa mogła wspólnie pracować i zbudować zaufanie do terapeuty oraz do siebie nawzajem.

Program muzykoterapii może obejmować również ćwiczenia z użyciem głosu, grę na instrumentach perkusyjnych, samodzielne tworzenie muzyki bądź śpiew (terapeuta 11). Do widocznych u pacjentów efektów końcowych muzykoterapii należą: poprawa nastroju, większa otwartość, zdolność wyrażania swoich emocji, nastrojów i potrzeb, większa samoakceptacja, poczucie bezpieczeństwa, zmniejszenie poczucia izolacji, poprawa koncentracji (myślenia) oraz zmiana zachowania/nastawienia (terapeuta 12).

Wnioski

Do charakterystycznych dla pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi cech możemy zaliczyć problemy w obszarze emocjonalnym. Brak umiejętności nazywania, rozpoznawania i regulowania emocji, niewielki wgląd we własną sferę uczuciową i ograniczona świadomość przeżywanych emocji, emocjonalne zahamowania czy tłumienie bolesnych uczuć – to typowe problemy emocjonalne opisywanej tu grupy osób.

Teza 1, mówiąca o tym, że pacjenci chorzy psychosomatycznie mają pewne cechy wspólne dotyczące ich funkcjonowania, została potwierdzona.

Wszyscy pytani terapeuci poświadczili znaczenie problemów emocjonalnych i konieczność pracy z emocjami w omawianej grupie pacjentów. To właśnie tego rodzaju praca jest jednym z głównych celów działań psychoterapeutycznych w wypadku osób chorych psychosomatycznie. Zadaniem pacjentów jest „oswajanie emocji”, ich zauważenie, rozpoznawanie, wyrażanie, nadawanie im nazwy, ich zrozumienie, zaakceptowanie oraz poczucie w ciele. Teza 2, mówiąca o ważności pracy z emocjami jako jednego z głównych aspektów terapii pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi, została zatem również potwierdzona.

Podsumowanie

Reasumując, należy zaznaczyć, że znaczącą rolę w występowaniu zaburzeń psychosomatycznych odgrywa czynnik stresowy w konstelacji z czynnikami emocjonalnymi. Podkreśla się, że to głównie sposób, w jaki jednostka radzi sobie ze stresem i negatywnymi emocjami, odpowiada za powstawanie i przebieg zaburzeń psychosomatycznych [Florkowski i in. 2008: 50].

Ogólnie rzecz ujmując, choroby psychosomatyczne to „odroczone w czasie fizyczna reakcja organizmu na długotrwały stres, traumatyczne przeżycie, konflikt psychiczny bądź długo tłumione emocje” [Kuberska-Kędzierska 2018: 15]. Najważniejszym jednak czynnikiem powodującym powstanie choroby psychosomatycznej są stany emocjonalne o różnym nasileniu (będące wynikiem urazu, najczęściej z okresu dzieciństwa, np. nadużyć fizycznych lub psychicznych, bądź wynikiem określonych wzorców rodzinnych, np. przekazanych przez zdystansowanych, mało emocjonalnych rodziców) generujące przedłużające się reakcje narządowe. Innymi słowy istnieje związek pomiędzy negatywnymi wydarzeniami psychospołecznymi (o charakterze emocjonalnym) z okresu dzieciństwa i dorosłości oraz konkretnymi cechami osobowości a zachorowalnością na określone choroby psychosomatyczne [O’Sullivan 2017: 88].

Główne cele terapii w wypadku osób chorych psychosomatycznie powinny się odnosić do obszaru emocjonalnego pacjenta. Praca z emocjami jest bardzo istotna, ponieważ większość tego rodzaju pacjentów ma duże trudności z nazywaniem i rozpoznawaniem emocji.

Z pacjentem chorym psychosomatycznie można pracować w wielu nurtach psychoterapeutycznych, z uwzględnieniem ważnej roli relacji terapeutycznej [Jakubowska-Winecka 2016: 77] – stosowane są zarówno kierunki humanistyczny, systemowy czy analityczny, jak i nurt poznawczo-behawioralny. Sami badani terapeuci potwierdzili, że korzystają z wielu metod i technik terapeutycznych w celu jak najbardziej indywidualnego podejścia do leczenia pacjenta.

Nie tylko psychoterapia, ale także szeroko pojęta arteterapia mogą stanowić komplementarne metody pracy z chorym psychosomatycznie. W zależności od sytuacji i oczekiwań pacjenta terapie artystyczne można dopasować tak, by zaspokajały jego najważniejsze potrzeby. Wykorzystanie muzykoterapii czy arteterapii umożliwia działanie w wielu obszarach jednocześnie, ale – co ważniejsze – muzykoterapeuci i choreoterapeuci są w stanie reagować na indywidualne potrzeby pacjentów i usprawniać ten obszar, który jest w danej chwili najbardziej zablokowany.

W wypadku pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi (w zależności od formy leczenia) stosowane są albo terapia indywidualna (psychoterapia), albo terapia grupowa (muzykoterapia, choreoterapia). Formy terapii zależą od środków przeznaczanych na leczenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, uwarunkowań organizacyjnych (m.in. od tego, czy możliwe jest utworzenie grupy), możliwości refundacji świadczeń terapeutycznych oraz od dostępności i liczebności kadry wykształconych terapeutów.

Bibliografia

Ader Robert, 1999, *Psychoneuroimmunologia*, „Nowiny Psychologiczne”, nr 1–2, s. 141–150.

- Basińska Małgorzata A., 2012, *Psychologiczne czynniki oddziałujące na stan somatyczny – współczesne ujęcie zespołu psychosomatycznego*, „Przegląd Lekarski”, t. 69, nr 6, s. 260–264.
- Bonny Hellen L., 1989, *Sound as Symbol: Guided Imagery and Music in Clinical Practice*, „Music Therapy Perspectives”, No. 6 (1), s. 7–10.
- Cesarz Helena, 2003, *Psychoterapeutyczna wartość referencjalnego znaczenia muzyki*, „Muzykoterapia Polska”, t. 2, nr 3–4, s. 7–12.
- Chojnacka-Szawłowska Grażyna, 2012, *Psychologiczne aspekty przewlekłych chorób somatycznych*, Warszawa: Wizja Press & IT.
- Cylkowska-Nowak Mirosława, Strzelecki Wojciech (red.), 2017, *Muzykoterapia. Między wglądem a inkluzją*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Florkowski Antoni, Gałęcki Piotr, Talarowska-Bogusz Monika, Zboralski Krzysztof, 2008, *Zaburzenia emocjonalne i psychosomatyka*, „Polski Mercuriusz Lekarski”, t. 25, suppl. 1, s. 49–50, [online:] <http://medpress.com.pl/pml/epubli/t25s1/13.pdf> [20.09.2022].
- Gruszczyński Wojciech, 2012, *Stres – rosnący problem społeczny XXI wieku*, „Prewencja i Rehabilitacja”, nr 4 (30), s. 1–4.
- Hillecke Thomas, Bolay H. Volker, 2000, *Musiktherapie bei chronischen Schmerzen – theoretischen Grundlagen. Das Heidelberger Modell*, „Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie”, Bd. 35, s. 394–400.
- Jakubowska-Winecka Anna, 2016, *Rola psychologa w leczeniu chorych somatycznie*, [w:] L. Zabłocka-Żytka, E. Sokołowska (red.), *Pomoc psychologiczna chorym somatycznie. Wybrane zagadnienia*, Warszawa: Difin, s. 75–85.
- Kaczmarek Stella, 2010, *Zastosowanie techniki unstrukturyzowanej w muzykoterapii na przykładzie dzieci z migreną*, „Sztuka Leczenia”, t. 21, nr 3–4, s. 47–56.
- Kaczmarek Stella, 2020, *Zastosowanie muzykoterapii aktywnej w leczeniu pacjentów psychosomatycznych*, Łódź: Wydawnictwo Akademii Muzycznej w Łodzi.
- Kuberska-Kędzierska Małgorzata, 2018, *Ile ważą emocje?*, Łódź: Galaktyka.
- Luban-Plozza Boris, Pöldinger Walter, Kröger Friedebert, Wasilewski Bohdan, 1995, *Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej*, tłum. R. Czepczyński, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Mayring Philipp, 2009, *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, 12. überarb. Auflage, Weinheim: Beltz & Gelberg.
- Mellibruda Leszek, 1990, *Terapia psychologiczna w chorobach somatycznych*, [w:] I. Heszen-Niejodek (red.), *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, s. 66–94.
- Ogińska-Bulik Nina, Juczyński Zbigniew, 2008, *Osobowość – stres a zdrowie*, Warszawa: Difin.

- Orzechowska Agata, Gałęcki Piotr, 2014a, *Medycyna psychosomatyczna*, [w:] A. Orzechowska, P. Gałęcki (red.), *Zaburzenia psychosomatyczne w ujęciu terapeutycznym*, Wrocław: Wydawnictwo Continuo, s. 9–18.
- Orzechowska Agata, Gałęcki Piotr, 2014b, *Wybrane mechanizmy biopsychospołeczne wpływające na stan zdrowia*, [w:] A. Orzechowska, P. Gałęcki (red.), *Zaburzenia psychosomatyczne w ujęciu terapeutycznym*, Wrocław: Wydawnictwo Continuo, s. 25–26.
- O’Sullivan Suzanne, 2017, *Wszystko jest w twojej głowie. Opowieści o chorobach psychosomatycznych*, tłum. K. Dudzik, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pęcak Magdalena, 2017, *Zastosowanie CBT w leczeniu zaburzeń somatomorficznych (pod postacią somatyczną)*, „Terapia Poznawczo-Behawioralna”, nr 7, s. 108–142.
- Reykowski Janusz, 1974, *Eksperymentalna psychologia emocji*, wyd. 2 zmienione i poszerz., Warszawa: Książka i Wiedza.
- Shweder Richard A., 1998, „*Nie jesteś chory, tylko się zakochałeś*” – emocja jako system interpretacji, [w:] P. Ekman, R.J. Davidson (red.), *Natura emocji*, tłum. B. Wojciszke, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 36–46.
- Strzelecki Wojciech, 2017, *Specyfika oddziaływania muzykoterapeutycznego*, [w:] M. Cyłkowska-Nowak, W. Strzelecki (red.), *Muzykoterapia. Między wglądem a inkluzją*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 101–120.
- Strzelecki Wojciech, Strzelecka Maja, 2017, *Muzykoterapia w aleksytymii*, [w:] M. Cyłkowska-Nowak, W. Strzelecki (red.), *Muzykoterapia. Między wglądem a inkluzją*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 372–385.
- Tylka Jan, 2000, *Psychosomatyka. Wybrane zagadnienia z teorii i praktyki*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Wyszyńskiego.
- Tylka Jan, 2010, *Podejście psychosomatyczne w wyjaśnieniu przyczyn i ustalenia sposobów terapii zaburzeń zdrowia*, „Family Medicine & Primary Care Review”, Vol. 12, No. 1, s. 97–103.
- Tylka Jan, 2012, *Przyczyny wzrostu zachorowań na choroby psychosomatyczne*, prezentacja wygłoszona podczas Sympozjum Naukowego pt. „Choroby psychosomatyczne – najszybciej rosnące zagrożenie utraty zdolności do pracy”, Instytut Zdrowia Człowieka, Uniejów, 26.07.2012, [online:] <http://www.izc.pl/uniejow/medycyna.html> [21.03.2019].
- Wigram Tony, 2004, *Improvisation. Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators, and Students*, London–Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Wrześniewski Kazimierz, 2005, *Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 493–531.

