



POLSKIE PISMO MUZYKOTERAPEUTYCZNE

nr 6/7(2019/2020)

Redaktor naczelny:
Wojciech Strzelecki

Rada naukowa:
Ludwika Konieczna-Nowak
Krzysztof Stachyra
Katarzyna Turek
Anna Bukowska
Łucja Bieleninik
Mirosława Cylkowska-Nowak
Dominika Dopierała

Recenzenci numeru 6/7 – członkowie rady naukowej i redakcji Pisma

Redakcja i korekta:
Paulina Kielan

ISSN 2544-8455

Wydawca:
Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego
w Katowicach

Adres redakcji:
Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego
ul. Zacisze 3, 40-025 Katowice
e-mail: muzykoterapia.katowice@wp.pl

Spis treści

SŁOWO WSTĘPNE, Ludwika Konieczna-Nowak, Wojciech Strzelecki	4
CHOREOTERAPIA I ARTETERAPIA JAKO NARZĘDZIA TERAPII SOMATYCZNEJ WSPIERAJĄCE WGLĄD W DOŚWIADCZANIE DOLEGLIWOŚCI BÓLOWYCH, NAPIĘĆ ORAZ SYGNAŁÓW PŁYNĄCYCH Z CIAŁA JEDNOSTKI, Dominika Malska	5
TRADYCYJNA MUZYKA A MUZYKOTERAPIA W JAPONII – WOKÓŁ (NIE)ZASTOSOWAŃ MUZYKI JAPONSKIEJ, Mirosława Cyłkowska-Nowak	23
ZASTOSOWANIE MUZYKOTERAPII W ZESPOLE WILLIAMSZA, Wojciech Strzelecki, Sabina Siwiec	41
RELACJA TERAPEUTYCZNA W MUZYKOTERAPII KREATYWNEJ I BEHAWIORALNEJ. WSKAZÓWKI PRAKTYCZNE DO WSPÓŁPRACY MUZYKOTERAPEUTYCZNEJ, Agnieszka Sepiolo	53
SZKOLNY ZESPÓŁ MUZYCZNY DZIECI I MŁODZIEŻY Z AUTYZMEM – BUM BUM BAND – JAKO FORMA MUZYKOTERAPII, Marta Fabiszak	68
KOLEĐY I PASTORAŁKI W MUZYKOTERAPII, Wojciech Strzelecki, Dominika Staniewska	74
SPRAWOZDANIE Z MIĘDZYNARODOWEJ KONFERENCJI NAUKOWEJ “INNOWACJE W TERAPII ZAJĘCIOWEJ. DOSTĘPNOŚĆ JAKO PRZESTRZEŃ WSPÓŁPRACY INTERDYSCYPLINARNEJ I INTERPROFESJONALNEJ”, Dominika Dopierała	85

Słowo wstępne

Drodzy Czytelnicy!

Przed Wami kolejny – 6/7 (już czy dopiero?) numer Polskiego Pisma Muzykoterapeutycznego. Jest on szczególnie z kilku względów.

Po pierwsze, to tom podwójny, co widać nie tylko w numeracji – także jego objętość jest większa niż zwykle. Taka sytuacja wzięła się z potrzeby nadrobienia zaległości względem roku ubiegłego, w którym – z różnych przyczyn – numer nie ukazał się.

Po drugie – to pierwsza pozycja przygotowana pod czujnym okiem nowego redaktora naczelnego! Rada naukowa uznała, że nadszedł czas na zmiany i z pełnym przekonaniem zdecydowała o powierzeniu tej funkcji Wojciechowi Strzeleckiemu, muzykoterapeucie i psychologowi. Abyście mogli Państwo poznać go nieco lepiej, numer bieżący zawiera kilka pozycji jego autorstwa i współautorstwa.

Poza tym, kontynuujemy tradycję opartą na różnorodności perspektyw, form publikacji i opisywanych oddziaływań. Nie zamykamy się na obszary pokrewne – arteterapię, edukację muzyczną, psychologię muzyki. Staramy się, by Pismo utrzymywało możliwie wysoki poziom; wszystkie publikowane teksty podlegają procedurze podwójnej recenzji. W dalszym ciągu mobilizujemy i zachęcamy do nadsyłania swoich opracowań. Na tym etapie rozwoju dyscypliny w naszym kraju wszelkie pogłębione refleksje o charakterze praktycznym, teoretycznym czy badawczym są niezwykle potrzebne i warto, by stały się dostępne dla szerokiego grona odbiorców.

Życzymy przyjemnej lektury!

Ludwika Konieczna-Nowak, Wojciech Strzelecki

Choreoterapia i arteterapia jako narzędzia terapii somatycznej wspierające wgląd w doświadczanie dolegliwości bólowych, napięć oraz sygnałów płynących z ciała jednostki

Dominika Malska

Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego w Katowicach

Streszczenie

Celem artykułu jest prezentacja działań arteterapeutycznych jako alternatywnych metod pracy z dolegliwościami psychosomatycznymi, takimi jak różnego rodzaju napięcia, sztywność, ból czy dyskomfort doświadczany w ciele. Artykuł jest streszczeniem pracy dyplomowej, w ramach której autorka przeprowadziła warsztaty dla kobiet doświadczających tego rodzaju dolegliwości. W prezentowanych działaniach niezwykle ważną rolę odegrała muzyka i jej funkcja stymulująca ekspresję.

Słowa kluczowe: arteterapia, choreoterapia, muzykoterapia, psychosomatyka, warsztaty terapeutyczne

WPROWADZENIE

Ludzka psychika wywiera znaczący wpływ na organizm i zachodzące w nim procesy. Stan psychiczny jednostki może w istotny sposób zarówno wspierać jej ciało i przyczyniać się do utrzymywania go w zdrowiu, jak i zagrażać mu, wpływając na nie destrukcyjnie – wywoływać chorobę oraz zaburzać procesy zdrowienia.

Impulsem do opracowania i zorganizowania warsztatów dotyczących dolegliwości psychosomatycznych (powstałych na tle czynników psychologicznych) były doświadczenia własne autorki. Wieloletnie zmagania z tego rodzaju problemami, np. z nieokreślonym bólem, schorzeniami kręgosłupa czy przewlekłymi napięciami, uświadomiły jej, że nierzadko są one bagatelizowane lub traktowane powierzchownie. W dzisiejszej medycynie często nie ma miejsca na dociekanie psychologicznego podłoża dolegliwości. W trakcie ponad dziesięcioletniego poszukiwania różnych sposobów leczenia autorka spotkała wiele osób bezradnie poddających się lekarskim zaleceniom, które często pomagały doraźnie lub nie pomagały w ogóle. Warsztaty powstały zatem z potrzeby podzielenia się własnymi doświadczeniami wykraczającymi poza ścieżkę tradycyjnej medycyny i rehabilitacji. Poznanie alternatywnych sposobów redukcji napięcia, stresu oraz wyrażania emocji może w znacznym stopniu wpłynąć pozytywnie na codzienne funkcjonowanie, wspomóc integrację psychofizyczną i tym samym zmniejszyć intensywność doświadczania dolegliwości somatycznych.

W trakcie rekrutacji uczestniczek grupy warsztatowej okazało się, że niemal każda z osób, którym przedstawiano projekt, w jakimś stopniu mierzyła się z problemem przewlekłego bólu lub napięć. Wszystkie osoby wyrażały duże zainteresowanie warsztatami oraz chęć skorzystania z tego rodzaju pomocy. Pokazuje to, jak powszechne są dziś tego rodzaju problemy i jak ważne jest proponowanie różnorodnych form wsparcia w tym zakresie.

Zarys zagadnienia psychosomatyki

Według Jana Tylki psychosomatyka to „całościowe ujmowanie problemów człowieka chorego” (Tylka, 2000, s. 11). Medycyna psychosomatyczna zakłada podejście holistyczne, w którym „każde doznanie psychiczne ma swój cielesny korelat, a choroba zawiera utajony składnik psychiczny” (Tylka, 2000, s. 11). Zdaniem Tylki choroba psychosomatyczna to „schorzenie, w którym uszkodzenia organiczne są przede wszystkim konsekwencją zaburzeń emocjonalnych” (Tylka, 2000, s. 12) i czynników socjokulturowych (Tylka, 2010, s. 98). Emocje zaś „wpływają zarówno na przebieg procesów umysłowych, sprawność działania, jak i na procesy

somatyczne organizmu” (Tylka, 2000, s. 30). Tylka zwraca uwagę na związek między emocjami a czynnościami narządów wewnętrznych i fakt, że emocje mogą przyczyniać się do powstawania zmian o charakterze patologicznym (Tylka, 2000, s. 30). Przytacza słowa Antoniego Kępińskiego: „ból ciała jest łatwiej [...] zrozumiały [...] dla otoczenia jak i dla samego chorego niż ból duszy, dlatego cierpienia psychiczne znajdują niejednokrotnie swój wyraz (ekspresję) w cierpieniach somatycznych” (Tylka, 2000, s. 88).

Według Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu na powstawanie i odczuwanie bólu wpływ wywierają trzy czynniki: organiczny – uszkodzenie tkanek, w tym układu nerwowego; psychologiczny – przeżywanie i odczuwanie; społeczny – funkcjonowanie tu i teraz w relacjach międzyludzkich (Przybyłko, Walesa, 2016, s. 106). Szczególnie uciążliwym rodzajem bólu jest ból przewlekły, o którym można mówić „wtedy, gdy trwa dłużej niż 3 miesiące lub utrzymuje się mimo wygojenia tkanek” (Dobrogowski, Zajączkowska, Dutka, Wordliczek, 2011, s. 20). Jest to problem dotyczący dużej części populacji i zarazem zagadnienie będące przedmiotem wielu badań naukowych – zarówno medycznych, jak i psychologicznych. Pozostaje przy tym obszarem trudnym do zdefiniowania i jednoznacznego sklasyfikowania, głównie ze względu na swoją złożoność, ale także z powodu subiektywności odczuć przeżywających go osób, których doświadczenia psychosomatyczne oraz uwarunkowania psychofizyczne mają niebagatelny wpływ na percepcję i postrzeganie bólu. W *Polskim Przeglądzie Neurologicznym* czytamy, że „wielu badaczy określa ból przewlekły jako chorobę samą w sobie, wymagającą wielokierunkowego postępowania terapeutycznego” (Dobrogowski i in., 2011, s. 21). Postępowanie to powinno obejmować oprócz farmakoterapii i fizjoterapii również psychoterapię oraz inne zabiegi interwencyjne (Przybyłko, Walesa, 2016, s. 105).

Oba aspekty bólu – fizyczny oraz psychiczny – ciągle się przenikają i często powodują „bardzo głębokie i uciążliwe cierpienie” (Przybyłko, Walesa, 2016, s. 107). Ból najczęściej wiązany jest z przyczynami somatycznymi, jednak „wiele osób uskarża się na ból, mimo że nie towarzyszy mu obiektywne stwierdzenie uszkodzenia tkanek ani przyczyny patofizjologicznej” (Przybyłko, Walesa, 2016, s. 108). Pokazuje to, że jest on przede wszystkim stanem psychicznym (Przybyłko, Walesa, 2016, s. 108). Co więcej, istnieje rodzaj bólu, który w ogóle nie posiada tła fizycznego. Jest nim ból psychogeny, w klasyfikacji DSM-5 określany jako „chroniczne zaburzenie bólowe”, które „pojawia się w związku z konfliktem emocjonalnym lub problemami psychospołecznymi” (Danek, Danek, Danek, 2016, s. 207). Leczenie tego rodzaju bólu jest dużym wyzwaniem. Podobnie jak w przypadku bólu przewlekłego, powinno być kompleksowe i obejmować nie tylko leczenie farmakologiczne, ale również psychoterapię, która w obu przypadkach może okazać się kluczowa w procesie zdrowienia.

Szczególny wpływ na stworzony w ramach pracy dyplomowej projekt arteterapeutyczny wywarła lektura prac amerykańskiego psychiatry i psychoterapeuty – Alexandra Lowena. W swoim dziele *Duchowość ciała* pisał on o wpływie psychiki na zdrowie, podkreślając, że „nie da się oddzielić zdrowia umysłowego od zdrowia fizycznego, bowiem prawdziwe zdrowie łączy w sobie obydwa aspekty osobowości” (Lowen, 2011, s. 14). Jego zdaniem podejście do procesów umysłowych jako problemu rozpatrywanego wyłącznie w ramach psychologii oraz do procesów fizycznych jako problemu, który powinna rozwiązywać medycyna organiczna, narusza jedność człowieka (Lowen, 2011, s. 34). Istotny wpływ na jednostkę i stan jej zdrowia Lowen przypisuje emocjom. Uważa, że wszelkie doświadczenia emocjonalne człowieka zapisują się nie tylko w jego umyśle, lecz także w ciele. W przypadku trudnych przeżyć i urazów wyrażanie emocji może być formą przywracania organizmowi równowagi. Jednak jeśli reakcja na uraz zostanie zablokowana, uraz ten „pozostawia na ciele piętno w postaci chronicznego napięcia mięśniowego” (Lowen, 2011, s. 26).

Przeźren sztuki może okazać się tym obszarem, w którym jednostka ma szansę przyjrzeć się różnym wymiarom swojego funkcjonowania, a także temu, co wywiera na nie wpływ i przejawia się w psychice oraz w ciele jednostki, a co może na co dzień umykać świadomości.

Wprowadzenie działań choreoterapeutycznych i arteterapeutycznych do pracy z pacjentem cierpiącym na przewlekłe stany bólowe może okazać się pomocne w docieraniu do źródła problemu, nieraz zakorzenionego głęboko w psychice. Terapia przez sztukę umożliwia wgląd w to, co ukryte w podświadomości, i tym samym może uruchomić pewne mechanizmy psychiczne istotne dla procesu leczenia. Może również w istotny sposób przyczynić się do uwolnienia emocji i napięć, niejednokrotnie będących katalizatorem i źródłem zapalnym chronicznego bólu.

Pojęcie terapii sztuką

Arteterapia, zwana również terapią sztuką, to stosunkowo młoda dziedzina nauki, będąca wciąż w fazie rozwoju i definiowania.

Jednym z wiodących współczesnych arteterapeutów jest Cathy Malchiodi, która uważa terapię sztuką za skuteczną metodę „stymulowania zmian i rozwoju u różnych grup ludzi” (Malchiodi (red.), 2014, s. 16). Malchiodi pisze o sztuce jako o skutecznej metodzie komunikacji i terapii. Odwołuje się do badań z obszaru arteterapii, które wraz z badaniami prowadzonymi w ramach takich dziedzin, jak antropologia, medycyna, psychologia czy terapie ekspresyjne, potwierdzają ogromną rolę arteterapii w wywoływaniu zmian w człowieku (Malchiodi (red.), 2014, s. 12). Jej zdaniem coraz więcej osób pracujących w obszarach szeroko rozumianej pomocy

innym odkrywa korzyści, jakie przynosi zastosowanie sztuki w pracy z ludźmi. Przyczynia się to do rozwoju arteterapii jako podstawowej, a także towarzyszącej metody leczenia (Malchiodi (red.), 2014, s. 15).

Tym, co wyróżnia arteterapię jako formę terapii, jest zastosowanie materiałów plastycznych w procesie terapeutycznym (Malchiodi (red.), 2014, s. 48–49). Arteterapia w terapii somatycznej wykorzystuje ekspresję artystyczną, aby dokonać wglądu w doświadczenia sensoryczne organizmu związane ze stresem. Jedną z form terapii prezentujących podejście somatyczne jest należąca do terapii ekspresyjnych terapia poprzez taniec i ruch. Ten rodzaj terapii był szczególnie ważny w przeprowadzonych przez autorkę warsztatach.

Choreoterapia. Jedną z dziedzin szeroko rozumianej arteterapii jest choreoterapia, czyli terapia tańcem. Według Amerykańskiego Stowarzyszenia Terapii Tańcem choreoterapia to „terapeutyczne wykorzystanie ruchu jako procesu, poprzez który wspomagana zostaje emocjonalna i fizyczna integracja” (za: Glińska-Lachowicz, 2008, s. 5). Ten rodzaj terapii jest szczególnie istotny w przypadku holistycznego podejścia do człowieka oraz szukania drogi do pogłębiania świadomości i integracji ciała i umysłu. To także swego rodzaju powrót do źródeł i pierwotnego zastosowania tańca, który od zawsze towarzyszył ludziom jako sposób wyrażania emocji, radzenia sobie z lękami, trudnymi przeżyciami czy jako nieodłączny element rytuałów i uroczystości będących częścią codziennego życia. Człowiek niegdyś w naturalny sposób wykorzystywał „zaangażowanie ciała, emocji, myśli i ducha” (Wiśniewska, Pędzich, 2013, s. 17). Zatem wprowadzenie terapii tańcem w przestrzeń pracy z pacjentem może wyzwolić w nim potencjał do wyrażania własnych przeżyć, doświadczeń czy nieświadomych treści poprzez ruch.

Jak tłumaczy Glińska-Lachowicz (2008), taniec oddziałuje na jednostkę wielokanałowo, generując przy tym zmiany w ciele i psychice. Pomaga w osiągnięciu „fizjologicznej harmonii organizmu”, ułatwiając koordynację nerwowo-mięśniową i synchronizując aktywność motoryczną z biciem serca i oddechem. Ruch wykonywany w tańcu powoduje, że uaktywniane są hormony odpowiedzialne za „uwalnianie energii i uzyskanie zadowolenia”. Bodźcem wyzwalającym i zachęcającym do tańca jest muzyka, która „bezpośrednio oddziałuje na centralny układ nerwowy”. Odpowiednio dobrana, może wpływać na wywoływane uczucia i emocje oraz na uruchamianie wewnętrznych procesów psychicznych (Glińska-Lachowicz, 2008, s. 6).

Człowiek „w tańcu doświadcza też swego ciała, sposobu oddychania, rozpoznaje obszary napięcia mięśniowego, blokującego przepływ emocji i w ten sposób odzwierciedla własną strukturę psychiczną” (Glińska-Lachowicz, 2008, s. 7). Napięcia mięśniowe często powodują blokadę energii w mięśniach, jednocześnie obniżając energię życiową jednostki. Taniec, w którym

skupia się ona na tu i teraz, daje możliwość uświadomienia sobie tych napięć, co stanowi pierwszy krok do ich rozluźnienia (Wiśniewska, Pędzich, 2013, s. 36).

W trakcie opracowywania warsztatów autorka pracy inspirowała się różnymi technikami i metodami wykorzystywanymi w terapii tańcem. Nieodłącznym elementem każdego zajęcia były improwizacje ruchowe, w trakcie których uczestniczki odwoływały się w tańcu do wskazanego przez prowadzącą tematu. Improwizacja wykorzystywana w choreoterapii jest okazją „do uwolnienia fantazji oraz tłumionych i często nieuświadomianych [...] emocji” (Aleszko, Janke-Klimaszewska, 2001, s. 63). Oparta jest na spontanicznym, naturalnym ruchu, w trakcie którego dochodzi do „odpuszczenia świadomej kontroli” i swobodnego przebywania w ruchu (Torlop-Bajew, 2013, s. 110).

Punktem wyjściowym do improwizacji była z kolei przestrzeń metafory, która jest pewnego rodzaju impulsem uruchamiającym wyobraźnię i docierającym do obszaru „wewnętrznych przeżyć, emocji i uczuć” (Torlop-Bajew, 2013, s. 115). Za pomocą metafory można doświadczyć nowych sposobów istnienia w przestrzeni, eksplorować różne jakości ruchu, uświadomić sobie wewnętrzne blokady w ciele, a także wydobyć tkwiące w nieświadomości treści, i tym samym wzmocnić „wgląd i samoświadomość” (Torlop-Bajew, 2013, s. 115).

Istotną rolę w ramach przeprowadzonych zajęć odgrywały także ćwiczenia ruchowe. O ich zastosowaniu w choreoterapii piszą Zofia Aleszko i Beata Janke-Klimaszewska, wymieniając ćwiczenia „rozluźniające, oddechowe, korygujące postawę, rozciągające, poprawiające koordynację ruchową, elastyczność, miękkość i obszerność ruchów” (Aleszko, Janke-Klimaszewska, 2002, s. 63). Tego rodzaju ćwiczenia były integralnym elementem warsztatów i zazwyczaj stanowiły część wprowadzającą, dobraną do myśli przewodniej.

Muzykoterapia. Wciąż rozwijającą się dziedziną terapii sztuką jest muzykoterapia. Jej istotę trudno jednoznacznie zdefiniować. Jedno z najbardziej syntetycznych wyjaśnień terminu podaje Tadeusz Natanson, według którego muzykoterapia jest „metodą postępowania, wielostronnie wykorzystującą wieloraki wpływ muzyki na psychosomatyczny ustrój człowieka” (1979, za: Konieczna-Nowak, 2013, s. 14).

Elżbieta Galińska wyróżnia cztery obszary oddziaływań w muzykoterapii: psychosomatyczny (służący wsparciu psychicznemu pacjenta i regulujący czynności wegetatywne organizmu), psychologiczny (obejmujący m.in. wpływy emocjonalne i komunikacyjno-interakcyjne), psychomotoryczny (w którym muzyka jest czynnikiem porządkującym i stymulującym ruch) oraz pedagogiczny (wykorzystywany w pracy z dziećmi i młodzieżą) (za: Dobrzyńska, Cesarz, Rymaszewska, Kiejna, 2006, s. 85). Muzykoterapia ma niezwykle szerokie zastosowanie i wykorzystuje się ją „zarówno w profilaktyce zdrowia psychicznego, jak

i w leczeniu oraz rehabilitacji różnych schorzeń” (Dobrzyńska i in., 2006, s. 85). W zależności od rodzaju aktywności uczestnika sesji muzykoterapeutycznych wyróżnia się „muzykoterapię percepcyjną (odbiorczą) oraz aktywną (wykonawczą)” (Dobrzyńska i in., 2006, s. 85). W pierwszym przypadku jednostka doświadcza terapeutycznego wpływu muzyki poprzez samo jej słuchanie, w drugim natomiast – poprzez jej wykonywanie.

Należy również wspomnieć o ważnym rozróżnieniu między użyciem muzyki jako terapii a zastosowaniem muzyki w terapii. W pierwszej sytuacji „sama muzyka staje się czynnikiem terapeutycznym” (Konieczna-Nowak, 2013, s. 14), a tym, co jest w niej leczące, „są wszystkie niemal aspekty istnienia muzyki, rozumianej jako czasowo ustrukturyzowany przebieg zjawisk akustycznych” (Konieczna-Nowak, 2013, s. 23). W drugim przypadku muzyka „może stanowić swoisty pretekst dla nadbudowanego na niej procesu terapeutycznego” (Konieczna-Nowak, 2013, s. 14). W tej sytuacji „tworzywo muzyczne przestaje być traktowane jako substytut leku, a muzyka pojawia się w charakterze pośrednika, pretekstu, kontekstu lub jedynie elementu terapeutycznych działań” (Konieczna-Nowak, 2013, s. 23). Ta forma zastosowania muzyki jest bliższa modelowi wykorzystanemu w opisanych w ramach projektu warsztatach. Muzykoterapia była wykorzystana w działaniach terapeutycznych w niewielkim stopniu, jednak sama muzyka nieustannie im towarzyszyła i odgrywała jedną z najistotniejszych ról w tworzeniu przestrzeni doświadczania. Autorka pracy uznała zatem za istotne opisanie terapeutycznego wpływu muzyki jako elementu, który był kluczowym impulsem i nieodłącznym tłem warsztatów.

Muzyka, jako emocjonalny impuls wyzwalający ruch, pozwala na tworzenie określonej atmosfery i wpływanie na nastrój grupy. W choreoterapii muzyka często dzielona jest na pobudzającą i wyciszającą (Aleszko, Janke-Klimaszewska, 2002, s. 63). W trakcie warsztatów prowadząca wykorzystywała muzykę wyciszającą na początku zajęć w celu wprowadzenia w stan relaksu, umożliwiającego dokonanie głębszej refleksji na dany temat, natomiast na zakończenie zajęć – w celu stworzenia uczestniczkom przestrzeni na wyciszenie, domknięcie procesu i stopniowy „powrót do rzeczywistości”. Najczęściej wykorzystywanym gatunkiem muzyki była muzyka instrumentalna, choć równie istotną rolę odgrywała muzyka ludowa, filmowa, a także rozrywkowa.

Poza zastosowaniem muzyki jako środka wyzwalającego ekspresję prowadząca wykorzystywała w ramach warsztatów technikę toningu – jedną z technik muzykoterapeutycznych opartą na pracy z głosem (zostało to dokładniej przedstawione w podrozdziale *Przebieg projektu*).

OPIS PROJEKTU

Założenia i cel projektu

Jak wspomniano we wprowadzeniu, pojawiające się w ciele napięcia, dyskomfort czy dolegliwości bólowe mogą mieć podłoże tkwiące głęboko w psychice. Głównym celem projektu było zatem stworzenie przestrzeni umożliwiającej uczestniczkom wgląd w emocjonalny, psychiczny oraz duchowy wymiar ich funkcjonowania. Celem poszczególnych działań było natomiast zwiększanie świadomego odczuwania ciała, przyjrzenie się doświadczanym wrażeniom, poszukiwanie ich związku z emocjami oraz zgłębianie istoty przeżywanych doznań. Każde ze spotkań poświęcone było konkretnej problematyce, która obejmowała bardziej szczegółowe zadania, m.in. uświadamianie sobie blokad i napięć w ciele, poznawanie sposobów relaksowania się i rozluźniania ciała, rozpoznawanie własnych emocji oraz szukanie nowych dróg ich wyrażania.

Podczas opracowywania warsztatów arteterapeutycznych autorka przyjęła podejście interdyscyplinarne. Zastosowała połączenie działań plastycznych z tańcem i muzyką. Ruch i muzyka miały wyzwolić przeżycia uczestniczek oraz pobudzić ich intuicję i ekspresję po to, by później mogły przelać swoje doznania na płótno i skonfrontować się z nimi.

Przebieg projektu

Przeprowadzone warsztaty składały się z ośmiu cotygodniowych spotkań realizowanych w okresie dwóch miesięcy. Wzięło w nich udział pięć kobiet w wieku od 30 do 61 lat. Uczestniczki zgłosiły się z takimi dolegliwościami, jak: ucisk w okolicach szczęki, ból ramienia promieniujący do części ciała, ucisk i nerwobóle w klatce piersiowej, napięcia w okolicach barków, sztywność w okolicach biodra, napięcie w odcinku szyjnym kręgosłupa czy bóle głowy.

Kolejność przeprowadzonych zajęć była zaplanowana świadomie, tak by wgląd uczestniczek i ich kontakt z ciałem stopniowo się pogłębiały. Część tematów, którym były poświęcone poszczególne warsztaty, była zainspirowana przywołaną już książką Aleksandra Lowena *Duchowość ciała*.

Każde warsztaty były podzielone na dwie sesje, trwające w sumie trzy godziny. Pierwsza część sesji obejmowała działania choreoterapeutyczne, będące przestrzenią doświadczania ciała. Składała się z różnej liczby struktur polegających na aktywnym doświadczaniu ciała w tańcu i ruchu. Istotnym elementem podczas realizacji struktur była odpowiednio dobrana muzyka. Uczestniczki często podkreślały jej pobudzające i inspirujące oddziaływanie i zwracały uwagę na to, jak ważną rolę odgrywa w doświadczaniu przez nie rzeczywistości. Poprzez operowanie

metaforą i metaforyczne wprowadzenie w każdą ze struktur prowadząca stymulowała uczestniczki do symbolicznej ekspresji przedstawianych treści.

Druga część warsztatów poświęcona była działaniom arteterapeutycznym. Autorka pracy wykorzystwała przede wszystkim technikę malarstwa, za pomocą której uczestniczki pracowały z obrazem swojego ciała i utrwały na płótnie wcześniejsze przeżycia.

Zdaniem Malchiodi „prace plastyczne pozwalają na eksperymentowanie z pożądanymi zmianami”, a osoba tworząca „ma do czynienia z namacalnym obiektem, który może zostać fizycznie zmodyfikowany” (Malchiodi (red.), 2014, s. 37). Owym „namacalnym obiektem” w trakcie przeprowadzonych warsztatów stało się dla uczestniczek płótno o wymiarach 210 × 150 cm. Każda kobieta otrzymała płótno i z pomocą innej uczestniczki odmalowała na nim swoją sylwetkę. Uczestniczki pracowały na swoim płótnie przez wszystkie osiem spotkań, tworząc i modyfikując obraz przedstawiający ich ciało, w zależności od myśli przewodniej zajęć oraz od przeżyć doświadczanych w trakcie działań choreoterapeutycznych. Tworzenie obrazu było formą zmaterializowania procesu, który się dokonał (Rayska, 2013, s. 209), utrwalenia pojawiających się w ruchu odczuć i uchwycenia tego, co nieuchwytnie.

