



# POLSKIE PISMO MUZYKOTERAPEUTYCZNE

nr 5(2018)

Redaktor naczelna:

Ludwika Konieczna-Nowak

Rada naukowa:

Krzysztof Stachyra

Katarzyna Turek

Anna Bukowska

Łucja Bieleninik

Wojciech Strzelecki

Dominika Dopierała

Recenzenci numeru 5 – 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](mailto:muzykoterapia.katowice@wp.pl)

## Spis treści

---

Dębicka opera amatorska w perspektywie muzykoterapii społecznościowej – Dorota Szczerbik .....	4
Działania muzykoterapeutyczne w obszarze neonatologii – Marta Naumiuk .....	35
Znaczenie Ja cielesnego dla skuteczności terapii poprzez taniec u młodych kobiet. Doniesienia wstępne – Katarzyna Turek, Iwona Krzewska.....	53

## Dębicka opera amatorska w perspektywie muzykoterapii społecznościowej<sup>1</sup>

---

**Dorota Szczerbik**

Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego w Katowicach

### Streszczenie

Celem niniejszego artykułu jest przybliżenie idei muzykoterapii społecznościowej wraz z zaprezentowaniem przykładowego projektu wpisującego się w ten rodzaj działania terapeutycznego. Punkt wyjścia stanowi krótki przegląd najważniejszych aspektów muzykoterapii społecznościowej. Ze względu na specyfikę tego nurtu, który opiera się bardziej na całościowym sposobie myślenia o człowieku niż na odgórnie ustalonej procedurze działania, w artykule zrezygnowano z opisu głównych technik czy narzędzi wykorzystywanych w procesie terapeutycznym. Takie podejście pozostawia wiele przestrzeni do interpretacji, co ilustruje opisany projekt. Motorem przedsięwzięcia była pasja i miłość do muzyki, zwłaszcza do opery, ale w zamierzeniu nie wiązało się ono z prowadzeniem procesu terapeutycznego. Mimo to z powodzeniem można uznać projekt za realizację muzykoterapii społecznościowej, co świadczy o swego rodzaju intuicyjności działania w duchu tej koncepcji.

**Słowa kluczowe:** muzyka, społeczność, muzykoterapia społecznościowa, opera amatorska

### Wprowadzenie

---

Muzykoterapia to dziedzina naukowa czerpiąca z osiągnięć wielu innych specjalności. Ponadto jest bezpośrednio związana z życiem człowieka, a co za tym idzie, z wszystkimi jego aspektami – od biologicznych po środowiskowe. Koncepcja muzykoterapii społecznościowej idzie o krok dalej, ponieważ bierze pod uwagę czynniki życiowe nie tylko pojedynczej jednostki, ale także całego środowiska, które ma na nią bezpośredni lub pośredni wpływ. Przy założeniu, że wszystkie sytuacje życiowe, zarówno te krótko-, jak i długotrwałe, nie pozostają bez wpływu na nasze życie, istotne jest, aby otaczać się mądrymi i inspirującymi ludźmi, którzy swoim działaniem zachęcają nas do samorealizacji oraz rozwoju osobistego.

---

<sup>1</sup> Na treść artykułu składają się fragmenty pracy dyplomowej autorki.

Przykładem stworzenia takiego środowiska jest projekt dębickiej opery amatorskiej, od wielu lat zrzeszający grono ludzi, którym przyświeca aktywne wykorzystanie dorobku muzycznego, jakim są dzieła operowe. Co istotne, korzyści z tej inicjatywy czerpią nie tylko wykonawcy, ale także cała sieć społeczna. Muzyka pełni w projekcie jednocześnie funkcję integrującą i terapeutyczną, a tym samym realizuje założenia muzykoterapii społecznościowej.

Artykuł składa się z trzech głównych części. W pierwszej czytelnik może zapoznać się z najważniejszymi pojęciami związanymi z muzykoterapią społecznościową, a także poznać jej rys historyczny oraz próby zdefiniowania tego rodzaju działania terapeutycznego. Druga część przybliży sam proces badawczy: przedstawia dobór metody, przedmiot i cel badania, problem badawczy oraz sposób pozyskiwania i analizy danych. Ostatnia część stanowi opis przeprowadzonego badania, a także prezentuje odpowiedzi na postawione pytania badawcze. W tej części po wstępnym opisanii historii projektu dębickiej opery amatorskiej przywołano opinie i wypowiedzi jego uczestników uzyskane w komunikacji osobistej (w formie wywiadów), a następnie przedstawiono wnioski ukazujące, w jaki sposób projekt realizuje koncepcję muzykoterapii społecznościowej.