Streszczenie

Artykuł dotyczy leczenia pacjentów chorych psychosomatycznie w Polsce i omawia badania, w ramach których przeprowadzono wywiady z 13 terapeutami. Celem badań było uzyskanie wiedzy na temat głównych metod pracy terapeutycznej z pacjentami cierpiącymi na zaburzenia psychosomatyczne, z uwzględnieniem typowych dla nich problemów, trudności oraz charakterystycznych objawów. Pytania badawcze dotyczyły roli pracy z emocjami oraz możliwości leczenia pacjentów za pomocą metod reprezentujących różnorodne szkoły i nurty terapeutyczne. Badania miały charakter jakościowy; wykorzystano w nich technikę wywiadu ustrukturyzowanego. Uzyskane wyniki potwierdzają konieczność pracy w obszarze emocjonalnym z osobami chorymi psychosomatycznie za pomocą terapii zarówno werbalnych, jak i niewerbalnych, w tym arteterapii i muzykoterapii.

Słowa kluczowe: emocje, leczenie, muzykoterapia, psychoterapia, psychosomatyka

STELLA KACZMAREK – doktor; muzykoterapeuta, pedagog i psycholog muzyki. Adiunkt w Katedrze Edukacji Muzycznej oraz kierownik Pracowni Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Grażyny i Kiejstuta Bacewiczów w Łodzi. Stopień doktora w zakresie pedagogiki muzycznej uzyskała w 2012 roku na Uniwersytecie Paderborn u prof. Heinera Gembrisa w Instytucie Badań Zdolności Muzycznych (Institut für Begabungsforschung in der Musik). Absolwentka Akademii Muzycznej w Łodzi (na kierunku wychowanie muzyczne i muzykoterapia), Fachhochschule Heidelberg (muzykoterapia), Uniwersytetu Muzycznego w Warszawie (psychologia muzyki) oraz Uniwersytetu SWPS w Warszawie. Publikuje w języku polskim, niemieckim oraz angielskim. Zainteresowania: muzykoterapia kliniczna, muzykoterapia pacjentów psychosomatycznych, psychologia muzyki, trening muzyczny.

MUZYKOTERAPIA DLA PRACOWNIKÓW KORPORACJI

Justyna Łukasiewicz » Absolwentka Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

Wstęp

W Polsce obserwuje się obecnie wzrost liczby korporacji. Częstymi wymogami stawianym osobom ubiegającym się o pracę w takich firmach są umiejętność działania pod presją czasu oraz odporność na stres. Taki styl pracy zagraża dobrostanowi pracowników i może prowadzić m.in. do wypalenia zawodowego, które uchodzi za największe zagrożenie osób pracujących w XXI wieku [Mańkowska 2016: 175]. Powoduje ono nie tylko pogorszenie psychicznego i fizycznego zdrowia pracownika, ale również straty finansowe firmy i całej gospodarki. W wielu korporacjach zaczęto dostrzegać potrzebę zadbania o dobrostan pracowników i wprowadzać różne działania wellbeingowe. Muzykoterapia mogłaby w nich odegrać dużą rolę.

Specyfika pracy w korporacji

Termin „korporacja” pochodzi od łacińskiego słowa *corporation*, które oznacza „związek, połączenie, stowarzyszenie, zrzeszenie”. Korporację można więc zdefiniować jako „związek osób, podmiotów lub ich zrzeszenie, które zostało wyodrębnione w związku z realizacją określonego

celu” [Nowosad 2022: 17–18]. Zazwyczaj ma ona osobowość prawną i jest spółką akcyjną, zatrudnia wielu pracowników, jest organizacją międzynarodową, przez co odgrywa dużą rolę w rozwoju gospodarczym [Nowosad 2022: 17–22]. Do najważniejszych celów korporacji należą podnoszenie konkurencyjności swoich produktów, podwyższanie efektywności działalności oraz zdobywanie nowych rynków, co skutkuje wysokim zyskiem [Zioło 2009: 12–14]. Pod względem struktury korporacja to przedsiębiorstwo składające się z firmy macierzystej i jej filii, które tworzone są w różnych lokalizacjach. Globalny zasięg świadczy o korporacyjności danej organizacji [Nowosad 2022: 21].

Specyfika pracy w korporacji wiąże się z tzw. kulturą korporacyjną lub organizacyjną, którą Ricky W. Griffin definiuje jako zestaw wartości pozwalających członkom organizacji zrozumieć, jak ona funkcjonuje, co jest dla niej ważne oraz co popiera, a czego nie. Kultura korporacyjna kształtuje się przez długi okres i określa atmosferę przedsiębiorstwa, za którą odpowiedzialni są jego założyciele lub menedżerowie [Griffin 1996: 116–117, za: Gitling 2013: 253]. Jej głównym celem jest przedstawienie zalecanych przez przedsiębiorstwo schematów działania. Służy ona także mentalnej integracji pracowników z korporacją, zrozumieniu jej misji i wartości, które stają się im bliskie. Dzięki temu mają oni poczucie przynależności do przedsiębiorstwa będącego ich miejscem pracy [Kapusta, Sukiennik, Bąk 2017: 486–487]. Zdaniem Mariusza Kapusty, Marty Sukiennik i Patrycji Bąk kulturę korporacyjną kształtują: typ otoczenia (np. kodeks prawny, zmienne ekonomiczne, konkurencja), cechy korporacji (np. jej wielkość, forma prawna, misja), cechy zasobów ludzkich korporacji (np. wykształcenie, doświadczenie, pasje i potrzeby pracowników), charakterystyka korporacji (np. cele działania, procedury, sposób wykonywania zadań) i styl zarządzania (np. autokratyczny, demokratyczny, liberalny) [Kapusta, Sukiennik, Bąk 2017: 487–488].

Kultura korporacyjna wpływa na samopoczucie pracownika – może działać na niego pozytywnie lub negatywnie. Manfred F.R. Kets de Vries i Danny Miller [1984] opisali różne patologiczne formy kultury organizacyjnej. Należy do nich m.in. kultura paranoidalna, w której przełożeni boją się zagrożenia ze strony współpracowników, dlatego im nie ufają.

Inny przykład to kultura wymuszona – przełożeni chcą mieć całkowitą kontrolę, okazywanie emocji jest źle postrzegane, obowiązuje hierarchia starszeństwa, a najważniejsze staje się przestrzeganie reguł. Z kolei w kulturze depresywnej panują rutyna, pesymizm, obawy, konformizm oraz przekonanie, że nie można niczego zmienić [Chojnacki, Balasiewicz 2006: 293–294, za: Gitling 2013: 260–261].

Na stanowiska w korporacji poszukuje się często pracowników o określonych cechach. Przyjmowane są zarówno młode osoby, nawet bez żadnych kwalifikacji, które można szybko przeszkolić do wykonywania prostych zadań, jak i wysoko wykwalifikowani specjaliści, którzy będą należeć do kadry zarządzającej i dostawać wysokie wynagrodzenia. Kandydaci powinni być odporni na stres i potrafić dostosować się do sytuacji wymagającej szybkiego opanowania nowych umiejętności [Sala 2003: 104–105]. Intensywne tempo pracy, niekorzystna dla zatrudnionych kultura korporacyjna wraz z nieodpowiednim stylem zarządzania mogą negatywnie wpływać na samopoczucie pracownika, powodując stres czy wypalenie zawodowe.

Praca a zdrowie

W 2019 roku wypalenie zawodowe zostało wpisane przez Światową Organizację Zdrowia do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11 obowiązującej od 1 stycznia 2022 roku. Definiowane jest jako syndrom wynikający z chronicznego stresu w miejscu pracy [Burn-out... 2019]. Do objawów wypalenia należą przede wszystkim:

- wyczerpanie emocjonalne (np. przygnębienie, bezradność, poczucie beznadziei i braku perspektyw, pustka emocjonalna, zniechęcenie, utrudnione opanowywanie emocji i płaczu, poczucie winy z powodu wyników swojej pracy, niekontrolowane wybuchy złości, zamartwianie się pracą);
- wyczerpanie fizyczne (np. brak energii, osłabienie, chroniczne zmęczenie, napięcie i kurcze mięśni, zmiana wagi ciała, zaburzenia snu,

zwiększona podatność na infekcje, zwiększenie przyjmowania leków lub spożywania alkoholu, dolegliwości sercowe, bóle głowy, utrata apetytu);

- > wyczerpanie psychiczne (negatywne nastawienie do siebie, pracy i życia, utrata szacunku do siebie, obniżenie poczucia własnej wartości, poczucie własnej nieudolności i braku kompetencji, poczucie przeciążenia informacjami, zmuszanie się do pracy, ustalanie nierealnych celów, obniżone poczucie sprawczości, niezadowolone z własnych osiągnięć, depresja);
- > depersonalizacja (cynizm, przedmiotowe traktowanie innych osób, sarkastyczne i niegrzeczne reakcje, agresja, pogorszenie relacji interpersonalnych);
- > zaburzenia funkcji poznawczych (zaburzenia koncentracji uwagi, pamięci, procesów myślowych i uczenia się, niezdolność do podejmowania decyzji) [Gurba 2012: 198; Kowalczyk 2014: 165; Lisowska 2021: 48; Litzke, Schuh 2007: 168; Mańkowska 2016: 155–160].

Wypalenie to efekt przewlekłego, stopniowo rozwijającego się stresu zawodowego. Głównym mechanizmem prowadzącym do takiej sytuacji jest utrata lub duże zachwianie balansu między pracownikiem a pracą. Do czynników podmiotowych wypalenia zalicza się wysoką motywację do pracy i traktowanie jej jako sensu życia, nieumiejętność radzenia sobie ze stresem, nierealistyczne oczekiwania. Wśród czynników środowiskowych należy wymienić nieodpowiednie warunki pracy, brak wsparcia, zbyt dużą liczbę zadań oraz niedocenienie. Wypalenie może dotknąć osoby, które doświadczają zaburzenia równowagi między trudem wkładanym w pracę a otrzymaną nagrodą [Mańkowska 2016: 169].

Z badań STADA Health Report 2022, które przeprowadzono od marca do kwietnia 2022 roku w 15 krajach Europy na grupie około 30 tys. dorosłych, wynika, że 26% Polaków ma poczucie, iż znajduje się na granicy wypalenia zawodowego. Jest to najwyższy wynik wśród badanych krajów. W przedziale wiekowym od 18 do 24 lat wypalenie dotyczy aż 36% Polaków. Z powodu pandemii COVID-19 wiele osób zaczęło pracować zdalnie, co także ma wpływ na samopoczucie. 41% Polaków przyznaje, że od początku pandemii ich poziom stresu znacznie się podniósł

[*STADA Health Report...* 2022]. Z kolei Raport Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy z 2022 roku wykazuje, że 65% Polaków odczuwa ogólne zmęczenie z powodu pracy [Leclerc, De Keulenaer, Belli 2022: 4–9].