Celem pierwszego warsztatu było przyjrzenie się ciału i zlokalizowanie miejsc związanych z różnego rodzaju dyskomfortem – napięciem, sztywnością, bólem. Działania choreoterapeutyczne były zatem poprzedzone somatyczną techniką arteterapeutyczną, jaką jest *body scan*. W metodzie tej uczestnik sesji układa się w pozycji leżącej i wprowadzony w stan relaksu „wyobraża sobie, że prześwietla swój organizm od stóp, przez tułów i ręce, aż do głowy” (Malchiodi (red.), 2014, s. 15). Obserwując swoje ciało, stara się dostrzec w nim obecność trudnych emocji, stresu lub jakiegokolwiek dyskomfortu. W kolejnym etapie dokonuje wizualnej ekspresji spostrzeżonych doznań, przedstawiając je na rysunku postaci za pomocą wybranych kolorów, kształtów czy obrazów (Malchiodi (red.), 2014, s. 15). Technika ta posłużyła jako inspiracja do przeprowadzonych działań. Kartki papieru z gotową sylwetką zostały zastąpione dużymi płótnami. Pozwoliło to na zindywidualizowanie obrazu ciała i jeszcze głębszy wgląd w „ucieleśnione Ja”. Uczestniczki niejako odbyły „podróż w głąb ciała” i przyjrzały się mu od wewnątrz. Kolejne struktury były poświęcone szukaniu przestrzeni i luzu w miejscach dyskomfortu, a także posyłaniu w te obszary ruchu oraz oddechu.

Podczas rundy końcowej uczestniczki zwracały uwagę na pozytywne wrażenia, które im towarzyszyły w trakcie działań choreoterapeutycznych. Jedna z nich wspomniała, że dawno nie miała chwili dla siebie i dawno się tak nie zrelaksowała. Inna, która na początku zajęć odczuwała duże napięcie, po działaniach ruchowych odnotowała znaczną poprawę. Kolejna stwierdziła, że zmniejszył się promieniujący ból, z którym tego dnia przyszła.

Na początku drugiej części warsztatów każda z uczestniczek otrzymała arkusz płótna. Uczestniczki zostały poinformowane, że płótno będzie im towarzyszyło przez wszystkie osiem spotkań oraz że będą na nie przelewać swoje myśli i uczucia związane z ciałem. Kobiety miały położyć się na płótnie w dowolnej pozycji tak, aby druga osoba mogła odrysować ołówkiem ich sylwetkę. W kolejnym etapie otrzymały farby i pędzle. Ich zadaniem było zaznaczenie na szkicu obszarów, w których odczuwały dyskomfort, ból i napięcie, z wykorzystaniem wybranych form, kształtów i linii najlepiej oddających ich odczucia.

Kobiety były niezwykle zaangażowane w proces twórczy i działały bardzo intuicyjnie. Powstałe prace oddawały ból i napięcia w niezwykle metaforyczny sposób. Wizualizowane przez uczestniczki odczucia przybrały różne formy, takie jak wielobarwne wzory, plamy, kwiaty czy linie.

Punktem wyjścia koncepcji kolejnych warsztatów były dwie tezy Lowena. Pierwsza z nich dotyczy „uziemienia”, które oznacza dla niego prawidłowy kontakt z podłożem – nie tylko na poziomie fizycznym, ale również na poziomie energetycznym. Lowen twierdzi, że kiedy osoba „jest dobrze uziemiona, czuje się bezpiecznie na nogach i jest pewna, że ma grunt pod stopami” (Lowen, 2011, s. 128). Wówczas możliwe staje się zrezygnowanie z kontroli i rozluźnienie ciała. Druga teza Lowena mówi, że ustalenie, ile mamy czucia w każdej części ciała, jest „najważniejszym krokiem w kierunku poprawy zdrowia” (Lowen, 2011, s. 128).

Celem kolejnego spotkania była zatem analiza czucia w ciele, porównywanie percepcji prawej i lewej strony ciała, nawiązywanie kontaktu z poszczególnymi częściami ciała oraz dążenie do uziemienia. Działania choreoterapeutyczne skupiały się na pobudzaniu stóp, przenoszeniu ciężaru na dolną część ciała, odpychaniu się od podłoża, czerpaniu z niego siły i znajdowaniu w nim oparcia. W część struktur wplecione były ćwiczenia Lowena dotyczące uziemienia. Uczestniczki podkreślały, że w wyniku przeprowadzonych struktur zaobserwowały u siebie znaczne rozluźnienie. Dla niektórych ważnym momentem było doświadczenie różnicy w odczuwaniu obu stron ciała. Jedna z uczestniczek w rundzie końcowej przyznała, że po sesji choreoterapeutycznej ustąpiła cała złość, jaką nosiła w sobie tego dnia.

Kolejnym krokiem podjętym w ramach następnego warsztatu było przyjrzenie się emocjom – temu, na ile są wyrażane, a na ile kumulowane w ciele i jaki to może mieć wpływ na odczuwane dolegliwości. Wiele istotnych kwestii w tym temacie porusza Lowen. Według niego, jeśli emocja będąca reakcją na jakiś uraz zostaje zablokowana, kumuluje się w mięśniach „w postaci chronicznego napięcia” (Lowen, 2011, s. 26). Jego zdaniem, by uwolnić się od napięć, należy znaleźć ich związek z tłumionymi uczuciami strachu, gniewu i smutku (Lowen, 2011, s. 101). Dopuszczenie tych uczuć do głosu otwiera w jednostce miejsce na radość.

Ludzie pierwotni intuicyjnie wiedzieli, jak pozbyć się napięcia związanego z emocjami, takimi jak lęk, złość czy smutek. Aby wyrazić te trudne emocje, a także radość, tańczyli i śpiewali, poddając się rytmowi. Odnosząc się do pierwotnych instynktów tkwiących w każdej jednostce, prowadząca wybrała do działań choreoterapeutycznych utwory nawiązujące do muzyki plemiennej i ludowej. W ramach poszczególnych struktur zadaniem uczestniczek było przyjrzenie się temu, jak przeżywają emocje, jakie emocje w nich dominują, a także które emocje pozwalają sobie wyrażać, a których nie. Eksplorowane były cztery podstawowe emocje: smutek, lęk, złość oraz radość. Prowadząca wykorzystwała do działań rekwizyt – chusty, które miały ułatwić wyrażenie i zwizualizowanie danej emocji.

Podczas rundy zamykającej pierwszą część warsztatów jedna z uczestniczek powiedziała, że zawsze wydawało jej się, że wyraża swoją złość, jednak w trakcie działań choreoterapeutycznych zdała sobie sprawę, że tak naprawdę była jedynie świadoma swojej złości, natomiast w ogóle jej nie wyrażała. Stwierdziła, że to dlatego odczuwa w okolicach klatki piersiowej promieniujący ból. Zwizualizowała swoją złość w drugiej części warsztatów, kiedy uczestniczki miały za zadanie przedstawić na płótnie emocje, jakie wyzwolił w nich ruch. Miejsca dolegliwości zgłaszanych na pierwszych zajęciach nierzadko pokrywały się z obszarami skumulowanych emocji odzwierciedlonych na obrazach.

Bezpośredni związek z emocjami, ich przeżywaniem oraz uwalnianiem ma oddech. Jak pisze Lowen: „oddychać głęboko znaczy głęboko odczuwać” (Lowen, 2011, s. 54). Wstrzymywanie oddechu wiąże się z tłumieniem uczuć. Poprzez swobodne i głębokie oddychanie możemy dotrzeć do stłumionych uczuć i je uwolnić (Lowen, 2011, s. 58).

Płytki oddech niekorzystnie wpływa na funkcjonowanie psychofizyczne całego organizmu. W przypadku dolegliwości bólowych, szczególnie związanych z bólami i napięciami w okolicach kręgosłupa, zalecane są ćwiczenia oddechowe, które nie tylko dotleniają ciało, ale mają również działanie rozluźniające i redukujące napięcia. Praca z oddechem była zatem kolejnym krokiem, który mógł wspomagać docieranie do źródła dolegliwości oraz dążenie do ich wyciszenia.

Czwarte warsztaty rozpoczęły się półgodziną sesją poświęconą pracy z oddechem, w ramach której wykonywano ćwiczenia oddechowe będące połączeniem wybranych przez prowadzącą ćwiczeń wykorzystywanych przez wokalistów, joginów i fizjoterapeutów, a także stosowanych przez Lowena. Ćwiczenia miały przede wszystkim zaktywizować i rozluźnić przeponę, a także wydłużyć, pogłębić i uspokoić oddech.

Podczas działań choreoterapeutycznych uczestniczki przyglądały się swojemu oddechowi, doświadczały oddechu w ruchu, uruchamiały ruchem pracę przepony. Praca z oddechem w ruchu miała uelastyczyć i rozluźnić ciało oraz umożliwić oddechowi swobodny przepływ. Część

struktur była poświęcona obserwacji oddechu w sytuacji odczuwania czterech podstawowych emocji eksplorowanych na poprzednim warsztacie.

Szczególnie intensywnym momentem zajęć była chwila, kiedy jedna z uczestniczek w trakcie struktury poświęconej złości zaczęła mocno wydychać powietrze. Na jej twarzy pojawiły się ulga i uśmiech. Podczas rundy końcowej z ogromną satysfakcją wyznała, że w końcu udało jej się wyrazić złość i że jest z tego powodu bardzo szczęśliwa.

Na piątym spotkaniu autorka warsztatów postanowiła wprowadzić element pracy z głosem, aby umożliwić uczestniczkom jeszcze pełniejszą ekspresję. O ile oddech jest dla ciała pewnego rodzaju oknem, o tyle użycie głosu daje oddechowi jeszcze bardziej otwartą drogę przepływu. Ekspresja wokalna podobnie otwierająco wpływa na wyrażanie emocji. Jak twierdzi Lowen, głos jest ściśle powiązany z uczuciami, zatem uwalnianie go prowadzi jednocześnie do uwalniania stłumionych uczuć oraz ich ekspresji poprzez dźwięk (Lowen, 1990, s. 65–66).

Działania wokalne były poprzedzone ćwiczeniami oddechowymi poznanymi na wcześniejszych zajęciach oraz ćwiczeniami rozgrzewającymi głos. Następnie wprowadzona została muzykoterapeutyczna technika toningu, która polega na wykorzystaniu wokalizacji do przywrócenia ciała wibracji, co umożliwia mu tym samym osiągnięcie harmonii (Deak, 1990, s. 2). Toning definiowany jest jako „świadome wydłużenie dźwięku przy użyciu oddechu i głosu” (Deak, 1990, s. 2, tłum. własne). Ma bezpośrednio wpływać na stan fizyczny ciała i przez to oddziaływać również na stan psychiczny jednostki (Deak, 1990, s. 2). „Proces toningu polega na wytwarzaniu muzycznych i niemuzycznych dźwięków z zamiarem uwolnienia »głosu ciała« i wykorzystania powstałego rezonansu wokalnego” (Deak, 1990, s. 3, tłum. własne). Jak potwierdzają badania, rezonans ten powoduje mikromasaż tkanek i komórek, który z kolei poprawia krążenie krwi, metabolizm oraz funkcjonowanie układu nerwowego (Deak, 1990, s. 5). W trakcie toningu jednostka staje się również świadoma obecnych w jej ciele napięć wskutek kontrolowania oddechu i dźwięku, którego podtrzymywanie pomaga napięcia te uwolnić (Deak, 1990, s. 55).

Dźwięki w toningu artykułowane są za pomocą samogłosek, których bezpośredni związek z poszczególnymi częściami ciała opisał niemiecki kompozytor Peter Michael Hamel. Zgodnie z jego teorią samogłoska „u” przypisana jest dolnej części ciała i okolicy miednicy, samogłoska „o” – okolicom brzucha, „a” – klatce piersiowej, „e” – gardłu, „i” – głowie (1978, za: Deak, 1990, s. 35–36).

W toningu można wyróżnić kilka technik, do których należą m.in. „podnoszenie dźwięku w celu zwiększenia poziomu energii” (Deak, 1990, s. 56, tłum. własne), „obniżanie dźwięku w celu pogłębienia relaksacji (Deak, 1990, s. 57, tłum. własne), „podtrzymywanie rezonansu

w celu redukcji bólu” (Deak 1990, s. 57, tłum. własne) czy „toning wywołujący katharsis i rozładowanie emocjonalne” (Deak, 1990, s. 60, tłum. własne).

Zastosowanie toningu miało w pierwszej kolejności wywołać stan relaksacji, aby następnie podnieść poziom energii uczestniczek, a wreszcie podziałać na nie uwalniająco i posłużyć jako impuls do improwizacji wokalnych w kręgu oraz do połączenia ekspresji wokalne z ruchem w trakcie działań choreoterapeutycznych. Praca z głosem okazała się niezwykle ważna i wyzwalająca, a połączenie wymienionych działań umożliwiło uczestniczkom znacznie pełniejszą ekspresję oraz intensywniejsze rozładowanie emocji.

W trakcie działań choreoterapeutycznych uczestniczki były zachęcane do wykorzystania głosu w formie nucenia, mruczenia, krzyku, śpiewu itp. Mogły eksplorować w tańcu różne formy uwalniania głosu. Celem tych działań było wyrażenie towarzyszących tańcowi emocji za pomocą głosu, który często naturalnie pojawia się w reakcji na muzykę budzącą emocje. W pewnym sensie działanie to było również rodzajem odzyskiwania głosu, który często w sobie tłumimy.

Praca z głosem wywarła na uczestniczkach szczególne wrażenie. Jedna z nich stwierdziła, że ten warsztat wywołał w niej najgłębsze jak dotąd przeżycia i że łącząc taniec z głosem, czuła się najpełniej. Podsumowała, że oznaczało to dla niej po prostu wolność.

Celem szóstego warsztatu było przyjrzenie się temu, co mówi ciało, czego potrzebuje i jak chce się poruszać. Podążanie za głosem ciała i poddanie się mu pomaga wyzwolić naturalną ekspresję opartą na spontanicznym ruchu. Wsluchiwanie się w głos ciała to także nauka odczytywania sygnałów, które z niego płyną. Uwaga i wyczulenie na sygnały ciała pozwalają m.in. odpowiednio wcześnie zauważyć pierwsze oznaki napięcia i od razu na nie zareagować, tak by się nie kumulowały i nie prowadziły do większego dyskomfortu lub bólu.

Zadaniem kolejnych struktur było wyzwolenie w uczestniczkach spontanicznego ruchu oraz eksplorowanie tego, jak ciało chce się poruszać, wejście z nim w dialog i podążanie za jego głosem.

Tego dnia po zakończeniu warsztatów uczestniczki były wyraźnie zadowolone. Jedna z nich wyznała, że odkąd chodzi na warsztaty, częściej myśli o swojej fizycznej postawie, jest bardziej „przy ciele”, częściej się prostuje. Inna powiedziała, że ma podobne odczucia i że kiedyś prostowanie ciała sprawiało jej ból, a teraz może to robić swobodnie, bez żadnego bólu i dyskomfortu.

Zwieńczeniem działań przeprowadzonych w cyklu warsztatów był siódmy warsztat poświęcony gracji i lekkości oraz poszukiwaniu ich w ruchu i czerpaniu przyjemności z samego poruszania się.

Gracja to coś, z czym się rodzimy. Jednak z czasem, kiedy nasze ego przejmuje coraz większą kontrolę nad ciałem, między ego a ciałem powstaje konflikt. Jak twierdzi Lowen, konflikt ten „rodzi rozdarcie między myśleniem a odczuwaniem, wolą a ochotą, opanowaniem a bez troską” (Lowen, 2011, s. 84). Człowiek często sam narzuca swojemu ciału sztywność i pozbawia je wdzięku. Jeśli robiąc coś, pomyślimy, że moglibyśmy zrobić to z gracją, nasze działanie natychmiast nabiera lekkości, poezji, pasji.

Muzyka przypomina nam o tym, że ciało ma w sobie grację, pomaga ją odnaleźć. Muzyka, która z natury ma w sobie harmonię, wyzwala harmonię drzemiącą w człowieku. Przypomina o tym, czym jest płynność ruchów, elastyczność, spokój, rytm, siła, energia, równowaga. Jest lekarstwem na sztywność, ograniczenia, uwięzioną energię.

Przedostatnie warsztaty były kumulacją dotychczasowych działań, wykorzystaniem pogłębionego kontaktu z ciałem do tego, by poszukiwać gracji w różnych przestrzeniach i pozwolić ciału na najgłębszą możliwą ekspresję – na poruszanie się z pasją.

Było to spotkanie wyjątkowe. Grupa tego dnia rozpoczynała zajęcia z dość niską energią. Jednak w tańcu nastąpiło całkowite ożywienie. Początkowe działania skupiały się na poszukiwaniu w tańcu spontaniczności i bez troski. By uaktywnić w uczestniczkach te obszary, przy inicjowaniu struktur prowadząca odwołała się do tematu wewnętrznego dziecka. Kolejne działania poświęcone były eksplorowaniu różnych jakości ruchu w celu doświadczenia lekkości. Struktury opierały się na kontrastach, takich jak lekkość i ciężkość czy smutek i radość. Ważnym elementem była też struktura wykorzystująca przestrzeń „pomiędzy”. Odwoływała się do przeszkód – zarówno fizycznych, jak i abstrakcyjnych – które czasem napotykałyśmy na swojej drodze. Możemy z nimi walczyć, możemy przed nimi uciekać, ale możemy też prześlizgiwać się pomiędzy nimi z gracją i wdziękiem. Uczestniczki w trakcie tego zadania próbowały szukać gracji w tańcu między przeszkodami. Pokonywały przeszkody, zachowując płynność ruchów i rozluźnienie, dzięki czemu odkrywały w ruchu zwinność pozbawioną napięcia i sztywności.

Szczególnym momentem działań choreoterapeutycznych była struktura, która miała na celu odnajdywanie w ruchu lekkości. Inspirację dla uczestniczek stanowiła chusta, którą poruszała jedna kobieta z pary. Druga w tym czasie tańczyła, naśladując lekkość i zwiewność tkaniny. Ta metafora była dla kobiet niezwykle otwierająca. Poruszały się zupełnie inaczej niż dotychczas – z wdziękiem, energią, pasją. Jedna z uczestniczek w rundzie końcowej odniosła się do tańca z chustą, mówiąc o spontaniczności i zabawie, na którą sobie nie pozwalała, a na którą w końcu się zdecydowała w tej strukturze. Stwierdziła, że taniec ten był dla niej niesamowity i mogła doświadczyć czegoś, czego bardzo dawno nie zaznała. Powiedziała, że czuje, że w końcu się uwolniła z więzów samokontroli.

Ostatnie spotkanie poświęcone było podsumowaniu całego cyklu i domknięciu procesu terapeutycznego. Uczestniczki na początku zajęć podzieliły się odczuciami związanymi z udziałem w warsztatach, podkreślając, że było to dla nich cenne doświadczenie, że warsztaty stanowiły dla nich miejsce odkrywania, odskocznię od codzienności, pomogły im „lepiej zrozumieć i wyrażać emocje oraz poukładać sobie pewne rzeczy”.

Tego dnia działania choreoterapeutyczne odwoływały się do wszystkich doświadczanych do tej pory obszarów. Były rodzajem podsumowania i przypomnienia sobie i ciału, czego doświadczyło oraz czego może doświadczać.

Pierwsza struktura stanowiła powtórkę „podróży w głąb ciała”, którą uczestniczki dwa miesiące wcześniej rozpoczęły cykl warsztatów. Ponowne zastosowanie techniki *body scan* miało umożliwić kobietom porównanie aktualnych dolegliwości ze stanem początkowym oraz wgląd w stopień odczuwania ciała i w to, czy ich kontakt z ciałem się pogłębił.

Kolejne struktury odwoływały się do myśli przewodnich poszczególnych warsztatów, ostatnia zaś była rodzajem tańca w kręgu, który przybrał formę wspólnego celebrowania przebytej razem drogi i zamykał wszystkie dotychczasowe struktury. W tańcu uczestniczki miały okazję podziękować sobie samym za to, że zaopiekowały się swoim ciałem, oraz sobie nawzajem za wspólnie przebytą drogę. Była to też przestrzeń refleksji nad tym, czego dobrego każda z kobiet doświadczyła w trakcie działań.

W rundzie domykającej działania choreoterapeutyczne uczestniczki mówiły o tym, że w stosunku do pierwszych zajęć czują większą otwartość w doświadczaniu przez ruch oraz większy kontakt z ciałem. Jedna z kobiet wspomniała, że przyszła na warsztaty z bólem barku, a teraz nie ma po nim śladu, co jest dla niej bardzo dużą zmianą i zaskoczeniem.

Tego dnia uczestniczki na zakończenie wykonały wspólną pracę. Tym razem odrysowywały swoje sylwetki na jednym płótnie. Miały sobie odpowiedzieć na pytanie, co dobrego zabierają dla siebie z drogi, którą przeszły w trakcie warsztatów, oraz co dobrego są gotowe powitać w swoim ciele. Następnie każda z nich miała wyrazić swoje refleksje na sylwetce w formie hasła, zdania lub symbolu. Uczestniczki działały intuicyjnie, energicznie, z zapalem i radością. W szybkim tempie stworzyły niezwykłą kompozycję utkaną z kobiecych sylwetek i przeżyć, których doświadczyły.

Jedna z kobiet na zakończenie warsztatów powiedziała, że po działaniach choreoterapeutycznych zawsze czuła się bardzo zrelaksowana, wypoczęta. Czowała, jak opuszczają ją wszystkie napięcia i znika ból. Stwierdziła, że „warto się częściej skupiać na sobie, zatrzymywać się w pędzie i biegu po to, by sobie pomóc i by zapobiec kumulowaniu się różnych napięć”. Do tej pory na co dzień o tym nie myślała, a teraz pamięta o tym, żeby „znaleźć chwilę dla siebie,

zatańczyć, zaśpiewać, skupić się na oddechu”. Warsztaty pokazały jej, jak niewiele trzeba, aby odpocząć i pozbyć się napięć z całego dnia.

Jej słowa są trafnym podsumowaniem tego, co mogą oferować warsztaty arteterapeutyczne i w jaki sposób sztuka może stać się częścią codzienności, źródłem, z którego jednostka będzie czerpać spokój, radość, równowagę, siłę i wsparcie w codziennych zmaganiach.

PODSUMOWANIE

Zgodnie z przyjętymi przez autorkę założeniami warsztaty stały się dla uczestniczek przestrzenią umożliwiającą wgląd w różne aspekty ich funkcjonowania pozostające w ścisłym związku z odczuciami pojawiającymi się w ciele.

W przebiegu warsztatów poświęconych tematowi ciała pojawiło się wiele wątków towarzyszących, które odzwierciedlają fakt, jak wiele czynników wpływa na ciało i jak silnie ciało związane jest z naszym codziennym funkcjonowaniem.

Przestrzeń tańca stała się przestrzenią zmiany. Wraz z pojawieniem się nowych kroków i jakości ruchu uczestniczki doznawały nowych przeżyć i refleksji, które nieraz umożliwiały odkrycie blokad i wewnętrznych konfliktów przekładających się na sztywność ciała i zakłócających jego harmonijne funkcjonowanie.

Twórczość plastyczna rozbudziła w uczestniczkach zdolność do posługiwania się metaforą, umożliwiając nazywanie pojęć, które trudno wyrazić codziennym językiem, i dodatkowo ułatwiając wyrażanie tkwiących głęboko treści.

Warsztaty nieoczekiwanie stały się dla uczestniczek pretekstem do dużo szerszego przyjrzenia się im samym jako kobietom i do eksplorowania różnych wymiarów kobiecości. Uczestniczki podkreślały moc kobiecego kręgu, co niewątpliwie można wykorzystać i rozbudować w podobnych działaniach, gdyż doświadczenie w kręgu kobiet zdecydowanie wspierało proces terapeutyczny.

Ważną potrzebą wyrażoną przez uczestniczki było zwiększenie częstotliwości spotkań. Przygotowując kolejne warsztaty, prowadząca zaplanowałaby spotkania częściej, by jeszcze bardziej zintensyfikować i pogłębić doświadczenie. Ze względu na bogactwo poruszanej tematyki rozważyłaby także wydłużenie cyklu warsztatów do kilku miesięcy, co umożliwiłoby uczestniczkom trwalsze zaadaptowanie poznanych wzorców ruchowych do codzienności.

Autorka dostrzega ogromny potencjał w muzykoterapii i w wykorzystaniu śpiewu jako elementu każdego spotkania terapeutycznego. Łączenie różnego rodzaju działań ze wspólnym muzykowaniem integruje grupę, pogłębia przeżywanie jednostki i umożliwia jej wyrażanie emocji na bieżąco, podnosząc jednocześnie poziom jej energii oraz radości z doświadczenia.

Potencjał terapeutyczny tkwiący w sztuce daje nadzieję na odnalezienie wielu różnorodnych dróg prowadzących do drugiego człowieka, na możliwość dokonywania ciągłych zmian i nieustanne poszukiwanie płaszczyzn porozumienia.

BIBLIOGRAFIA

- Aleszko, Z., Janke-Klimaszewska, B. (2001). Choreoterapia w psychiatrii. *Psychoterapia*, 2(117), 61–68.
- Danek, M., Danek, E., Danek, J. (2016). Wpływ muzyki na odczuwanie bólu, lęku i depresji oraz jakość życia u ludzi z problemami bólowymi różnego pochodzenia. *Polskie Forum Psychologiczne*, 21(2), 206–220.
- Deak, M. (1990). *Toning: Definition and usage in music therapy*. Philadelphia: Drexel University (Thesis M.A., Music Therapy – Hahnemann University).
- Dobrogowski, J., Zajączkowska, R., Dutka, J., Wordliczek, J. (2011). Patofizjologia i klasyfikacja bólu. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 7(1), 20–30.
- Dobrzyńska, E., Cesarz, H., Rymaszewska, J., Kiejna, A. (2006). Muzykoterapia. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 2(6), 84–88.
- Glińska-Lachowicz, A. (2009). Choreoterapia i muzykoterapia jako techniki arteterapeutyczne wykorzystywane w oddziaływaniach resocjalizacyjnych, skierowanych do osób nieprzystosowanych społecznie (propozycje ćwiczeń). W: A. Rejzner, P. Szczepaniak (red.), *Terapia w resocjalizacji. Cz. 2. Ujęcie praktyczne* (s. 94–117). Warszawa: Żak.
- Konieczna-Nowak, L. (2013). *Wprowadzenie do muzykoterapii*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Lowen, A. (1990). *The Spirituality of the Body*. Vermont: Hinesburg.
- Lowen, A. (2011). *Duchowość ciała*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Malchiodi, C.A. (ed.). (2012). *Handbook of Art Therapy*. New York: Guilford Press.
- Malchiodi, C.A. (red.). (2014). *Arteterapia. Podręcznik*. Gdańsk: Harmonia.
- Pędzich, Z. (red.). (2013). *Psychoterapia tańcem i ruchem. Teoria i praktyka*. Sopot: GWP.
- Przybyłko, K., Walesa, C. (2016). Psychologiczna problematyka bólu. *Horyzonty Psychologii*, 6, 105–127.
- Rayska, A. (2013). Poruszony obraz. Współlistnienie ruchu i rysunku w psychoterapii tańcem i ruchem. W: Z. Pędzich (red.), *Psychoterapia tańcem i ruchem. Teoria i praktyka* (s. 203–211). Sopot: GWP.
- Torlop-Bajew, J. (2013). Przeniesione w ruch. Metafora w psychoterapii tańcem i ruchem. W: Z. Pędzich (red.), *Psychoterapia tańcem i ruchem. Teoria i praktyka* (s. 103–119). Sopot: GWP.

- Tylka, J. (2010). Podejście psychosomatyczne w wyjaśnieniu przyczyn i ustalenia sposobów terapii zaburzeń zdrowia. *Family Medicine & Primary Care Review*, 12(1), 97–103.
- Tylka, J. (2000). *Psychosomatyka*. Warszawa: UKSW.
- Wiśniewska, M., Pędzich, Z. (2013). Psychoterapia tańcem i ruchem. Podstawowe założenia, czynniki leczące i zastosowania. W: Z. Pędzich (red.), *Psychoterapia tańcem i ruchem. Teoria i praktyka* (s. 13–47). Sopot: GWP.

Tradycyjna muzyka a muzykoterapia w Japonii – wokół (nie)zastosowań muzyki japońskiej

Mirosława Cylkowska-Nowak

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra Geriatrii i Gerontologii,
Pracownia Terapii Zajęciowej

Streszczenie

Tradycyjna muzyka japońska to unikalne zjawisko kulturowe, które rozwijało się na przestrzeni tysiącleci. W swej złożoności początkowo formowała się poprzez integrowanie wzorów czerpanych z innych krajów, by następnie niezależnie kształtować specyficzne zasady muzyczne, wykorzystywać charakterystyczne instrumenty, przenikać do innych sfer sztuki. Bogactwo stylów muzycznych czyni muzykę japońską niezwykle i atrakcyjnym polem analiz teoretycznych.

Jednak XX i XXI w., będące okresem modernizacji i westernizacji Japonii w różnych aspektach życia gospodarczego i społeczno-kulturowego, przyniosły odwrót Japończyków od tradycyjnej muzyki japońskiej. Trend ten ma również swoje odzwierciedlenie w muzykoterapii rozwijającej się w tym kraju od drugiej połowy XX w.