## Muzykoterapia społecznościowa w świetle literatury przedmiotowej

---

### Istota i zakres muzykoterapii społecznościowej

---

Muzyka może być używana jako narzędzie sprzyjające umacnianiu ludzkiego dobrostanu zarówno fizycznego, psychicznego, jak i emocjonalnego. Muzyka towarzyszy społeczeństwu niemal od początku jego wykształcenia się i odgrywa w nim rolę kulturotwórczą, choć w każdej społeczności ujawnia się to w sposób odmienny i dla niej specyficzny. Muzykoterapia społecznościowa (ang. *Community Music Therapy*) stanowi koncepcję pracy w społeczności przy użyciu muzyki, bez opierania się na ściśle określonym modelu czy technice. Jej podstawowym założeniem jest wyjście poza środowisko medyczne czy edukacyjne, w zależności od okoliczności oraz samej społeczności, w której odbywa się proces terapeutyczny. Tym samym podejście odchodzi od perspektywy medycznej czy wręcz wyłącznie teoretycznej na rzecz spojrzenia na społeczność w szerszym, socjologicznym kontekście. Ów kontekst zakłada oddziaływanie relacji środowiskowych na człowieka – od podstawowych relacji rodzinnych, przez środowisko szkolne/pracownicze po narodowe (kontekst kulturowy danego kraju).

Termin *muzykoterapia społecznościowa* jest używany od wielu lat i określa zarówno miejsce działania terapeutycznego (pozainstytucjonalne), jak i rodzaj pracy (grupowy). Na tym jednak jego ścisłość się kończy, charakter pracy jest bowiem zróżnicowany, a dobór uczestników procesu

terapeutycznego nie opiera się na ściśle określonych kryteriach. Podejście społecznościowe zakłada integrację różnych grup i uwzględnia różne okoliczności życia codziennego. To nastawienie na codzienność jest dość istotne, gdyż terapeuci promujący idee społecznościowe stawiają sobie za cel m.in. osadzenie działań terapeutycznych w naturalnym środowisku oraz oparcie ich na rutynowych i rytualnych czynnościach podejmowanych każdego dnia.

Kluczową kwestią dla rozwoju muzykoterapii społecznościowej jest wiedza o wartości relacji i powiązań między ludźmi – nie tylko w małych środowiskach (np. rodzinnych), ale także w szerszym kontekście kulturowym. Działanie w duchu muzykoterapii społecznościowej zakłada eksplorację wyciszonego głosu (w znaczeniu metaforycznym) różnych indywidualnych doświadczeń i wprowadzenie go w szerszy kontekst społeczny, kulturowy i interpersonalny. Nie jest to spowodowane jedynie interwencją terapeutyczną – to bardziej próba wypracowania równowagi pomiędzy poczuciem wolności i przynależności (Stige, Aarø, 2012, s. 5).

Brynjulf Stige w swojej pracy *Culture-Centered Music Therapy* (2002) podkreśla rolę pracy zarówno ze społecznościami, jak i w dążeniu do tworzenia społeczności. Akcentuje brak ograniczenia w odniesieniu do miejsca (nie wyklucza również konkretnych instytucji). Nie widzi konieczności angażowania w proces czy wydarzenie terapeutyczne dużej liczby uczestników, za to koncentruje się na społeczno-ekologicznym duchu tego działania we wszystkich jego płaszczyznach (za: Procter, 2012, s. 180). Tak to podejście opisuje Simon Procter:

Muzykoterapia społecznościowa oznacza również przyzwolenie na społeczny wymiar muzyki i muzykowania oraz dopuszcza, że muzykoterapia odbywa się stosownie do potrzeb danej sytuacji, a także potrzeb oraz wymagań tych, którzy tę społeczność tworzą (Procter, 2012, s. 180).

Muzykoterapię społecznościową można postrzegać na wielu płaszczyznach – Stige, Ansdell, Elefant i Pavlicevic (2010) po przeanalizowaniu ośmiu badań z czterech różnych krajów sformułowali zestaw kluczowych dla niej określeń:

1. Uczestnictwo – cecha ta odwołuje się do możliwości, jakie daje proces terapeutyczny w zakresie indywidualnego oraz społecznego uczestnictwa, tego, jak jest ono oceniane oraz w jaki sposób wspierana jest współpraca pomiędzy uczestnikami. Takie podejście sprzyja wysłuchaniu opinii wszystkich uczestników oraz dopuszczeniu wielu zmian wśród liderów grupy podczas całego procesu terapeutycznego.
2. Zorientowanie na zasoby – koncentruje się na mobilizacji personalnych atutów, które są wykorzystywane w społecznym i kulturowym kontekście. W przypadku muzykoterapii mogą to być muzyczne zdolności i umiejętności, ale również umiejętność nawiązywania

relacji międzyludzkich opartych na zaufaniu i wsparciu emocjonalnym, a także wykorzystywanie muzycznych tradycji.