Muzykoterapia a wypalenie zawodowe

W związku z tym, że muzykoterapia znajduje zastosowanie m.in. w profilaktyce i w psychiatrii, może być również wykorzystywana jako metoda wsparcia pracowników narażonych na stres lub odczuwających już jego skutki, w tym konsekwencje wypalenia zawodowego. Jak podaje definicja Światowej Federacji Muzykoterapii:

Muzykoterapia jest profesjonalnym stosowaniem muzyki i jej elementów jako interwencji w medycznych, edukacyjnych oraz codziennych warunkach, w pracy z jednostkami, grupami, rodzinami lub społecznościami, poszukującymi zoptymalizowania ich jakości życia, poprawy w aspekcie fizycznym, społecznym, komunikacyjnym, emocjonalnym, intelektualnym i duchowym oraz poczucia dobrostanu [WFMT 2012, za: Kaczmarek 2020: 195].

Definicję tę można odnieść do wykorzystania muzykoterapii u pracowników korporacji, ponieważ na skutek stresu lub wypalenia zawodowego mogą oni doświadczać na co dzień problemów zdrowotnych i emocjonalnych, pogorszenia relacji interpersonalnych, zaburzeń funkcji poznawczych oraz problemów z wykonywaniem zadań, które wcześniej nie wymagały od nich dużego wysiłku. Poza tym funkcjonują oni w określonej grupie, w której zachowania społeczne często są zaburzone. Muzykoterapia może zatem poprawić ich jakość życia, zdrowie i relacje interpersonalne.

Dotychczas przeprowadzono niewiele badań dotyczących wykorzystania muzykoterapii u osób doświadczających wypalenia zawodowego,

jednak te dostępne potwierdzają jej skuteczność. Przykładem jest badanie z 2009 roku opisane przez Verę Brandes i współpracowników. Objęto nim 150 osób, u których zdiagnozowano objawy wypalenia. W procedurze wykorzystano wywiad kliniczno-psychologiczny, badania psychofizjologiczne oraz kwestionariusz. Uczestnicy badania byli podzieleni na cztery grupy: dwie grupy (P1 i P2), które słuchały dwóch różnych programów muzycznych opracowanych na potrzeby tego badania; grupę placebo (PN), która słuchała nieokreślonych dźwięków natury, oraz grupę kontrolną (K), niepoddawaną żadnej interwencji. Zajęcia dla grup P1, P2 i PN odbywały się pięć dni w tygodniu. Każda z nich słuchała przydzielonych programów muzycznych dwa razy dziennie po pół godziny przez pięć tygodni. Po zakończonej interwencji zastosowano te same metody badawcze co na początku. Objawy wypalenia zawodowego znacznie zmniejszyły się w grupach P1 i P2, a w grupach PN i K nie wykazano żadnych istotnych zmian. Na podstawie wywiadów jakościowych, przeprowadzanych co trzy miesiące od zakończenia badania, można uznać, że muzykoterapia przyniosła długotrwałe efekty. Wszyscy uczestnicy zgłaszali utrzymujący się stopień stabilizacji i byli w stanie utrzymać swój poziom odporności psychicznej [Brandes i in. 2009: 422–425].

W 2020 roku Imene Kacem i jej współpracownicy badali wpływ muzykoterapii na stres zawodowy i ryzyko wypalenia zawodowego personelu bloku operacyjnego urologii i chirurgii szczękowej w szpitalu akademickim w Sahloul Sousse w Tunezji. Na początku za pomocą ankiety dokonana została wstępna ocena poziomu stresu i wypalenia zawodowego. Następnie przez miesiąc we wszystkie dni robocze przeprowadzano trzy sesje muzykoterapii. Każda z nich trwała pół godziny i odbywała się zawsze o tej samej porze. Repertuar muzyczny był zróżnicowany, tak aby odpowiadał preferencjom wszystkich uczestników. Po zakończonej interwencji ponownie oceniono poziom stresu za pomocą skali postrzeganego stresu (Perceived Stress Scale) Sheldona Cohena w wersji PSS-10. Wykorzystano również inwentarz wypalenia zawodowego Christiny Maslach (Maslach Burnout Inventory – MBI). Średni wynik w odniesieniu do odczuwanego stresu znacznie się zmniejszył. Jeśli chodzi o wypalenie zawodowe, tylko wartość średniego wyniku dla emocjonalnego

wyczerpania zmniejszyła się znacząco. 73,5% uczestników uznało, że muzykoterapia była dla nich korzystna [Kacem in. 2020: 1–8].

Felicitas Sigrist, szwajcarska muzykoterapeutka i specjalistka w zakresie psychiatrii i psychoterapii pracująca z osobami dotkniętymi syndromem wypalenia zawodowego, uważa, że w ich wypadku muzykoterapia powinna się skupiać na relaksacji, kształtowaniu uważności, wzmacnianiu zasobów (np. kreatywności), kształtowaniu samoświadomości, podnoszeniu kompetencji dotyczących m.in. regulacji emocji czy troski o siebie, rozwoju osobowości (wzmacnianiu ego i poczucia suwerenności) [Sigrist 2016: 69–70]. W 2013 roku Sigrist przeprowadziła badania wśród muzykoterapeutów pracujących z osobami dotkniętymi syndromem wypalenia zawodowego. Z ich doświadczeń wynika, że w ostrym stadium należy stosować muzykoterapię receptywną, a dopiero w dalszym etapie terapii sięgać po aktywne działania [Sigrist 2016: 65–68].

Propozycja autorskiego programu muzykoterapii dla pracowników biurowych korporacji

Na podstawie literatury naukowej dotyczącej stresu i wypalenia zawodowego autorka niniejszego artykułu stworzyła skierowany do pracowników korporacji program muzykoterapeutyczny, który może być stosowany przez muzykoterapeutów w celu profilaktyki lub redukcji objawów stresu i wypalenia zawodowego. Nawiązuje on do koncepcji Felicitas Sigrist, a także do mobilnej rekreacji muzycznej Macieja Kieryła. Schemat pojedynczej sesji może wyglądać następująco:

- 1) przywitanie i rozmowa wstępna,
- 2) ćwiczenia oddechowe,
- 3) ćwiczenia muzykoterapeutyczne dostosowane do aktualnych potrzeb klientów,
- 4) relaksacja z muzyką,
- 5) łagodna aktywizacja,
- 6) podsumowanie zajęć [Wiśniewska 2023: 43].

Biorąc pod uwagę skutki wypalenia i stresu zawodowego, wyznaczono cele terapeutyczne. Zostały one przedstawione razem z propozycją technik wykorzystywanych w muzykoterapii:

- > redukowanie napięcia psychofizycznego – techniki relaksacyjne z muzyką, ćwiczenia oddechowe;
- > kształtowanie kompetencji społecznych – ćwiczenia integrujące grupę, wymagające współpracy, np. wspólne pisanie piosenki lub opowiadania do muzyki, wspólne muzykowanie, taniec, improwizacja w parach na określony temat;
- > kształtowanie samoświadomości – słuchanie muzyki, ćwiczenia oddechowe czy ruch do muzyki;
- > wzmacnianie poczucia autonomii – wcielanie się w rolę dyrygenta czy pełnienie funkcji lidera podczas wykonywania jakiegoś zadania;
- > ekspresja emocji – improwizacje muzyczne lub muzyczno-ruchowe;
- > kształtowanie uważności – techniki relaksacyjne przy muzyce, ćwiczenia oddechowe, uważne słuchanie muzyki lub dźwięków z otoczenia;
- > podnoszenie poziomu koncentracji uwagi – muzyczny trening kontroli uwagi (ang. *musical attention control training* – MACT);
- > rozwijanie kreatywności – *songwriting*, tworzenie obrazu lub opowiadania do muzyki;
- > wzmacnianie poczucia własnej skuteczności – wynika ono z osiągnięcia innych celów, np. ze wzmacniania koncentracji uwagi i rozwijania kreatywności, czyli działań, które nie tylko przynoszą natychmiastowy efekt (np. w postaci powstałego obrazu), ale także przyczyniają się do lepszych wyników w pracy;
- > poprawa nastroju – cały zbiór technik muzykoterapeutycznych, np. grupowa improwizacja; poprawa samopoczucia jest również efektem osiągnięcia wszystkich wymienionych celów [Wiśniewska 2023: 42–45].

Wprowadzenie grupowych sesji muzykoterapeutycznych dla osób zatrudnionych w korporacjach byłoby korzystne nie tylko dla pracowników, ale również dla samych firm. Pracownicy mogliby lepiej i szybciej wykonywać swoje zadania, ponieważ poprawiłaby się ich koncentracja

uwagi, rozwijałyby swoją kreatywność i kompetencje społeczne, umieli-
by lepiej radzić sobie ze stresem i odczuwaliby większe zadowolenie
z siebie. Dodatkowo dzięki działaniom integracyjnym mogłyby poprawić
się współpraca i atmosfera w całej firmie.

Zakończenie

Wykorzystanie muzykoterapii w pracy z osobami zatrudnionymi w korpo-
racjach jest podejściem innowacyjnym, ale przeprowadzone badania do-
tyczące wpływu muzykoterapii na wypalenie zawodowe, choć jeszcze nie-
liczne, potwierdzają, że omawiany rodzaj terapii może zapobiegać
syndromowi wypalenia lub redukować jego objawy, np. wyczerpanie psy-
chiczne, emocjonalne czy fizyczne. Może również niwelować skutki stresu
i nauczyć radzenia sobie z nim, a także pozytywnie wpłynąć na kształto-
wanie kompetencji społecznych. W konsekwencji pracownik będzie czuł
się zdrowszy, będzie szybciej i efektywniej wykonywał swoją pracę, a jego
stosunki ze współpracownikami się poprawią, co przyczyni się do stwo-
rzenia lepszej atmosfery w przedsiębiorstwie. Zyska więc w ten sposób nie
tylko sam pracownik, ale również firma, a ostatecznie cała gospodarka.

Bibliografia

- Brandes Vera, Terris Darcey D., Fischer Claudia, Jarczok Marc N., Ottowitz Gernot,
Titscher Georg, Fischer Joachim F., Thayer Julian F., 2009, *Music Programs De-
signed to Remedy Burnout Symptoms Show Significant Effects after Five Weeks*,
„Annals of the New York Academy of Sciences”, Vol. 1169, No. 1, s. 422–425,
[online:] <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04790.x> [9.09.2024].
- Burn-out an „Occupational Phenomenon”: *International Classification of Diseases*, 2019,
[online:] <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases> [21.09.2023].
- Gitling Maciej, 2013, *Człowiek w organizacji. Ludzie – struktury – organizacje*, War-
szawa: Difin.