Słowa kluczowe: muzyka, instrumenty muzyczne, tradycja, Japonia, muzykoterapia

WPROWADZENIE

Termin „muzyka japońska” (jap. *ongaku* – 音楽) to termin używany w Japonii i poza nią na potrzeby określenia zjawiska kulturowego o unikalnej charakterystyce. Jej cechy są silnie związane z historią, geografią, psychologią i duchowością japońską. Gerald Groemer zwraca uwagę na to, że rozwój muzyki w Japonii nie był zależny od jakiegoś „rdzenia wartości”, a raczej od specyficznego rozwoju japońskiej kultury, polityki i ekonomii (Groemer, 2004, s. 9). Koncepcja „muzyki japońskiej” kształtowała się i ulegała zmianom na przestrzeni tysiącleci.

Współcześnie uważa się, że muzykę japońską w znaczącym stopniu charakteryzuje eklektyzm. W toku jej rozwoju muzycy japońscy zapożyczali bowiem instrumenty, skale i style form muzycznych z kultur zarówno bliskich, jak i dalekich terytorialnie (Harich-Schneider, 1973, s. 595–600).

Celem artykułu jest próba dokonania krótkiego opisu muzyki japońskiej oraz jej (nie)zastosowań w kolejnych etapach rozwoju muzykoterapii w Japonii.

KULTUROWY FENOMEN JAPOŃSKIEJ MUZYKI – ASPEKTY HISTORYCZNE

Spółczesność japońska posiada niezwykle właściwość zapożyczania, swoistej asymilacji i integracji różnych elementów innych kultur i nadawania im nowego kształtu, niekiedy wartościowszego i bardziej interesującego od pierwowzoru. Praktyki te przyczyniły się do ogromnego zdynamizowania rozwoju różnych sfer życia Japonii na przestrzeni dziejów. Dobrymi tego przykładami są wszelkie adaptacje elementów kultury chińskiej w okresie od VI do XVI w., a także zapożyczenia dorobku technologicznego, organizacji życia społecznego oraz wzorów kulturowych z krajów zachodnich u schyłku wieku XIX i w XX w.

Relacje z Chinami przyczyniły się do zaadaptowania przez Japończyków ideogramów pisma i stworzenia własnego języka pisanego. Zaowocowały również wprowadzeniem do Japonii buddyzmu. Chińskie inspiracje widoczne były zwłaszcza w sztuce, w tym także w muzyce. Okresem szczególnie dużego wpływu Chin na rozwój japońskiej muzyki były czasy panowania chińskiej dynastii Tang (608–907 r. n.e.). Japońscy mnisi, uczeni, muzycy przywozili z podróży do Chin (a także Korei) różne instrumenty oraz poznane style muzyczne. Często też odbywali studia, uczyli się pod kierunkiem chińskich (lub koreańskich) mistrzów (de Ferranti, 2000).

Historycznie w muzyce japońskiej można wyróżnić kilka stylów muzycznych, które w istotny sposób wpłynęły na jej współczesny kształt.

Gagaku (雅楽) to wytworna, pełna wdzięku muzyka dworska wywodząca się z Chin, z czasów panowania dynastii Tang (Yan, 2017, s. 174–176). Uważa się, że do X–XI w. ulegała ona wpływom koreańskim, indyjskim, indonezyjskim, wietnamskim, tworząc japońskie widowisko o kosmopolitycznym charakterze. Od tego momentu zamknęła się na wpływy zewnętrzne z uwagi na hermetyzację społeczną – była to muzyka elit, dworu cesarskiego i rodów arystokratycznych. *Gagaku* łączy muzykę instrumentalną, wokalną oraz formę teatralnych tańców *bugaku* (舞楽), wykonywanych przez tancerzy z gwardii cesarskiej oraz młodych arystokratów. Jest to bardzo szczególny rodzaj muzyki „wypełniającej powietrze” – wykonywanej w wolnym tempie, z daleko posuniętą swobodą metryczną, licznymi dźwiękami przejściowymi o nieokreślonej wysokości. Liczne instrumenty perkusyjne antycypują dźwięki wykonywane na takich instrumentach, jak *biwa* i *koto* (scharakteryzowane w dalszej części artykułu). Co interesujące, *gagaku* dzięki historycznej hermetyzacji przetrwała w niezmienionej postaci około tysiąca lat i jest w tej – dziś może nieco archaicznej formie – nadal wykonywana w Japonii podczas różnych ceremonii oraz w salach koncertowych.

Gagaku integruje też wpływy taoizmu, szintoizmu i buddyzmu, osiągając w ten sposób wymiar metafizyczny. Wykonywanie tej formy jest oryginalnym widowiskiem – obok muzyki ogromną rolę odgrywa tu taniec aktorów w pięknych, symbolicznych kostiumach oraz wizualna obecność niezwykłych instrumentów dętych (odpowiedzialnych za warstwę melodyczną), strunowych i perkusyjnych (odpowiedzialnych za warstwę rytmiczną).

Główną zasadą w *gagaku* jest *jo-ha-kyo*, czyli trójpodzielność utworów na: wprowadzenie, ekspozycję i zakończenie lub rozwiązanie. Za pomocą jednej nuty muzyka buduje się z *crescendo*, osiągając punkt kulminacyjny, a następnie stopniowo maleje. Muzyczne frazy, segmenty, sekcje i całe utwory budowane są na tej zasadzie także w innych rodzajach klasycznej muzyki japońskiej, które wyłoniły się później niż *gagaku* (Togi, 1971), a szerzej – w niemal całej tradycyjnej japońskiej sztuce.

Warto podkreślić, że do XIX w. *gagaku* nie była znana całemu społeczeństwu japońskiemu. Współcześnie niewielu Japończyków posiada dużą wiedzę na jej temat, a słuchanie jej ogranicza się przeważnie do fragmentów eksponowanych podczas ślubów lub pogrzebów.

Drugim wczesnym stylem tradycyjnej muzyki japońskiej, rozwijającym się równolegle do *gagaku*, jest *shōmyō* (声明). To rodzaj buddyjskiego intonowania sylaby lub sutry ustawionej melisemantycznie na frazowanie melodyczne, wykonywany zwykle *a capella* przez jednego mnicha lub przez chór mnichów. Ten typ muzyki pochodzi z Indii i został upowszechniony w świątyniach buddyjskich w Japonii w okresie Nara (710–784 r.).

Obok *shōmyō* na dziedzińcach świątyń buddyjskich od VI–VII w. rozbrzmiewała też muzyka związana z *gigaku* (伎楽), czyli tańcami towarzyszącymi ceremoniom buddyjskim. Podczas ich wykonywania tancerze nosili specyficzne stroje oraz charakterystyczne maski. Ta forma muzycznego i tanecznego wyrazu zanikła w XII w., a jedynym elementem, który po niej pozostał, są maski zachowane w świątyniach (Ortolani, 1990, s. 29–38).

Od XI w. muzyka japońska ewoluowała i zmieniała się już samodzielnie, bez wpływu krajów azjatyckich. Warto w tym miejscu wspomnieć o dwóch kierunkach jej rozwoju – muzyce teatralnej, czy raczej towarzyszącej przedstawieniom teatralnym, oraz muzyce kameralnej, czyli granej przez małe zespoły muzyczne.

Poniżej scharakteryzowano wybrane formy teatru japońskiego, w których muzyka pełniła znaczącą funkcję.

1. *Nō* (能) – główny narodowy gatunek teatru japońskiego, który rozwinął się w XIII w., a szczyt jego rozwoju przypada na XVI–XVII w. Początkowo był przeznaczony wyłącznie dla arystokracji. Stanowi unikalne połączenie teatru, literatury, oryginalnej muzyki i tańca. Aktorzy występują w maskach (Komparu, 1983).
2. *Kyōgen* (狂言) – jedna z form klasycznego teatru japońskiego powstała na przełomie XIV i XV w. To realistyczna farsa o charakterze interludium, czyli spektaklu granego między spektaklami *nō*. Tematyka odzwierciedla życie społeczne. Ta forma często wykorzystuje melorecytację łączoną z grą jednego, dwóch aktorów (Zalewska, 2016, s. 219–220).
3. *Kabuki* (歌舞伎) – rodzaj teatru japońskiego, który wyłonił się na początku XVII w. Początkowo obejmował tańce i scenki rodzajowe dla mieszczan. W pierwotnej postaci był teatrem kobiecym, a gdy kobietom zakazano występów, ich role odgrywali chłopcy i mężczyźni. Cechami charakterystycznymi *kabuki* są: wyrazista charakteryzacja aktorów, mnogość aranżacji dekoracji i różnych form technicznych scen oraz przepiękna, przejmująca muzyka, grana głównie na bębnach, fletach i shamisenie przez orkiestrę usytuowaną na podwyższeniu (Malm, 1963).
4. *Bunraku* (文楽) lub *ningyō-jōruri* (人形浄瑠璃) – teatr lalkowy wykorzystujący lalki o wielkości odpowiadającej od 1/3 do 4/5 rozmiarów ludzkich. Przedstawienia są wykonywane przez: *tayū* (太夫) – narratora, *ningyō-zukai* (人形遣い) – lalkarzy, *shamisen-biki* (三味線弾) – akompaniatora grającego na shamisenie oraz ukrytych poza sceną perkusistów grających na bębnach *taiko* (Keene, 1990).

W spektaklach japońskich teatrów muzyka odgrywa oczywiście rolę drugoplanową, choć niezwykle ważną – jest perfekcyjnie wykorzystywana do dopełnienia sztuki przedstawiania postaci i stopniuje napięcie, silnie wpływając na widownię i jej emocje. Wykorzystywanie dawnych instrumentów pozwala na wydobywanie tradycyjnych wartości estetycznych.

Muzyka kameralna, czyli *jiuta* (地歌), pojawiła się w Japonii około XVII w. w zespole muzycznym *san'kyoku*, pierwotnie składającym się z muzyków grających na *koto*, *kōkyū* i shamisenie. Muzyk grający na shamisenie był też solistą. *Kōkyū*, jako instrument trudny do strojenia, został ostatecznie zastąpiony *shakubachi*. Zmieniały się też role muzyków – z czasem także artyści grający na pozostałych instrumentach mogli zostać solistami. Główną innowacją w tym nowym stylu muzycznym było to, że część instrumentalna zaczęła mieć pierwszeństwo przed częścią wokalną. Popularność formy sprawiła, że wkrótce zaczęto zakładać szkoły komponowania i nauczania gry w *san'kyoku*.

Od XX w. liczba utworów pisanych dla *san'kyoku* się zmniejszała. Stopniowo spadało też zainteresowanie Japończyków oraz muzyków i kompozytorów muzyką tradycyjną i japońskimi instrumentami. Stan ten utrzymywał się do końca lat 60. XX w. Na początku lat 70. nastąpiło ożywienie i popularność tej formy muzycznej wzrosła. Jednak niektórzy kompozytorzy, pisząc nowe utwory, zaczęli zmieniać składy instrumentalne zespołów muzyki kameralnej – wprowadzali shamisen, biwę, a coraz częściej także instrumenty zachodnie.

Obok *gagaku*, *shōmyō*, muzyki teatralnej i kameralnej w Japonii rozwijała się również muzyka ludowa, nosząca nazwę *min'yōkugaku* (民俗学). W przeciwieństwie do *gagaku* charakteryzuje ją duża zmienność i różnorodność pod względem melodii, brzmienia, doboru instrumentów. Obejmuje całokształt wytworów powstałych w codziennej działalności twórczej pierwotnych ludów zamieszkujących wyspy japońskie (np. Okinawian lub Ainów), kultury *shintō*. Pieśni, tańce, muzyka instrumentalna towarzyszyły mieszkańcom wysp od zawsze i stanowią współcześnie spuściznę folkloru Japonii (Mori, 2014, s. 2). Z uwagi na konkretnie obrany cel artykułu nie poświęcę jej więcej uwagi.

Tradycyjna muzyka japońska obejmująca wiele stylów i gatunków nazywana jest *hōgaku* (邦楽), w odróżnieniu od *yōgaku* (洋楽), czyli tradycyjnej muzyki zachodniej (McQueen Tokita, Hughes, 2008, s. 2). Podstawowe różnice pomiędzy tradycyjną muzyką japońską a klasyczną muzyką zachodnią prezentuje tabela 1.

Tabela 1

Porównanie podstawowych cech tradycyjnej muzyki japońskiej i klasycznej muzyki zachodniej

Porównywana	Klasyczna muzyka	Tradycyjna muzyka japońska
-------------	------------------	----------------------------

cecha	zachodnia	
rytm	regularny, specyficzny bit	nieregularny, rozproszony (bez określonego bitu); zasadniczo dwa uderzenia bez wyraźnie zaznaczonego akcentu lub jego brak; w części utworów rytm oparty na metrum dwudzielnym (2/4) lub złożonym (6/8)
harmonia	specyficzne zasady harmonii	nie występuje regularna harmonia (np. kilka dysonansów); w japońskiej muzyce koegzystuje kilka dźwięków (<i>suon</i>); Japończykom trudno jest stworzyć akord, jakkolwiek muzyka japońska ma niewielką miarę heterofonii i polifonii
melodia	30 skal diatonicznych = 15 skal durowych + 15 skal molowych	<i>gagaku</i> (雅楽), jedna z najstarszych form muzyki harmoniczej, grywana na dworach (muzyka wytworna) oraz <i>zokugaku</i> (俗学) (muzyka popularna); dominuje skala molowa
tempo	ustawienie tempa jest ściśle	ustawienie tempa nie jest ściśle
skala	skala diatoniczna	skala pentatoniczna
tonalny ton środkowy	większość muzyki klasycznej kończy się w centrum tonalnym skali muzycznej	muzyka japońska niekoniecznie kończy się w centrum tonalnym skali muzycznej (np. <i>Kimigayo</i> , hymn narodowy Japonii)
tradycja	notacja muzyczna powstała wcześniej (liczne historyczne przykłady)	dominowała instrukcja ustna i pokaz wykonania; zapis nutowy wprowadzono późno

Źródło: Malm, W.P. (1983). Some of Japan's Musics and Musical Principles. W: E. May (ed.), *Musics of Many Cultures: An Introduction* (s. 48–60). Berkeley–Los Angeles–London: University of California Press.

Pomimo przywiązania Japończyków do tradycji modernizacja i westernizacja Japonii przyniosły dramatyczne zmiany w postawie wobec rodzimych tradycji muzycznych (i szerzej – artystycznych). W XX w. nastąpił duży spadek zainteresowania tradycyjną japońską muzyką.

Niewielu młodych Japończyków podejmuje naukę gry na tradycyjnych instrumentach, która trwa wiele lat i wymaga terminowania u mistrza. Pod koniec lat 80. XX w. ich popularność nieco wzrosła. Co interesujące, pojawiają się próby nietradycyjnego wykorzystania biwy, *koto*, *shakuhachi*, shamisen, co być może oznacza powstanie nowych sposobów gry i nowatorskich stylów muzycznych. Można natomiast dostrzec skłonność osób pochodzących z Zachodu do nauki gry na japońskich instrumentach, w szczególności *shakuhachi*. Ta tendencja może wynikać z poczucia potrzeby podążania za dawnymi tradycjami, sposobami wykonawczymi i stylami muzycznymi (Ogawa, 1994, s. 25–27).

KILKA UWAG O TRADYCYJNYCH INSTRUMENTACH MUZYCZNYCH

Większość tradycyjnych instrumentów muzycznych używanych w Japonii była przywożona głównie z różnych krajów Azji i Oceanii. Często ich obecność łączyła się z pojawiającym się na wyspach japońskich nowym gatunkiem czy rodzajem muzyki. Na przykład biwa i *wogen* (pierwsza wersja *koto*) zostały przywiezione na wyspy w czasach panowania w Chinach dynastii Tang (618–907) bezpośrednio z kontynentu azjatyckiego, podczas gdy shamisen – z Azji przez Okinawę około 1562 r. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na to, że ideogramy używane do pisania nazw japońskich instrumentów są takie same jak w Chinach, wymowa nazw jest jednak różna.

Przyjrzyjmy się kilku wybranym tradycyjnym instrumentom japońskim.

Biwa (琵琶) to czterostrunowa lutnia w kształcie gruszki wykonana z drewna. Została przywieziona do Japonii w połowie VI w. Cieszyła się ogromną popularnością do początku VIII w., ale ostatecznie została wyparta przez shamisen (三味線). Biwę wykorzystywali głównie śpiewacy śpiewający i melorecytujący ważne epickie historie, których tematami były słynne postaci historyczne, znaczące bitwy i wydarzenia. Bardzo znaną tego rodzaju epicką historią był epos rycerski *Heike monogatari* (平家物語), opowiadający o rywalizacji dwóch rodów japońskich: Taira i Minamoto. Śpiewacy używający biwy byli często niewidomi. Historycznie skonstruowano i używano kilka rodzajów tego instrumentu. Jeden jej rodzaj jest nadal powszechnie używany (Malm, 1990, s. 142–149).



Rysunek 1. Biwa.

Źródło: <https://www.artstation.com/artwork/A9B3Xe>.

Shakuhachi (尺八) jest znanym japońskim bambusowym fletem. Pojawił się w Japonii razem z innymi rodzajami fletu za czasów panowania w Chinach dynastii Tang wraz z wprowadzeniem muzyki dworskiej *gagaku*. Początkowo miał formę krótkiego i wąskiego fletu z sześcioma otworami. Nie był wówczas zbyt popularny. Jego upowszechnienie nastąpiło na przełomie XII i XIII w., kiedy zaczęli go używać niewidomi mnisi buddyjscy. Z czasem stał się instrumentem do prowadzenia *suizen* (吹禪), czyli medytacji poprzez dźwięk, uprawianej przez mnichów z sekty fuke, a następnie mnichów z *kōmusō*. W wykonywaniu utworów najważniejszy był nie tyle poziom artystyczny gry, co osiągnięcie przez grającego jedności ciała, oddechu i umysłu. W tym okresie instrument przeszedł poważne zmiany. Jego budowa stała się mocniejsza, wykonywano go z grubego bambusa, a liczbę otworów zredukowano do pięciu (cztery na górnej powierzchni, jeden – na dolnej) i taki wygląd zachował do dnia dzisiejszego. Stopniowo też na instrumencie zaczęli grać muzycy niebędący mnichami (Keister, 2004, s. 99–131).



Rysunek 2. Shakuhachi.

Źródło: <http://wsf2018.com/about/shakuhachi>.

Shamisen (三味線) to trójstrunowa lutnia wykonana z drewnianego pudełka pokrytego obustronnie skórą kota lub psa. Gdy shamisen został przywieziony do Japonii w XVI w. z Chin przez Okinawę, był pokryty skórą węża. W oryginalnych modelach chińskich i okinawskich nadal wykorzystuje się w tym celu skórę węża, natomiast model japoński został zmieniony. Shamisen szybko zyskał popularność, zastępując biwę w rozrywkach preferowanych przez rozwijającą się wówczas klasę kupców. Był też lubiany przez samurajów. Istnieje wiele wersji tego instrumentu i wykształciło się wiele stylów gry i śpiewu przy jego akompaniamencie. Nadal cieszy się ogromną popularnością. Powstała też zakrzywiona wersja shamisena, zwana *kokyū* (胡弓), która jednak jest dziś rzadko używana (de Ferranti 2000, s. 76–90).



Rysunek 3. Shamisen.

Źródło: <https://web-japan.org/nipponia/nipponia22/en/topic/index.html>.

Koto (琴) to powszechnie znana 13-strunowa cytra stołowa, o długości około 180 cm, wytwarzana z drewna paulowni cesarskiej (*Paulownia tomentosa*) – drzewa występującego głównie w Chinach i na Syberii. Pierwszą cytrą w Japonii był siedmiostrunowy *wagon*. Natomiast *koto* wykształciło się z 13-strunowej formy chińskiej i upowszechniło się jako istotny instrument zespołów wykonujących *gagaku*. Instrument występował w niewielu wersjach. Ta, która jest stosowana do dziś, pochodzi ze szkoły Ikuta utworzonej w 1695 r. Przeszła ona jednak kilka innych zmian pod koniec XVIII w. wraz z założeniem drugiej słynnej szkoły – Yamada (Malm, 1990, s. 142–149). W XX w. powstały jeszcze nowsze wersje, np. 17-strunowe *koto* basowe

stworzone przez Michio Miyagiego¹, na którym muzyk po raz pierwszy zagrał w 1921 r. (Prescott, 1997).



Rysunek 4. Koto.

Źródło: https://www.kollerauktionen.ch/en/336146-0050-7189-KOTO- WOeLBBRETTZITHER -.Japan - 7189_472474.html.

Popularnym tradycyjnym instrumentem japońskim – znanym także poza Japonią – jest *taiko* (太鼓). Określenia tego używano w odniesieniu do różnego rodzaju bębnów. W tej kategorii mieszczą się zarówno *wadaiko* (和太鼓), czyli pojedyncze bębny o zróżnicowanej konstrukcji, jak i *kumi-daiko* (組太鼓), czyli zespoły bębnów wprowadzone w XX w. Budowa bębnów *taiko* trwa kilka lat i zależy od producenta i tradycji, którą on praktykuje. Niejasne jest pochodzenie tych instrumentów. Prawdopodobnie zostały przywiezione na wyspy japońskie w VI w. z Korei i są adaptacją ówczesnych bębnów chińskich. W niektórych opisach historycznych pojawiają się też informacje o wpływach indyjskich na kształt tego instrumentu. *Taiko* początkowo wykorzystywano do wybijania rytmu podczas wykonywania muzyki dworskiej oraz tańców, które stanowiły jej stały element. Używano go także w teatrze *kabuki*. *Taiko* szybko upowszechniło się jako: narzędzie komunikacji (służące do przekazywania informacji dźwiękiem, np. o jakimś zagrożeniu dla społeczności lokalnej); przedmiot do praktykowania rytuałów religijnych w świątyniach lub uświetniania festiwali i obchodów świąt jako przejawu lokalnego folkloru; sprzęt wojenny mający zarówno komunikować, jak i odstraszać wroga. *Taiko* stały się popularne w innych regionach świata dzięki mniejszościom japońskim mieszkającym w Stanach

¹ Michio Miyagi (1894–1956) – niezwykle popularny muzyk japoński grający na *koto* przez większość swojego życia. W latach 30. XX w. był wykładowcą i profesorem Tokyo College of Music (Prescott, 1997).

Zjednoczonych i Kanadzie (Bender, 2012). Jednym z bardziej znanych popularyzatorów *taiko* był muzyk jazzowy – perkusista Daihachi Oguchi².



Rysunek 5. Taiko.

Źródło: <https://www.tofugu.com/japan/taiko/>.

Japonia to także ogromny rynek fonograficzny. Od wielu lat zajmuje drugą (po Stanach Zjednoczonych) pozycję w rankingu sprzedaży (Rac, 2019). Niektóre spośród albumów z wykonaniami tradycyjnej muzyki japońskiej uważane są za jedyną szansę na zachowanie ciągłości kulturowej.

Do kanonu takich mistrzowskich wykonania zalicza się m.in.:

- Katsuya Yokoyama: *Japon. L'art du Shakuhachi* (Ocora, 1997);
- Yoshio Kurahashi: *Kyoto Spirit. Sparkling* (Beatnick Records, 1999);
- Kôhachiro Miyata: *Japan. Shakuhachi – The Japanese Flute* (Elektra Nonesuch, 1991);

² Daihachi Oguchi (1924–2008) przygotował w 1951 r. pierwszą grupową aranżację utworów na bębny japońskie, które nazwał *kumi-daiko*. Założył własny zespół Osuwa Daiko, z którym koncertował w Japonii i Stanach Zjednoczonych. Oguchi wzbogacił tradycyjne, ascetyczne bębnienie o interesujące aranżacje, co pozwoliło na przekształcenie tradycyjnej formy muzycznej w dramatyczny spektakl, wykonywany w wielu salach koncertowych w różnych krajach. Za jego sprawą w latach 1970–1990 miał miejsce niespotykany renesans *taiko*. Jego aranżacje zostały zaprezentowane podczas olimpiady w Tokio w 1964 r. oraz olimpiady w Nagano w 1989 r. Założona przez niego grupa *San Francisco Taiko Dojo*, poza intensywną działalnością koncertową, wystąpiła w wielu hollywoodzkich produkcjach filmowych (Robinson, 2008).

- Yukio Tanaka, Mari Uehara, Shisui Enomoto, Kôgo Tateyama: *BIWA. Japanese Traditional Music* (KING Record, 1990);
- Senzan Tani & Yoko Tanaka: *Evening Snow* (Oasis, 1988);
- Tadao Sawai: *Koto Music: Tadao Sawai plays Michio Miyagi* (Playa Sound, 1996);
- Toshiko Yonekawa: *Koto. Twin Deluxe* (Denon, 1997);
- Hôzan Yamamoto: *Fascination of the Shakubachi* (King Records, 1998);
- Yamato Ensemble: *The Art of the Japanese Koto, Shakubachi and Hamisen* (ARC Music, 1996);
- Hirokazu Sugiura & Gosaburo Kineya: *Japan: Splendour of the Shamisen* (Playa Sound, 1994);
- Junko Ueda: *Japan: The Epic of the Heike* (VDE, 1990).

ROZWÓJ MUZYKOTERAPII W JAPONII

Ongaku-ryôbô (音楽療法), czyli muzykoterapia, nie ma w Japonii długiej historii. Od 1955 r. w japońskich college'ach oraz na uniwersytetach prowadzących studia z zakresu muzyki i muzykologii wprowadzono do programów studiowania przedmiot o nazwie psychologia muzyki. W ten sposób zapoczątkowano nauczanie koncepcji terapii przy użyciu muzyki jako szczególne pole tej psychologii. Nauczyciele i studenci, którzy zaczęli szczególnie interesować się muzykoterapią, zapoczątkowali organizowanie regionalnych grup studyjnych. Ich liderami byli: Hitoshi Sakurabayashi, Tetsuyo Kagaya, Tadafumi Yamamatsu, Toshikazu Matsui. Grupy zajmowały się rozwojem muzykoterapii akademickiej oraz poszukiwaniem możliwości praktykowania tego typu terapii w formie wolontariatu, ponieważ formalnie nie istniał wówczas w Japonii zawód muzykoterapeuty (Ikuna, 2001).

Japońscy muzykoterapeuci uzyskiwali merytoryczne wsparcie znanych w świecie autorytetów w tej dziedzinie. Juliette Alvin (1969) oraz Clive Robbins i Carol Robbins (1984) osobiście odwiedzili Japonię i podejmowali różnorodne inicjatywy mające pomóc upodobnić muzykoterapię japońską do rozwiązań funkcjonujących na Zachodzie (Haneishi, 2005, s. 273–295; Okazaki-Sakaue, 2012).

W latach 1967–1977 zaczęły powstawać liczne zawodowe stowarzyszenia muzykoterapeutyczne. W 1987 r. powołano Tokyo Association for Music Therapy. Członków stowarzyszenia uznano za „praktyków muzykoterapii” i wystawiono im certyfikaty. Powstanie

stowarzyszenia okazało się też przełomowe w innym aspekcie. Głównym celem jego działalności było stworzenie warunków do wymiany informacji na temat teorii i praktyki muzykoterapii w Japonii. Członkami stowarzyszenia byli początkowo nieliczni entuzjaści. W latach 90. XX w. organizacja bardzo się rozrosła i przekształciła w liczącą się społeczność zainteresowanych rozwojem muzykoterapii. Uaktywniła się też nowa grupa terapeutów – wykształconych poza granicami Japonii. Im bliżej roku 2000, tym bardziej wzrastało społeczne zapotrzebowanie na różne interwencje muzykoterapeutyczne w sferach edukacji, edukacji specjalnej i medycyny³. Jednak w latach 90. działania muzykoterapeutyczne były rozproszone, a stowarzyszenia powstałe w latach 70. i 80. tworzyły małe skupiska, których członkowie nie współpracowali ze sobą. Dopiero w kwietniu 2001 r. ustanowiono Japanese Federation of Music Therapy – organizację o charakterze akademickim, która postawiła sobie trzy zasadnicze cele: standaryzację kształcenia, stworzenie systemu certyfikacji oraz wpływanie na zapewnienie obywatelom możliwości korzystania ze świadczeń muzykoterapeutycznych. Zaczął się okres burzliwych przemian (Ikuno, 2001). Rosło grono klientów/pacjentów muzykoterapii. Zaliczali się do nich:

- dzieci i młodzież z zaburzeniami rozwoju w centrach opieki i nauczania, w niezależnych grupach (np. organizacjach pozarządowych, lokalnych grupach samopomocowych), indywidualni klienci w miejscu zamieszkania;
- dorośli z niepełnosprawnościami (fizyczną, intelektualną, sensoryczną) w centrach opieki, zakładach pracy chronionej, domach stałego pobytu, miejscach zamieszkania;
- osoby starsze (np. z chorobą Alzheimera, demencją poudarową, zrzeczeni w grupach prewencyjnych) w domach pielęgnacyjno-opiekuńczych, domach dziennego pobytu, szpitalach;
- dzieci, młodzież, dorośli z chorobami psychicznymi (np. schizofrenia, depresja, neurastenia) w szpitalach, dziennych domach pobytu itp.;
- pacjenci opieki paliatywnej i hospicyjnej;
- ponadto: osoby z problemami psychosomatycznymi, z *bikikomori*, *futōkō*.