3. Perspektywa ekologiczna – wiąże się z wzajemnymi relacjami pomiędzy jednostką, grupą i sieciami społecznymi. Idee społecznościowe zakładają, że każde ludzkie działanie ma pośredni lub bezpośredni wpływ na środowisko.
4. Perspektywa performatywna – koncentruje się na rozwoju człowieka poprzez działanie oraz na przedstawianiu relacji pomiędzy ludźmi w aspekcie ekologicznym: przede wszystkim na promocji zdrowia oraz zapobieganiu problemom.
5. Perspektywa aktywna – zakłada, że ludzkie problemy są powiązane z barierami społecznymi, takimi jak nierówny dostęp do zasobów. Ponadto wyzwala dążenie do przeciwdziałania tym barierom we współpracy z terapeutą i innymi uczestnikami procesu terapeutycznego.
6. Perspektywa refleksyjna – odnosi się do prób zrozumienia różnorodnych reakcji uczestników wyzwolonych podczas procesu terapeutycznego. Takie podejście implikuje indywidualny proces formułowania wniosków, a także możliwość zrozumienia sytuacji na drodze wzajemnych oddziaływań i podejmowanych interakcji.
7. Perspektywa etyczna – odnosi się do zasad etycznych i moralnych, na których oparte są teoria, praktyka i badania prowadzone w duchu muzykoterapii społecznościowej. Podstawę procesu terapeutycznego stanowią chęć, społeczność i muzyka, a działania terapeutyczne powinny opierać się na takich wartościach, jak wolność, szacunek, solidarność i równość (za: Stige, Aarø, 2012, s. 18–24).

Głównym założeniem muzykoterapii społecznościowej jest postrzeganie zarówno zdrowia, jak i muzyki w kontekście społecznym – wykonanie i recepcja muzyki mają zazwyczaj charakter grupowy. Kontekst danej muzyki, czy to wykonywanej, czy słuchanej, również najczęściej dotyczy kwestii społecznych – skojarzenia osób, miejsc i wydarzeń z muzyką. Choć są indywidualne, wiążą się z jakąś społecznością, nawet jeśli nie jest to związek bezpośredni z ludźmi, którzy nas w danym momencie otaczają. Ponadto na odbiór muzyki (smutna, wesola, nostalgiczna, taneczna) ogromny wpływ mają kultura i środowisko, w którym wzrastaliśmy, w związku z czym odbiór muzyki odbywa się także w płaszczyźnie całego społeczeństwa, nawet jeśli słuchamy jej samotnie bądź wykonujemy ją bez udziału innych osób (Procter, 2012, s. 185).

Muzykoterapia społecznościowa nie zawsze musi oznaczać działania grupowe – czasem terapia obejmuje także działanie indywidualne, którego celem jest lub powinno być wprowadzenie osiągnięć terapii indywidualnej do życia grupy. Socjologia kulturowa zakłada, iż

większość z nas posiada odpowiednie „narzędzia” do wystarczającej interakcji z innymi ludźmi, umożliwiające nam funkcjonowanie w życiu codziennym, budowanie zdrowych i satysfakcjonujących relacji z innymi członkami naszej społeczności, a tym samym do osiągnięcia poczucia dobrostanu (Procter, 2012, s. 186).

W tym świetle zadaniem muzykoterapeutów społecznościowych może być odzyskanie prawa do muzyki, a w praktyce – odzyskanie narzędzi wspomagających nawiązywanie i budowanie relacji międzyludzkich.

### Muzykoterapia społecznościowa – definicja

---

Trudno o jednoznaczną definicję muzykoterapii społecznościowej. Człon *terapia* sugeruje proces rozciągnięty w czasie, mający na celu uzyskanie określonych efektów, uzależnionych od sytuacji, w jakiej znajduje się klient lub grupa klientów. W przypadku muzykoterapii społecznościowej mamy do czynienia z postrzeganiem terapii bardziej jako ochrony i opieki grupy społecznej niż jako tradycyjnie rozumianego leczenia. Ochrona czy opieka sugeruje również, że mamy do czynienia z aktywnościami życia codziennego.