- Gurba Adam, 2012, *Psychologiczne i organizacyjne determinanty procesu zarządzania w środowisku pracy*, Wrocław: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania „Edukacja”.
- Kacem Imene, Kahloul Mohamed, El Arem S., Ayachi S., Hafsia Meriam, Maoua Maher, Ben Othmane Mourad, El Maalel Olfa, Hamida Wissem, Bouallague Olfa, Ben Abdessalem K., Naija W., Mrizek Najib, 2020, *Effects of Music Therapy on Occupational Stress and Burn-out Risk of Operating Room Staff*, „Libyan Journal of Medicine”, Vol. 15, No. 1, s. 1–8, [online:] <https://doi.org/10.1080/19932820.2020.1768024> [9.09.2024].
- Kaczmarek Stella, 2020, *Zastosowanie muzykoterapii aktywnej w chorobach psychosomatycznych*, Łódź: Akademia Muzyczna im. Grażyny i Kiejstuta Bacewiczów.
- Kapusta Mariusz, Sukiennik Marta, Bąk Patrycja, 2017, *Wybrane determinanty kształtujące kulturę korporacyjną*, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia”, nr 5 (89), cz. 2, s. 485–494.
- Kets de Vries Manfred F.R., Miller Danny, 1984, *The Neurotic Organization*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Kowalczyk Elżbieta, 2014, *Człowiek, organizacja, kariera. Siła psychologii stosowanej*, Warszawa: Difin.
- Leclerc Christophe, De Keulenaer Femke, Belli Sharon, 2022, *OSH Pulse – Occupational Safety and Health in Post-Pandemic Workplaces. Flash Eurobarometer. Report*, European Agency for Safety and Health at Work, [online:] https://osha.europa.eu/sites/default/files/Eurobarometer-OSH-in-post-pandemic-workplaces_en.pdf [9.09.2024].
- Lisowska Elżbieta, 2021, *Wypalenie zawodowe. Źródła, przebieg, skutki*, „Optyka”, nr 4 (71), s. 46–50.
- Litzke Sven Max, Schuh Horst, 2007, *Stres, mobbing i wypalenie zawodowe*, tłum. E. Wojdak-Piątkowska, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mańkowska Beata, 2016, *Wypalenie zawodowe. Źródła, mechanizmy, zapobieganie*, Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Nowosad Katarzyna, 2022, *Predyktory uzależnienia od pracy pracowników korporacji*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Sala Stanisław, 2003, *Wybrane cechy działalności korporacji transnarodowych i ich implikacje dla Polski*, „Prace Komisji Geografii Przemysłu Polskiego Towarzystwa Geograficznego”, nr 6, s. 101–107.
- Sigrist Felicitas, 2016, *Burnout und Musiktherapie. Grundlagen, Forschungsstand und Praxeologie*, Wiesbaden: Dr. Ludwig Reichert Verlag.
- STADA Health Report 2022: *Dorośli w Polsce są na skraju wypalenia*, 2022, [online:] <https://infowire.pl/generic/release/754980/stada-health-report-2022-dorosli-w-polsce-sa-na-skraju-wypalenia> [21.09.2023].

Wiśniewska Justyna, 2023, *Wykorzystanie elementów muzykoterapii u pracowników biurowych korporacji*, niepublikowana praca licencjacka napisana pod kierunkiem dr Katarzyny Turek, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.

Zioło Zbigniew, 2009, *Procesy kształtowania się światowych korporacji i ich wpływ na otoczenie*, „Prace Komisji Geografii Przemysłu Polskiego Towarzystwa Geograficznego”, nr 12, s. 11–31.

Streszczenie

Wypalenie zawodowe i stres związany z pracą dotyczą obecnie wielu pracowników. Raport Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy z 2022 roku wykazał, że aż 65% Polaków odczuwa ogólne zmęczenie z powodu pracy. Dodatkowo pandemia COVID-19 spowodowała wprowadzenie pracy zdalnej w wielu firmach, co podniosło poziom odczuwanego stresu oraz wzmocniło poczucie izolacji społecznej. Muzykoterapia może być nową formą wsparcia osób doświadczających stresu lub wypalenia zawodowego, umożliwiającą m.in. ekspresję emocji czy redukcję napięcia psychicznego i fizycznego. Może ona zatem prowadzić do poprawy stanu zdrowia pracownika, a w konsekwencji przynieść korzyści samym firmom. Szczególne zastosowanie może znaleźć w korporacjach, które wprowadzają różne programy wsparcia pracowników, oferując m.in. masaże, karty sportowe czy prywatną opiekę medyczną.

Słowa kluczowe: korporacja, muzykoterapia, profilaktyka, wypalenie zawodowe

JUSTYNA ŁUKASIEWICZ (WIŚNIEWSKA) – absolwentka studiów licencjackich na kierunku kompozycja i teoria muzyki, zakres: muzykoterapia, w Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu oraz studiów licencjackich i magisterskich na kierunku filologia germańska na Uniwersytecie Gdańskim. W roku akademickim 2022/2023 pełniła funkcję zastępcy przewodniczącej Studenckiego Koła Naukowego Muzykoterapii w Akademii Muzycznej we Wrocławiu. Prowadzi muzykoterapię dla dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi. Organizowała

również zajęcia muzykoterapeutyczne dla pracowników dużych firm. Do jej głównych zainteresowań należy muzykoterapia w psychiatrii oraz w profilaktyce, w tym wykorzystanie jej u pracowników narażonych na stres lub wypalenie zawodowe, szczególnie w korporacjach.

DZIAŁALNOŚĆ STUDENCKIEGO KOŁA NAUKOWEGO MUZYKOTERAPII W LATACH 1986–2021 – WSPOMNIENIA

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

Justyna Miłosz-Konopacka » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

Wstęp

Studia to niepowtarzalny czas, kiedy młodzi ludzie nie tylko zdobywają specjalistyczną wiedzę, ale również kształtują swój światopogląd, uczą się samodzielności, odpowiedzialności. Studia to także przestrzeń do nabywania umiejętności społecznych oraz kompetencji pozwalających odnaleźć się w różnych zawodowych i życiowych sytuacjach. Jednym z najlepszych sposobów na uczenie się współpracy, próbowanie swoich sił w roli animatora, organizatora czy praktyka oraz na nabywanie cennego doświadczenia jest praca w organizacjach studenckich takich jak koła naukowe. Muzykoterapia jako specjalność zawsze przyciągała i przyciąga młodych, empatycznych ludzi, którzy chcą się rozwijać, mają w sobie pasję, motywację do działania, chęć pomagania innym i, co ważne, posiadają duże umiejętności komunikacyjne. Być może to jest powodem, dla którego Studenckie Koło Naukowe Muzykoterapii (SKNM) w Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu (AMKL) od lat z sukcesem realizuje swoje cele statutowe i we wspomnieniach absolwentów muzykoterapii jawi się jako organizacja, w której członkostwo i działanie są powodem do dumy i satysfakcji.

Lata 1986–1996

Historia Koła Naukowego Studentów Muzykoterapii (obecnie Studenckiego Koła Naukowego Muzykoterapii) sięga przełomu lat 1985 i 1986. Studenci pragnący poszerzać swoją wiedzę z muzykoterapii oraz mieć swój wkład w promowanie jej wśród innych dyscyplin podjęli wówczas próbę stworzenia organizacji umożliwiającej realizację tych celów. Pięcioosobowa grupa inicjatywna, w której skład wchodził: Agnieszka Pieklik (rok II), Lidia Krasowiec (rok III), Małgorzata Zając (rok IV), Beata Grabiszewska (rok V) oraz Cyprian Kowalski (rok II), podjęła się przygotowania dokumentacji niezbędnej do powołania koła naukowego. Na podstawie przedłożonych 15 stycznia 1986 roku regulaminu, programu i zakresu działania koła oraz opinii dziekana Wydziału Kompozycji, Dyrygentury i Teorii Muzyki i dyrektora Instytutu Muzykoterapii Rektor Akademii Muzycznej we Wrocławiu prof. Zygmunt Herembeszta wydał w tej sprawie wiążącą decyzję.

W czerwcu 1986 roku do Ministerstwa Kultury i Sztuki wysłano pismo z następującą informacją: „Rektorat Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu informuje, że w dniu 16 czerwca 1986 r. zarejestrowano Koło Naukowe Studentów Muzykoterapii działające przy Instytucie Muzykoterapii” [*Pismo JM Rektora...* 1986].

Koniec roku akademickiego uniemożliwił natychmiastowe rozpoczęcie działań nowego koła naukowego. Na początku kolejnego semestru jego członkowie zebrali się, by wybrać zarząd [*Informacja o wyborze Zarządu...* 1987]. Przewodniczącą została wówczas Iwona Kępczyńska. Zgodnie z wcześniejszymi planami powstałe koło obrało dwa główne cele swoich działań: pogłębianie i rozszerzanie wiedzy w dyscyplinie muzykoterapii oraz propagowanie idei muzykoterapii w społeczeństwie. Według regulaminu członkami organizacji mogli stać się studenci muzykoterapii zainteresowani działalnością koła. Najwyższym organem uchwałodawczym było walne zebranie członków koła zwoływane raz w roku, natomiast najwyższym organem wykonawczym był zarząd. W jego skład wchodził: przewodniczący, zastępca, sekretarz oraz skarbnik. Opiekunem koła mógł zostać etatowy pracownik Instytutu Muzykoterapii.

Jako pierwsza sprawowała tę funkcję st. wykł. mgr Marta Ochłabiak. Na realizację działań naukowych, dydaktycznych i wychowawczych organizacja studencka otrzymywała fundusze z uczelni. Decyzja o likwidacji koła mogła zapaść na mocy uchwały walnego zebrania lub decyzji rektora AMKL po uprzednim stwierdzeniu działalności sprzecznej z ważnym interesem społecznym, niezgodnej z przepisami prawa i regulaminem koła, stwierdzeniu niepodjęcia działalności przez rok od daty wydania decyzji o rejestracji koła i/lub spadku liczby jego członków poniżej liczby założycieli [*Regulamin Koła...* 1986].

Koło Naukowe Studentów Muzykoterapii realizowało wiele działań. W pierwszym programie działalności znalazły się m.in.:

- > organizacja cyklu spotkań z muzyką, podczas których słuchano i analizowano utwory pod kątem ich przydatności w terapii,
- > organizacja spotkań z psychologami Wrocławskiego Ośrodka Higieny Psychiczej,
- > organizacja prelekcji na temat niekonwencjonalnych metod leczenia,
- > uczestnictwo członków koła w treningu prowadzonym przez Ośrodek Higieny Psychiczej we Wrocławiu, podczas którego studenci obserwowali pracę terapeuty,
- > prowadzenie prac naukowo-badawczych z zakresu muzykoterapii,
- > pomoc przy gromadzeniu materiałów do prac magisterskich przygotowywanych przez członków koła,
- > czynny udział w Ogólnopolskim Spotkaniu Współpracowników Instytutu Muzykoterapii [*Program Działalności...* 1986].

Kolejne dokumenty archiwalne pokazują, że SKNM działało bardzo aktywnie. Jego członkowie uczestniczyli w spotkaniach z autorytetami w dyscyplinie muzykoterapii oraz w wyjazdach na Krajowe Konferencje Muzykoterapii. Brali oni udział w tworzeniu taśmoteki muzykoterapeutycznej oraz dynamicznie działali w zakresie promocji muzykoterapii, organizując spotkania, np. ze studentami Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu [*Sprawozdanie z działalności...* 1989].