Doprowadzono też do rozróżnienia muzykoterapii (klienci/pacjenci aktywnie uczestniczący w procesie) i rekreacji muzycznej (uczestnicy nieregularni i niekoniecznie zaangażowani). Przedstawiciele środowisk akademickich zaczęli zachęcać praktyków do

³ Istotnym argumentem przemawiającym za uznaniem muzykoterapii za interwencję potrzebną i oczekiwaną w społeczeństwie japońskim było zaobserwowanie zapotrzebowania na interwencję kryzysową w przypadku ofiar licznych katastrof na wyspach japońskich – trzęsień ziemi, tsunami, wybuchów wulkanów.

aktywnego definiowania teorii, na gruncie której pracują (np. teoria rozwojowa, pedagogika specjalna, psychologia humanistyczna, behawioryzm, gerontologia, teoria dynamiki grupy, rehabilitacji i inne). Wielu muzykoterapeutów zdecydowało się na korzystanie z modelu muzykoterapii Nordoffa-Robbinsa. Zaczęto stosować Evidence Based Medicine (EBM) oraz gromadzić studia przypadków (Ikuno, 2005).

W 2003 r. federacja przekształciła się w Japanese Music Therapy Association (JMTA). W 2004 r. liczba zrzeszonych członków wynosiła 6200. Organizacja ta m.in. szkoli, certyfikuje, prowadzi badania, organizuje konferencje, a co najważniejsze – integruje tę grupę terapeutów. Do 2003 r. przeprowadzono z sukcesem certyfikację 943 muzykoterapeutów (w 2003 r. – 174 z 322 aplikujących). Wypracowano trzy procedury certyfikacji:

- poprzez udział w wykładach prowadzonych lub nadzorowanych przez JMTA, zebranie punktacji związanej z praktykowaniem, złożenie dokumentów aplikacyjnych, odbycie końcowej rozmowy kwalifikacyjnej;
- ukończenie czteroletnich studiów w nadzorowanych przez JMTA szkołach wyższych (w 2003 r. było 19 takich szkół wyższych i uniwersytetów), zgłoszenie się z dyplomem i pracą pod opieką superwizyjną, w finale – odbycie rozmowy kwalifikacyjnej;
- w przypadku pojedynczych muzykoterapeutów poddawani byli oni certyfikacji na podstawie udokumentowania wieloletniego doświadczenia zawodowego oraz po uzupełnieniu wykształcenia (czyli bez konieczności odbywania rozmowy kwalifikacyjnej) (Ikuno, 2005).

Dynamiczne wyłonienie się grupy zawodowej muzykoterapeutów i wprowadzenie w życie klarownych zasad wykonywania tego zawodu wyszło naprzeciw wzmożonej potrzebie przykładania coraz większej wagi do opieki i pomocy w zakresie zdrowia psychicznego. Trudno nie dostrzec zmiany społecznej, która zaszła w Japonii po 2000 r. – Japończycy zaczęli odczuwać w sobie i innych psychiczny dobrostan. Przez wiele dekad XX w. żyli pod presją oczekiwań dotyczących rozwoju gospodarczego i ekonomicznego, z kolektywistycznym i grupistycznym nastawieniem na osiągnięcie celów. W tej optyce dobro jednostki i jej dobrostan nie były uważane za coś istotnego, a więc odsuwano je na dalszy plan. U podstaw tej zmiany leży wiele czynników. Z pewnością są to: starzenie się społeczeństwa, kryzys demograficzny związany z dramatycznym spadkiem przyrostu naturalnego, ewolucja roli kobiety w społeczeństwie japońskim, erozja dotychczasowej konstrukcji roli mężczyzny, dramatyczne katastrofy, a także obniżające się zaufanie do polityków. Ten proces wymaga ogromnych przewartościowań w myśleniu o sferze psychicznej oraz relacjach interpersonalnych. Konieczne wydaje się podejmowanie działań

ukierunkowanych na wzbudzenie pełnej akceptacji dla opieki i pomocy psychologicznej funkcjonujących w formie swoistego systemu stanowiącego integralny element całego systemu społecznego. Muzykoterapeuci mogą odegrać w zachodzącej zmianie istotną rolę. Budujący jest fakt, że obecne młode pokolenie bardzo angażuje się w budowanie nowego systemu opieki i pomocy. Coraz większa liczba młodych Japonki i Japończyków podejmuje studia na kierunkach o takim profilu.

Muzykoterapia wobec (nie)zastosowań tradycyjnej muzyki japońskiej

Sakurabayashi, pionier muzykoterapii oraz profesor Tokyo University for Arts, zwraca uwagę na konieczność analizowania muzykoterapii w Japonii w trzech perspektywach:

1. Ogromnego stresu, jakiego doznali Japończycy, gdy rozwojowo znaleźli się na szczycie; wpływu automatyzacji, fragmentaryzacji, systematyzacji środowiska pracy doprowadzających często do ignorowania i deprivacji ludzkich potrzeb; wzrostu znaczenia medycyny psychosomatycznej z uwagi na wzmożoną potrzebę w zakresie korzystania z tego rodzaju terapii (Sakurabayashi dostrzegł, że muzykoterapia została na szeroką skalę wprowadzona w latach 50. XX w. w Stanach Zjednoczonych jako jedna z metod pracy z weteranami II wojny światowej i uważał, że można te doświadczenia z powodzeniem wykorzystać w Japonii).
2. Wprowadzenia w większości społeczeństw wysoko rozwiniętych koncepcji *fukushi*, czyli gwarancji zapewnienia każdemu członkowi społeczeństwa pomocy i opieki społecznej bez względu na jego status ekonomiczny (szczególnie atrakcyjna wydawała się koncepcja *chi'ki fukushi*, czyli pomocy społecznej w środowisku lokalnym, w ramach której obywatele mają dostęp do różnego rodzaju narzędzi oraz interwencji pomocowych).
3. Zmiany, jakiej uległa edukacja muzyczna w Japonii. W latach powojennych system edukacji obejmował znajomość zachodniej muzyki klasycznej, w efekcie każdy obywatel tego kraju znalazł narzucony przez edukację kanon, natomiast znacznie słabiej rodzime wzorce. Ten stan rzeczy niejako implikował rozwijanie muzykoterapii opartej na zachodnich wzorcach kulturowych (Ikuno, 2001).

Trzecia perspektywa wskazana przez Sakurabayashiego pozwala zrozumieć przyczynę – wspomnianego we wcześniejszej części artykułu – spadku zainteresowania tradycyjną muzyką w społeczeństwie japońskim. Warto też w tym miejscu zwrócić uwagę na intensywny rozwój różnych gatunków muzyki popularnej w Japonii (*J-music*), który także zawdzięcza swoją dynamikę inspiracjom wzorcami zachodnimi. Oczywiście Japończycy nadali nowym gatunkom muzyki

popularnej rodzimą specyfikę pod wpływem różnorodnych zjawisk kulturowych zachodzących we współczesnej Japonii.

Kanon japońskiej edukacji muzycznej oraz rozwój muzyki popularnej przyczyniły się do upowszechnienia się w tym kraju muzykoterapii z udziałem instrumentów zachodnich (np. fortepian, gitara, skrzypce) i wykorzystującej cechy muzyki zachodniej (skala, rytm, harmonia). Uważa się, że tak pracuje 95% japońskich muzykoterapeutów. Nieliczni (około 5%) sięgają po zasoby tradycyjnej muzyki japońskiej. Zwykle ma to miejsce w dwóch sytuacjach terapeutycznych – pracy z klientem/pacjentem starszym oraz świadomego eksperymentowania z tradycyjnymi japońskimi motywami muzycznymi lub instrumentami.

Specyfika japońskiego modelu muzykoterapii z pewnością nie jest przejawem biernego naśladownictwa, ale próbą poradzenia sobie z zaistniałą sytuacją oraz wprowadzenia pewnej elastyczności w godzeniu kulturowych napięć pomiędzy tym, co rodzime, a tym, co obce. Zdarza się jednak, że w konkretnych okolicznościach podstawą skutecznej muzykoterapii może być wyłącznie muzyka rodzima. Lektura raportów Tanaki i współautorów z dwóch badań klinicznych dotyczących opieki nad osobami starszymi chorującymi na choroby otępienne w Japonii pokazuje, że z uwagi na zmiany w sferze funkcjonowania poznawczego zachodzące w procesie chorobowym konieczna jest praca muzykoterapeutyczna lub psychoterapeutyczna z zastosowaniem tradycyjnej muzyki japońskiej. Prezentacja zachodniej muzyki klasycznej nie przynosiła bowiem oczekiwanych reakcji osób starszych, a tym samym nie aktywowała okolic mózgu, których aktywność pozwoliłaby na utrzymanie odczuwanego przez uczestników dobrostanu (Tanaka, Nogawa, Tanaka, 2012; Tanaka, Nogawa, 2015).

ZAKOŃCZENIE

Tradycyjna muzyka japońska to ogromne unikalne dobro i zasób Japonii. Mnogość stylów, gatunków, instrumentów oraz wysiłek konieczny dla ich poznania stawiają przed Japończykami trudne zadanie. Jednocześnie współczesna globalizacja świata wymusza na mieszkańcach Japonii podejmowanie wysiłków w celu poznania tego, co obce (wymagające wcześniejszego przygotowania się do odbioru i rozumienia kodów kulturowych).

Muzykoterapia „uwikłana” w zachodzącą aktualnie w Japonii zmianę myślenia o dobrostanie psychicznym staje przed koniecznością: godzenia napięcia pomiędzy tym, co rodzime, tradycyjne, a tym, co obce w kulturze japońskiej; podjęcia decyzji o niesięganiu po inspiracje japońskie i hołdowaniu wzorcom zachodnim czy też o odrzuceniu tego, co obce; a być może poszukiwania własnej drogi w oparciu o równowagę między tym, co kulturowo bliskie i obce. Wydaje się, że w całej złożoności tej sytuacji w profesji muzykoterapeuty najistotniejsze

jest budowanie zawodowej świadomości w dokonywaniu wyborów i poszukiwaniu indywidualnych dróg wsparcia, a zwłaszcza otwarcie na ciągle redefiniowanie przydatności muzyki jako narzędzia rozwiązywania problemów klienta/pacjenta lub tworzenia mu warunków do samodzielnego poszukiwania rozwiązania.

BIBLIOGRAFIA

- Bender, S. (2012). *Taiko Boom: Japanese Drumming in Place and Motion*. Berkeley: University of California Press.
- de Ferranti, H. (2000). *Images of Asia: Japanese Musical Instruments*. Oxford: Oxford University Press.
- Groemer, G. (2004). The Rise of „Japanese Music”. *The World of Music*, 46(2), 9–34.
- Haneishi, E. (2005). Juliette Alvin: her legacy for music therapy in Japan. *Journal of Music Therapy*, 42(4), 273–295.
- Harich-Schneider, E. (1973). *A History of Japanese Music*. Oxford: Oxford University Press.
- Ikuno, R. (2001). Music Therapy Growth in Japan: The Richness and the Confusion of Transition. *Voices. A World Forum for Music Therapy*, 1(1). Pobrane z: <https://voices.no/index.php/voices/article/view/1620/1380>.
- Ikuno, R. (2005). Fact Sheet of Music Therapy in Japan. *Voices. A World Forum for Music Therapy*, 5(1). Pobrane z: <https://voices.no/index.php/voices/article/view/1728/1488>.
- Keene, D. (1990). *Nō and Bunraku: Two Forms of Japanese Theatre*. New York: Columbia University Press.
- Keister, J. (2004). The Shakuhachi as Spiritual Tool: A Japanese Buddhist Instrument in the West. *Asian Music*, 35(2), 99–131.
- Komparu, K. (1983). *The Nob Theater: Principles and Perspectives*. New York–Tokyo–Kyoto: Weatherhill/Tankosha.
- Malm, W.P. (1963). *Nagauta: The Heart of Kabuki Music*. Westport: Greenwood Press.
- Malm, W.P. (1983). Some of Japan’s Musics and Musical Principles. W: E. May (ed.), *Musics of Many Cultures: An Introduction* (s. 48–60). Berkeley–Los Angeles–London: University of California Press.
- Malm, W.P. (1990). *Japanese Music & Musical Instruments*. Rutland, Vermont: Charles E. Tuttle Company.
- McQueen Tokita, A., Hughes, D. (2008). *Context and change in Japanese music*. W: A. McQueen Tokita, D.H. Hughes (eds), *The Ashgate Research Companion to Japanese Music* (s. 1–34). Pobrane z: <https://core.ac.uk/download/pdf/2783537.pdf>.

- Mori, A. (2014). Japan. W: R.F. Bendix, G. Hasan-Rokem (eds), *A Companion to Folklore* (s. 211–233). London: Wiley, Blackwell.
- Ogawa, M. (1994). Japanese Traditional Music and School Music Education. *Philosophy of Music Education Review*, 2(1), 25–36.
- Okazaki-Sakaue, K. (2012). A Man Full of Spirit, Love and Music: Remembering Clive Robbins. *Voices. A World Forum for Music Therapy. Special section: In Memory of Clive Robbins 1927–2011*. Pobrane z: <https://voices.no/index.php/voices/article/view/2020/1764>.
- Ortolani, B. (1990). *The Japanese Theatre: From Shamanistic Ritual to Contemporary Pluralism*. Leiden–New York–København–Köln: E.J. Brill.
- Prescott, A. (1997). *Miyagi Michio, the Father of Modern Koto Music: His Life, Works and Innovations, and the Environment which Enabled His Reforms*. PhD Dissertation. Ohio: Kent State University.
- Rac, M. (2019). *Światowy rynek fonograficzny w górę o 10%*. Pobrane z: <http://popruntheworld.pl/swiatowy-rynek-fonograficzny-w-gore-o-10/>.
- Robinson, R. (2008). *Daibachi Oguchi: Taiko Drum Master Silenced*. Pobrane z: <http://www.allaboutjazz.com/php/article.php?id=29948>.
- Tamba, A. (1988). *La théorie et l'esthétique musicale japonaises du 8e au 19e siècle*. Paris: Publications Orientalistes de France.
- Tanaka, Y., Nogawa H. (2015). Evaluating the Effects of Singing Songs in Ethnic Music Therapy for Dementia Patients with a Novel Near-infrared Spectroscopy (Data Analysis Method). *International Journal of Gerontology*, 9(1), 7–14. Pobrane z: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1873959815000083?token=43182019FBF315CE5333563AE48E74AB223F82AE6BCE25DFD4B345CCFAD059C7CC72151F4E3C05AE2B261F44281D6F11>.
- Tanaka, Y., Nogawa, H., Tanaka, H. (2012). Music Therapy with Ethnic Music for Dementia Patients. *International Journal of Gerontology*, 6(4), 247–257. Pobrane z: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1873959812000440?token=847803D1038CA93BE62449FE96159DE1A3859865CD6AE34094343E61A8D0304F7C31D5304B9DABD26A6594DFD0B71218>.
- Togi, M. (1971). *Gagaku: Court Music and Dance*. New York–Tokyo: Walker/Weatherhill.
- Yan, L. (2017). The Development of Chinese Buddhist Music and Its Interaction with folk Music. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 171, 174–176.
- Zalewska A. (2016). Kyōgen, japońska komedia szalonych słów i komedia dell'arte. *Porównania*, 18, 219–238.

Zastosowanie muzykoterapii w zespole Williamsa

Wojciech Strzelecki

Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, filia w Trzciance

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra i Zakład Psychologii Klinicznej

Sabina Siwiec

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra Geriatrii i Gerontologii, Pracownia Terapii Zajęciowej

Streszczenie

Zespół Williamsa jest rzadkim zaburzeniem genetycznym spowodowanym mutacją w długim ramieniu jednego z chromosomów siódmej pary – 7q11.23. Dotknięte nim osoby różnią się od siebie, lecz posiadają wspólne cechy kliniczne, takie jak: nadzastawkowe zwężenie aorty, niedoczynność tarczycy, hiperkalcemia czy upośledzona kontrola ruchów precyzyjnych. Osoby z tym schorzeniem najbardziej wyróżnia zamiłowanie do muzyki oraz zdolności językowe.

Artykuł ma na celu ukazanie doświadczeń terapeuty, który wykorzystuje muzykoterapię jako nić porozumienia z pacjentem/klientem z zespołem Williamsa. Ponadto autorzy zwracają uwagę na to, z jakimi problemami borykają się osoby z zespołem Williamsa oraz jak terapia przez muzykę może urozmaicić zajęcia i zmotywować dzieci do aktywności.

Słowa kluczowe: zespół Williamsa, muzykoterapia, terapia zajęciowa

CHARAKTERYSTYKA ZESPOŁU WILLIAMSZA

Zespół Williamsa (ZW) opisano w latach 60. XX w., a największe zasługi dla jego charakterystyki przypisuje się kardiologowi Johnowi C.P. Williamsowi. Opisany został on również przez pediatrę Guido Fanconiego oraz kardiologa dziecięcego Aloisa J. Beurena. Dopiero w latach 90. naukowcom udało się określić specyficzną wadę genetyczną leżącą u podłoża zespołu Williamsa, co poskutkowało określeniem kodu diagnostycznego dla tego zaburzenia – delecje autosomalne 758,3 (Morris, 2006). Obecnie stosuje się zamiennie nazwy zespół Williamsa (używana w USA) i zespół Williamsa-Beurena (używana w Europie) (Giers, 2011). Co ciekawe, w Polsce przyjęła się raczej nazwa zespół Williamsa.

Jest to rzadkie zaburzenie (około 1:20 000 żywych urodzeń), jednak różne źródła podają odmienne dane wahające się od 1:7500 do 1:25 000 w zależności od regionu (Morris, 2006; Bellugi, Lichtenberger, Jones, Lai, St. George, 2001; Strømme, Bjørnstad, Ramstad, 2002).

Główną przyczyną wystąpienia ZW są hemizygotyczne submikroskopowe delecje DNA w długim ramieniu jednego z chromosomów pary 7: 7q11.23, co ma miejsce u 95% osób ze zdiagnozowanym ZW (Giers, 2011; Hutyra, Mowszet, Stawarski, 2008). Delecje te można wykryć metodą FISH (*fluorescent in situ hybridization*) (Ferreira i in., 2018; Śmigiel, 2017; Siwiec, Strzelecki, 2019).

Brakującym genem jest gen elastyny, a jego utrata zachodzi w plemniku lub komórce jajowej (Giers, 2011). Utracony obszar w obrębie chromosomu 7 rozciąga się na 26 genów (m.in. ELN, LIM, FZD3, WSCR1, RFC2, CYLN2, BAZ1) (Osborne, 2006; Śmigiel, 2017). Przyczyn wystąpienia mutacji powodującej ZW jak dotąd nie znaleziono (Giers, 2011).

Od 20 lat prowadzone są badania nad mózgiem u osób z zespołem Williamsa. Zaczęły się one od dr Bellugi, która zainteresowała się dziewczynką z ZW. Dziewczynka czytała i pisała na poziomie pierwszoklasisty, jej IQ wynosiło niecałe 50 punktów, natomiast potrafiła znakomicie ubrać w słowa swoje myśli. Dr Bellugi oraz jej współpracownicy zebrali cechy, które odróżniały osoby z zespołem Williamsa od reszty populacji, i przeprowadzili badania. Okazało się, iż osoby z tą wadą genetyczną, mimo uzyskania słabego wyniku w testach mierzących zdolności poznawcze (ogólne), dobrze radziły sobie w zadaniach polegających na rozumieniu i tworzeniu tekstów. Ich wypowiedzi były poprawne gramatycznie, cechowały się elokwencją oraz właściwie dobranym słownictwem. Naukowcy zaobserwowali, że osoby z zespołem Williamsa posiadają wyjątkowo bogate słownictwo (w stosunku do ich wieku umysłowego), które jest trudne i wyszukane, a ich sposób mówienia jest szczególnie ekspresywny. Badacze zakładają, iż defekt chromosomu 7 nie zaburza zdolności fundamentalnych dla funkcji mowy oraz że osoby z ZW

dysponują pamięcią krótkotrwałą, która pozwala im poprawnie wykonać zadanie werbalne, a czynności wymagające przetworzenia informacji (głównie wzrokowe) sprawiają im trudność (Lenhoff, Wang, Greenberg, Bellugi, 1997).

U osób z ZW występują liczne problemy zdrowotne, takie jak: problemy kardiologiczne (arteriopatie, głównie nadzastawkowe zwężenie aorty głównej, szmery sercowe, nadciśnienie) (Osborne, 2006; Kaplan, 2006; Giers, 2011; Kwiatkowska, 2017); choroby nerek (najczęściej jednostronne niewykształcenie nerek) (Żurowska, 2017); choroby tarczycy (przeważnie niedoczynność) (Osborne, 2006; Giers, 2011; Korpala-Szczyrska, 2017); hiperkalcemia (Krenc, 2006; Jankowska, 2017); wady wzroku (Osborne, 2006; Giers, 2011; Musiorska-Kulisiewicz, 2017) oraz problemy stomatologiczne (Urbaniak, Onoszko, Rosnowska-Mazurkiewicz, Wojtaszek-Słomińska, 2005; Bładowski, Dzierżak-Skomorowska, 2017).

Dzieci z ZW mają specyficzny wygląd. Charakteryzuje je: szerokie, wydatne czoło, małogłowie spowodowane sklerotyzacją czaszki, często zrośnięte brwi, słabo zaznaczone w częściach bocznych, pełna, obrzęknięta okolica oczodołu, obfita tkanka nadoczodołowa, lekko opadające powieki, często zez zbieżny, płaska nasada nosowa, mała rynienka nosowa oraz duże, nisko osadzone uszy (Giers, 2011; Brzoźnowski, Kuczkowski, 2017; Wierzba, 2017).

Osoby z ZW cierpią na zaburzenia snu, stany lękowe, nadpobudliwość oraz stany depresyjne (Giers, 2011; Riby, Hanley, Rodgers, Lister, 2017; Udwin, Davies, Howlin, Stinton, 2017). Mają znaczące trudności z koncentracją uwagi (Semel, Rosner, 2003). Większość (ponad 90%) z nich wykazuje niepełnosprawność intelektualną w stopniu lekkim bądź umiarkowanym (Semel, Rosner, 2003; Pilarska, 2017). Cechują je dobre umiejętności werbalne oraz zdolności muzyczne. Przejawiają również dobrą pamięć, m.in. do słów piosenek, barw głosu oraz melodii (Bellugi, Wang, Jernigan, 1994; Giers, 2011; Pilarska, 2017). Jednak trudności sprawiają im takie obszary, jak myślenie abstrakcyjne czy wyobrażenia przestrzenne (Pléh, 2003; Giers, 2011).

Osoby z ZW charakteryzuje dobry rozwój społeczno-emocjonalny. Mimo deficytów w sferze poznawczej łatwo nawiązują kontakty, są przyjacielscy, otwarci i pogodni. Określa się ich również jako osoby nadmiernie ufne i nadmiernie empatyczne (Giers, 2011; Udwin, Davies i in., 2017; Wierzba, 2017).

W ostatnich latach badania naukowe umożliwiły zgromadzenie znacznej ilości informacji dotyczących poznawczych, behawioralnych i genetycznych cech pacjentów z zespołem Williamsa. Duża część badań skoncentrowała się na analizie umiejętności wizualno-przestrzennych, językowych oraz muzycznych w celu sporządzenia ogólnego profilu ZW (Mervis, 2003; Vicari, Belluci, Carlesimo 2003; Siwiec, Strzelecki, 2018). Karmiloff-Smith podkreślił ważność uznania, iż

fenotyp dzieci może różnić się od fenotypu dorosłych cierpiących na zespół ZW (Karmiloff-Smith, 1997; Siwiec, Strzelecki, 2018).

Muzykalność

Z punktu widzenia niniejszego artykułu na szczególną uwagę zasługują zdolności muzyczne dzieci z ZW. Ponad 70% z nich ma talent muzyczny, a zamiłowanie do muzyki przejawiają prawie wszystkie osoby z ZW (Don, Schellenberg, Rourke, 1999; Urbaniak i in., 2005; Giers, 2011). Posiadają bardzo dobre poczucie rytmu, umiejętność określania barwy dźwięku oraz bardzo dobry słuch (Don i in., 1999; Giers, 2011). Potrafią również wydłużyć czas koncentracji na czynnościach muzycznych, z imponującą wytrwałością śpiewając i grając na instrumentach (Pilarska, 2017), co przy typowym dla tych osób krótkim czasie koncentracji uwagi jest zdecydowanie wyjątkowe. „Wprawni muzycy z zespołem Williamsa improwizują i komponują. W czasie badań prowadzonych nad zdolnościami muzycznymi pacjentów z zespołem Williamsa jedno z dzieci powiedziało: »Muzyka to mój ulubiony sposób myślenia«” (Pilarska, 2017, s. 126). Jest to o tyle istotne, że dzieci te przejawiają generalnie duże trudności z koncentracją uwagi – według badań 100% osób z ZW wykazuje bardzo dużą podatność na dystraktory (Giers, 2011; Udwin, Yule, Howlin, 2017). Z doświadczeń praktycznych współautora niniejszego artykułu w pracy muzykoterapeutycznej z dziećmi z ZW wynika, że działania muzyczne potrafią pochłoniąć pacjentów/klientów na bardzo długi czas, wręcz nieprzystający do wieku. Przykładem może być dziewczynka z zespołem Williamsa, która w wieku 18 miesięcy potrafiła skoncentrować się na grze na instrumentach przez 37 minut (Strzelecki, 2012).

W 1991 r. Semel i Rosner (2003) opracowali dane statystyczne dotyczące zależności pomiędzy ZW a występowaniem szczególnych uzdolnień muzycznych. Po uporządkowaniu danych i przedstawieniu wyników okazało się, iż dzieci z zespołem Williamsa: posiadają talent muzyczny (71%), łatwo zapamiętują piosenki (86%), lubią śpiewać (87%), odczuwają miłość do muzyki (90%) (Giers, 2011). Wykazują także duże umiejętności muzyczne, które przejawiają się łatwością tworzenia i reprodukcji oraz adekwatną pamięcią utworów muzycznych. Część osób potrafi odtworzyć z pamięci dawno niesłyszane słowa piosenki lub melodię. Dodatkowo osoby z ZW cechuje umiejętność rozróżniania rytmów, tonów i dźwięków, nie sprawia im też trudności zagranie melodii ze słuchu. Często improwizują i tworzą nowe melodie oraz uwielbiają występować przed publicznością (Don i in., 1999; Giers, 2011).

Zdolności muzyczne u osób z zespołem Williamsa rozwijają się bardzo wcześnie. Zainteresowanie muzyką można zaobserwować u noworodków i bardzo małych dzieci, które przez długi czas potrafią skupić uwagę na dźwiękach muzycznych. Zdarzają się również przypadki, gdy dzieci śpiewają proste piosenki oraz kołysanki, zanim jeszcze nauczą się komunikować za pomocą mowy. Niektóre dzieci już

w wieku pięciu lat przejawiają pragnienie grania na rozmaitych instrumentach (Don i in., 1999; Giers, 2011).

Udowodniono, że reakcja na dźwięki, w szczególności na różne formy muzyki, u osób z ZW jest niepowtarzalna i budzi nasz powszechny podziw i zazdrość. Wystarczy przyjrzeć się grupie dzieci z ZW w trakcie dowolnego koncertu – natychmiast zauważamy to szczególne zaangażowanie i radość wynikającą z kontaktu z różnymi formami dźwięków” (Wierzba, 2017, s. 18).

Nie mają również oporów przed występami publicznymi, stąd też chętnie biorą udział w różnego rodzaju uroczystościach przedszkolnych, szkolnych czy rodzinnych (Wierzba, 2017), co może być bardzo korzystne dla ich funkcjonowania społecznego w grupie rówieśniczej, jak również dla ich samooceny i poczucia sprawstwa.

Według ostrożnych danych zakłada się, że jedna na dziesięć osób z ZW posiada słuch absolutny (Deruelle, Rondan, Mancini, Livet, 2006). Krytyczny okres kształtowania się słuchu absolutnego mieści się w przedziale od trzech do ośmiu lat (Deruelle i in., 2006; Lenhoff, 2006), natomiast według innych autorów jest to zdolność łatwa do nabycia w okresie niemowlęcym (Deutsch, Henthorn, Marvin, Xu, 2006). Czynnikiem decydującym o wykształceniu się słuchu absolutnego są m.in. geny i wczesna edukacja muzyczna (Deutsch i in., 2004; Saffran, Griepentrog, 2001; Lenhoff, 2006). U osób z ZW obszar *planum temporale*, będący podstawą zdolności muzycznych, bywa powiększony, ponadto podczas słuchania muzyki osoby z ZW w większym stopniu angażują ciało migdałowate, co wiąże się z silnie emocjonalnym reagowaniem na muzykę (Giers, 2011). U osób z ZW wyjątkowo rozwinięta jest pierwotna kora słuchowa. Zmiany w budowie dotyczą też równiny skroniowej odpowiedzialnej za percepcję muzyki i słuch absolutny (Levitin, Rogers, 2005).

[...] pierwotna kora słuchowa zlokalizowana w płacie skroniowym oraz przyległa okolica słuchowa (uznawana za ważną zarówno dla mowy, jak i muzykalności) są powiększone, zwrócono też uwagę, że powiększenie jest znaczniejsze w lewej półkuli w porównaniu do prawej (Pilarska 2017, s. 128).