Również drugi człon nazwy tego nurtu stwarza pewne trudności definicyjne. Społeczność bowiem może być rozumiana jako środowisko rodzinne, lokalne czy sąsiedzkie, jak również w szerszym kontekście kulturowym. Ponadto niekoniecznie jest ona stała czy odgórnie ukonstytuowana – może pojawić się w ramach podejmowanych aktywności życia codziennego, w których uczestniczymy w różny sposób w zależności od tego, jak odbieramy relacje pomiędzy własną projekcją a kontekstem kulturowym danej społeczności. Społeczność jest też mocno zakorzeniona, ale może podlegać zmianom spowodowanym przez inne systemy społeczne i kulturalne oraz sama na te systemy wpływać (Stige, Aarø, 2012, s. 14–15).

Definicja muzykoterapii społecznościowej zależy również od definicji samej muzykoterapii. W aspekcie społecznościowym warto zwrócić uwagę na definicję muzykoterapii zaproponowaną przez Evena Ruuda (1980) skoncentrowaną na zasobach i możliwościach działania, które są zależne nie tylko od indywidualnych predyspozycji jednostki, ale także od barier wynikających ze struktury społeczeństwa. Ten rodzaj myślenia z pewnością wpisuje się w społeczny kontekst działalności muzykoterapeutycznej (za: Stige, Aarø, 2012, s. 15).

Ze względu na charakter działań muzykoterapeutycznych proponowanych w ramach muzykoterapii społecznościowej trudno jest o jednoznaczny opis działań terapeutycznych, a także o ustalenie konkretnych i uniwersalnych standardów badawczych. Definicja takich działań podlega wielu modyfikacjom w zależności od projektu realizowanego w ramach pracy muzykoterapeutycznej. Gary Ansdell proponuje następującą definicję:



Muzykoterapia społecznościowa to podejście do pracy muzycznej z ludźmi w określonym kontekście: uznającym czynniki społeczne i kulturowe w ich zdrowiu, chorobach, relacjach i muzyce. Odzwierciedla ona zasadniczo wspólną rzeczywistość muzykowania i jest odpowiedzią zarówno na zbyt indywidualne modele leczenia, jak i na izolację często doświadczaną przez ludzi w społeczeństwie.

W praktyce muzykoterapia społecznościowa zachęca muzykoterapeutów do myślenia o swojej pracy jako kontinuum od jednostki do wspólnoty. Celem jest pomoc klientom w dostępie do różnorodności muzycznych sytuacji, towarzyszenie im w podróży między „terapią” a szerszym, społecznym kontekstem muzykowania.

Dlatego muzykoterapia społecznościowa rozszerza role, cele i możliwe miejsca pracy muzykoterapeutów, a nie tylko odnosi się do przenoszenia konwencjonalnych metod muzykoterapii w nowe miejsca. Będzie to wymagało ponownego przemyślenia nie tylko relacji między indywidualnością a społecznością, ale również wzięcia pod uwagę, jak fizyczne środowiska, preferencje klienta i konteksty kulturowe formują dzieło.

Muzykoterapia społecznościowa ma na celu rozwój teorii zgodny z jej punktem postrzegania muzykowania jako zaangażowania społecznego i kulturowego, a także jako naturalnego środka promocji zdrowia (za: Procter, 2012, s. 183).

Podobne stanowisko w sprawie rozumienia muzykoterapii społecznościowej zajął Kenneth Bruscia (1998):

W muzykoterapii społecznościowej terapeuta pracuje z klientami w modelu tradycyjnym indywidualnym lub grupowym, jednocześnie pracując ze społecznością. Celem tego jest przygotowanie klienta do przyjęcia roli w społeczeństwie, a co za tym idzie, do stania się cenionym członkiem tej społeczności, jak również przygotowanie tej społeczności do akceptacji klientów przez wsparcie jej członków w zrozumieniu klientów i współdziałaniu z nimi [tłum. własne] (za: Stige, Aarø, 2012, s. 15).

Takie ujęcie koncentruje się na lokalnych społecznościach, podczas gdy współczesna muzykoterapia społecznościowa obejmuje wiele różnych praktyk i kontekstów społecznych. Stige (2003) definiuje muzykoterapię na trzech poziomach:

Muzykoterapia społecznościowa jako obszar profesjonalnej praktyki jest usytuowanym w społeczeństwie zdrowotnym muzykowaniem w postaci zaplanowanego procesu współpracy pomiędzy klientem a terapeutą, ze szczególną koncentracją na wspieraniu socjokulturowej i społecznej zmiany przez partycypujące podejście, w którym muzyka jest

używana w nieklinicznych modelach jako ekologia lub wykorzystywana do odgrywania relacji międzyludzkich.