Osoby, które uczestniczyły w pracach SKNM, pytane dzisiaj o wspomnienia z tamtego okresu, w pierwszej kolejności zazwyczaj mówią

o ówczesnym opiece koła naukowego dr. Stefanie Frejtaku. Był on specjalistą w zakresie medycyny przemysłowej, higieny pracy oraz organizacji ochrony zdrowia. We wrocławskiej Akademii Muzycznej wykładał fizjologię i psychosomatykę. Był człowiekiem wszechstronnym i bardzo aktywnym. Należał do współzałożycieli Polskiego Towarzystwa Ergonomicznego, w którym pełnił funkcję wiceprezesa zarządu głównego, działał również przez wiele lat w Towarzystwie Naukowym Organizacji i Kierownictwa, był współzałożycielem sekcji naukowej ergonomii w tej organizacji. Jego studenci pamiętają go jako charyzmatycznego człowieka, popierającego muzykoterapię, zaangażowanego i otwartego na pomysły adeptów tej dyscypliny. „Był on dla nich niekwestionowanym wzorem i autorytetem, którego wypowiedzi wszyscy pamiętają do dziś” [Cylulko 2010]. Atmosfera partnerstwa i zaufania, jaką tworzył dr Stefan Frejtak wraz ze studentami, sprawiła, że koło mogło prężnie się rozwijać, skupiając liczną grupę młodych pasjonatów muzykoterapii. W roku akademickim 1988/1989 grupa ta liczyła 30 członków [Miłosz 2010: 52–54].

Dr hab. Paweł Cylulko wspomina z tego okresu prac w kole naukowym zainicjowany przez siebie wyjazd studentów do Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego dla Dzieci Niewidomych im. Róży Czackiej w Laskach pod Warszawą. Studenci mieli wówczas możliwość spotkania z pracującymi w ośrodku Janiną i Andrzejem Stadnickimi oraz uczestnictwa w zajęciach umuzykalniających [Cylulko 2010].

Jedna ze studentek muzykoterapii, która w latach dziewięćdziesiątych kształciła się we wrocławskiej Akademii Muzycznej, przywołuje dwa związane z kołem naukowym wydarzenia, które szczególnie utkwily jej w pamięci. Pierwsze to spotkanie członków koła z lek. med. Maciejem Kieryłem, które odbyło się w Akademii Muzycznej we Wrocławiu. Dotyczyło ono profilaktyki muzycznej i miało charakter seminaryjno-warsztatowy. Maciej Kierył zainicjował dyskusję na temat rodzaju muzyki, która z muzykoterapeutycznego punktu widzenia powinna być prezentowana słuchaczom w porannych audycjach. Przedstawił także studentom do podpisu odezwę do Polskiego Radia w tej sprawie, którą oczywiście koło poparło. Druga wspomnianą przez studentkę sytuacja dotyczyła *Koncertu wiosennego* zorganizowanego przez członków koła w 1991 roku w ośrodku

dla dzieci autystycznych we Wrocławiu (obecnie Zespole Placówek Oświatowych nr 2 we Wrocławiu). Studenci, przebrani w kolorowe stroje, zaprezentowali program muzyczny, zachęcając dzieci do poznania instrumentów i wspólnej muzycznej zabawy. W koncercie brał udział, zaproszony na to wydarzenie przez studentów, dr Andrzej Janicki, który improwizował rolę czarodzieja [Kukiełczyńska-Krawczyk 2010]. Koncert ten powtórzono w tym samym roku na Oddziale Dziecięcym Wojewódzkiego Szpitala im. Józefa Babińskiego we Wrocławiu przy pl. 1 Maja.

Wraz z zawieszeniem studiów magisterskich w 1996 roku przestało także istnieć SKNM. Materiały archiwum Akademii Muzycznej nie podają jednak dokładnych informacji na ten temat [Miłosz 2010: 54–55].

Lata 2004–2021

Po ośmioletniej przerwie SKNM wznowiło swoją działalność. Szczególną rolę w tym procesie odegrali dr hab. Sławomir Sidorowicz, prof. AMKL, który rozbudził w studentach chęć działania w omawianej organizacji, dr Stefan Frejta – dotychczasowy opiekun koła naukowego, oraz grupa inicjatywna studentów. Na drugim spotkaniu koła wybrano zarząd, w którego skład weszli: przewodnicząca – Katarzyna Boncol, pierwszy zastępca – Magdalena Jędrzejczak, drugi zastępca – Anna Makuch, sekretarz – Katarzyna Wyszynska, skarbnik – Paweł Mazurkiewicz. W pierwszym roku działalności organizacji grupa liczyła 18 osób. Należeli do niej studenci I, II i III roku czteroletnich wówczas studiów magisterskich muzykoterapii. Członkowie koła naukowego przyjęli zapisane w statucie następujące cele działań:

- > prowadzenie badań naukowych i prezentowanie wyników własnych prac badawczych,
- > działalność popularyzatorską w zakresie muzykoterapii, służącą promocji i rozwijaniu tej dyscypliny jako nauki i zawodu,
- > umożliwienie wymiany doświadczeń z zakresu dyscypliny muzykoterapii,

- > współpracę z innymi kołami naukowymi, placówkami medycznymi, oświatowymi, rehabilitacyjnymi i uczelniami w kraju i za granicą,
- > organizację konferencji poświęconych muzykoterapii.

W roku akademickim 2004/2005 nawiązano współpracę ze studentami fizjoterapii z Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. Od marca do kwietnia 2005 roku odbywały się spotkania SKNM z udziałem studentów fizjoterapii, którzy opisywali specyfikę swoich studiów, wspólnie poszukiwano też tych obszarów, w których muzykoterapia mogłaby mieć zastosowanie w rehabilitacji. Aby lepiej zobrazować, jakie metody i działania podejmują muzykoterapeuci i fizjoterapeuci, zorganizowano na zasadzie wzajemności warsztaty prezentujące różne techniki muzykoterapeutyczne w wykonaniu studentów muzykoterapii oraz warsztaty demonstrujące różne zabiegi rehabilitacyjne prowadzone przez studentów fizjoterapii z wykorzystaniem systemów i urządzeń fizykalnych, takich jak Viofor JPS System, Skanlab 25 Bodywave, wirówka, elektrostymulacja, laser. Współpraca z Akademią Wychowania Fizycznego we Wrocławiu była kontynuowana w kolejnym roku akademickim. W tym okresie opieki nad projektem badawczym koła naukowego pt. „Muzykoterapia w kinezyterapii osób z osteoporozą” podjęła się dr Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk.

Z relacji studentów wiadomo, że w działania koła i w wyznaczanie kierunku podejmowanych przez nie aktywności ogromny wkład wniósł dr Stefan Frejtak. Funkcję opiekuna koła po wznowieniu działalności sprawował niestety bardzo krótko. Zmarł bowiem w 2005 roku. Jeden z jego znajomych, Aleksander Stukowski, napisał o nim: „Docent S. Frejtak łączy w sobie pewien rodzaj namaszczonego dostojeństwa z odrobiną ironii i autoironii, co czyni jego postać ciepłą i sympatyczną” [Stukowski 2000].

W roku akademickim 2005/2006 przewodniczącą została Katarzyna Wyszynska. W skład zarządu koła weszli również: zastępca przewodniczącego – Paweł Mazurkiewicz, zastępca przewodniczącego – Anna Makuch, sekretarz – Hanna Rduch, skarbnik – Sylwia Żyhałko. Był to rok szczególny, członkowie koła naukowego mieli bowiem okazję uczestniczyć

w projekcie „Z tańcem przez Europę”, którego pomysłodawcą i koordynatorem była studentka III roku Anna Makuch. Dzięki pozyskanej dotacji z funduszy Unii Europejskiej w ramach programu „Młodzież” studenci muzykoterapii brali udział w obejmujących 50 godzin warsztatach tańca klasycznego, flamenco, tańców integracyjnych, gimnastyki artystycznej, tańców rosyjskich, bałkańskich, irlandzkich, żydowskich, niemieckich i greckich [Miłosz 2010: 56]. Zdobyta wiedza posłużyła do opracowania układów choreograficznych, które mogły zostać wykorzystane podczas choreoterapii. Końcowym rezultatem projektu był spektakl integracyjny w reżyserii mgr Anny Jędrzyczki-Hamery zatytułowany *All you need is love*, w którym wzięli udział studenci muzykoterapii oraz podopieczni Dolnośląskiego Stowarzyszenia Aktywnej Rehabilitacji „ART”.

Drugim ważnym wydarzeniem była organizacja I Miniforum Studentów Muzykoterapii o znamienym tytule „Debiuty”. Członkowie koła podjęli się przeprowadzenia pierwszej studenckiej konferencji poświęconej muzykoterapii. Otrzymała się ona 20 maja 2006 roku w Sali Kameralnej Akademii Muzycznej we Wrocławiu. 14 studentów muzykoterapii oraz studentka wrocławskiej Akademii Wychowania Fizycznego zaprezentowali swoje komunikaty, referaty oraz warsztaty. Konferencja, jak się potem okazało, doczekała się kontynuacji i nabrała cyklicznego charakteru. Opiekunem koła był w tym czasie dr Wiesław Prastowski, który pełnił tę funkcję do 2008 roku.

Rozpoczęcie kolejnego roku akademickiego wiązało się z wyborem nowego zarządu koła w składzie: przewodniczący – Paweł Mazurkiewicz (III rok), zastępca przewodniczącego – Anna Makuch (IV rok), zastępca przewodniczącego – Anna Sosnowska (II rok), sekretarz – Justyna Miłosz (II rok), skarbnik – Ilona Szpak (I rok). Jak wynika z protokołów spotkań koła naukowego, w gronie tym poruszano wówczas tematy dotyczące mobilnej rekreacji muzycznej, metody ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne, wypalenia zawodowego, prowadzenia badań naukowych. Studenci odwiedzili ośrodki, w których prowadzona była muzykoterapia. W dniach 27–28 listopada 2006 roku udali się do Warszawy, aby poznać muzykoterapeutę i anestezjologa Macieja Kieryła – twórcę mobilnej rekreacji muzycznej. Podczas wyjazdu studenci zaznajomili się ze specyfiką

działań muzykoterapeutycznych w Centrum Zdrowia Dziecka, Poradni Psychologiczno-Rehabilitacyjnej oraz w Szkole Specjalnej mieszczących się w Warszawie. Wspólnie z Teatrem Integracyjnym „Euforion” członkowie koła uczestniczyli także w wyjeździe do Mikoszoza, do Centrum Rehabilitacji i Neuropsychiatrii „Celestyn”, aby poznać strukturę i formę terapii realizowanej przez muzykoterapeutę Krzysztofa Browarnego [Miłosz 2010: 57].

Przedstawiciele koła naukowego wzięli udział w V Ogólnopolskiej Sesji Warsztatowej „Muzyka i ruch w działaniach terapeutycznych” zorganizowanej przez Akademię Muzyczną im. Karola Szymanowskiego w Katowicach oraz w Międzynarodowej Konferencji „Gest i brzmienie. O muzyce i ruchu w teatrze ludzi niepełnosprawnych” zorganizowanej przez Instytut Teorii Literatury, Teatru i Sztuk Audiowizualnych Uniwersytetu Łódzkiego.

Ważnym zadaniem dla SKNM była popularyzacja wiedzy o muzykoterapii. Przewodniczący Paweł Mazurkiewicz przygotował tekst dotyczący muzykoterapii oraz ośrodka muzykoterapeutycznego skupionego wokół Zakładu Muzykoterapii przy Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Materiał został opublikowany w czasopiśmie społeczno-kulturalnym „Ilustrowana Kronika Wrocławia”. Ponadto założono stronę internetową koła naukowego [Mazurkiewicz 2007: 542]. 14 kwietnia 2007 roku przeprowadzona została druga edycja Miniforum Studentów Muzykoterapii. W roli prelegentów wystąpili nie tylko studenci, ale również absolwentka muzykoterapii oraz terapeuta zajęciowy.