Być może z tych powodów muzykoterapia jest rekomendowana przez specjalistów różnych dziedzin jako skuteczna forma oddziaływania na dzieci z ZW. Prezes Brytyjskiej Fundacji Zespołu Williama – Lizzie Hurst – podkreśla jej znaczenie w terapii, wymieniając ją obok fizjoterapii, logopedii i terapii zajęciowej (Hurst, 2017, s. 278).

Specyfika słuchu

Niestety osoby z ZW cierpią również na nadwrażliwość na dźwięki, co może być przyczyną lęków, fobii i niepożądanych zachowań (Bellugi, Lichtenberger, Mills, Galaburda, Korenberg, 1999; Giers, 2011). Napotykać też istotne trudności na drodze swojego rozwoju muzycznego. Głównym problemem jest niemożność odczytania zapisu nutowego wynikająca z niskiego poziomu myślenia abstrakcyjnego, a także problemy z dekodowaniem, łączeniem symbolu wzrokowego i dźwięku oraz transformowaniem i automatyzacją tego złożonego procesu. Kolejną barierą, którą muszą pokonać w grze na instrumentach, są ograniczenia w sferze sprawności manualnej (Giers, 2011).

Ponadto niektóre dźwięki są dla dzieci z ZW drażniące i nieprzyjemne w odbiorze. Przyczyną tego może być swoista nadwrażliwość, szczególnie na wysokie i wibrujące tony. Dla małych dzieci najbardziej irytujące są odgłosy silników motorowych, odkurzaczy, wiertarek oraz płacz niemowląt czy szum suchych liści. Podczas kontaktu z tego rodzaju dźwiękiem dzieci te płaczą, stają się rozdrażnione, zatykają sobie uszy lub biją się w nie pięściami. Tolerancja na dźwięki zwiększa się wraz z wiekiem, a czasami początkowa nadwrażliwość przekształca się w fascynację dźwiękami oraz maszynami, które te dźwięki wytwarzają (Bołtuć, Maurer, 2010; Giers, 2011). Dzieci z ZW niekiedy przeżywają bardzo silny dyskomfort związany z przebywaniem w głośnym otoczeniu rówieśników, np. w przedszkolu czy w szkole. Możliwe jest, że reakcje te są tak silne, ponieważ zbyt głośne dźwięki wywołują wręcz fizyczny ból (Udwin, Davis i in., 2017). Nie tolerują też kakofonii dźwięków, przez co np. jest dla nich bardzo nieprzyjemny moment strojenia instrumentów przez orkiestrę przed koncertem (Wierzbka, 2017).

Bardzo istotne jest okazywanie wsparcia dziecku z nadwrażliwością dźwiękową. Wskazane jest również – jeśli to możliwe – ostrzeżenie go przed mającym się pojawić głośnym dźwiękiem. Silne reakcje na dźwięki mogą słabnąć w momencie, gdy dziecko ma poczucie posiadania nad nimi elementarnej kontroli. Można więc zachęcać dziecko, np. do grania na wybranych przez nie instrumentach. Można też pokusić się o nagranie dźwięków, które są dla dziecka szczególnie przykre oraz niepokojące, i odtwarzać je ciszej niż brzmią naturalnie. Następnie można stopniowo zwiększać głośność (Udwin, Yule i in., 2017).

MUZYKOTERAPIA Z DZIEĆMI Z ZW – DOŚWIADCZENIA PRAKTYCZNE

Aspektem, który należy poruszyć, jest funkcjonowanie osób z ZW w zakresie motoryki małej i dużej. Ćwiczenia rytmiczne oraz muzyczno-ruchowe wszechstronnie oddziałują na aparat ruchowy i ogólną wydolność organizmu dziecka. Dla dzieci z zespołem Williamsa mających problemy ze słabym napięciem mięśniowym, nieprawidłowościami w układzie mięśniowo-szkieletowym, sprawnością manualną, a także opóźnionych w sferze rozwoju motorycznego i wzrokowo-przestrzennego muzykoterapia ma szczególną wartość. Ćwiczenia z zastosowaniem elementów muzykoterapii wykorzystywane są w celu kształtowania siły mięśniowej, wydolności fizycznej, skoczności, szybkości, gibkości, koordynacji ruchowej, stymulacji percepcji wzrokowej i wzrokowo-ruchowej oraz stymulacji rozwoju motorycznego. Zamiłowanie do muzyki pomaga nie tylko w koncentracji na działaniach

muzycznych, ale czyni zajęcia atrakcyjnymi, a przez to aktywizuje dzieci. Z kolei dzięki aktywnym metodom pracy terapeuta może przyczynić się do polepszenia funkcjonowania ruchowego uczestników. Prawidłowo zaplanowane zajęcia mogą wpłynąć na poprawę chwytu, podnieść umiejętności z zakresu motoryki małej, poprawić koordynację ruchową oraz wzrokowo-ruchową i wzmocnić nawyk prawidłowej postawy. Zastosowanie elementów muzykoterapii, np. podczas sesji fizjoterapeutycznych, może przynosić zadziwiające efekty w obszarze motoryki. Również w ramach działań *stricte* muzykoterapeutycznych jak najbardziej wskazane jest wykorzystywanie sztuki muzycznej do poprawy funkcjonowania psychomotorycznego dzieci. Zważywszy na motywację dzieci z ZW do działań muzycznych, która jest absolutnie wyjątkowa, warto wykorzystać te naturalne zasoby do poprawy ich stanu we wszystkich aspektach objętych deficytami. W brytyjskim programie opracowanym pod kątem nauczycieli dzieci z ZW zwraca się uwagę na zastosowanie elementów muzykoterapeutycznych w różnych obszarach, w tym również właśnie w odniesieniu do funkcjonowania psychomotorycznego. Jak piszą autorzy: „Do ćwiczeń motoryki dużej i małej, takich jak utrzymywanie równowagi, zabawy z piłką lub nawlekanie koralików, spróbuj dołączyć muzykę. Klaskanie do rytmu, uderzanie w instrumenty sprzyja również wczesnemu rozwojowi zdolności percepcyjno-motorycznych” (Udwin, Yule i in., 2017, s. 261).

Współautor niniejszego artykułu podczas pracy indywidualnej z dziećmi z ZW miał okazję zebrać szereg doświadczeń unaoczniających, jaką rolę może odegrać muzykoterapia we wzmacnianiu rozwoju w różnych jego aspektach.

Zajęcia muzykoterapeutyczne prowadzone były według określonej procedury dostosowanej do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta/klienta. Czas trwania zajęć wynosił około 40 minut. Stałe elementy podczas sesji to: ruch przy muzyce, powtarzanie dźwięków głosem, wspólne granie na różnych instrumentach (instrumentarium Orffa, instrument klawiszowy, flet, gitara), powtarzanie rytmów na instrumentach lub poprzez klaskanie, wspólne śpiewanie i powtarzanie piosenek.

Stosowane podczas zajęć metody i techniki koncentrowały się głównie wokół muzykoterapii aktywnej z elementami metod receptywnych. Najistotniejsze zastosowane metody to: śpiewoterapia oraz praca z instrumentarium Orffa.

Podstawą oceny skuteczności działań terapeutycznych jest obserwacja oraz testy określające rozwój muzyczny – test *Słyszę* i test rozpoznawania znanych melodii. Obserwacja dziecka ma na celu określenie rozwoju poszczególnych funkcji, takich jak: motoryka (duża i mała), funkcje poznawcze (pamięć, zdolności wyrażania i nazywania pojęć przez muzykę, koncentracja uwagi, liczenie), mowa (poprzez śpiewanie piosenek) oraz zdolności muzyczne (powtarzanie dźwięków, rytmów, melodii i piosenek).

Większość dzieci potrafiła skupić się na muzyce i na instrumencie nawet do 40 minut (w przypadku innych czynności koncentracja dzieci trwa znacząco krócej). Jest to bardzo dobry sposób na wspomaganie koncentracji uwagi.

Dzieci często przejawiały głębokie zainteresowanie instrumentami muzycznymi. Interesowały się również ich konstrukcją i sposobem dobywania z nich dźwięku, co sprzyja rozwijaniu funkcji

poznawczych. Przejawiały też inwencję w sposobach dobywania dźwięków z gitary, co świadczy o uruchomieniu ich potencjałów twórczych. Nawet kiedy zdarzała się dłuższa nieobecność na zajęciach (np. spowodowana chorobą), dzieci zazwyczaj dokładnie pamiętały, w jaki sposób należy wydobywać dźwięki z poszczególnych instrumentów. Świadczy to o dobrej pamięci w odniesieniu do czynności, które działają na nie stymulująco i które sprawiają im przyjemność.

Muzyka zdecydowanie przyczyniała się również do możliwości porozumiewania się z pacjentami/klientami z ZW. Jeden z chłopców uczęszczających na sesje muzykoterapeutyczne często posługiwał się skojarzeniami muzycznymi. Kiedy np. matka mówiła, że jest zimno, chłopiec nucił piosenkę o zimie. Tego typu słów, które uruchamiały w nim określone skojarzenia, było bardzo wiele. Natychmiast po ich usłyszeniu chłopiec artykułował swoje skojarzenia w postaci śpiewu bądź nucia piosenek. Matka chłopca nazywała to zachowanie „myśleniem dźwiękami”⁴.

Ponadto ważnym czynnikiem w pracy z dziećmi z ZW podczas sesji muzykoterapeutycznych była praca na potencjalach, która wiąże się z muzykoterapią edukacyjną. Dzieci przeważnie przejawiały wyjątkowe uzdolnienia muzyczne. Chłopiec uczęszczający systematycznie na muzykoterapię już w wieku dwóch lat potrafił powtórzyć, a następnie samodzielnie zaśpiewać gamę durową i molową oraz pasażę. Interesujące było również to, że przez dłuższy czas, odkąd posiadał tę umiejętność, za każdym razem, kiedy widział muzykoterapeutę, od razu zaczynał śpiewać. Potrafił grać do rytmu na prostych instrumentach perkusyjnych (instrumentarium Orffa), nie sprawiało mu też trudności utrzymanie rytmu na instrumentach różnego rodzaju, z których wydobywa się dźwięki w odmienny sposób. Potrafił powtarzać proste rytmy oraz np. odpowiednią liczbę klaśnień, co świadczy o posiadaniu przez chłopca słuchu muzycznego, a ponadto może się przyczynić do rozwinięcia zdolności liczenia. W wieku trzech lat zagrał fragment prostej melodii na instrumencie klawiszowym, którą następnie potrafił powtórzyć, co wyklucza działanie przypadkowe. Mimo że rozwój mowy przebiegał u chłopca z opóźnieniem, próbował śpiewać piosenki, które zawierały tekst. Może to być bardzo istotny element wspierający rozwój mowy. Zdolności muzyczne chłopca w sposób naturalny wskazują na zasadność dalszego stosowania terapii z wykorzystaniem muzyki, jako że jest to praca na potencjalach w miejsce pracy nad deficytami. Co ciekawe, kiedy śpiewał bądź (częściej) nucił, zazwyczaj śpiewał melodię w tej samej tonacji, nawet jeśli pomiędzy poszczególnymi wykonaniami nastąpiła np. dwudziestominutowa przerwa. Może to przemawiać za posiadaniem przez chłopca słuchu absolutnego. Podczas muzykoterapii udało się skłonić go do schowania języka, który bardzo często trzymał wystawiony na zewnątrz. Czynnikiem motywującym była w tym przypadku próba naśladowania terapeuty, który gwizdał i grał na flecie.

Ponieważ dzieci z ZW często cierpią na nadwrażliwość na głośne dźwięki, podczas zajęć muzykoterapeutycznych pojawiają się również momenty odczulania na nadmierne hałasy poprzez wydobywanie głośnych dźwięków, ale przy pomocy lubianych przez dzieci instrumentów. Istotne jest również to, ażeby dzieci same mogły kontrolować dźwięk i w każdej chwili go przerwać.

⁴ Dane z wywiadu z matką chłopca.

Nie można także pominąć ludycznego aspektu muzykoterapii. Zajęcia te właściwie zawsze sprawiają dzieciom z ZW dużą przyjemność, przy czym przyjemne jest dla nich zarówno samo granie i śpiewanie, jak i wykonywanie tego wspólnie z muzykoterapeutą.

Muzyka może być również dla dzieci z ZW narzędziem pomocnym w walce ze stresem i frustracją – może im ułatwić radzenie sobie z trudnymi emocjami, przeżyciami, nadwrażliwością emocjonalną i lękami. Przy pomocy improwizowania na instrumentach dzieci z ZW mogą nieświadomie wyrażać emocje i nastroje, a nawet rozładowywać napięcie i kontrolować niepożądane zachowania (Giers, 2011).

BIBLIOGRAFIA

- Bellugi, U., Lichtenberger, L., Jones, W., Lai, Z., St. George, M. (2001). The neurocognitive profile of Williams Syndrome: A complex pattern of strengths and weaknesses. W: U. Bellugi, M. St. George (eds), *Journey from Cognition to Brain to Gene. Perspectives from Williams Syndrome* (s. 1–41). London: The MIT Press Cambridge.
- Bellugi, U., Lichtenberger, L., Mills, D., Galaburda, A., Korenberg, J.R. (1999). Bridging cognition, the brain and molecular genetics: evidence from Williams Syndrome. *Trends in Neurosciences*, 22(5), 197–207.
- Bellugi, U., Wang, P.P., Jernigan, T.L. (1994). Williams Syndrome: an unusual neuropsychological profile. W: S.H. Broman, J. Grafman (eds), *Atypical cognitive deficits in developmental disorders. Implication for brain function* (s. 23–57). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bładowski, M., Dzierżak-Skomorowska, A. (2017). Pacjent z zespołem Williamsa-Beurena w stomatologii. W: J. Wierzbą (red.), *Medycyna Elfów. Kompendium wiedzy o zespole Williamsa* (s. 135–167). Wrocław: Presscom.
- Brzoznowski, W., Kuczkowski, J. (2017). *Problemy otolaryngologiczne u dzieci z zespołem Williamsa*. W: J. Wierzbą (red.), *Medycyna Elfów. Kompendium wiedzy o zespole Williamsa* (s. 87–93). Wrocław: Presscom.
- Deruelle, Ch., Rondan, C., Mancini, J., Livet, M.O. (2006). Do children with Williams syndrome fail to process visual configural information? *Research in Developmental Disabilities*, 27(3), 243–253.
- Deutsch, D., Henthorn, T., Dolson, M. (2004). Absolute pitch, speech and tone language: Some experiments and a proposed framework. *Music Perception*, 21(3), 339–356.
- Deutsch, D., Henthorn, T., Marvin, E., Xu, H. (2006). Absolute pitch among American and Chinese conservatory students: Prevalence differences, and evidence for a speech-related critical period. *Journal of the Acoustical Society of America*, 119(2), 719–722.

- Don, A.J., Schellenberg, G.E., Rourke, B.P. (1999). Music and Language Skills of Children with Williams Syndrome. *Child Neuropsychology*, 5(3), 154–170.
- Ferreira, S.B., Viana, M.M., Maia, N.G., Leão, L.L., Machado, R.A., Coletta, R.D., Aguiar, M.J. de, Martelli-Júnior, H. (2018). Oral findings in Williams-Beuren syndrome. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 23(1), 1–6.
Pobrane z: http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv23_i1_p1.pdf.
- Giers, M. (2011). *Zespół Williamsa*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Hurst, L. (2017). Profil szczególnych potrzeb edukacyjnych dzieci z zespołem Williamsa. W: J. Wierzbza (red.), *Medycyna Elfów. Kompendium wiedzy o zespole Williamsa* (s. 276–280). Wrocław: Presscom.
- Hutyra, T., Mowszet, K., Stawarski, A. (2008). Dziecko z zespołem Williamsa. W: B. Cytowska, B. Wilczura, A. Stawarski (red.), *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju* (s. 233–239). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Jankowska, A. (2017). Problemy gastroenterologiczne w zespole Williamsa. W: J. Wierzbza (red.), *Medycyna Elfów. Kompendium wiedzy o zespole Williamsa* (s. 73–81). Wrocław: Presscom.
- Kaplan, P. (2006). The medical management of children with Williams-Beuren Syndrome. W: C.A. Morris, H.M. Lenhoff, P.P. Wang (eds), *Williams-Beuren Syndrome. Research, evaluation and treatment* (s. 83–106). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Karmiloff-Smith, A. (1997). Crucial differences between developmental cognitive neuroscience and adult neuropsychology. *Developmental Neuropsychology*, 13(4), 513–524.
- Korpala-Szczyrska, M. (2017). *Problemy endokrynologiczne u chorych z zespołem Williamsa*. W: J. Wierzbza (red.), *Medycyna Elfów. Kompendium wiedzy o zespole Williamsa* (s. 99–106). Wrocław: Presscom.
- Krenc, Z. (2006). Kardiologiczne manifestacje zespołu Williamsa. *Polski Przegląd Kardiologiczny*, 8(2): 130–132.
- Kwiatkowska, J. (2017). Dziecko z twarzą Elfa widziane oczami kardiologa. Zmiany w układzie sercowo-naczyniowym w zespole Williamsa. W: J. Wierzbza (red.), *Medycyna Elfów. Kompendium wiedzy o zespole Williamsa* (s. 47–67). Wrocław: Presscom.
- Lenhoff, H.M. (2006). Absolute pitch and neuroplasticity in Williams-Beuren Syndrome. W: C.A. Morris, H.M. Lenhoff, P.P. Wang (eds), *Williams-Beuren Syndrome. Research, evaluation and treatment* (s. 343–358). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Lenhoff, H.M., Wang, P.P., Greenberg, F., Bellugi, U. (1997). Williams syndrome and the brain. *Scientific American*, 277(6), 68–73.
- Levitin, D.J., Rogers, S.E. (2005). Absolute pitch: perception, coding, and controversies. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(1), 26–33.
- Maurer, A., Bołtuć, I. (2010). *Dzieci z zespołem Williamsa. Diagnostyka i terapia. Wskazówki dla rodziców i nauczycieli*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

- Mervis, C.B. (2003). Williams Syndrome: 15 Years of Psychological Research. *Developmental Neuropsychology*, 23(1–2), 1–12.
- Morris, C.A. (2006). *Genotype-phenotype correlations in Williams-Beuren Syndrome*. W: C.A. Morris, H.M. Lenhoff, P.P. Wang (eds), *Williams-Beuren Syndrome. Research, evaluation and treatment* (s. 3–17). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Musiorska-Kulisiewicz, M. (2017). Problemy okulistyczne. W: J. Wierzba (red.), *Medycyna Elfów. Kompendium wiedzy o zespole Williamsa* (s. 175–181). Wrocław: Presscom.
- Osborne, L.R. (2006). The molecular basis of a multisystem disorder. W: C.A. Morris, H.M. Lenhoff, P.P. Wang (eds), *Williams-Beuren Syndrome. Research, evaluation and treatment* (s. 18–58). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Pilarska, E. (2017). Problemy neurologiczne pacjentów z zespołem Williamsa. W: J. Wierzba (red.), *Medycyna Elfów. Kompendium wiedzy o zespole Williamsa* (s. 125–130). Wrocław: Presscom.
- Pléh, C., Lukács, À., Racsmány, M. (2003). Morphological patterns in Hungarian children with Williams syndrome and the rule debates. *Brain and Language*, 86(3), 377–383.
- Riby, D., Hanley, M., Rodgers, J., Lister, K. (2017). Stany lękowe w zespole Williamsa – poradnik dla nauczycieli i opiekunów. W: J. Wierzba (red.), *Medycyna Elfów. Kompendium wiedzy o zespole Williamsa* (s. 283–286). Wrocław: Presscom.
- Saffran, J.R., Griepentrog G.J. (2001). Absolute pitch in infant auditory learning: evidence for developmental reorganization. *Developmental Psychology*, 37(1), 74–85.
- Semel, E., Rosner, S.R. (2003). *Understanding Williams-Syndrome – Behavioral Patterns and Intervention*. Mahwah, N.J.–London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Siwec, S., Strzelecki, W. (2018). Rola wywiadu z rodzicami jako podstawa w procesie rehabilitacji dziecka z zespołem Williamsa. W: W. Strzelecki, S. Siwec, J. Tomczak, M. Cybulski (red.), *Psychologia w naukach medycznych, Cz. 4* (s. 193–206). Poznań: UMP.
- Siwec, S., Strzelecki, W. (2019). Terapia zajęciowa jako uzupełnienie procesu wczesnej interwencji terapeutycznej dzieci z Zespołem Williamsa-Beurena. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 1(58), 66–71.
- Strømme, P., Bjørnstad, P.G., Ramstad, K. (2002). Prevalence estimation of Williams syndrome. *Journal of Child Neurology*, 17 (4), 269–271.
- Strzelecki, W. (2012). Możliwości zastosowania muzykoterapii w rehabilitacji dzieci. W: J. Jaworek, B. Frańczuk (red.), *Fizjoterapia w teorii i praktyce* (s. 402–420). Kraków: Wydawnictwo UJ.

- Śmigiel, R. (2017). Diagnostyka, poradnictwo i różnicowanie w zespole Williamsa. W: J. Wierzba (red.), *Medycyna Elfów. Kompendium wiedzy o zespole Williamsa* (s. 27–44). Wrocław: Presscom.
- Udwin, O., Davies, M., Howlin, P., Stinton, Ch. (2017). Osoby dorosłe z zespołem Williamsa – wskazówki dla rodzin i specjalistów. W: J. Wierzba (red.), *Medycyna Elfów. Kompendium wiedzy o zespole Williamsa* (s. 229–250). Wrocław: Presscom.
- Udwin, O., Yule, W., Howlin, P. (2017). Osoby z zespołem Williamsa – wskazówki dla nauczycieli. W: J. Wierzba (red.), *Medycyna Elfów. Kompendium wiedzy o zespole Williamsa* (s. 256–275). Wrocław: Presscom.
- Urbaniak, A., Onoszko, M., Rosnowska-Mazurkiewicz, A., Wojtaszek-Słomińska, A. (2005). Budowa twarzowej części czaszki u pacjentów z zespołem Williamsa. *Czasopismo Stomatologiczne*, 58(5), 357–362.
- Vicari, S., Bellucci, S., Carlesimo, G.A. (2003). Visual and spatial working memory dissociation: Evidence from Williams syndrome. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 45(4): 269–273.
- Wierzba, J. (2017). Dzieci Elfy, czyli kim jest osoba z zespołem Williamsa. W: J. Wierzba (red.), *Medycyna Elfów. Kompendium wiedzy o zespole Williamsa* (s. 15–20). Wrocław: Presscom.
- Żurowska, A. (2017). Nerki i drogi moczowe u dzieci z zespołem Williamsa. W: J. Wierzba (red.), *Medycyna Elfów. Kompendium wiedzy o zespole Williamsa* (s. 116–120). Wrocław: Presscom.

Relacja terapeutyczna w muzykoterapii kreatywnej i behawioralnej. Wskazówki praktyczne do współpracy muzykoterapeutycznej

Agnieszka Sepioło

Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego w Katowicach

Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie na podstawie własnych doświadczeń relacji terapeutycznej w odniesieniu do modelu muzykoterapii kreatywnej i behawioralnej oraz ukazanie występujących podobieństw i różnic. Zostaną omówione wskazówki praktyczne do współpracy terapeutycznej, które pokażą, że współpraca terapeutyczna muzykoterapeutów o odmiennych modelach pracy jest możliwa.

Słowa kluczowe: muzykoterapia kreatywna, muzykoterapia behawioralna, relacja terapeutyczna

WPROWADZENIE

Człowiek od początków swojego istnienia nosi w sobie niezaspokojoną potrzebę budowania więzi oraz tworzenia prawdziwie trwałych relacji. Daisuke Yoshimoto (Yoshimoto, Drzazgowska, 2001) uważał, że „w królestwie ciała, w każdej komórce zapisane jest wszystko od momentu powstania życia na ziemi. Jest ono pełne smutku i radości, utrapienia i szczęścia. Tyle milionów istnień trwa w naszym ciele”. Można śmiało stwierdzić, że człowiek nosi i pielęgnuje w sobie potrzebę budowania relacji nie tylko z innymi ludźmi, lecz również – a może przede wszystkim – z samym sobą.

W nasze życie wpisane są liczne interakcje z innymi ludźmi. Sami tworzymy relacje i jesteśmy przez nie kształtowani.

Większość emocji, jakie przeżywamy, bezpośrednio lub pośrednio wiąże się z jakością naszych związków z innymi. Wiele już napisano na temat wczesnych, kształtujących nas więzi. Jeśli przyczyniają się one (w środowiska naturalnym) do doświadczania licznych trudności w życiu, to znaczy, że potrzebne są nowe relacje, które pomogą zmienić ten stan” (Gelso, Hayes, 2004, s. 16).

Te słowa wskazują na bezpośredni związek emocji z różnymi relacjami, w których na co dzień uczestniczymy. Podążając dalej za tą myślą, można zaobserwować, że na jakość relacji wpływają emocje czy stany, w jakich się aktualnie znajdujemy. Właśnie tu, pomiędzy światem emocji a relacji, otwiera się przestrzeń dla muzyki jako swoistego katalizatora. Zdaniem Zofii Konaszkiewicz „muzyka może rozszerzać i pogłębiać świat emocjonalny człowieka, wzbogacać sferę uczuć, sprzyjać poczuciu wewnętrznej odnowy” (Konaszkiewicz, 1975, s. 47). Tak jak muzyka oddziałuje na emocje, tak samo cały wachlarz emocji znajduje swoje odzwierciedlenie w muzyce i dzięki temu muzyka „może stać się skuteczną terapeutycznie na zasadzie bodźca wywołującego reakcje afektywne” (Schwabe, 1972, s. 16).

Kształtowanie nas samych poprzez relacje – a więc również poprzez współuczestniczące emocje i muzykę – ma swoje unikalne i niezastąpione miejsce w procesie terapeutycznym. Każda sesja muzykoterapii czy psychoterapii to w określony sposób zaplanowany i systematycznie postępujący proces. Według Kennetha Bruscia (Bruscia, 1998, s. 25) nie należy doszukiwać się pojedynczego wydarzenia zmieniającego przebieg całego procesu czy oczekiwać niespodziewanego cudu, gdyż owoce terapii, osiągnane cele to nie zbiór przypadkowych zdarzeń, lecz wyniki złożonego procesu terapeutycznego – wielopłaszczyznowego i wielowymiarowego.

CZYNNIKI WPLYWAJĄCE NA RELACJĘ TERAPEUTYCZNĄ

Aspekt relacyjny jest przedmiotem wielu dyskusji, a także rozważań na tle naukowym. Przyjęcie konkretnego modelu pracy powoduje, że obszar relacji terapeutycznej traci lub znacząco zyskuje na wartości w całym przebiegu terapii. W związku z powyższym trudno jest go ująć w ramy teoretyczne lub kliniczne. Proces psychoterapii może przynosić różne efekty w zależności od zmiennych, które występują podczas czasu jego trwania. Norcross i Lambert (2011, s. 3–21) w podsumowaniu badań zaprezentowali te zmienne, które są ważne dla efektywności leczenia. Czynnikiem stale obecnym w procesie jest sama relacja terapeutyczna, od której również zależy końcowy rezultat procesu. Różnice pojawiają się w sposobie postrzegania tej relacji – czy jest ona środkiem prowadzącym do konkretnej zmiany, czy celem sama w sobie, bo to w niej zawierają się czynniki wpływające na leczniczy efekt. Niezależnie od tego, jaką dokładnie rolę odgrywa aspekt relacyjny w procesie terapii, można stwierdzić, że relacja nawiązana z terapeutą – bez względu na rodzaj stosowanych przez niego technik – sprzyja rozwojowi podczas procesu terapeutycznego.

Wiesław Sikorski ujmuje czynniki wpływające na relację terapeutyczną w kilku kategoriach. Według niego skuteczna komunikacja w relacji terapeutycznej zależy od:

- umiejętności obu stron w osiągnięciu wzajemnego porozumienia;
- dzielenia kontroli nad przebiegiem poszczególnych sesji;
- emocjonalnego otwarcia się na drugą osobę;
- reagowania na drugiego człowieka w empatyczny sposób;
- udzielania sobie niezbędnych informacji (Sikorski, 2013).

W tej koncepcji nacisk położony jest głównie na sferę emocjonalną i sferę wzajemnego oddziaływania na siebie pacjenta i terapeuty.

Oprócz cech wzmacniających tworzenie relacji istnieją też przeszkody na drodze do budowania porozumienia. Sikorski wspomina o trzech wyjątkowo niebezpiecznych:

1. Niepewność roli – brak pewności może przesądzić o bierności pacjenta.
2. Różnica władzy – powoduje niesymetryczność interakcji terapeuta – pacjent.
3. Niepodzielane znaczenia – branie pod uwagę tylko własnego punktu widzenia (Sikorski, 2013).