Muzykoterapia społecznościowa jako wylaniająca się subdyscyplina jest badaniem i poznawaniem związków pomiędzy muzyką a zdrowiem, gdyż rozwijają się one przez interakcje pomiędzy ludźmi a społecznościami, do których należą.

Muzykoterapia społecznościowa jako wylaniająca się profesjonalna specjalność jest społecznością badaczy-praktyków z wykształceniem i wiedzą kwalifikującą ich do obrania aktywnej roli muzycznej i społecznej w społeczności, ze szczególną koncentracją na wspieraniu i promowaniu sprawiedliwości, równej dystrybucji zasobów, jak również warunków do prozdrowotnego, socjokulturowego współdziałania [tłum. własne] (za: Stige, Aarø, 2012, s. 15–16).

Każda z przytoczonych wyżej definicji koncentruje się na bezpośrednim wykorzystaniu muzyki w celach bardziej prozdrowotnych niż leczniczych w służbie całej społeczności i jej poszczególnych jednostek.

### Muzykoterapia społecznościowa w perspektywie historycznej

---

Muzykoterapia jako dziedzina naukowa została zapoczątkowana w latach 40. ubiegłego wieku w Stanach Zjednoczonych. Najistotniejszymi aspektami terapeutycznymi poddawany analizie i naukowej penetracji były wówczas kwestie medyczne. Z czasem do głosu doszły idee behawioralne. W Stanach Zjednoczonych zaczęto postrzegać terapię w szerszym kontekście, biorąc pod uwagę fakt, że jako jednostki nigdy nie jesteśmy niezależnymi bytami. Jedną z pionierek muzykoterapii społecznościowej jest Florence Tyson, która opublikowała szereg artykułów na temat dostosowania praktyki klinicznej od sytuacji społecznej (Stige, Aarø, 2002, s. 34).

Myślenie w kontekście społecznościowym można także odnaleźć w początkach muzykoterapii brytyjskiej. Juliette Alvin podkreślała znaczenie wzrostu możliwości uczestnictwa w społeczności przez klienta i starała się je zwiększać w czasie procesu indywidualnego. Przywiązywała także dużą wagę do kontekstu kulturowego oraz tradycji, w kręgu których jednostka jest wychowywana, zakładając, że próba odcięcia się od nich lub ich lekceważenie utrudniają osiągnięcie celu terapeutycznego. Widziała w muzykoterapeucie pracownika socjalnego, którego narzędziem jest muzyka (Stige, Aarø, 2012, s. 35–36).

Inną przedstawicielką brytyjskiej muzykoterapii, której praktyka znamionuje myślenie społecznościowe, jest Mary Priestley. Priestley prowadziła terapię, opierając się na modelu analitycznym, którego podstawą były założenia psychoanalityczne, ale w jej interpretacji procesu

terapeutycznego ujawnia się postrzeganie jednostki w kontekście struktury społecznej. Sugerowała, że muzyka oferuje możliwość bycia członkiem grupy, co jest dla jednostki doświadczeniem terapeutycznym (Stige, Aarø, 2012, s. 36).

Także muzykoterapia kreatywna, stworzona przez Paula Nordoffa oraz Clive'a Robbinsa, ma szereg wspólnych celów z muzykoterapią społecznościową. Model ten mocno podkreśla działanie samej muzyki, która jeśli jest wykorzystywana przez terapeutę w ukierunkowany sposób, może mieć terapeutyczne działanie dla klienta bądź klientów. I choć z początku praktyka założycieli muzykoterapii kreatywnej opierała się na działaniu indywidualnym, docelowo miało ono zostać przeniesione na grunt grupowy. Tę tendencję ilustrują projekty Nordoffa i Robbinsa realizowane podczas ich wspólnej działalności terapeutycznej – organizacja koncertów i występów, podczas których podopieczni mogli zaprezentować swoje umiejętności (Bryndal, Procter, 2012, s. 15).

Wczesne relacje z pracy Nordoffa i Robbinsa [...] pokazują bardzo wyraźnie, jak pracowali z dziećmi indywidualnie, gdy było to konieczne, ale sedno ich pracy polegało na ułatwieniu przejścia do pracy w grupie i udziału w występach. Używając nowoczesnej terminologii, można powiedzieć, że pracowali oni po to, aby wyposażyć swoich podopiecznych w muzyczno-społeczne narzędzia, niezbędne do autoprezentacji i osiągnięcia udanych i znaczących interakcji z innymi. [...] Socjologia muzyki oferuje koncepcję przystępności i adekwatności środków – przekonanie, że muzyka nie tylko „czyni” coś dla nas w sposób behawiorystyczny, ale raczej daje nam możliwości interakcji z nią i innymi osobami w określony sposób; jednak to od nas zależy, w jakim stopniu sięgamy po te możliwości (Procter, 2012, s. 187–188).