W roku akademickim 2007/2008 na przewodniczącą koła została wybrana Justyna Miłosz. Wśród zrealizowanych zadań znalazły się organizacja koncertu w Domu Pomocy Społecznej przy ul. Mącznej 3 we Wrocławiu oraz uczestnictwo członków koła w I Sesji Muzykoterapeutycznej przeprowadzonej na Wydziale Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. 16 kwietnia 2008 roku studenci zorganizowali we Wrocławiu kolejne naukowe spotkanie – I Ogólnopolski Kongres Studentów Muzykoterapii. Podczas jednodniowej konferencji obok studentów muzykoterapii z Wrocławia referaty wygłosili także goście z Université Paul-Valéry Montpellier (Francja), Akademii Medycznej

z Warszawy, Zakładu Propedeutyki Stomatologicznej i Stomatologii Zintegrowanej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy oraz z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Wydarzenie odbyło się pod honorowym patronatem Jego Magnificencji Rektora Akademii Muzycznej we Wrocławiu prof. Grzegorza Kurzyńskiego. Patronat medialny nad kongresem objęły: Młodzieżowe Centrum Informacji i Rozwoju, Radio Młody Wrocław, portal Arteum.pl oraz Dziennikarskie Koło Naukowe „DooKoła Nas” z Uniwersytetu Łódzkiego. W skład komitetu organizacyjnego weszli: Justyna Miłosz, Anna Sosnowska, Aleksandra Sałańska, Patrycja Głowacka, Jagoda Przybycień i Michał Pakuła.

W roku 2009 tradycja konferencyjna została podtrzymana dzięki organizacji 20 i 21 maja dwudniowego już II Ogólnopolskiego Kongresu Studentów Muzykoterapii. W przygotowaniach studenci byli wspierani przez nowego opiekuna koła – dr Helenę Cesarz, która sprawowała tę funkcję do 2010 roku. W komitecie organizacyjnym znaleźli się: przewodnicząca koła – Justyna Miłosz, Anna Sosnowska, Aleksandra Sałańska, Patrycja Głowacka, Jagoda Przybycień, Beata Prostack oraz Michał Pakuła. Podczas konferencji oprócz prelegentów z Polski blok warsztatowy poprowadził gość specjalny z ArteZ Conservatorium w Enschede (Holandia) – Jaap Orth. Uczestnicy wysłuchali 20 wystąpień, które miały na celu umożliwienie odpowiedzi na pytanie zawarte w tytule konferencji: „Dokąd zmierza muzykoterapia?”. W roli prelegentów wystąpili zarówno studenci muzykoterapii z Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, jak i goście z Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Uniwersytetu Wrocławskiego, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Uniwersytetu Rzeszowskiego oraz z Fundacji Pomocy Dzieciom Specjalnej Troski Uzdolnionym Muzycznie. Wydarzenie przeprowadzono pod honorowym patronatem Jego Magnificencji Rektora Akademii Muzycznej we Wrocławiu prof. dr. hab. Krystiana Kiełba. Patronat medialny nad konferencją objęły: Młodzieżowe Centrum Informacji i Rozwoju, UniRadio, portal Arteum.pl oraz portal Moje Miasto Wrocław.

Doświadczenia, które studenci z koła naukowego zdobyli, organizując wymienione wydarzenia, zaowocowały w następnym roku. Determinacja, z jaką dążyli do podjęcia nowych działań, przejawiała się w zbieraniu funduszy na kolejną konferencję. Koło naukowe zorganizowało cztery koncerty połączone ze zbiórką. Członkowie organizacji nawiązali także kontakt z Europejskim Stowarzyszeniem Studentów Muzykoterapii (European Association of Music Therapy Students) oraz ze Światową Federacją Muzykoterapii (World Federation of Music Therapy). Współpraca, jaką podjęli, pozwoliła na organizację Międzynarodowej Konferencji Studentów Muzykoterapii, która odbyła się we wrocławskiej Akademii Muzycznej w dniach 12–13 marca 2010 roku pod honorowym patronatem Prezydenta Miasta Wrocławia Rafała Dutkiewicza, Poseł do Parlamentu Europejskiego Lidii Geringer de Oedenberg oraz Jego Magnificencji Rektora Akademii Muzycznej we Wrocławiu prof. dr. hab. Krystiana Kiełba. Patronat medialny nad wydarzeniem sprawowali portal Arteum.pl oraz pismo Akademii Muzycznej im Karola Lipińskiego we Wrocławiu „GAMa”. W prace komitetu organizacyjnego zaangażowane były studentki: przewodnicząca koła Justyna Miłosz oraz Patrycja Głowacka, Jagoda Przybycień, Beata Radzik, Ewa Deńca i Aleksandra Sałańska. W konferencji wzięło udział ponad 40 studentów muzykoterapii z zagranicy oraz duża liczba studentów i pasjonatów tej dyscypliny z całej Polski. Jednym z najważniejszych punktów wydarzenia była wideokonferencja z dr Pertą Kern – prezes Światowej Federacji Muzykoterapii. Relację z konferencji przygotowali studenci z Koła Naukowego Dziennikarzy z Uniwersytetu Łódzkiego. Dzięki spotkaniu we Wrocławiu nawiązano wiele wartościowych kontaktów.

Wszystkie konferencje, począwszy od 2008 roku, były uświetniane występami Teatru Integracyjnego „Euforion” działającego przy Dolnośląskim Stowarzyszeniu Aktywnej Rehabilitacji „ART”. Aktorzy pod kierownictwem reżyser Anny Jędryczki-Hamery zawsze przygotowywali wspaniałe spektakle, które zmuszały widza do głębszej refleksji. Były doskonałym uzupełnieniem spotkań naukowych. Wielu studentów działało w teatrze jako wolontariusze, zdobywając cenne doświadczenia [Miłosz 2010: 58].

Studenci koła naukowego brali również czynny udział w cyklicznych konferencjach organizowanych przez Stowarzyszenie Muzykoterapeutów Polskich i Zakład Muzykoterapii Ogólnej i Stosowanej (następnie Zakład Muzykoterapii) Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Wyjeżdżali na konferencje poza uczelnią, w tym m.in. do Bydgoszczy, Łodzi i do Poznania.

W 2010 roku opiekunem SKNM została dr Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk. W kolejnym dziesięcioleciu miała możliwość współpracy z wieloma zaangażowanymi w działalność koła studentami, a szczególnie z osobami z zarządu koła: Beatą Radzik, Katarzyną Gajdą, Szymonem Chrobakiem, Adrianną Bielenią, Julią Kozłowską i Angeliką Kwaśny. W 2019 roku opiekunem koła została dr Katarzyna Turek¹.

W latach 2010–2021 kontynuowano podjęte wcześniej inicjatywy, takie jak międzynarodowe konferencje i ogólnopolskie kongresy studentów muzykoterapii, koncerty w różnych ośrodkach terapeutycznych (m.in. na oddziale onkologii dziecięcej i w hospicjum), projekty badawcze, warsztaty w różnych instytucjach Wrocławia. Jeden z takich koncertów SKNM – *Koncert wiosenny* – odbył się w Klinice Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej przy ul. Bujwida we Wrocławiu 26 marca 2011 roku. Był on efektem współpracy z Akademią Wychowania Fizycznego we Wrocławiu i z ówczesnym jej pracownikiem, muzykoterapeutką dr Katarzyną Turek. 25 października 2013 roku zorganizowano koncert *Łemkowie z wyboru* dla podopiecznych Środowiskowego Domu Samopomocy Dolnośląskiego Stowarzyszenia Aktywnej Rehabilitacji „ART”, a 10 grudnia 2013 roku dwa *Koncerty zimowe* dla dzieci z Przedszkola nr 35 z Oddziałami Integracyjnymi przy ul. Pułaskiego 20a oraz Komuny Paryskiej 44. Studenci prowadzili także warsztaty dla osób zainteresowanych muzykoterapią, np. prezentacje pt. „Wyobraźnia w choreoterapii” dla Koła Naukowego Psychologii Klinicznej „Psyche” (9 marca 2011) czy spotkania w ramach cyklu Cała Polska Chodzi Boso w Parku Południowym (4 czerwca 2011). W grudniu 2015 roku i w marcu 2016 roku odbyły się warsztaty z zastosowaniem nowych technologii

1» W roku 2022 opiekę nad SKNM przejęła mgr Angelika Kwaśny.

w improwizacji ze współprowadzącym mgr. Dariuszem Jackowskim z Centrum Technologii Audiowizualnych przy ul. Wystawowej 1 [Kukiełczyńska-Krawczyk, Orłowska, Piechocka 2022: 153].

W 2014 roku z inicjatywy dr Klaudii Kukiełczyńskiej-Krawczyk SKNM podjęło się organizacji I Europejskiego Dnia Muzykoterapii (przypadającego 15 listopada) w Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. W ten sposób przyłączyło się do obchodów tego dnia razem z Europejską Federacją Muzykoterapii (European Music Therapy Confederation – EMTC) i zrzeszonymi w niej ośrodkami muzykoterapii [por. *European Music Therapy Day* 2021]. Działania koła nabrały wówczas wymiaru europejskiego, zwłaszcza że tym cyklicznym wydarzeniom towarzyszyły nagrania proponowanych przez EMTC piosenek i ich publikacja na kanale YouTube oraz na stronie federacji. 15 listopada 2017 roku studenci wykonali piosenkę *Usłysz swój głos* w ramach IV Europejskiego Dnia Muzykoterapii [4th *European Music Therapy Day*... 2017], a 15 lutego 2018 roku zaaranżowali i nagrali piosenkę pt. *Muzyka porusza*. Pod opieką dr Klaudii Kukiełczyńskiej-Krawczyk udało się zorganizować pięć Europejskich Dni Muzykoterapii, podczas których studenci oraz pedagodzy muzykoterapii prezentowali wystąpienia i warsztaty. Kolejne trzy spotkania w ramach Europejskiego Dnia Muzykoterapii odbyły się w latach 2019–2021 pod kierownictwem dr Katarzyny Turek – w ten sposób podtrzymano dobrą tradycję współpracy z Europejską Federacją Muzykoterapii.

W tym okresie pojawiła się także towarzysząca studenckim konferencjom inicjatywa artystyczna (z którą wystąpili Szymon Chrobak i Katarzyna Gajda) organizowania koncertów pod hasłem „Muzykoterapia i przyjaciele”, kontynuowana przez SKNM w kolejnych latach. Pierwszy koncert z cyklu odbył się 11 kwietnia 2014 roku w ramach IV Międzynarodowej Konferencji Studentów Muzykoterapii. Ideą przedsięwzięcia była integracja studentów muzykoterapii ze studentami innych wydziałów, głównie kierunku instrumentalnego oraz kompozycji i teorii muzyki. W ramach tych koncertów prezentowali swoje umiejętności wokalne i instrumentalne studenci muzykoterapii, wykonywano utwory studentów kompozycji (kilkakrotnie Michała Ziółkowskiego). Wśród zaproszonych

gości był także chór osób niewidomych (prowadzony przez studentkę muzykoterapii Natalię Borcz) oraz zespół wokalny dzieci z zespołem Do-wna. Ten cykl wydarzeń był realizowany przez koło także w okresie pan-demii – w 2021 roku zorganizowano w jego ramach koncert pt. *W mu-zycznej krainie bajek* w formie zdalnej.