RELACJE A PODEJŚCIA MUZYKOTERAPEUTYCZNE

Każda szkoła psychoterapii ma swój własny sposób postrzegania relacji terapeutycznej, który wynika z obranego podejścia teoretycznego, przyjętych metod, sposobu prowadzenia sesji oraz postawy terapeuty w stosunku do pacjenta. Gelso i Hayes zaznaczają, że ciężko stwierdzić, czy to zaplecze terapeutyczne stanowi o charakterze relacji, czy też na odwrót. Można więc uznać, iż jest to pewnego rodzaju związek przyczynowo-skutkowy, a oddziaływanie przebiega w obu kierunkach (Gelso, Hayes, 2004).

Dwa główne podejścia, które zostaną poddane bardziej szczegółowej analizie, to podejście humanistyczne oraz behawioralne.

Podejście humanistyczne

Podejście humanistyczne jest dziś jednym z najbardziej rozpoznawalnych w całym bogactwie nurtów psychologii. Powstało w Stanach Zjednoczonych, a jego początki datuje się na lata 50. XX w. W Polsce ten nurt określano mianem egzystencjalizmu. Nurt humanistyczny powstał jako swego rodzaju odpowiedź na mechaniczne traktowanie człowieka przez behawiorystów i kliniczną koncepcję człowieka propagowaną przez klasycznych zwolenników psychoanalizy. Jeden z czołowych przedstawicieli tego podejścia, Carl Rogers, kładł główny nacisk na wrodzoną skłonność człowieka do rozwoju i zdrowia psychicznego oraz na budowanie pozytywnego obrazu samego siebie. Rogers dostrzegł, że wadliwe wzorce uczenia się znacznie utrudniają prawidłowy rozwój i są przyczyną niepowodzeń na drodze do samodoskonalenia. Uważał, że „pod wpływem terapii jednostka [...] staje się ludzkim organizmem, zyskując całe wynikające z tego faktu bogactwo. Potrafi ona teraz faktycznie kontrolować siebie, jej pragnienia zaś są niezmiennie socjalizowane” (Rogers, 2002, s. 138–139).

W centrum podejścia humanistycznego znajduje się człowiek z całym swoim bogactwem i potencjałem. W dużej mierze chodzi w nim o to, by przyspieszyć harmonijny i prawidłowy rozwój danej jednostki. Jest to tzw. psychoterapia zorientowana na klienta (*client-centred therapy*). Pacjentowi nie aplikuje się autorytarnych dyrektyw ani gotowych rozwiązań. Terapeuta jest tylko osobą wspierającą, akceptującą, ukierunkowującą. Terapia prowadzona w nurcie psychologii humanistycznej ma charakter niedyrektywny. Poprzez budowę troskliwej relacji pomiędzy terapeutą a pacjentem powinna nieść wsparcie wypełnione pełną akceptacją.

Za jedną z zasług psychologii humanistycznej uważa się stwierdzenie, że badanie mechanizmów prawidłowego rozwoju jest istotniejsze niż badanie obronnych mechanizmów człowieka. Kolejny mocny punkt tego podejścia to skupienie się na pozytywnych wartościach

i reakcjach – deficyty są dostrzegane, jednak ważniejszy jest drzemiący w człowieku potencjał. W efekcie człowiek zaczyna uświadamiać sobie swoje mocne strony i unikalne zalety. W podejściu humanistycznym bardzo wiele zależy od nawiązującej się relacji terapeuta – klient. Gerald Corey twierdzi, że

ludzie doświadczają rozwoju w ramach i poprzez relacje z inną osobą, która wykazuje troskę, zrozumienie i jest prawdziwa. Jest to relacja z terapeutą, który jest [...] akceptujący i empatyczny, co ułatwia klientowi zmianę terapeutyczną” (Corey, 2005, s. 238).

Za przedstawicielem psychologii humanistycznej – C. Rogersem – badacz twierdzi, że zmiana terapeutyczna nastąpi, jeśli możliwe będzie stworzenie określonego typu relacji (Corey, 2005, s. 242).

Podejście behawioralne

Za twórcę i głównego przedstawiciela tego kierunku należy uznać amerykańskiego psychologa Johna B. Watsona, który zaprezentował swoją koncepcję w 1913 r. w odczycie pt. *Psychologia, jak ją widzi behawiorysta*. Behawiorysty koncentrują się na zachowaniu – twierdzą, że zaburzenie można skorygować dopiero wtedy, gdy najpierw dostrzeże się, a potem wyeliminuje wszystkie bodźce warunkowe, które wpływają na to zachowanie w czasie terażniejszym. Do tej praktyki potrzebny jest cały wachlarz technik pracy nad zachowaniami niepożądanymi. Za główny punkt odniesienia w terapii przyjmuje się teorię uczenia się, która wspomaga proces zmiany zachowania. Behawiorysty zgadzają się ze stwierdzeniem, iż „jeśli organizmy nie nauczyły się, jak skutecznie radzić sobie z wymaganiami środowiska społecznego i fizycznego, wówczas ich nieprzystosowawcze reakcje [...] można skorygować za pomocą terapii opartej na zasadach uczenia się lub oduczania się (relearning)” (Zimbardo, Ruch, 1988, s. 499–500).

Behawiorysty nie lekceważą roli relacji w procesie terapeutycznym. Arnold Lazarus twierdzi, że „związek jest jak rola, dzięki której techniki mogą się ukorzenić” (Lazarus, 2005, s. 379). Behawiorysty zgadzają się ze stwierdzeniem, że „dobry związek terapeutyczny zwiększa szanse na to, że klient będzie podczas terapii otwarty i chłonny” (Corey, 2005, s. 352). Uważają, że relacja nie jest niezbędna w toku całego procesu, aczkolwiek przyznają, że może ona mieć pozytywny wpływ na cele, które będą chcieli osiągnąć w przyszłości. Corey stwierdza, że relacja terapeutyczna służy jako ułatwienie procesu zmiany (Corey, 2005, s. 379). Behawiorysty nie przypisują leczniczych właściwości takim zmiennym relacyjnym, jak ciepło czy empatia, akceptacja, ani ich nie analizują. Uważają, że są to cechy niezbędne, bo na ich tle kreśli się wizję całego przebiegu procesu terapeutycznego, lecz są niewystarczające. Terapeuci behawioralni

podczas procesu terapeutycznego przyjmują postawę doradcy czy konsultanta. Chcą zapewnić pacjentowi wsparcie podczas działania, jednak to wsparcie ma za zadanie pomóc pacjentowi w samodzielnym radzeniu sobie.

MODELE MUZYKOTERAPII W UJĘCIU HUMANISTYCZNYM I BEHAWIORALNYM

W ramach przywołanych podejść – humanistycznego i behawioralnego – ukształtowały się odmienne modele muzykoterapii: kreatywna i behawioralna.

Muzykoterapia kreatywna

Muzykoterapia kreatywna jest zakorzeniona w psychologii humanistycznej. Jak sama nazwa wskazuje, to działanie twórcze, kreatywne, nastawione na ekspresję. Nic w tym dziwnego, zwłaszcza jeśli weźmie się pod uwagę opinię Benedetto Crocego, który dostrzegł pewną zależność. Twierdził on, że każda sztuka zalicza się do działań ekspresyjnych i odwrotnie – każda ekspresja staje się sztuką (Croce, 1961). Można zatem powiedzieć, że muzykoterapia łączy sztukę – którą reprezentuje muzyka – oraz terapię. Co więcej, w świetle słów Crocego muzykoterapia jawi się jako ekspresja zawarta w wyrażaniu siebie poprzez sztukę.

Muzykoterapia kreatywna, zwana również od nazwisk jej twórców muzykoterapią Nordoffa-Robbinsa, obecnie jest jedną z najbardziej cenionych i uznawanych metod muzykoterapeutycznych. Agnieszka Bryndal i Simon Procter twierdzą, iż właściwie trudno nazwać ją metodą, a raczej należałoby utożsamić ją z podejściem – określonym sposobem, w jaki traktowany jest pacjent i muzyka w terapii (Bryndal, Procter, 2012).

Podobnie jak w założeniach psychologii humanistycznej głównym obszarem działania muzykoterapii kreatywnej nie są deficyty pacjenta, jego ograniczenia i problemy. Ważniejsze stają się jego możliwości, potencjał twórczy oraz zdolności. I tak samo jak w psychologii humanistycznej w centrum muzykoterapii stawia się człowieka – pacjenta, jego doświadczenia i emocjonalność. Twórcy tego kierunku uważali, że w każdym człowieku, głęboko w jego wnętrzu – niezależnie od poziomu jego funkcjonowania i możliwości – kryje się „muzyczne dziecko” – pewien niedotknięty przez chorobę załamek osobowości, do którego można znaleźć dostęp właśnie poprzez muzykę. W muzyce dostrzegali olbrzymi potencjał i wierzyli, że „muzyka jest doświadczeniem uniwersalnym, ponieważ każdy może je dzielić [...]. Dzieje się tak, ponieważ przekaz i siła wyrazu, jakie niesie muzyka, zawierają cały zakres ekspresji emocjonalnej” (Nordoff, Robbins, 2007, s. 17). Poprzez określenie „muzyczne dziecko” rozumieli zdolność do spontanicznego i radosnego odbierania muzyki oraz twórczego jej kreowania.

Muzykoterapia behawioralna

Muzykoterapia behawioralna, obok podejścia Nordoffa-Robbinsa, wpisuje się w kanon pięciu najważniejszych modeli muzykoterapeutycznych. Jedną z najbardziej charakterystycznych cech tego modelu jest położenie szczególnego nacisku na badania ściśle naukowe. Clifford K. Madsen pisze, że „podejście behawioralne w muzykoterapii opiera się na definicji muzykoterapii jako naukowego zastosowania muzyki do osiągnięcia celów terapeutycznych” (Madsen, 2012, s. 87).

W procesie muzykoterapeutycznym bardzo istotne jest szczegółowe planowanie przebiegu sesji. W prowadzonej dokumentacji znaczenie ma konkretne ustalenie celów i cała procedura przybliżania się do ich osiągnięcia oraz ewaluacja. Podczas terapii wykorzystuje się *Data-Based Model of Music Therapy* autorstwa Suzanne B. Hanser – światowego autorytetu w dziedzinie muzykoterapii behawioralnej. Dokument ten ma na celu uporządkowanie pracy terapeutycznej. Stworzenie programu ma służyć temu, by jak najszybciej i najpełniej osiągnąć cele muzykoterapeutyczne. Terapeuci pracujący według tego modelu wychodzą z założenia, że każdy element procesu powinien przyczyniać się do rozwoju pacjenta, a co za tym idzie – do osiągania wyznaczonych na początku terapii celów, czyli zmian w zachowaniu. Madsen pisze, że „powinniśmy [terapeuci behawioralni – przyp. A.S.] przede wszystkim zająć się eksperymentami opartymi na kontroli zachowania i manipulowaniu nim oraz narzędziami/środkami, za pomocą których zmiany są uzyskiwane” (Madsen, 2012, s. 93). Cele, zmiany są uwieńczeniem całego procesu terapeutycznego. Aby lepiej zrozumieć sposób formułowania i funkcjonowania struktury celu, możemy posłużyć się następującym przykładem:

kiedy terapeuta wyciągnie z szafy bębenek → warunek

dziecko chwyci go → zachowanie

i uderzy w niego ręką przynajmniej pięć razy → kryteria

Pierwsze podobieństwo, które nasuwa się przy porównywaniu tych dwóch, wydawać by się mogło, dosyć skrajnych modeli muzykoterapeutycznych i leżących u ich podstawy nurtów psychologicznych, jest fakt, że twórca każdego z tych podejść miał na celu dobro pacjenta. Skinner – twórca behawioryzmu – opowiadał się za tym, aby ludzie byli naprawdę szczęśliwi, bezpieczni, kreatywni, produktywni; z tym wiąże się pragnienie, aby byli ludźmi patrzącymi w przyszłość. Natomiast Rogers – twórca podejścia humanistycznego – akcentuje znaczenie

takich wartości, jak samodzielność, samorealizacja, potencjał (za: Ruud, 1995). Każda z tych jakości jest niezbędna, aby osiągnąć w życiu pełnię szczęścia.

Wywód Evena Ruuda (1995) zestawiający oba nurty pozwala zaobserwować kolejną cechę wspólną. W każdym z nich można zauważyć podejście mające cechy deterministyczne. Behawioryści postrzegają zachowanie człowieka jako zależne od środowiska. Humaniści natomiast uważają, że zachowanie jest determinowane przez czynniki wewnętrzne, takie jak potrzeby, motywacja czy pragnienia.

Kolejnym elementem wspólnym jest uznanie za ważny element terapii motywacji. Znaczenie motywacji rozumianej jako pobudzanie, zachęcanie do działania akcentuje się w obu nurtach. Różnicę stanowi jedynie czynnik motywujący. Dla humanistów są to czynniki wewnętrzne, dla behawiorystów – zewnętrzne. Motywacja wewnętrzna polega na tym, że reakcje kształtowane są przez wewnętrzne procesy poznawcze – sytuacja zewnętrzna nie ma znaczenia dla samej motywacji zachowania, a co najwyżej wpływa na jego formę, czyli sposób, w jaki się przejawia. Motywacja zewnętrzna podnoszona przez behawiorystów zawiera się w „nagradzaniu” – we wzmocnieniach pochodzących z otoczenia.

Punkt zapalny w relacji między obydwojema nurtami stanowi polemika wokół dylematu, czy człowiek rzeczywiście jest wolny w dokonywaniu wyborów – *freedom to choose* (Ruud, 1995) – czy też jego wybory i zachowanie są warunkowane przez szereg czynników. Humaniści zakładają, że człowiek posiada wolną wolę. Ruud zwraca uwagę, że człowiek bywa wręcz przez nich ujmowany w kategoriach boskich – wolny od wszelkich wpływów (Ruud, 1995). Behawioryści natomiast są zdania, że wolna wola odgrywa niewielką rolę, a nawet – nie istnieje. Według nich na każde zachowanie wpływa konkretny bodziec, który je wywołuje, w związku z tym jest ono jedynie przewidywalną reakcją na konkretną sytuację.

Kolejną różnicą jest kwestia podejścia do możliwości człowieka i związany z tym sposób prowadzenia terapii. Humaniści widzą w człowieku przede wszystkim jego potencjał i zdolność do zmiany, a terapia „koncentruje się na konstruktywnej stronie natury ludzkiej, innymi słowy na tym, co w człowieku jest wartościowe i dobre, co ludzie przynoszą ze sobą, rozpoczynając terapię” (Corey, 2005, s. 237–238). Behawioryści przede wszystkim skupiają się na działaniu. Corey tłumaczy, że według behawiorystów „jeżeli ktoś jest wyposażony w techniki i umiejętności umożliwiające zmianę samego siebie, będzie miał potencjał, by poprawić swoje życie, zmieniając jeden lub więcej czynników istotnie wpływających na zachowanie” (Corey, 2005, s. 347). Punktem wyjścia terapii w modelu behawioralnym jest więc koncentracja na problemie, na tym, czego pacjentowi brakuje, aby osiągnąć pełen potencjał. W przeciwieństwie do humanistów behawioryści w większości ograniczają swoje terapeutyczne wysiłki do problemów

z zachowaniem, jakie przedstawi im klient. Są one rozumiane jako nauczone/wyuczone style zachowania. Podejście behawioralne zakłada ponadto niezmiennosc procedur oraz celów. Cały proces terapii zostaje zwykle przeprowadzony w krótszym czasie niż u humanistów i być może stąd wynika ta niezmiennosc (Ruud, 1995).

Najwyraźniej zaznaczającą się różnicę stanowi kwestia kontroli zachowania. Rogers poddaje dyskusji moralne implikacje kontroli zachowania. Rozróżnia trzy typy kontroli: zewnętrzną, kontrolę wpływu i wewnętrzną (za: Ruud, 1995). Poprzez kontrolę zewnętrzną czy wpływu rozumie się takie sytuacje, w których jedna osoba wywiera wpływ na drugą lub ją kontroluje. Te dwa typy kontroli wynikają z postawy innej osoby. Typ trzeci – kontrola wewnętrzna – obejmuje proces, w którym dana osoba sama tworzy sobie niezbędne warunki (za: Ruud, 1995). Można więc powiedzieć, że sama zarządza swoją wrażliwością/elastycznością. Kontrola wewnętrzna jest przez psychoterapeutów pracujących zgodnie z podejściem Rogersa uznawana za istotniejszą niż pozostałe dwa typy. Behawiorysty natomiast krytykują psychologię wewnątrzsobową. Uważają, że cenne jest nie to, co wewnętrzne, ale to, co można zaobserwować, a więc zachowanie, bodziec czy reakcja.

Na zakończenie warto wrócić do sygnalizowanej wcześniej problematyki relacji terapeutycznej. Jak już wspomniano, zarówno dla behawiorystów (Corey, 2005, s. 352), jak i dla humanistów relacja terapeutyczna jest ważną składową terapii. Różnica zawiera się w tym, jak duże znaczenie terapeuci jej przypisują. Dla humanistów jest to leczniczy fundament, dla behawiorystów – czynnik pomocny w skuteczności terapii.

Różnice w podejściach teoretycznych przekładają się na praktyczną ich realizację na gruncie korespondujących z nimi modeli terapeutycznych: odpowiednio kreatywnego i behawioralnego. Najwyraźniej widać to w sytuacji wymagającej współpracy terapeutów realizujących odmienne modele muzykoterapeutyczne. Autorka pracująca zgodnie z modelem kreatywnym przez rok współpracowała i współprowadziła sesje z muzykoterapeutką behawioralną. To doświadczenie pozwoliło jej dostrzec wiele elementów wspólnych dla obu modeli, a także zaobserwować, w jaki sposób różnice w podejściach przekładają się na konkretne działania terapeutyczne.

Spostrzeżenia i wnioski stanowiące owoc tej współpracy zostały ujęte w formie przejrzystej tabeli i zamieszczone poniżej. Autorka ma nadzieję, że ich analiza przyczyni się do sformułowania kompletnego opisu różnic między terapią behawioralną a humanistyczną.

Opis sytuacji zawiera charakterystykę momentu terapeutycznego, który wystąpił podczas sesji. Wówczas reagował zazwyczaj ten terapeuta, który danego dnia był terapeutą prowadzącym. Nierzadko zdarzało się, że terapeuta towarzyszący zareagowałby w sposób skrajnie odmienny.

Poniższe zestawienie koncentruje się przede wszystkim na tych różnicach, stanowiące punkty sporne.

Tabela 1

Różnice między pracą behawioralną/kreatywną w praktyce muzykoterapeutycznej

Opis sytuacji	Co robi muzykoterapeuta behawioralny?	Co robi muzykoterapeuta humanistyczny?	Różnica
Zajęcia dla maluszków. Jedna dziewczynka nie słuchała tego, co mówią muzykoterapeuci. Nie chciała brać udziału w ćwiczeniach. Ciągłe „uciekala” od grupy na drugi koniec sali. Przyprawiana przez koterapeutę wyrywała się i za chwilę znów uciekała.	Podchodzi, przytrzymuje ją i tłumaczy, że nie może tak robić. Następnie przyprawia dziecko do kółka i sadza obok siebie, by zareagować w razie kolejnego opuszczenia przez nie miejsca. Chwali dziewczynkę za każdą aktywność, podczas której dziecko pozostało na swoim miejscu.	Śpiewając, prosi ją, aby powróciła na swoje miejsce. Gdy to nie zdaje egzaminu, zabiera gitarę i siada przy niej – w miejscu, do którego ciągle ucieka. Następnie proponuje wszystkim dzieciom ćwiczenie, które odbędzie się właśnie tam. Po takim komunikacie mówiącym: „jestem z tobą” przy następnym ćwiczeniu sugeruje powrót na dawne miejsce i zaprasza tam dziewczynkę.	Różnica uwidoczni się w podejściu do dziecka oraz w stawianiu granic. Behawiorysta wierzy w słuszność uporządkowania i zasad, humanista dostosowuje się do dziecka, by poprzez zrozumienie pomóc mu w uwolnieniu jego potencjału.
Chłopiec podczas współwystępowania utworu jest wyraźnie zniechęcony i nie chce brać udziału we	Stosuje motywację zewnętrzną. Terapeuta oznajmia chłopcu, że jeśli będzie dobrze grał, to	Terapeuta siada obok chłopca, pyta, czy wszystko w porządku. Następnie stosuje motywację	Różnica tkwi w rodzaju stosowanej motywacji.

wspólnej aktywności. Nie ma ochoty grać na instrumentach, nie uczestniczy w dynamice grupy.	dostanie rolę solową (nagrodę).	wewnętrzna, zachęca go do gry i mówi chłopcu, że wie, że doskonale sobie poradzi.	
Podczas zajęć młodzież swoimi wypowiedziami, zachowaniem i nastrojem prowadzi w kierunku zmiany scenariusza zajęć.	Skraca swój plan ćwiczeń na sesję, ewentualnie modyfikuje zaplanowane ćwiczenia zgodnie z kierunkiem proponowanym przez grupę.	Podąża za grupą. Dostosowuje ćwiczenia do nowej sytuacji i jeżeli to możliwe, pracuje nad osiągnięciem tych samych celów, które chciał zrealizować w swoim schemacie.	Różnica tkwi w elastyczności terapeuty.

Źródło: praca własna.

Zestawienie obu podejść na gruncie praktycznym wspólnych doświadczeń w prowadzeniu sesji muzykoterapeutycznej stało się podstawą do opracowania listy wskazówek pomocnych we współpracy terapeutycznej.

Rola lidera

Przy różnych modelach pracy szczególnie ważne jest, aby na początku sesji ustalić, która osoba przyjmuje rolę lidera. Ma to ogromne znaczenie, kiedy pojawiają się sytuacje trudne, w których trzeba natychmiast zareagować. Ponieważ, jak już zaznaczono, sposób reakcji w każdym podejściu może być odmienny, ważne, by był on adekwatny do modelu, w którym prowadzone są zajęcia. Pozostawienie tej sprawy nieustalonej zwiększa ryzyko, że reakcje obu osób będą się nawzajem wykluczać, a prowadzący będą wchodzić w swoje kompetencje. Takie zachowanie terapeutów może powodować chaos, rozbijać strukturę zajęć i burzyć strefę komfortu dziecka.

Poniżej podano przykład sytuacji, która miała miejsce w trakcie współpracy terapeutycznej autorki, a także potencjalne nieodpowiednie (sprzeczne) reakcje terapeutów oraz przypuszczalne konsekwencje takiego ich zachowania.

Sytuacja: Dziewczynka zniecka uderza chłopca siedzącego obok.

- **Reakcja 1:** Zamiast terapeuty humanistycznego reaguje terapeuta behawioralny. Mówi, że źle postąpiła i wyłącza ją na chwilę od z kręgu dzieci – dziewczynka czeka obok i nie bierze udziału w dalszej części ćwiczenia.

Następnie podchodzi prowadzący terapeuta humanistyczny, zaprasza dziecko z powrotem do kręgu i pyta, co się stało.

- **Komentarz:** Takie zachowanie wprowadza na sesji chaos. Dziecko nie wie, kogo powinno słuchać.
- **Reakcja 2:** Zamiast terapeuty behawioralnego reaguje terapeuta humanistyczny. Pyta dziewczynkę, dlaczego to zrobiła. Rozmawiają o sytuacji i konieczności przeprosin, ale dziewczynka nie zostaje odsunięta od udziału w ćwiczeniu.

Następnie wkracza muzykoterapeuta behawioralny, który decyduje, że dziecko nie będzie uczestniczyło w dalszej części zabawy, ponieważ postąpiło niesłusznie. Orzeka, że może dołączyć do pozostałych dopiero w następnym ćwiczeniu

- **Komentarz:** W tym przypadku dziecko może się czuć podwójnie ukarane. Może nie zrozumieć sytuacji i mieć poczucie, że konsekwencje były nieadekwatne do zdarzenia.

We współpracy na pewno pomocna jest znajomość technik i sposobu pracy drugiego terapeuty. Ważne jest, by każdy z terapeutów czuł się komfortowo w tej relacji i aby terapeuci obdarzali się zaufaniem. Wiedza i zaufanie zapobiegają występowaniu niejednoznacznych sytuacji i reakcji sprzecznych w kontekście terapeutycznym.

Istota relacji

W każdej współpracy międzyludzkiej ważne jest porozumienie pomiędzy jednostkami. Podczas współpracy muzykoterapeutycznej terapeutów o odmiennych sposobach pracy zgodność pomiędzy nimi wydaje się szczególnie ważna.

Autorka jednak stwierdza na podstawie własnego doświadczenia, że poznanie wzajemnych sposobów pracy nie jest wystarczające. Nierzadko sytuacja terapeutyczna zmusza terapeutów do reakcji natychmiastowej, w której niezbędna staje się znajomość osoby współprowadzącej. Brakuje czasu na wymianę zdań, omówienie problemu i wyciągnięcie wniosków. Właśnie wtedy zaufanie i znajomość drugiej osoby odgrywają decydującą rolę. Nieraz jedno spojrzenie, gest czy reakcja współprowadzącego sygnalizuje, co należy zrobić w nieoczekiwanej sytuacji terapeutycznej i jaki będzie wspólny kierunek działania. Warto zaznaczyć, że poznanie modelu

pracy terapeutycznej drugiego terapeuty nie jest tożsamy z poznaniem jego osobowości, a często to cechy osobowościowe mają znaczący wpływ na przebieg sesji. Wspólne spędzanie czasu wykraczające poza relację koterapeutyczną może wiele wносить do sytuacji klinicznej. Relacja oparta wyłącznie na wiedzy profesjonalnej niekiedy bywa niewystarczająca. Osobista, pozytywna relacja między terapeutami może ponadto zniwelować problemy wynikające z odmiennych podejść. Relacja terapeutyczna nawiązywana pomiędzy współprowadzącymi może stać się bardziej harmonijna, a przebieg poszczególnych sesji – bardziej spójny i przejrzysty dla pacjenta. Przygotowując się do dłuższej współpracy, warto poznać osobę, z którą będzie się dzielić cel, jakim jest dobro pacjenta.

Wspólne cele

Wspólną pracę bardzo ułatwia ustalenie planu sesji przed jej rozpoczęciem. Wtedy każde ćwiczenie (odpowiadające celom) może być zrealizowane z tym samym zamysłem terapeutycznym, a jednocześnie wykonane w inny sposób. Wcześniej uzgodniony plan angażuje w równym stopniu muzykoterapeutę i koterapeutę. Każdy z nich wie, czego się spodziewać i czego można oczekiwać. Warto też ustalić, które punkty z założenia powinny być zrealizowane, a które zostaną przeprowadzone, o ile czas na to pozwoli.

Warto zadbać o to, by ustalone cele obejmowały zarówno sferę mierzalną (fizyczną), jak i tę trudniej obserwowalną, która jest polem do popisu dla terapeutów humanistycznych. Wtedy przeskok pomiędzy różnymi sposobami prowadzenia sesji oraz akcentowania celów nie będzie tak drastyczny i zamysł terapeutyczny stanie się bardziej przejrzysty dla uczestników. Współpraca terapeutyczna jest możliwa, jednak musi ona przebiegać na zasadzie wzajemnego zrozumienia i pod warunkiem obustronnej chęci do współpracy. Tylko takie nastawienie gwarantuje możliwość czerpania obopólnych korzyści z połączenia tych dwóch modeli pracy oraz wydobycia bogactwa drzemiącego w każdym z nich.

Muzykoterapia humanistyczna i behawioralna to dwa odrębne modele terapeutyczne, które na pierwszy rzut oka nie mają ze sobą nic wspólnego. Okazuje się jednak, że świadomość potencjału, który drzemie w każdym z tych modeli, jest przydatna w procesie terapeutycznym. Należy tylko przyjąć odpowiednią perspektywę i dostrzec, że różnice między modelami nie są problemami, lecz bogactwem, z którego można czerpać zarówno w pracy indywidualnej według modelu eklektycznego, jak i przy współpracy terapeutycznej.

PODSUMOWANIE

Niniejszy artykuł nie miał na celu orzekania, który model pracy jest lepszy lub bardziej potrzebny. Jego zadaniem była próba charakterystyki poszczególnych modeli i zaproponowanie umiejętnego połączenia sił, które przejawia się w spójnym i twórczym stosowaniu obu podejść. Jak pokazała praktyka, świadomość istniejących różnic może pozytywnie wpłynąć na przebieg procesu muzykoterapeutycznego i w istotny sposób go wzbogacać.

Na zakończenie warto jeszcze raz podkreślić, że współpraca terapeutyczna muzykoterapeutów o odmiennych modelach pracy jest możliwa. Wydaje się nawet, że w niektórych sytuacjach jest wręcz wskazana – oczywiście na czytelnych i odpowiednio ustalonych zasadach. Każdy człowiek jest inny, każdy niesie inny bagaż doświadczeń, inaczej się komunikuje i przyjmuje inny system wartości. Jednak otwartość, zrozumienie oraz chęć współpracy sprawia, że jesteśmy w stanie funkcjonować nie tylko jako samowystarczalne jednostki, lecz również jako społeczność połączona tymi samymi ideami, idealami czy celami.

Troska o dobro i rozwój pacjentów powinna być silniejsza niż różnice między modelami, sposobami i technikami pracy terapeutycznej. Już samo to wydaje się budujące, gdyż pokazuje, co w pracy muzykoterapeutycznej jest najważniejsze – a mianowicie dobro drugiego człowieka.