W niektórych krajach idee muzykoterapii społecznościowej są bardzo mocno zakorzenione i wynikają ze stosunku do edukacji oraz innych form społecznego działania ukierunkowanego. Tak jest w przypadku Norwegii, która słynie z holistycznego podejścia do człowieka na polu wychowawczym, edukacyjnym i terapeutycznym. Norweskiemu sposobowi myślenia są również bliskie idee ekologiczno-społeczne – system edukacji w tym kraju kładzie nacisk na rozwój człowieka w zgodzie z naturą, przywiązuje dużą wagę do wpajania wychowankom zasad ochrony środowiska oraz szacunku do przyrody i jej dóbr, z których korzystamy jako społeczeństwo. Z tego względu w Norwegii rozprzestrzenił się model muzykoterapii kreatywnej Nordoffa i Robbinsa.

Duży wkład w teoretyczne podwaliny muzykoterapii społecznościowej miała Carolyn Kenny – amerykańska muzykoterapeutka, która postrzegała muzykę jako narzędzie

prozdrowotnych funkcji systemu kulturowego. Twierdziła, że rolą procesu muzykoterapeutycznego jest zachęcanie ludzi do wzięcia odpowiedzialności za swoje życie i zdrowie oraz wspieranie ich w tych dążeniach (Stige, Aarø, 2012, s. 37).

Innym muzykoterapeutą, który w latach 80. ubiegłego stulecia rozwinął teoretyczne podstawy muzykoterapii społecznościowej, jest Norweg Even Ruud. Jego zdaniem żadne twierdzenia na temat ludzkości nie mogą być kompletne, dopóki nie zostaną uwzględnione aspekty biologiczne, psychologiczne i socjologiczne (Stige, Aarø, 2012, s. 38).

W miarę upływu czasu w muzykoterapii w ujęciu społeczno-kulturowym zaczęto wyróżniać dwie płaszczyzny: muzykoterapię w społeczności oraz muzykoterapię, której celem jest dokonanie zmian w społeczności. Na pierwszej z wymienionych płaszczyzn koncentrują się muzykoterapeuci norwescy, na co niemały wpływ ma społeczno-demokratyczna tradycja tego kraju. W latach 80. XX w. Brynjulf Stige rozpoczął badania nad muzykoterapią w społecznościach lokalnych, co przyczyniło się do przededefiniowania roli muzykoterapeuty oraz celów procesu terapeutycznego. Społeczne działania muzykoterapeutyczne prowadzono we współpracy z muzykami, nauczycielami i pracownikami kultury (Stige, Aarø, 2012, s. 41).

Drugą z wymienionych płaszczyzn zainteresowała się szerzej Amerykanka Edith Hillman Boxill – pionierka muzykoterapii opartej na założeniach humanistycznych, która wzbogaciła swoją działalność terapeutyczną o kontekst społeczny. Pracując z ludźmi z niepełnosprawnością, zgodnie z podejściem humanistycznym skupiła się na trzech zagadnieniach: świadomości siebie, świadomości innych oraz świadomości środowiska i powiązała je z kreatywnością, dobrym samopoczuciem, rozwojem oraz odpowiedzialnością (Stige, Aarø, 2012, s. 42).

Mimo iż wielu muzykoterapeutów na całym świecie włączało do swojej działalności perspektywę społeczną, muzykoterapia społecznościowa w latach 90. ubiegłego wieku nadal była zjawiskiem marginalnym. Leslie Bunt w swojej książce *Music Therapy: An Art Beyond Words* (1994) poświęcił dużo miejsca tematowi roli muzykoterapii dla społeczności.

Spora część wczesnej pracy profesjonalnego muzykoterapeuty rozpoczęła się w dużych instytucjach przeznaczonych dla ludzi z niepełnosprawnością umysłową. Dopiero 40 lat później jesteśmy świadkami dużych zmian w sposobie, w jaki społeczeństwo dostosowuje się do ludzi z takimi problemami. Terminologia podlega zmianom i obecne terminy, takie jak „trudności w nauce” i „problemy ze zdrowiem psychicznym”, zastępują poprzednie. Kolejną radykalną zmianą jest zamykanie tych ogromnych instytucji i zastępowanie ich ośrodkami opieki dziennej, mniejszymi jednostkami oraz schroniskami opierającymi się na społecznościach. Przeżywamy obecnie trudny czas wprowadzania zmian, z zaangażowaniem dodatkowych zasobów ludzkich i finansowych. Początek lat 90. to

również wzrost bezrobocia, bezdomności i dalszych obciążeń w pracy z osobami objętymi kuratelą oraz więźniami. Jaka jest reakcja muzykoterapeuty na te wszystkie zmiany? [tłum. własne] (za: Stige, Aarø, 2012, s. 44).