Istotnymi wydarzeniami w latach 2010–2021 były kolejne międzyna-rodowe spotkania naukowe studentów muzykoterapii z udziałem takich zagranicznych gości, jak Petra Kern – prezes World Federation of Music Therapy (12–13 marca 2010), Jaap Orth i Monique van Bruggen z ArtEZ Conservatorium w Enschede w Holandii (23–24 marca 2012); Rozemarijn Claes – przewodnicząca Belgijskiego Zawodowego Stowarzyszenia Muzy-ko-terapeutów (The Belgian Professional Association of Music Therapists), profesor muzykoterapii w Luca School of Arts, Campus Lemmens w Belgii (14–15 kwietnia 2016); Sarah B. Johnson z Colorado State University w USA (5–6 kwietnia 2018), Robert Amchin z University of Louisville (8–9 kwietnia 2021). W tym okresie odbyły się II Międzynarodowa Konfe-rencja Studentów Muzykoterapii (25–26 maja 2011), III Międzynarodowa Konferencja Studentów Muzykoterapii (23–24 marca 2012), IV Międzyna-rodowy Kongres² Studentów Muzykoterapii pt. „Muzykoterapia – niosąc nadzieję” (10–11 kwietnia 2014), V Międzynarodowa Konferencja Studen-tów Muzykoterapii pt. „Dźwięki nieoswojone, czyli improwizacja w muzy-ko-terapii” (14–15 kwietnia 2016) i VI Międzynarodowa Konferencja Stu-dentów Muzykoterapii pt. „Usłysz swój głos” (5–6 kwietnia 2018), a także przeprowadzona w formie zdalnej VII Międzynarodowa Konferencja Stu-dentów Muzykoterapii pt. „Kulturowe uwarunkowania w muzykoterapii” (8–9 kwietnia 2021) [por. Cylulko 2024: 13–24].

Wydarzeniem o szczególnym znaczeniu była III Międzynarodowa Konferencja Studentów Muzykoterapii. Wzięły w niej udział 134 osoby – studenci i absolwenci Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu oraz innych uczelni Wrocławia, Krakowa, Katowic, Łodzi, Słupska, Lublina, Bydgoszczy, a także studenci z Holandii, Portugalii,

2» Czwarte z cyklu spotkań międzynarodowych odbyło się wyjątkowo pod nazwą „Kongres”, a nie jak pozostałe – „Konferencja”.

Hiszpanii, Francji i z Norwegii. Gośćmi specjalnymi konferencji byli wspomniani profesorowie z ArtEZ Conservatorium w Enschede (Holandia) – Jaap Orth i Monique van Bruggen, oraz Maria Kijak ze Studium Baletowego przy Operze Wrocławskiej. Konferencję współorganizowali Państwowa Wyższa Szkoła Teatralna im. Ludwika Solskiego w Krakowie, filia we Wrocławiu oraz program Erasmus. Wydarzenie uświetniły występy zespołów osób niepełnosprawnych: zespołu perkusyjnego Ku dobru, Teatru Integracyjnego „Euforion” oraz zespołu Maszyniści dźwięku, jak również występ dzieci ze Studium Baletowego przy Operze Wrocławskiej. Konferencja odbywała się pod hasłem: „Od muzyki do terapii”, a jej celem była wymiana doświadczeń oraz prezentacja metod muzykoterapeutycznych wykorzystywanych w różnych ośrodkach w Polsce i na świecie. W ramach konferencji odbył się warsztat pt. „Muzyczne interakcje w grupowej współimprowizacji” prowadzony przez Jaapa Ortha przy współudziale Monique van Bruggen oraz studentów z Enschede – podczas tego spotkania uczestnicy wysłuchali krótkiej relacji dotyczącej prowadzenia muzykoterapii wśród uchodźców w Holandii i wzięli udział we wspólnej improwizacji na instrumentach perkusyjnych oraz na zestawie instrumentów pop. Monique van Bruggen wygłosiła referat na temat muzykoterapii w neurologii, a w trakcie jej prezentacji uczestnicy wcielali się w role pacjentów z różnymi schorzeniami neurologicznymi oraz muzykoterapeutów poszukujących możliwości kontaktu z nimi. Należy podkreślić rolę, jaką dla przybliżenia działalności koła naukowego z Wrocławia międzynarodowej społeczności odegrał holenderski muzykoterapeuta Jaap Orth, który umożliwił kontakt ze Światową Federacją Muzykoterapii i współpracę z ośrodkiem w Enschede [Kukiełczyńska-Krawczyk, Bochen 2010: 209–210].

W IV Międzynarodowym Kongresie Studentów Muzykoterapii pt. „Muzykoterapia – niosąc nadzieję” udział wzięło ponad 80 studentów i absolwentów Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu oraz innych uczelni Wrocławia, Katowic, Łodzi, Warszawy, Lublina, a wśród nich pięcioro doktorantów. Reprezentowane były także ośrodki kształcenia studentów muzykoterapii z zagranicy, w tym Krems (Austria), Piteå (Szwecja), Eppelheim (Niemcy), Enschede (Holandia), Weimar (Niemcy),

Tampere (Finlandia). Konferencję uświetnił występ Teatru Integracyjnego „Euforion” (spektakl pt. *Dziewięć kochanek kawalera Dorna* wg Kornela Makuszyńskiego), pod kierunkiem Anny Jędryczki-Hamery, oraz koncert *Muzykoterapia i przyjaciele*, w którym wzięli udział: Ogólnopolska Integracyjna Grupa Muzyczna „Tandem”, wspierająca projekt na rzecz rozwijania aktywności artystycznej osób z zespołem Downa; zespół studentów I roku muzykoterapii Akademii Muzycznej we Wrocławiu; zespół Majeran, specjalizujący się w muzyce ludowej; Michał Ziółkowski, student kompozycji wrocławskiej Akademii Muzycznej; zespół Boski Kwintet, specjalizujący się w muzyce jazzowej. Konferencja spotkała się z pozytywnym odzewem ze strony uczestników. Stała się rzeczywistym świętem muzykoterapii. Zaangażowanie studentów specjalności muzykoterapia z Wrocławia w przygotowanie konferencji i pasja, z jaką zaprezentowali się w roli gospodarzy, przeszły najśmielsze oczekiwania.

Ważnym wydarzeniem była także VI Międzynarodowa Konferencja Studentów Muzykoterapii pt. „Usłysz swój głos” [Kukiełczyńska-Krawczyk 2018: 111–115]. Ideą spotkania studentów i doktorantów było nawiązanie współpracy naukowej pomiędzy ośrodkami muzykoterapii w Polsce i na świecie oraz zainteresowanie tą formą terapii specjalistów innych dyscyplin. Na konferencję przybyli przedstawiciele takich specjalności, jak muzykoterapia, pedagogika, psychologia, psychiatria, fizjoterapia, rytmika, teoria i kompozycja, instrumentalistyka i historia sztuki, reprezentanci uczelni muzycznych, medycznych i pedagogicznych oraz uniwersytetów z Wrocławia, Łodzi, Katowic, Krakowa, Warszawy i z Kijowa. Gościem specjalnym konferencji była Sarah B. Johnson, wykładowca Colorado State University ze Stanów Zjednoczonych, pionierka muzykoterapii neurologicznej, która przedstawiła warsztaty z zakresu wspomagania rozwoju mowy, umiejętności ruchowych i poznawczych. Zainteresowanie konferencją muzykoterapii było tak duże, że decyzją władz uczelni przeniesiono obrady z Sali Kameralnej do dużo obszerniejszej Sali Teatralnej [por. Kukiełczyńska-Krawczyk 2018: 111–115].

Wśród siedmiu zorganizowanych w latach 2010–2021 spotkań krajowych [Kukiełczyńska-Krawczyk 2014: 80–81] wyróżnić można IV Ogólnopolski Kongres Studentów Muzykoterapii pt. „Muzyczne interakcje”,

który odbył się w dniach 16–17 kwietnia 2015 roku [por. Kukiełczyńska-Krawczyk 2016: 39]. W kongresie uczestniczyło 70 osób, głównie studentów z różnych uczelni Wrocławia i innych miast Polski. Wiele zaprezentowanych warsztatów świadczyło o tym, że muzyczna interakcja rozumiana jest jako spotkanie „tu i teraz” w doświadczeniu muzycznym, a także jako porozumienie między kompozytorem a słuchaczem, muzykoterapeutą a klientem czy jako współpraca muzykoterapii z innymi dziedzinami naukowymi. Kongres ten miał niezwykle wartki przebieg, wzbogacony został o wiele działań ruchowych i integracyjnych, m.in. warsztat Sylwii Sobczak i Rozalii Gawron pt. „Tańce integracyjne”. Zwieńczeniem całego wydarzenia był koncert *Muzykoterapia i przyjaciele*, podczas którego wystąpił chór Okręgu Dolnośląskiego Polskiego Związku Niewidomych, prowadzony przez absolwentkę muzykoterapii Natalię Borcz.

Nie można również nie wspomnieć o VI Ogólnopolskim Kongresie Studentów Muzykoterapii pt. „Pionierzy wrocławskiej muzykoterapii – wczoraj i dzisiaj”, zorganizowanym w ramach obchodów siedemdziesięciolecia Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu 4 i 5 kwietnia 2019 roku. Tematyka kongresu związana była z jubileuszem wrocławskiej uczelni i miała na celu ugruntowanie wiedzy o początkach muzykoterapii w Polsce oraz o znaczeniu wysiłków podejmowanych przez prof. Tadeusza Natansona i dr. Andrzeja Janickiego. Szczególne słowa uznania dla obecnych i dawnych przedstawicieli wrocławskiej muzykoterapii wygłosiła inaugurująca kongres prorektor uczelni, prof. Helena Tomaszek-Plewa. W swoim wystąpieniu kierownik Zakładu Muzykoterapii dr Paweł Cylulko zwrócił się z prośbą do przyszłych muzykoterapeutów, by przyjęli dotychczasowy dorobek tej dyscypliny z szacunkiem i godnością, przedstawił także rys historyczny rozwoju muzykoterapii w Polsce i sylwetki założycieli wrocławskiej muzykoterapii [por. Cylulko 2000: 542]. Ukłonem w kierunku byłych wykładowców i współpracowników, szczególnie prof. Tadeusza Natansona i dr. Andrzeja Janickiego, stało się wystąpienie dr Heleny Cesarz, która pokazała słuchaczom prywatną korespondencję pionierów muzykoterapii [por. Janicki 1998: 9–15; 2000: 15–19]. Na koniec części wykładowej

pierwszego dnia odbył się panel dyskusyjny pt. „Q&A – wrocławska muzykoterapia – wczoraj i dziś”, poprowadzony przez dr Klaudię Kukiełczyńską-Krawczyk, Adriannę Bielenię i Julię Kozłowską. Udział w dyskusji wzięli dawni i obecni wykładowcy Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego: dr hab. Sławomir Sidorowicz, prof. AMKL, dr Daniela Colonna Kasjan, dr Helena Cesarz, dr Paweł Cylulko, dr Agnieszka Szymajda oraz dr Iwona Polak, która była jedną z pierwszych osób studiujących muzykoterapię na studiach podyplomowych. Zaproszeni goście naświetlili młodszemu pokoleniu początki wrocławskiej muzykoterapii i związane z nimi trudy rozpoczynania działalności terapeutycznej w różnych ośrodkach medycznych na terenie Wrocławia i Stronia Śląskiego.