BIBLIOGRAFIA

- Bruscia, K. (1998). *Defining Music Therapy*. Barcelona: Gilsum.
- Bryndal, A., Procter, S. (2012). Muzykoterapia Nordoff-Robbins. W: K. Stachyra (red.), *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii* (s. 15–31). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Corey, G. (2005). *Teoria i praktyka poradnictwa i psychoterapii*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Croce, B. (1961). *Zarys estetyki*. Warszawa: PWN.
- Gelso, Ch.J., Hayes, J.A. (2004). *Relacja terapeutyczna*. Gdańsk: GWP.
- Konaszek, Z. (1975). Wychowawcza funkcja odbioru muzyki. *Kultura i społeczeństwo*, 19(1), 249–262.
- Lazarus, A. (1996). The utility and futility of combining treatments in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3(1), 59–68.
- Madsen, C.K. (2012) Muzykoterapia behawioralna. W: K. Stachyra (red.), *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii* (s. 87–93). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Norcross, J.C., Lambert, M.J. (2011). Evidence-based therapy relationship. W: J.C. Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work* (s. 3–21). New York: Oxford University Press.

- Nordoff, P., Robbins, C. (2007). *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi. Historia, metoda, praktyka*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Rogers, C. (2002). *O stawianiu się osobą*. Poznań: Rebis.
- Ruud, E. (1995). *Music Therapy and its Relationship to Current Treatment Theories*. Wisconsin: MMB Music.
- Schwabe, Ch. (1972). *Leczenie chorych z nerwicami i zaburzeniami czynnościowymi*. Warszawa: PZWL.
- Sikorski, W. (2013). *Komunikacja terapeutyczna. Relacja pozastówna*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Yoshimoto, D., Drzazgowska, M. (2001). Butoh – ciało uwolnione. *Artgraf*, 2, 11.
- Zimbardo, P.G., Ruch, F.L. (1998). *Psychologia i życie*. Warszawa: PWN.

Szkolny zespół muzyczny dzieci i młodzieży z autyzmem – Bum Bum Band – jako forma muzykoterapii

Marta Fabiszak

Szkoła Podstawowa z oddziałami Gimnazjum dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem przy Ośrodku Szkolno-Wychowawczym dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej im. Z. Tylewicza w Poznaniu

Streszczenie

Celem artykułu jest pokazanie na podstawie własnych doświadczeń, które autorka zdobyła, prowadząc szkolny zespół muzyczny dzieci i młodzieży z autyzmem, pozytywnego oddziaływania muzyki na członków zespołu, a także znaczenia muzyki jako narzędzia wzajemnej komunikacji. W artykule przedstawiony został cały proces powstawania i konstituowania się zespołu – od jego założenia po występy publiczne.

Słowa kluczowe: autyzm, muzykoterapia, zespół muzyczny

WPROWADZENIE I DEFINICJE

Zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD) mają bardzo zróżnicowany charakter i nie tworzą jednoznacznego obrazu co do symptomatologii i głębokości zaburzeń. W DSM-5 wyróżniono dwa obszary osiowych objawów ASD (w odróżnieniu od trzech uwzględnionych w DSM-4, czyli zaburzenia w komunikacji werbalnej i niewerbalnej, nieprawidłowości w aktywnościach i zainteresowaniach oraz trudności w komunikacji społecznej):

w tym przetrwale deficyty we wzajemnej komunikacji społecznej i społecznych interakcjach oraz ograniczone, powtarzalne wzorce zachowań, zainteresowań i aktywności. Objawy muszą występować od wczesnego dzieciństwa i ograniczają lub pogarszają codzienne funkcjonowanie (za: Słopień, 2017, s. 13).

Z obserwacji autorki niniejszego artykułu wynika, że muzyka jest bardzo dobrym narzędziem pracy z osobami ze spektrum autyzmu. Dzięki temu, że jest przewidywalna i uporządkowana (rytm, metrum, powtarzalność fraz i motywów), daje uczestnikom zajęć poczucie bezpieczeństwa i stałości, które często jest u nich zaburzone (Strzelecki, 2017, s. 165). Dla uczniów, którzy mają problemy z komunikowaniem się, stanowi idealne medium do wyrażania siebie i swoich emocji, a także do interakcji rówieśniczych oraz na linii nauczyciel – uczeń. Muzykoterapia jako najbardziej złożony środek oddziaływania pozwala dotrzeć do osób z najcięższą postacią autyzmu i odkryć ich potencjał twórczy (Knapik, 2011).

Muzykoterapia w ujęciu Światowej Federacji Muzykoterapii jest

wykorzystaniem muzyki i/lub jej elementów (dźwięk, rytm, melodia, harmonia) przez muzykoterapeutę i pacjenta/klienta lub grupę w procesie zaprojektowanym dla i/lub ułatwienia komunikacji, uczenia się, mobilizacji, ekspresji, koncentracji fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej i poznawczej w celu rozwoju wewnętrznego potencjału oraz rozwoju lub odbudowy funkcji jednostki tak, aby mogła ona osiągnąć lepszą integrację intra- i interpersonalną, a w konsekwencji lepszą jakość życia (za: Strzelecki, 2017, s. 160).

Zespół muzyczny to „grupa wykonawców wspólnie wykonująca muzykę z wykorzystaniem głosów (zespół wokalny), instrumentów muzycznych (zespół instrumentalny) lub jednocześnie głosów i instrumentów (zespół wokально-instrumentalny)” (Szymczak (red.), 1992, s. 1002). Kluczowe jest tutaj stwierdzenie: „wspólnie wykonująca muzykę”. W tym kontekście można by zadać sobie pytanie: czy mając na uwadze specyficzne funkcjonowanie osób ze spektrum autyzmu, zwłaszcza w obszarze społecznym i komunikacyjnym, możliwe jest, aby podjęły one współpracę w zespole?

ZESPÓŁ JAKO TERAPIA?

Początki zespołu

Szkoła Podstawowa dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem w Poznaniu liczy sobie 24 uczniów w wieku od 8 do 19 lat, w tym 2 dziewczynki i 22 chłopców. Oprócz zaburzeń ze spektrum autyzmu każdy z uczniów ma także stwierdzoną niepełnosprawność intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym. Placówka pracuje według modelu terapii behawioralnej, klasy są jedno lub dwuosobowe, co umożliwia stworzenie optymalnych warunków do nauczania. Uwzględnia to wszelkie indywidualne potrzeby uczniów, którzy prócz zajęć typowo terapeutycznych ukierunkowanych na ASD mają także logopedię, wychowanie fizyczne, religię oraz muzykę.

Zajęcia muzyczne prowadzone są w każdej klasie dwa razy w tygodniu i trwają od 20 do 45 minut, co zależy od możliwości koncentracji uczniów, ilości zachowań niepożądanych czy innych zdarzeń losowych. Lekcje mają stałą strukturę i opierają się na naśladowaniu, ponieważ jest to podstawowa metoda nauki osób ze spektrum autyzmu. Zaczynają się od części wstępnej, podczas której dzieci chodzą swobodnie po sali, odpowiednio do granej na pianinie muzyki i reagują na zmiany w niej zachodzące. Część ta składa się z czterech głównych elementów: chodzenie do przodu (rytm ćwierćnotowy), chodzenie do tyłu (chromatyczny pochód oktaw w dół), bieg (rytm ósemkowy) oraz zatrzymanie (pauza). Są one swobodnie przeplatane, jednak należy pamiętać, żeby rozpocząć od marszu i na nim zakończyć, a bieg zastosować w połowie. Dzięki temu porządkowi dochodzi się stopniowo do punktu kulminacyjnego, którym jest bieg, a następnie zwalnia tempo, co umożliwia dzieciom wyciszenie. Część środkowa, najdłuższa, to głównie takie aktywności, jak: gra na instrumentach, np. bębnach djembe czy Bum Bum Rurkach®, improwizacje instrumentalne, śpiewanie piosenek – czyli wszystko to, co jest związane z muzykoterapią aktywną. Na koniec zajęć zawsze przeznaczają się kilka minut na muzykoterapię receptywną, czyli słuchanie prezentowanych utworów muzycznych.

Z czasem okazało się, że wśród uczniów ze spektrum, tak samo jak wśród dzieci prawidłowo rozwijających się, jest kilkoro wyróżniających się zdolnościami muzycznymi. Stało się to inspiracją do stworzenia zespołu muzycznego. Drugim kryterium kwalifikacji do zespołu, oprócz zdolności muzycznych, była mała ilość zachowań niepożądanych. Nie chodziło bowiem o to, żeby wbrew potrzebom uczniów zmuszać zdolne dzieci do grania w sytuacji, która jest dla nich zbyt trudna i generuje niechciane reakcje.

W ten sposób pięć lat temu powstał zespół muzyczny Bum Bum Band złożony z siedmiorga uczniów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu.

Próby zespołu i metody pracy

Zespół zwykle przygotowuje się do występu, ćwicząc jednocześnie dwa, trzy utwory. Zanim zaczną grać wspólnie, każdy z uczniów należących do zespołu uczy się swojej partii indywidualnie na lekcjach muzyki. Po miesiącu takiej pracy solo zespół zaczyna spotykać się na regularnych próbach – najpierw raz w tygodniu, a później, bliżej występu, dwa razy w tygodniu. Na wspólnych próbach oprócz osoby prowadzącej zespół są zawsze jeden lub dwaj nauczyciele do pomocy, ponieważ jedna osoba nie jest w stanie efektywnie poprowadzić próby.

Bum Bum Band gra na instrumentach perkusyjnych, tj. bębnach djembe, Bum Bum Rurkach®, tamburynach, marakasach, klawesach. Początkowo wszyscy członkowie zespołu grali na jednakowych instrumentach, później grali już na dwóch i to w dwóch wariantach (każdy wykonywał partie dwóch instrumentów lub były dwie grupy grających). Obecnie każdy uczeń potrafi podczas jednego utworu wykorzystywać trzy instrumenty, co wymaga dużego skupienia i koncentracji. Zdarzają się również sytuacje, kiedy tworzone są trzy sekcje instrumentalne – zależy to od aranżacji danego utworu.

Na tym etapie nauczenie się swojej partii jest dla członków zespołu jeszcze zbyt trudne, dlatego autorka artykułu, a jednocześnie prowadząca i dyrygentka zespołu, przez cały czas siedzi przed zespołem z odpowiednim zestawem instrumentów i modeluje grę, którą wykonawcy naśladują.

Zespół zawsze gra do podkładu muzycznego nagranych na nośniku. Obecnie trudno stwierdzić, czy zespół jest w stanie zagrać nie tylko rytm, ale i melodię.

Osiągnięcia i efekty

Najbardziej spektakularne osiągnięcia zespołu to te, które każdy jest w stanie dostrzec, czyli występy publiczne – nie tylko przed znaną sobie publicznością, m.in. na koncertach bożonarodzeniowych organizowanych dla społeczności własnej szkoły podstawowej oraz dla rodziców, ale także poza murami szkoły, na scenach z profesjonalnym nagłośnieniem i oświetleniem, przed dużą widownią, m.in. podczas obchodów 100-lecia Ośrodka Szkolno-Wychowawczego im. Z. Tylewicza w Poznaniu, pod który podlega szkoła, na Innym Festiwalu organizowanym przez Fundację Barak Kultury czy w Starym Browarze na Poznańskim Spotkaniu z Dobrą Piosenką. Takich występów, mniejszych lub większych, w roku szkolnym zespół ma około trzech, czterech.

Z obserwacji autorki niniejszego artykułu wynika, że nie są to jedyne efekty działania zespołu. Członkowie Bum Bum Bandu zaczęli tolerować obecność dużej grupy, która ich słucha. Przestało im również przeszkadzać, że koledzy obok też grają. Zaczęli dostrzegać swoje błędy

i się poprawiać, potrafią przeczekać frazę, w której się pomylili, i wejść na pierwszą miarę w następnej, korygują także błędy zauważone u kolegów. Poprawiła im się koncentracja, koordynacja słuchowo-wzrokowo-ruchowa. Ponadto skupiają się na wykonywanym zadaniu. Można zauważyć, że występy te nie są im obojętne – przeżywają je, widząc, że wspólna gra sprawia im radość. Co więcej, mając tak dużo występów i przebywając w różnych środowiskach, zyskują możliwość kształtowania swoich zachowań społecznych.

Dodatkowym walorem terapeutycznym, niekoniecznie związanym z samymi wykonawcami, jest pozytywny wpływ, jaki ma to na rodziców tych dzieci. Z rozmów z nimi wynika, że już samo przygotowanie stroju na występ sprawia, że czują się bardziej dowartościowani jako rodzice. Przyznają też, że brakowało im takich momentów, których rodzice dzieci w normie mają tak dużo. Starają się nie opuszczać występów dzieci, wiernie im kibicują, nagrywają ich koncerty i chwalą się nimi w swoich środowiskach. Stali się przez to bardziej otwarci i nie wstydzą się swoich dzieci.

Drugim walorem terapeutycznym jest osvajanie autyzmu poza szkołą, wśród ludzi, których wiedza na ten temat niekiedy jest krzywdząca dla osób ze spektrum autyzmu. Będąc na takim występie, ludzie mają możliwość skonfrontowania swojej wiedzy z rzeczywistością.

PODSUMOWANIE

Jak wynika z powyższego artykułu, działalność Bum Bum Bandu może pozytywnie wpływać na wiele aspektów życia osób ze spektrum autyzmu i ich rodzin. Osiągają coraz lepsze efekty na płaszczyźnie muzycznej, stają się bardziej muzykalne i skoncentrowane. Występy wpływają na korygowanie zaburzonych zachowań społecznych. Jako członkowie zespołu dzieci są lepiej postrzegane przez inne środowiska i bardziej akceptowane w społeczeństwie. Wspólna gra pobudza je do wzajemnej komunikacji, zauważania siebie nawzajem, sprawia, że łatwiej wejść do ich zamkniętego świata.

Okazuje się zatem, że działania pozornie trudne do realizacji wśród uczniów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, którzy z racji diagnozy uważani są często za pojedyncze, zamknięte jednostki, przynoszą liczne i bardzo pozytywne efekty.

W planach jest rozwój zespołu, poszerzanie umiejętności muzycznych i społecznych oraz – jak ma nadzieję autorka artykułu – pozytywna zmiana w funkcjonowaniu zarówno rodzin osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, jak i ich samych. Może to również wpłynąć pozytywnie na postrzeganie niepełnosprawnych przez środowiska, które na co dzień nie mają kontaktu z takimi osobami.

BIBLIOGRAFIA

- Knapik, S. (2011). *Praca muzykoterapeutyczna z dzieckiem autystycznym*. Pobrane z:
<https://arteterapia.pl/praca-muzykoterapeutyczna-z-dzieckiem-autystycznym/>.
- Nordoff, P., Robbins, C. (2008). *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi*. Kraków:
Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Słopeń, A. (2017). Autyzm – historia pojęcia i kryteriów diagnostycznych. W: B. Galas-Zgorzalewicz, E. Mojs (red.), *Spektrum autyzmu. Postępy w diagnostyce i terapii* (s. 7–13). Poznań:
Wydawnictwo Naukowe UMP.
- Stachyra K. (2012). *Podstawy muzykoterapii*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Strzelecki W. (2017). Zastosowanie muzykoterapii w autyzmie. W: B. Galas-Zgorzalewicz, E. Mojs (red.), *Spektrum autyzmu. Postępy w diagnostyce i terapii* (s. 159–180). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UMP.
- Szymczak, M. (red.). (1992). *Słownik języka polskiego*. Warszawa: PWN.

Kolędy i pastorałki w muzykoterapii

Wojciech Strzelecki

Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, filia w Trzciance

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra i Zakład Psychologii Klinicznej

Dominika Staniewska

Publiczne Przedszkole „Z innej bajki” w Komornikach

Poznańska Ogólnokształcąca Szkoła Muzyczna nr 2 im. Tadeusza Szeligowskiego

Streszczenie

Celem artykułu jest ukazanie terapeutycznej roli kolęd i pastorałek. Autorzy wskazują na wielopoziomowe oddziaływanie terapeutyczne tej powszechnie znanej formy muzyczno-słownej: poprzez warstwę muzyczną, tekstową, a także kontekstualną. Podkreślają rolę relaksacyjną, integracyjną oraz katartyczną kolęd i pastorałek. Zaprezentowano również konkretny przykład oddziaływania omawianych utworów w grupie senioralnej podczas sesji grupowych.

Słowa kluczowe: kolęda, pastorałka, relaksacja, katharsis, seniorzy

WPROWADZENIE – KOLĘDA I PASTORAŁKA NA PRZESTRZENI WIEKÓW

Kolęda to pieśń religijna, częściowo ludowego pochodzenia, o tematyce związanej ze świętami Bożego Narodzenia. Pastorałką natomiast nazywa się pieśń ludową o motywach kolędowych niemającą charakteru modlitewnego. Tym mianem określa się też utwór poetycki przedstawiający pełne prostoty i spokoju życie pasterzy lub ludowy utwór dramatyczny bądź widowisko sceniczne (Sobol (red.), 1994, s. 323, 605).

Nazwa „kolęda” pochodzi od łacińskiego słowa *calendae*. W starożytnym Rzymie tak określano pierwszy dzień każdego miesiąca, a więc również dzień rozpoczynający nowy rok, któremu towarzyszyły huczne, wesole zabawy. Znaczenie tego terminu zmieniało się przez wiele lat (od 1255 r.). Na początku kolęda oznaczała podarek, daninę noworoczną pobieraną od parafian przez proboszcza, wizytę proboszcza lub też wizyty z szopką, pochwałę dla gospodarza i jego rodziny, podziękowanie oraz życzenia pomyślności i urodzaju na nowy rok (Adamowski, 2005; Mazurkiewicz, b.r.).

Od 1544 r. znaczenie tego słowa ogranicza się do pieśni noworocznej o radosnym charakterze, gdyż śpiewano je najczęściej do melodii piosenek tanecznych. Pieśni te, zebrane w tzw. kantyczkach, charakteryzowały się prostotą formy, wesołą, ludową linią melodyczną, lekkością. Opierały się na motywach biblijnych, głównie związanych z narodzeniem Jezusa. Początkowo teksty pochodziły z Ewangelii według św. Mateusza i św. Łukasza, miały też korzenie w łacińskich pieśniach kościelnych (Adamowski, 2005; Mazurkiewicz, b.r.).

Kolędy podzielić można na te o melodyce opartej na chorale gregoriańskim, świeckich pieśniach obrzędowych, tańcach z przyśpiewkami, starych kołysankach oraz na kolędy nowe – skomponowane. Na początku autorstwo kolęd przypisywano świeckim księżom, zakonnikom, sługom kościelnym, rybaltom, bakalarzom, uczącym się chłopcom. Nazywano je pieśniami pasterskimi, rotułami. W XIII w. Franciszek Seraficki pierwszy zorganizował jasełka, kontynuowane później przez klaryski i karmelitanki. Polegały one na śpiewaniu przy żłobie. Najprawdopodobniej wykonywano wtedy kołysanki. Ten gatunek kolęd rozwinął się głównie w XVII w. Z tego czasu pochodzą takie utwory, jak *Gdy śliczna Panna i Lulajże, Jezuniu*. Pojawiły się też wtedy kolędy o tematyce pasterskiej zawierające w treści wiele informacji o obyczajach i realiach epoki. W opowieść biblijną zostały włączone elementy folkloru polskiego. Kolędy z tej grupy opowiadały głównie o wędrowce polskich pasterzy do Betlejem, do małego Jezusa z darami, pokłonem, śpiewem. Te wesole, pełne humoru utwory zyskały nazwę pastorałek. Poważne kolędy pozostawiono w użyciu kościelnym i włączono do kancjonałów, a weselsze, sielskie cieszyły się powodzeniem w domach prywatnych. Te pierwsze – głównie w języku

łacińskim – były układane przez jezuitów. Istnieją też kancjonały z XV w. pisane przez bernardynów (Adamowski, 2005; Mazurkiewicz, b.r.).

Najwcześniejsze zapisy kolęd w języku polskim (9 utworów), jeszcze bez muzyki, pochodzą z pierwszej połowy XV w., lecz nie wiadomo, od jak dawna w Polsce śpiewano lub recytowano kolędy – data zapisu nie jest zapewne datą ich powstania. Wśród pierwszych utworów znajdują się tłumaczenia z łaciny, czeskiego, teksty oryginalne z 1424 r. Najwcześniejsze zapisy to *Zdrów bądź, królu anielski* oraz cztery melodie z tabulatury Jana z Lublina (1537–1548) – są to transkrypcje hymnu *Dies est laetitiae* i pieśni *Nuż my, wierni, zaśpiewajmy* w trzech wariantach. Dominuje monodia, metrum trójdzielne. Teksty najstarszych kolęd pisali też m.in. Piotr Skarga (*W żłobie leży*), Jan Andrzej Morsztyn, Franciszek Karpiński (*Bóg się rodzi*) (Adamowski, 2005; Mazurkiewicz, b.r.).

Apogeum rozwoju kolęd przyniosły wieki XVII i XVIII. Życie prowadzono głównie w szerokich kręgach rodzinnych, a w długie świąteczne wieczory zabawiano gości śpiewaniem i graniem pieśni. Do rozwoju gatunku przyczyniły się także wizyty proboszcza, również nazwane kolędą – asystujący duchownemu organista z chłopcami śpiewał kolędy z kancjonałów. Forma kolęd jest dość różnorodna: są wśród nich dumki, uroczyste hymny, chorały, marsze, polonezy z rytmami mazura, krakowiaka. Wiele melodii kolędowych kompozytorzy z XVI i XVII w. wykorzystywali jako *cantus firmus* wielogłosowych mszy i motetów (Górska, b.r.; Walentynowicz, Stokłosa, b.r.). Kolędy i pastoralki do dziś cieszą się zainteresowaniem ze względu na żywą tradycję wykonania, czystą harmonię, prostą melodykę i nieskomplikowany rytm (Adamowski, 2005; Mazurkiewicz, b.r.).

Rozkwit kolęd polskich nastąpił w epoce baroku, kiedy to powstała znakomita większość kolęd śpiewanych dzisiaj w kościołach. Rozwój kolęd w baroku dotyczył wszystkich istotnych aspektów – tematycznego, kompozycyjnego, gatunkowego i literacko-muzycznego. Wtedy to właśnie ustaliła się forma polskiej kolędy, którą można uznać za wzór gatunkowy (Adamowski, 2005; Mazurkiewicz, b.r.).

Zróżnicowanie tematyczne kolęd barokowych idzie w parze z synkretyczną obfitością stylów i konwencji: pierwiastki dogmatyczne sąsiadują z apokryficznymi, realistyczne z cudownymi, pogańska mitologia przeplata się z katolickim *credo*, uniwersalizm Dobrej Nowiny konkretyzuje się w swojskich, rodzimych obrazach, humor i dosadność wyrażenia mieszają się z powagą i tonami podniosłymi, rozbijająca delikatność idzie nierzadko w parze z typowo plebejską rubasnością. Wszystkie te elementy i paradoksalne niekiedy ich mariaże występują najczęściej w odmianie kolędy zwanej pastoralką, której powstanie i kariera związana jest genetycznie również z epoką baroku (Mazurkiewicz, b.r.).

W tym miejscu warto wspomnieć, że w potocznym rozumieniu pomiędzy kolędami i pastoralkami stawia się niemalże znak równości. Jednoznaczne utożsamianie kolęd i pastorałek z pieśniami religijnymi jest przekonaniem błędnym – można wręcz stwierdzić, że pod pewnymi względami miały one charakter wybitnie świecki. Pastorałki są to – co sygnalizuje sama nazwa gatunku – pieśni oparte na motywach pasterskich. Związane są z sielanką, a w polskiej kulturze (szczególnie barokowej) powstał typ tzw. pastorałki domowej, która z uwagi na tematykę, typ humoru czy też wreszcie na pewnego rodzaju frywolność w warstwie tekstowej nie znalazła miejsca w liturgii czy w Kościele i pozostała w obiegu domowym (Adamowski, 2005).

ODDZIAŁYWANIE TERAPEUTYCZNE KOŁĘD I PASTORAŁEK

Oddziaływanie o charakterze terapeutycznym poprzez zastosowanie kolęd i pastorałek odbywa się zarówno za pośrednictwem języka muzyki, jak i warstwy tekstowej. Dodatkowym czynnikiem niosącym walory terapeutyczne może być element skojarzeniowy wiążący się ze specyficznym momentem, jakim są święta Bożego Narodzenia, przy czym niekoniecznie musi mieć to związek z aspektem religijnym – pozytywne skojarzenia z okresem świątecznym często są również udziałem osób, które nie postrzegają ich w kategoriach wiary, a jedynie tradycji.

Niebagatelne znaczenie w oddziaływaniu terapeutycznym kolęd i pastorałek ma ich warstwa tekstowa. Zawsze kiedy wraz z muzyką pojawia się tekst, mamy do czynienia z przekazem o charakterze wielokodowym. Kolędy i pastorałki opiewają wydarzenie radosne, przekazując wraz z elementem dźwiękowym nastrój. Istnieją pewne rozbieżności w opiniach dotyczących roli tekstu w procesie muzykoterapeutycznym. Tadeusz Natanson twierdził, że utwory wokalne lub wokalnie-instrumentalne

w ogromnej większości związane są z tekstem słownym, posiadającym określone, wyraźne znaczenie. Słuchacz, a szczególnie słuchacz niezbyt zaawansowany muzycznie, zwraca na tekst słowny baczniejszą uwagę [...]. Ten szczegół każe sądzić, że o terapeutycznej przydatności utworu muzycznego, zespolonego z tekstem słownym powinien decydować psycholog bądź psychoterapeuta, umiejący właściwie ocenić terapeutyczne walory tego tekstu (Natanson, 1992, s. 139).

Czynnikiem o niebagatelnym znaczeniu jest też wspomniany już element skojarzeń, jakie niosą ze sobą kolędy i pastorałki. Na osoby, którym święta kojarzą się pozytywnie, utwory te mogą wywierać kojący wpływ, a wówczas można je zastosować na potrzeby relaksacji bądź wizualizacji. Muzyka relaksacyjna ma bowiem za zadanie zwolnić tempo naszego wewnętrznego taktowania i umożliwić nam kontakt z naszą podświadomością. Relaks pozwala człowiekowi sięgnąć do najzdrowszych pokładów umysłu i naprawić to wszystko, co popsuło się w życiu

pełnym pośpiechu i bieganiny. Kolędy i pastoralki oprócz tego – a może właśnie przez to – iż kojarzą się nam ze świętami, są też pomostem łączącym nas z dzieciństwem, a więc i najbliższą rodziną. Stąd może się brać ich duża moc terapeutyczna. Osoby rozchwiane, zestresowane czy wręcz znerwicowane, które miały kłopot z odprężeniem się przy typowej muzyce relaksacyjnej, przy brzmieniu kolęd i pastorałek mają szansę na w pełni skuteczną relaksację lub własną wizualizację. Właśnie dzięki konotacjom z dzieciństwem, z kształtującą się w tym czasie pierwszą – naiwną jeszcze – koncepcją rodziny, poczuciem bezpieczeństwa i wewnętrznego spokoju pastoralki lub kolędy otwierają na techniki rozluźniające osoby nieśmiałe, zamknięte w sobie lub mające problem z blokowaniem emocji, które nierzadko prowadzi do oporów w terapii relaksacją z racji tworzenia się „złogów mięśniowych” i „bloków energetycznych” związanych ze „zbroją” ciała (Lowen, 1990; Bateson, 1996).

Relaksacja

Terapia relaksacyjna kładzie nacisk na uczenie pacjentów/klientów kontrolowania napięcia mięśniowego, co w rezultacie prowadzi nie tylko do rozluźnienia mięśni, ale także rozluźnienia emocjonalnego (Reber, 2000, s. 620–621). Najczęściej stosowane i wymieniane w literaturze techniki relaksacyjne to:

1. Progresywne odprężanie mięśniowe opracowane przez Edmunda Jacobsona – jest to technika polegająca na wykorzystaniu przeciwnych stanów napięcia i rozluźnienia kolejnych grup mięśniowych.
2. Trening autogenny Heinricha Schultza – prowadzi do zrównoważenia stanów napięcia, zmniejszenia lub nawet całkowitego zaniku bólu i zaburzeń snu. Ten, kto nauczy się relaksacji i będzie systematycznie, codziennie ćwiczył, po trzech, czterech miesiącach doświadczy automatycznej, głębokiej relaksacji. Trening autogenny składa się głównie z ćwiczeń koncentracji mających pozytywny wpływ na wegetatywny układ nerwowy (Siek, 2006).

Według założeń ogólnych relaksację można potraktować jako stan przeciwstawny napięciu. W rozumieniu potocznym relaksacja rozumiana jest jako różnego rodzaju czynności odprężające, takie jak spacer lub drzemka, jednakowoż w ujęciu naukowym jest świadomym, ukierunkowanym działaniem, którego nadrzędnym celem jest redukcja napięcia mięśniowego oraz obniżenie intelektualnej i emocjonalnej aktywności jednostki (Metera, 2006).