Refleksja ta wskazuje na konieczność wyjścia pracy terapeutycznej poza ramy instytucji, gdyż zgodnie z założeniami muzykoterapii społecznościowej pomoc nie powinna ograniczać się jedynie do osób z niepełnosprawnością ruchową czy intelektualną, ale obejmować także te jednostki, u których aspekty społeczne, ekonomiczne czy prawne wpływają na poczucie jakości życia. Bunt zwrócił uwagę na istotność współpracy terapeutów z innymi specjalistami oraz na włączenie w proces terapeutyczny innych dziedzin nauki celem niesienia pomocy w wymiarze środowiskowym, a nie wyłącznie klinicznym.

Kenneth Bruscia w drugim wydaniu swojej książki *Defining Music Therapy* (1998) zwraca uwagę na ekologiczny i środowiskowy aspekt pracy muzykoterapeutycznej. W miejsce dotychczasowego podejścia do procesu terapeutycznego, zgodnie z którym terapeuci dążą do uzyskania pożądaných zmian w jednostce lub grupie, proponuje założenie ekologiczne, którego podstawą jest wiara, że zmiany dokonujące się w jednostce oddziałują na innych, a tym samym przyczyniają się do zmian w kontekście społecznym.

Ekologiczny obszar praktyki obejmuje wszystkie formy użycia muzyki i muzykoterapii, w których nadrzędnym przedmiotem zainteresowania jest promowanie zdrowia na przestrzeni różnych płaszczyzn społeczności socjokulturowej i/lub środowiska fizycznego. Obejmuje tym samym wszystkie działania, które skupiają się na rodzinie, miejscu pracy, środowisku, społeczeństwie, kulturze lub środowisku fizycznym albo ze względu na to, że zdrowie jednostki jest zagrożone i z tego powodu wymaga interwencji, albo dlatego, że jednostka w pewien sposób wywołuje problemy zdrowotne członków społeczności lub się do nich przyczynia. Uwzględnia ona również wszelkie wysiłki czynione po to, by uformować, zbudować lub podtrzymać społeczności przez muzykoterapię. Z tego powodu obszar tej praktyki rozszerza pojęcie „klienta”, uwzględniając społeczność, środowisko, kontekst ekologiczny lub jednostkę, której problemy zdrowotne są ekologiczne z natury [tłum. własne] (za: Stige, Aarø 2012, s. 45).

Powyższy przegląd stanowisk podkreślających ducha społecznościowego w praktyce muzykoterapeutycznej ilustruje stopniowe przygotowywanie gruntu pod naukowe ukonstytuowanie się nurtu społecznościowego. Pierwszą publikacją oficjalnie wprowadzającą nazwę muzykoterapii społecznościowej jako części muzykoterapii jest praca Gary'ego Ansdella

*Community Music Therapy and the Winds of Change* z 2002 r. Kwestię tę szerzej omówiono w tym samym roku podczas X Światowego Kongresu Muzykoterapii (Stige, Aarø, 2012, s. 46).

### Podstawowe przestrzenie funkcjonowania muzykoterapii społecznościowej

---

**Zdrowie.** Muzykoterapia społecznościowa – co już powiedziano wcześniej – koncentruje się na zdrowiu i dobrym samopoczuciu. Terapia nie musi odbywać się w szpitalach czy innych placówkach medycznych – często jest prowadzona w szkołach i generalnie różnych miejscach, w których ludzie spędzają czas. Nadrzędnym celem tego rodzaju muzykoterapii nie jest terapia w znaczeniu leczenia, lecz promocja zdrowia w jak najszerszym rozumieniu tych słów (Stige, Aarø, 2012, s. 59).

Postrzeganie zdrowia w kontekście społecznym jest mniej oczywiste ze względu na rozwój medycyny, a co za tym idzie – postrzegania choroby jako indywidualnego, chwilowego zdarzenia, które zakończone jest po wizycie/wizytach u lekarza oraz podjęciu odpowiednich działań. Nie zmienia to faktu, iż relacje rodzinne i przyjacielskie mają ogromny wpływ na nasze zdrowie oraz ogólne poczucie dobrostanu, za którym idzie także dobre samopoczucie.