Ostatnim spotkaniem przed pandemią był VII Ogólnopolski Kongres Studentów Muzykoterapii, który odbył się w dniach 5–6 marca 2020 roku, z udziałem gościa specjalnego – przedstawicielki podejścia Nordoff-Robbins w muzykoterapii – Dominiki Dopierały [por. Dopierała 2022: 25–44]. Okres pandemiczny pobudził studentów do organizowania spotkań online z praktykującymi muzykoterapeutami, takimi jak Katarzyna Średzińska czy Maciej Kierył, w ramach cyklu pod nazwą „Wieczorna pogadanka”.

Podsumowanie

Trzydzieści pięć lat aktywności SKNM (1986–2021) upłynęło pod znakiem pełnej zaangażowania działalności naukowej, artystycznej i terapeutycznej. Zorganizowano wiele koncertów terapeutycznych w różnych placówkach opiekuńczych dla dzieci, młodzieży, dorosłych i osób starszych. Studenci prowadzili projekty badawcze, nawiązali kontakt z różnymi ośrodkami muzykoterapii w Polsce, Europie i w Stanach Zjednoczonych.

Aktywność studentów w SKNM pozwoliła im rozszerzyć horyzonty naukowe, otworzyć się na nowe trendy w muzykoterapii, a – co najważniejsze – zrozumieć kontakt z człowiekiem potrzebującym opieki i wsparcia. Dzięki działalności w kole mogli dzielić się swoją muzyką z innymi.

Członkowie koła mieli okazję realizować wiele ciekawych pomysłów, zdobywać wiedzę i umiejętności, mogli się wzajemnie poznawać, uczyć się współpracy w grupie oraz wybierania celów wspólnych dla całego zespołu. Dopóki studentów będą charakteryzować cechy takie jak zaangażowanie, ciekawość oraz chęć do nauki, można być przekonanym, że Koło Naukowe Studentów Muzykoterapii będzie się prężnie rozwijać, a osoby w nim działające jeszcze nieraz pozytywnie zaskoczą uczelnię i samych siebie.

Bibliografia

- 4th European Music Therapy Day. *Hearing Your Voice – Poland*, 2017, [online:] <https://youtu.be/rVAqDiStvgM> [15.01.2023].
- Cylulko Paweł, 2000, *Muzykoterapia Wrocławska*, [w:] J. Harasimowicz (red.), *Encyklopedia Wrocławia*, Wrocław: Wydawnictwo Dolnośląskie, s. 542.
- Cylulko Paweł, 2010, relacja ustna z 1 czerwca, Wrocław.
- Cylulko Paweł, 2024, *Społeczno-kulturowe uwarunkowania muzykoterapii – wybrane refleksje*, [w:] P. Cylulko, K. Turek (red.), *Kulturowe uwarunkowania muzykoterapii*, [w serii:] „Dźwięk – Muzyka – Terapia”, t. 2, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 13–24.
- Dopierała Dominika, 2022, *Zespół zwany społeczeństwem – rozważania na temat muzykoterapii społecznościowej i integrującej siły muzyki*, [w:] P. Cylulko, K. Turek (red.), *Muzykoterapia – od zainteresowań do praktyki klinicznej*, [w serii:] „Dźwięk – Muzyka – Terapia”, t. 1, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 25–44.
- European Music Therapy Day, 2021, [online:] www.musictherapyday.com [10.10.2022].
- Janicki Andrzej, 1998, *Tadeusz Natanson jako naukowiec, założyciel, kierownik i organizator kierunku studiów „muzykoterapia”*, [w:] P. Cylulko (red.), *Moc muzyki – pro memoria Tadeusz Natanson*, „Zeszyt Naukowy”, nr 73, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 9–15.
- Janicki Andrzej, 2000, *Dwadzieścia pięć lat muzykoterapii wrocławskiej*, [w:] S. Sidorowicz, P. Cylulko (red.), *Muzykoterapia w agresji, lęku i cierpieniu*, „Zeszyt Naukowy”, nr 76, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 15–19.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, 2010, relacja ustna z 28 maja, Wrocław.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, 2014, *Muzykoterapia – gdy niemożliwe staje się możliwe. III Ogólnopolski Kongres Studentów Muzykoterapii. Music therapy –*

- when the impossible becomes possible. 3rd Polish Congress of Music Therapy Students*, [w:] D. Kanafa (red.), *Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu w roku 65-lecia. The Karol Lipiński Academy of Music in Wrocław in the Year of Its 65th Anniversary*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 80–81.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, 2016, *IV Ogólnopolski Kongres Studentów Muzykoterapii: „Muzykoterapia – Muzyczne interakcje”*, „Gama. Pismo Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu”, t. 16, nr 17/18: październik 2014 – wrzesień 2016, s. 39.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, 2018, *Sprawozdanie z VI Międzynarodowej Konferencji Studentów Muzykoterapii we Wrocławiu*, „Konteksty Kształcenia Muzycznego” t. 5, nr 1 (8), s. 111–115.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, Bochen Dawid, 2010, *Kształcenie muzykoterapeutów w ArtEZ Conservatory w Enschede. Refleksje po wizycie w Holandii (komunikat)*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia. Tożsamość – transgresja – transdyscyplinarność*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 209–214.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, Orłowska Julia, Piechocka Adrianna, 2022, *Zastosowanie gier komputerowych w nauczaniu improwizacji studentów muzykoterapii*, [w:] P. Cylulko, K. Turek (red.), *Muzykoterapia – od zainteresowań do praktyki klinicznej*, [w serii:] „Dźwięk – Muzyka – Terapia”, t. 1, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 153–168.
- Mazurkiewicz Paweł, 2007, *Wrocławska Muzykoterapia*, [w:] A. Leszczyńska i in. (red.) *Ilustrowana Kronika Wrocławia. Przeszłość i teraźniejszość*, Wrocław: Wydawnictwo „Maxim”, s. 19–20.
- Miłosz Justyna, 2010, *Polskie studenckie koła naukowe zajmujące się tematyką muzykoterapii*, nieopublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem dr. Pawła Cylulki, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Stukowski Aleksander, 2000, *Kto jest kim w ochronie pracy: Stefan Frejtak*, „Atest”, nr 10, [online:] <http://www.atest.com.pl/informacje.php?class=kto&nnext=200010> [10.10.2022].

Materiały archiwalne

Informacja o wyborze Zarządu Koła Naukowego Studentów Muzykoterapii, 1987, materiały archiwalne Akademii Muzycznej we Wrocławiu – Rektorat, Koła Naukowe Wydziałów – regulaminy, rejestracja i likwidacja.

Pismo JM Rektora Akademii Muzycznej we Wrocławiu Zygmunta Herembeszty do Ministerstwa Kultury i Sztuki Zarządu Szkolnictwa Artystycznego w Warszawie, 1986, materiały archiwalne Akademii Muzycznej we Wrocławiu – Rektorat, Koła Naukowe Wydziałów – regulaminy, rejestracja i likwidacja.

Program Działalności Koła Naukowego Muzykoterapii, 1986, materiały archiwalne Akademii Muzycznej we Wrocławiu – Rektorat, Koła Naukowe Wydziałów – regulaminy, rejestracja i likwidacja.

Regulamin Koła Naukowego Studentów Muzykoterapii, 1986, materiały archiwalne Akademii Muzycznej we Wrocławiu – Rektorat, Koła Naukowe Wydziałów – regulaminy, rejestracja i likwidacja.

Sprawozdanie z działalności Koła Naukowego Muzykoterapii w roku 1988/89, 1989, materiały archiwalne Akademii Muzycznej we Wrocławiu.

Sprawozdanie z działalności Studenckiego Koła Naukowego Muzykoterapii, rok akademicki 2006/2007 semestr I, 2007, materiały Archiwalne Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu.

Streszczenie

Ważnym elementem w rozwoju wrocławskiej muzykoterapii była i jest działalność naukowa, artystyczna i terapeutyczna studentów tej specjalności. Niniejszy artykuł przedstawia najważniejsze i najbardziej spektakularne osiągnięcia Studenckiego Koła Naukowego Muzykoterapii (SKNM) odnotowane w ciągu 35 lat jego aktywności. SKNM powołano do istnienia w 1986 roku. Historia działalności organizacji obejmuje okres od powstania grupy inicjującej założenie koła, przez działania naukowe, takie jak organizacja międzynarodowych i ogólnopolskich konferencji, prowadzenie projektów badawczych i ożywionej działalności koncertowej, do lat dwudziestych XXI wieku.

Słowa kluczowe: historia muzykoterapii, koło naukowe, wrocławska muzykoterapia

KLAUDIA KUKIEŁCZYŃSKA-KRAWCZYK – muzykoterapeuta, kompozytor, wykładowca Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu.

W roku 2006 obroniła rozprawę doktorską 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. Autorka 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.

JUSTYNA MIŁOSZ-KONOPACKA – magister muzykoterapii, absolwentka Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. W latach 2008–2010 była Przewodniczącą Studenckiego Koła Naukowego Muzykoterapii. Zawodowo związana z wrocławską Akademią Muzyczną, w której pracowała m.in. jako kierownik Biura Promocji i Organizacji Imprez. W latach 2017–2018 była członkiem Rady Dolnośląskiego Akademickiego Inkubatora Przedsiębiorczości. Od 2021 roku kieruje akademickim Biurem Karier. Prowadzi Innowacyjne Centrum Rozwoju Artysty (ICRA), które współtworzą trzy wyższe uczelnie artystyczne Wrocławia.

Mając w żywej pamięci niedawne jubileusze: siedemdziesięciopięciolecia Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, pięćdziesięciolecia Zakładu Muzykoterapii i studiów wyższych z zakresu muzykoterapii oraz dziesięciolecia wydawania książek z serii „Wrocławska Muzykoterapia”, oddajemy do rąk Czytelników piąty tom owego cyklu wydawniczego pt. *Muzykoterapia w rehumanizacji współczesnego życia*.

Na konieczność powtórного uczłowieczenia ludzkiego życia w zindustrializowanym świecie przez zastosowanie terapeutycznego potencjału sztuki muzycznej zwracał uwagę Tadeusz Natanson. Sformułował on autorską definicję pojęcia „muzykoterapia” i zapoczątkował w naszym kraju humanistyczny kierunek w tej dyscyplinie. Jego idea muzykoterapii jako prozdrowotnego działania zmierzającego do rehumanizacji życia stała się mottem specjalistów muzykoterapii postrzegających swój zawód jako powołanie do służby potrzebującemu człowiekowi.

Problematyka podejmowana w niniejszej publikacji koncentruje się wokół muzykoterapii jako formy wsparcia osób znajdujących się na różnych etapach życia: dzieci, m.in. tych o szczególnych potrzebach edukacyjnych, młodzieży i dorosłych, w tym pacjentów covidowych, chorych onkologicznie czy psychosomatycznie, osób aktywnych zawodowo oraz starszych.

Mamy nadzieję, że zaprezentowane refleksje zainspirują muzykoterapeutów do podejmowania jeszcze bardziej wnikliwych studiów teoretycznych, poszukiwania skutecznych praktycznych rozwiązań oraz prowadzenia badań empirycznych na polu uprawianej przez nich dyscypliny, a tym samym przyczynią się do jej dalszego rozwoju.

ISBN 978-83-65473-51-6



9 788365 473516