Relaks jest stanem odprężenia, zmniejszenia napięcia somatopsychicznego w całym ciele. Stan ten uzyskuje się drogą odpowiedniego treningu, który prowadzi do odczucia i uświadomienia sobie własnego ciała oraz uwolnienia od napięć fizycznych i konfliktów psychicznych (Lewandowska, 2001).

Organizm człowieka jest ciągle wystawiony na działanie szeregu bodźców wywołujących stan gotowości i mobilizacji, który z kolei powoduje napięcie mięśniowe. Pochodzenie tych bodźców może mieć charakter zewnętrzny lub wewnętrzny. Relaksacja umożliwia pewnego rodzaju oszczędność energetyczną, jako że utrzymanie mięśni w stanie napięcia automatycznie wiąże się z wydatkowaniem energii fizjologicznej (Strzelecki, 2017, s. 64).

W stanie relaksu czyli zmniejszenia napięcia, mięsień staje się „miękki”, rozluźniony, „ciężki”. Nie utrzymuje się sam w miejscu przyczepienia, ale „ciąży” w dół. Dlatego ciało człowieka w stanie relaksu jest „ciężkie”. Jakby „samoopadające” w dół. Mięśnie znajdujące się w stanie relaksu stają się także „cieple”, na skutek rozluźnienia naczyń krwionośnych i lepszego dopływu krwi do mięśni (Siek, 2006).

Trudno jest przecenić rolę kolęd i pastorałek dla uzyskania celu relaksacyjnego, jako że dysponują one dodatkowymi elementami, które mogą wzmacniać proces relaksacyjny.

Również tworzenie wizualizacji pod wpływem skojarzeń z okresem świątecznym może mieć znaczenie terapeutyczne. Wizualizacje w dużym stopniu polegają na umiejętnym tworzeniu obrazów w wyobraźni, tak aby nabierały mocy stawania się rzeczywistością. Posługiwanie się nimi jest istotne dla wprowadzenia korzystnych zmian w różnych sferach życia, takich jak zdrowie, praca, nauka, twórczość artystyczna, a nawet wygląd zewnętrzny (Gawain, 2001). Wizualizacje mogą mieć charakter zarówno obrazowy, jak i wielozmysłowy. Wizualizacja może być skuteczna w zakresie modyfikacji nastroju, poprawy wglądu, poprawy samooceny, integracji ego czy zmniejszenia napięcia psychofizycznego. Skuteczność metod odwołujących się do wizualizacji bierze się z kilku przyczyn: muzyka zachęca człowieka do silniejszej reakcji emocjonalnej, umożliwia wydłużenie czasu koncentracji uwagi, zwiększenie zakresu uwagi, podtrzymywanie nastroju, tworzenie i rozładowanie napięcia wewnętrznego oraz wydaje się współbrzmieć z częścią mózgu powiązaną z emocjami i z pamięcią (Stachyra, 2009).

Trudności rozwojowe i trauma

Inną formą wykorzystania pozytywnego postrzegania kolęd i pastorałek przez większość społeczeństwa jest przeprowadzanie przy ich użyciu terapii wspierającej dla osób z różnego rodzaju trudnościami rozwojowymi. Prowadzenie zajęć muzycznych mocno oddziałuje na środowisko i ma wielkie znaczenie wychowawcze, społeczne, dydaktyczne i terapeutyczne. Dzieci z mikrourazami mózgu zostają często zdiagnozowane w poradniach psychologiczno-

pedagogicznych jako osoby z deficytami uwagi, z dysleksją, dysgrafią czy nadpobudliwe. Nauczyciele nie zawsze dysponują czasem i środkami potrzebnymi do pracy z takimi dziećmi, co rodzi u tych uczniów poczucie braku zrozumienia, poczucie niższej wartości, kompleksy. Kiedy takie dzieci trafiają na zajęcia muzykoterapeutyczne, mogą czuć się skrępowane, onieśmiałe. Reakcją może być niechęć do aktywnego uczestnictwa w terapii. W takiej sytuacji dobrze jest sięgnąć po coś swojskiego i dobrze znanego. Dzieci takie

najmocniej są zaangażowane emocjonalnie przy opracowaniu kolęd i prostych utworów [...]. Kolędy i pastoralki zawsze cieszą się zainteresowaniem ze względu na żywą tradycję wykonywania ich w domu. Muzyka to nośnik energii, czysta harmonia, wyraźna prosta melodia, więc trafia do wyobraźni grającego, słuchacza, do ich uczuć i twórczo inspiruje (Lorek, 2003).

Rzecz jasna nie u każdej osoby zastosowanie kolędy lub pastoralki wywrze omówiony powyżej kojący czy pożyteczny wpływ. Są ludzie, na których same święta lub też kojarzona z kolędami i świąteczną atmosferą rodzina wywarły traumatyczny wpływ. Mogło się zdarzyć, że ktoś właśnie w okresie świątecznym przeżył rzutu na całe życie szok związany ze śmiercią kogoś bliskiego, poczuciem osamotnienia, odrzucenia czy wypadkiem. Wtedy zarówno Boże Narodzenie, jak i silnie z tym świętem skorelowane emocjonalnie kolędy i pastoralki mają dla niego negatywny wydźwięk. Założyć możemy także jeszcze inną sytuację – jeśli ktoś pochodzi z rodziny dysfunkcyjnej, to święta z dzieciństwa stanowią dla niego mieszaninę takich uczuć, jak: strach, niepewność, być może wstyd czy zazdrość – wiedział przecież, w jaki sposób przebiegają święta u jego bardziej łaskawie potraktowanych przez los kolegów. Te uczucia mogą wywołać rozgoryczenie oraz reakcję obronną w postaci bagatelizacji czy też negacji świąt i wszystkiego, co z nimi związane.

W sytuacjach wystąpienia tak silnej traumy możliwe jest użycie kolęd lub pastorałek jako bodźca do przywołania w warunkach terapeutycznych tamtych zdarzeń i negatywnych, być może przez lata tłumionych emocji. Tego typu „powrót do przeszłości” pozwala także na skonfrontowanie się z negatywnymi lub ambiwalentnymi uczuciami w stosunku do rodziców. Powtórne przeżycie traumatycznego doświadczenia już w dorosłym okresie wywołuje tzw. katharsis – oczyszczenie. Zadanie muzyki w tym przypadku polega na wzbudzaniu silnych reakcji emocjonalnych, a nawet powodowaniu nasilenia się objawów. Intensywny proces przeżywania, prowadzący do stanu kontemplacyjno-medytacyjnego lub też do aktywizacji pacjenta, stymulowany jest odpowiednio dobraną muzyką. Taka rola muzyki stanowi nawiązanie do antycznego pojęcia katharsis (Natanson, 1992, s. 38). Do terapii psychologicznej termin ten został wprowadzony przez Carla Gustava Junga.

Katharsis to uwolnienie cierpienia, odreagowanie zablokowanego napięcia, stłumionych emocji, skrępowanych myśli i wyobrażeń, które podlegały kontroli mechanizmów obronnych, ego lub kontroli społecznej [...]. Uwolnieniu podlegają w takim procesie przede wszystkim kompleksy psychiczne, które dezorganizowały funkcje ego i niepokoiły świadomość (Dudek, 1998, s. 21).

Niektóre kierunki psychoterapii grupowej wypracowały zestawy technik skoncentrowanych na doświadczeniu katharsis przez pacjenta/klienta. Są wśród nich psychoterapia Gestalt, bioenergetyka Lowena i inne kierunki neoreichiańskie, somatoterapia Meyera, kierunek psychodramy rozwiniętej przez Moreno, psychoanaliza grupowa i inne. Rozwój woli i siły ego w procesie budowania dojrzałej osobowości powinien być poprzedzony uwolnieniem energii i ukrytych znaczeń z negatywnych, „ciemnych” kompleksów w procesie katharsis. Jeśli [...] (wola) zmierza w kierunku większej kontroli [...] bez oczyszczającego doświadczenia katharsis, nie może nastąpić głębsza przemiana osobowości (Dudek, 1998, s. 22).

Kolędy i pastorałki mogą odegrać ważną rolę w procesie terapeutycznym także dlatego, że

proces katharsis nie może dokonywać się w próżni kulturowej. Najgłębsza przemiana osobowości nie oznacza dopełnionego procesu, jeśli człowiek nie wraca z poznawczej wędrówki do swojej kultury. Za najpełniejszą formę katharsis należy uznać kulturowo osadzony rytuał. Psychoterapia, tak indywidualna, jak i grupowa, może odbywać się poza kontekstem kulturowym, choć według podejścia jungowskiego taka psychoterapia może być substytutem niedostatków w kontaktach społecznych lub kompensacją głębiej uwarunkowanych problemów natury światopoglądowej (Dudek, 1998, s. 23–24).

Ciekawe w terapeutycznym zastosowaniu kolęd i pastorałek – czy zostaną potraktowane jako katalizator traumy w celu jej ostatecznego przepracowania, czy też jako muzyka relaksacyjna bądź towarzysząca wizualizacji, czy wreszcie jako „tygiel bezpieczeństwa” dla uczestniczących w zajęciach muzycznych dzieci z deficytami – jest to, że każde z tych zastosowań prowadzi do zbliżonego celu. Niezależnie od tego, jakie (negatywne czy pozytywne) było początkowe podejście do tych utworów, dzięki silnemu ładunkowi emocjonalnemu i jasnej symbolice często działają wyjątkowo efektywnie jako regulator napięć emocjonalnych.

Kolędy i pastorałki znajdują zastosowanie zarówno w technikach receptywnych, jak i aktywnych muzykoterapii:

1. Słuchanie kolęd i pastorałek – wyzwała projekcyjne wyobrażenia wzrokowe lub polisensoryczne, wywołuje skojarzenia pozamuzyczne, pobudza emocje, sprzyja odreagowaniu urazów. Przy słuchaniu można prowadzić dialog z pacjentem/klientem, np. na temat tego, z czym mu się ta muzyka kojarzy. Osoba słuchająca może też układać opowiadanie do muzyki.
2. Techniki relaksacyjne – np. przy kolędach i pastorałkach można przywołać mile wspomnienia, które sprzyjają relaksowi.

3. Śpiewanie kolęd i pastorałek przy akompaniamencie płyty, instrumentów bądź *a cappella* – wpływa pozytywnie m.in. na układ oddechowy, krążenia, trawienny, rozwija słuch i głos.
4. Gra na instrumentach – pacjenci/klienci razem z płytą lub sami muzykują na instrumentach lub przedmiotach na co dzień niebędących instrumentami (np. butelki, garnki).
5. Słowne lub plastyczne interpretacje kolęd i pastorałek – są to techniki projekcyjne, np. rysowanie, malowanie, opowiadanie, kolaż, wycinanki.
6. Improwizacje – pacjenci/klienci improwizują wokalnie, instrumentalnie, parateatralnie na temat kolędy czy pastorałki (Cylulko, 1998).

W każdej z technik aktywnych uczestnicy sesji mogą wykonywać zadania (takie jak śpiew czy gra) małymi grupami naprzemiennie, całą grupą bądź indywidualnie. Techniki wykorzystywane w muzykoterapii przy zastosowaniu kolęd i pastorałek są często używane w formie projekcyjnej. Podstawową ich zaletą jest to, że działają inaczej niż testy i inne rozpowszechnione narzędzia pomiarowe, takie jak kwestionariusze, inwentarze czy skale szacunkowe. Te ostatnie dostarczają ocen zgodności z normami kulturowymi, czyli określają stopień prawidłowości w realizowaniu przez nią kulturowo narzuconych zadań, lecz niewiele mówią o samej jednostce. Metody projekcyjne natomiast nastawione są na jednostkę jako jedyną w swoim rodzaju, niepowtarzalną osobowość (Stasiakiewicz, Szustrowa (red.), 1989, s. 12).

ZASTOSOWANIE KOLĘD I PASTORAŁEK W MUZYKOTERAPII SENIORÓW

Współautor niniejszego artykułu prowadził cykl grupowych sesji muzykoterapeutycznych dla seniorów w ramach projektu poradnictwa specjalistycznego oraz działania animacyjnego i szkoleniowego *Aktywni Seniorzy w Gminie Kaźmierz!*. Podczas tych warsztatów przedstawiony został szereg metod i technik muzykoterapeutycznych, pośród których znalazły się również elementy śpiewoterapii. Z inicjatywy uczestników warsztatów w okresie okołoświątecznym w repertuarze pojawiły się kolędy i pastorałki. W grudniu oraz styczniu zdominowały one zajęcia. Te „kolędowe” spotkania pozwoliły na realizację licznych celów, jak również przyczyniły się do zmiany dynamiki grupy.

Tym, co zwracało szczególną uwagę, był fakt, że osoby do tej pory mniej aktywne przy repertuarze kolędowo-pastorałkowym zaczęły włączać się aktywnie zarówno w śpiew, jak i w akompaniowanie na instrumentach perkusyjnych. Znane utwory, niosące ze sobą zazwyczaj pozytywne skojarzenia, powodowały, że aktywność tych osób znacząco się rozwinęła – i to właściwie natychmiast. Takiego efektu nie udało się osiągnąć żadnymi wcześniej proponowanymi piosenkami. Warto przy tym zaznaczyć, że wcześniej propozycje utworów przeznaczonych do

wykonania podczas warsztatów również wychodziły głównie od uczestników, jednak były to przeważnie utwory znane tylko mniejszej lub większej części seniorów uczestniczących w sesjach, podczas gdy kolędy i pastoralki znali wszyscy. Co znamienne, w grupie znajdowały się osoby znacznie różniące się od siebie wiekiem (przedział od 60 do ponad 90 lat), a co za tym idzie, piosenki znane młodszym seniorom były mniej znane starszym uczestnikom i odwrotnie. W tej sytuacji powracanie do czasów młodości poprzez muzykę opierało się na różnym materiale muzycznym w zależności od wieku. W odniesieniu do kolęd i pastorałek rzecz miała się o tyle inaczej, że były one znane wszystkim osobom biorącym udział w sesjach, niezależnie od wieku uczestników, a to zaowocowało wyraźnym wzrostem aktywności. Co więcej, efekt ten miał charakter trwały, jako że mniej aktywni uczestnicy po zakończeniu okresu kolędowego przejawiali większą aktywność podczas dalszych sesji niż przed śpiewaniem kolęd. Dodatkowo aktywność tych osób rozszerzyła się także na inne formy muzykoterapeutyczne niż śpiewoterapia.

Poprzez wspólne śpiewanie kolęd uczestnicy mieli okazję również poćwiczyć funkcje poznawcze, jako że z założenia utwory te wykonywane były z pamięci. Wspólne przypominanie sobie tekstu otwierało pole do dyskusji na temat np. kolejności następujących po sobie zwrotek. Takie sięganie do pamięci długotrwałej jest doświadczeniem bezcennym w każdej grupie wiekowej, jednak w przypadku seniorów ma znaczenie szczególne, ponieważ w tym właśnie okresie życia funkcje poznawcze są z jednej strony najbardziej naruszone przez procesy degeneracyjne, a z drugiej strony w najmniejszym stopniu poddawane treningowi.

Ciekawym wątkiem był również wątek pozamuzyczny – podczas sesji kolędowych uczestnicy wspominali swoje doświadczenia związane ze świętami, co nierzadko prowadziło do dyskusji na temat mikroróżnic w tradycjach obchodzenia świąt, jak również skłaniało do ekspresji emocji z nimi związanych, a nawet do bezpośredniego dzielenia się doświadczeniami i przepisami kulinarnymi.

BIBLIOGRAFIA

- Adamowski, J. (2005). Z teorii. O typach i odmianach gatunkowych kolęd polskich. *Gadki z Chatki*, 60/61. Pobrane z:
http://web.archive.org/web/20100520031407/http://www.gadki.lublin.pl/gadki/arttykul.php?nr_art=924.
- Bateson, G. (1996). *Umysł i przyroda: jedność konieczna*. Warszawa: PIW.
- Cylulko, P. (1998). *Muzykoterapia w rehabilitacji ruchowej dzieci niewidomych i słabowidzących*. Warszawa: Uppszechnianie Nauki-Oświata „UN-O”.
- Dudek, Z.W. (1998). Katharis a transformacje libido. *ALBO albo*, 3, 17–24.

- Gawain, S. (2001). *Twórcza wizualizacja. Jak wykorzystać moc wyobraźni, aby zmienić marzenia w rzeczywistość*. Warszawa: Medium.
- Górska, L. (b.r.). *Koledować małemu*. Pobrane z: www.tibidomine.uni.torun.pl.
- Lewandowska, K. (2001). *Muzykoterapia dziecięca. Zbiór rozpraw z psychologii muzycznej dziecka i muzykoterapii dziecięcej*. Gdańsk: OPTIMA.
- Lorek, A. (2004). *Zajęcia muzyczne z dziećmi dyslektycznymi i dysgraficznymi w Młodzieżowym Domu Kultury*. Pobrane z: <http://www.edu.com.pl/artykuly/d25.php>.
- Lowen, A. (1990). *Duchowość ciała*, Warszawa: Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza.
- Mazurkiewicz, R. (b.r.). *Z dziejów polskiej koledy*. Pobrane z: <http://www.staropolska.pl/barok/opracowania/koledy.html>.
- Metera, A. (2006). *Muzykoterapia. Muzyka w medycynie i edukacji*. Leszno: Metronom.
- Natanson, T. (1992). *Programowanie muzyki terapeutycznej. Zarys podstaw teoretycznych*. Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu.
- Reber, A. (2000). *Słownik psychologii*. Warszawa: Scholar.
- Siek, S. (2006). *Autopsychoterapia*. Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej.
- Sobol, E. (red.) (1994). *Mały słownik języka polskiego*. Warszawa: PWN.
- Stachyra, K. (2009). *Muzykoterapia i wizualizacja w rozwijaniu kompetencji emocjonalnych pedagogów*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Stasiakiewicz, M., Szustrowa, T. (red.) (1989). *Wybrane zagadnienia testów projekcyjnych*. Warszawa: Laboratorium Technik Diagnostycznych PTP i UW.
- Strzelecki, W. (2017). Podział muzykoterapii. W: M. Cyłkowska-Nowak, W. Strzelecki (red.), *Muzykoterapia. Między wglądem a inkluzją* (s. 53–77). Toruń: Adam Marszałek.
- Walentyłowicz, W., Stokłosa, Z. (b.r.). *Przy wigilijnym stole*. Pobrane z: www.opoka.org.pl.

Sprawozdanie z Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Innowacje w terapii zajęciowej. Dostępność jako przestrzeń współpracy interdyscyplinarnej i interprofesjonalnej”

Dominika Dopierała

Fundacja Nordoff Robbins Polska

W dniach 3 i 4 marca na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu odbyła się 3. Międzynarodowa Konferencja *Innowacje w terapii zajęciowej. Dostępność jako przestrzeń współpracy interdyscyplinarnej i interprofesjonalnej*. Jej organizatorami były: Pracownia Terapii Zajęciowej Katedry Geriatrii i Gerontologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra Meblarstwa Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu oraz Katedra Projektowania Uniwersytetu SWPS. Konferencja odbyła się w ramach projektu BaltSe@nioR 2.0 współfinansowanego z funduszy Unii Europejskiej (Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego) w ramach programu INTERREG Baltic Sea Region.

Szczególnie interesującymi punktami programu z perspektywy arteterapii i muzykoterapii były trzy wydarzenia: koncert zespołu muzykoterapeutycznego Siły Specjalne, sesja pt. *Kreatywność i społeczna inkluzja* oraz warsztaty prof. Roberta Bartela *Arteterapia oparta na uważności*.

KONCERT ZESPOŁU SIŁY SPECJALNE

Zespół powstał w 2018 r. w ramach działalności Fundacji Nordoff Robbins Polska. Grupa składa się z muzyków i terapeutów z wieloletnim doświadczeniem muzycznym, a także z osób, których początek rozwoju artystycznego zaczął się wraz z przystąpieniem do zespołu. W skład Sił Specjalnych wchodzi osoby w różnym wieku – od ośmiolatki począwszy, na siedemdziesięciolatku skończywszy – w tym osoby bezdomne i z niepełnosprawnościami. Zespół występuje na ulicach Poznania, zapraszając do gry i śpiewu chętnych przechodniów. Podczas interaktywnego koncertu Siły Specjalne poszerzyły swoje szeregi o liczną grupę uczestników konferencji, którzy z dużym entuzjazmem włączyli się do wspólnej gry na instrumentach oraz śpiewu znanych polskich piosenek. Jako że gośćmi konferencji były również osoby z uszkodzeniem słuchu oraz prelegenci z zagranicy, w repertuarze Sił znalazła się także aranżacja w języku migowym oraz piosenka *We Are the World*. W trakcie gry zespołowej uczestnicy wydarzenia zapoznali się z nurtem muzykoterapii społecznościowej. Jej celem jest aktywizacja

osób na co dzień mało obecnych w życiu kulturalnym, a także integracja różnorodnych grup społecznych podczas wspólnego muzykowania. To praca zarówno na poziomie indywidualnym, jak i społecznym. Członkowie Sił Specjalnych wraz z dołączającą do zespołu publiką mieli okazję się przekonać, że członkiem zespołu muzycznego może zostać każdy – niezależnie od doświadczenia muzycznego, życiowego czy poziomu sprawności.

SESJA *KREATYWNOŚĆ I SPOŁECZNA INKLUZJA*

Podczas wystąpienia na temat kreatywnych metod pracy w arteterapii Julia Bartosik i Małgorzata Kunikowska przedstawiły przykłady pracy osadzonej w nurcie psychologii humanistycznej. W prezentacji znaczenie słowa „twórczość” nie odnosiło się jedynie do aktywności artystycznej człowieka, a do jego osobistego rozwoju – aktywnej postawy wobec życia. Arteterapię przedstawiono jako formę wspierania rozwoju człowieka, której podstawowym założeniem jest stworzenie uczestnikom sesji odpowiednich warunków do indywidualnej ekspresji. Autorki podkreślały znaczenie budowania w toku terapii „twórczej atmosfery”. Jej podstawą są: poczucie bezpieczeństwa, akceptacji, szacunku, a także stymulacja kreatywności uczestników zajęć. W takim otoczeniu tworzone prace pozwalają spojrzeć na samego siebie z nowej perspektywy – rzucają nowe światło na własne możliwości i potrzeby.

Temat kreatywności w procesie rehabilitacji psychiatrycznej przedstawiony został przez Aleksandrę Chmielnicką-Plaskotę, Zuzannę Dylewską i Radosławę Kompowską-Marek. Głównymi celami pracy z pacjentami zmagającymi się z depresją, chorobą afektywną dwubiegunową oraz fobiami społecznymi były: samopoznanie, samoakceptacja i nawiązywanie relacji społecznych. Omawiając krótkie studia przypadków, autorki zwróciły szczególną uwagę na konieczność kształtowania terapii w zakresie, który wyznacza uczestnik sesji, i w tempie, na które jest gotowy.

Prof. Robert Bartel z Uniwersytetu Artystycznego w Poznaniu zaprezentował przykłady arteterapii z młodzieżą i dorosłymi. W pracy z osobami w kryzysie zdrowia psychicznego jednym z celów było oderwanie się od szpitalnej rzeczywistości skupiającej się na eliminowaniu choroby. Główny nacisk kładziono na poszukiwanie i wzmacnianie zasobów pacjentów: ich wrażliwości, sprawczości, podmiotowości, poczucia wolności i osobistej wartości. Istotną częścią sesji było także omawianie prac poszczególnych uczestników. Interpretacje przedstawione przez pozostałych członków grupy terapeutycznej – nawet jeśli sprzeczne – były swojego rodzaju dopełnieniem twórczego doświadczenia autorów. Dyskusja na temat prac umożliwiła przedstawienie subiektywnych wrażeń uczestników na forum grupy, gdyż według prof. Bartela „doświadczenie cierpienia ujawnia pytania i odpowiedzi wspólne dla wszystkich ludzi”.

Dominika Dopierała i Wojciech Strzelecki przybliżyli słuchaczom ideę muzykoterapii społecznościowej. Nagrania i zdjęcia z sesji przedstawiały plenerowe wydarzenia muzyczne, podczas których uczestnicy włączali się do wspólnej gry i śpiewu. Sesje i koncerty odbywały się w przestrzeni publicznej Poznania, w wielkopolskich miejscowościach i parkach. Do gry zapraszano muzyków, osoby z niepełnosprawnościami, wolontariuszy oraz chętnych przechodniów. W takim ujęciu terapii „klientem” staje się całe społeczeństwo, a celem – integracja jego członków. Terapia społecznościowa nie jest nastawiona na poprawę stanu zdrowia czy sytuacji życiowej uczestników sesji. Celem muzycznej pracy społecznej jest budowanie w grających poczucia wspólnoty i tym samym wzbudzenie w nich odpowiedzialności za środowisko, które wspólnie tworzą.

Statystyki dotyczące dostępności edukacji i wydarzeń kulturalnych dla osób starszych przedstawiła Michalina Radzińska. Wyniki pomiarów motywują do podjęcia działalności na rzecz aktywizacji tej grupy społecznej. Z 9 mln populacji seniorów (60+) 98% potwierdza, że regularnie ogląda telewizję, 20% wybiera się co najmniej raz w miesiącu do kina, a 6% bierze udział w wydarzeniach w filharmonii. Autorka podkreślała, że niewielka część respondentów jako powód małej aktywności podaje swoją ograniczoną mobilność. Zwróciła uwagę na szczególną rolę arteterapeutów w upowszechnianiu wydarzeń kulturalnych i dostosowaniu ich do potrzeb, możliwości i preferencji mało aktywnych seniorów.

Małgorzata Stańczyk zaprezentowała wyniki zespołowych badań na temat muzykoterapii receptywnej w trakcie leczenia nowotworowego. Głównym przedmiotem badania był wpływ muzyki relaksacyjnej na stan emocjonalny 100 pacjentek w wieku od 20 do 64 lat leczonych z powodu nowotworu piersi. Podczas programowania słuchanej muzyki uwzględniono preferencje muzyczne uczestniczek badania. Na podstawie ankiet wykazano, że grupowa muzykoterapia receptywna przyczynia się do poprawy nastroju, zmniejszenia bólu, relaksacji i uspokojenia, a dodatkowo do pobudzenia wyobraźni i wzrostu motywacji.

W ostatnim wystąpieniu sesyjnym pt. *Dodając życia do dni* Małgorzata Kudła przedstawiła metody terapii zwiększające zaangażowanie seniorów z demencją – mieszkańców środowiskowego domu samopomocy. W ośrodku zaobserwowano niskie zaangażowanie mieszkańców w aktywności dnia codziennego, a także trudności z dostosowaniem tematyki zajęć do różnorodnych preferencji seniorów. Wprowadzono więc zajęcia z elementami folkloru oraz lasoterapii ze sztuką oddychania, które spotkały się z dużym zainteresowaniem uczestników. Wspólnie z lokalnym nadleśnictwem stworzono sześć tras spacerowych dla seniorów. Zorganizowano cykl spacerów informacyjnych z nadleśniczym. Istotnym elementem zajęć było także włączenie do aktywnego udziału pracowników ośrodka. Asystenci zaobserwowali

pozytywny wpływ aktywności na swój poziom energii. Nowy cykl zajęć stał się tym samym okazją do integracji społeczności domu.

WARSZTATY ARTETERAPIA OPARTA NA UWAŻNOŚCI

Podczas warsztatów prof. Robert Bartel przedstawił syntezę elementów medytacji i arteterapii. We wprowadzeniu do uważnego malowania opowiedział o własnych doświadczeniach medytacji jako praktyki uważności i obserwacji zmiennych doznań emocjonalno-fizycznych. Przeprowadził uczestników przez krótką sesję medytacyjną, która miała być wstępem do dalszej części warsztatu – malowania i zobrazowania własnych wrażeń. Skupiając się na jakości i tempie własnego niewymuszonego oddechu, uczestnicy mogli przyglądać się doznaniom w swoim ciele, a także myślom i emocjom, które im towarzyszyły. Prowadzący zwrócił uwagę na nieprzywiązywanie się do zaobserwowanych wrażeń, które – „tak, jak płynące po niebie chmury” – są ze swojej natury zmiennie i ulotne. Po kilkuminutowej medytacji i skanowaniu ciała w poszukiwaniu doznań uczestnicy zostali zaproszeni do zobrazowania swojego doświadczenia na kartce papieru za pomocą różnych materiałów malarskich. Prof. Bartel podkreślał, że sam akt malowania może być przedłużeniem medytacji. Sugerował skierować uwagę na zapach materiałów malarskich, ich fakturę, wrażenia, jakie wywołuje ich dotyk, oraz dźwięki, które wydają podczas malowania. Również te doznania mogły zostać ujęte w obrazie. Prowadzący podkreślał, że celem malowania nie jest stworzenie dzieła „pięknego”. Zachęcał, żeby skupić się na autentyczności i wiernym oddaniu własnego doświadczenia medytacji.

Podczas warsztatów padło pytanie o rolę arteterapii w procesie medytacji: czy proces malowania nie odwraca uwagi od oddechu i doznań emocjonalno-fizycznych, które uczestnicy mieli obserwować. Odpowiedzi jest zapewne tyle, ilu uczestników. Na podstawie osobistego doświadczenia mogę jednak stwierdzić, że malowanie i omówienie pracy było swojego rodzaju dopełnieniem i wzmocnieniem samoobserwacji podczas medytacji.