Z perspektywy medycznej zdrowie jest rozumiane jako brak choroby, która kojarzy się z poczuciem dyskomfortu, bólem, niezdolnością do codziennego funkcjonowania. Wyznaczniki choroby mogą być subiektywne, np. odczuwanie bólu, oraz obiektywne, np. zwiększone ciśnienie krwi. Postrzeganie swojego stanu jako choroby może się opierać na subiektywnej interpretacji własnego zdrowia, bez zaistnienia przesłanek medycznych rzeczywistej choroby (Stige, Aarø, 2012, s. 60).

Według Światowej Organizacji Zdrowia (1946)

zdrowie jest to stan całkowitego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia, a nie tylko nieobecność choroby lub niemocy. Osiągnięcie możliwie najwyższego standardu zdrowotnego jest jednym z fundamentalnych praw każdego człowieka, niezależnie od jego rasy, religii, poglądów politycznych czy też ekonomicznej lub społecznej sytuacji [tłum. własne] (za: Stige, Aarø, 2012, s. 62).

Konferencja Światowej Organizacji Zdrowia, która odbyła się w 1978 r., przyczyniła się do rozwoju myślenia o promocji zdrowia jako obowiązku wielu sektorów życia publicznego, nie tylko tych bezpośrednio związanych ze zdrowiem i jego ochroną.

Konferencja stanowczo potwierdza, że zdrowie [...] to fundamentalne prawo człowieka i że osiągnięcie możliwie najwyższego poziomu zdrowotnego jest najważniejszym celem

społecznym na całym świecie, a jego realizacja wymaga działania ze strony wielu różnych sektorów społecznych i ekonomicznych, wraz z sektorem zdrowia [tłum. własne] (za: Stige, Aarø, 2012, s. 62).

Ta perspektywa przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia uwzględnia aktywności życia codziennego, które stanowią ważny element muzykoterapii społecznościowej. Muzykoterapeuci wychodzą poza przekonanie, że praca związana ze zdrowiem oznacza tylko i wyłącznie leczenie oraz że skupia się na pojedynczych jednostkach. Równie ważne są czynniki społeczne i kulturowe i na tym aspekcie często koncentrują się projekty muzykoterapii społecznościowej (Stige, Aarø, 2012, s. 62).

Ponadto Światowa Organizacja Zdrowia wyróżniła pojęcie dobrego samopoczucia, które może być obiektywne (opierające się na założeniu, że istnieje określona liczba wspólnych potrzeb jednostek, wynikających głównie z warunków ekonomicznych, edukacyjnych, rodzinnych czy zdrowotnych) i subiektywne (związane przede wszystkim ze sferą emocjonalną człowieka).

Według autorów książki *Invitation to Community Music Therapy* (2012) zdrowie możemy zdefiniować w trzech wymiarach.

1. W pierwszym wymiarze jest rozumiane jako brak choroby – w kontekście muzykoterapii społecznościowej to sytuacja korzystna. Nie ma dyskomfortu w postaci bólu i cierpienia, a także innych ograniczeń uniemożliwiających prowadzenie aktywnego życia, co sprzyja osiąganiu dobrego samopoczucia, mocno podkreślanego w tym rodzaju muzykoterapii.
2. W drugim wymiarze jest utożsamiane z dobrym samopoczuciem (to wyjście poza odbiór zdrowia jedynie jako braku choroby) – wiąże się z pozytywnym nastawieniem oraz satysfakcją w centralnych aspektach życia człowieka, takich jak rodzina, praca. To ujęcie poszerza sferę medyczną o sferę emocjonalną.
3. Trzeci wymiar podkreśla płaszczyznę społeczną – osiągnięcie zdrowia i dobrego samopoczucia jest ściśle związane z sytuacją, w jakiej znajduje się człowiek, co wyklucza wąskie postrzeganie zdrowia wyłącznie w kontekście indywidualnej jednostki (Stige, Aarø, 2012, s. 69).

Podsumowując, spojrzenie muzykoterapeutów społecznościowych wykracza poza perspektywę medyczną, nie pomijając jednak funkcjonowania ciała w stanie chorobowym ani sfery emocjonalnej jednostek.

**Społeczność i zasoby społeczne.** Muzykoterapia społecznościowa ujmuje człowieka w kategoriach społecznych, a jego kondycję postrzega jako wypadkową interakcji między jednostkami oraz między jednostkami a społecznościami.

**Kontekst społeczny.** Życie człowieka jest ściśle uzależnione od stałych relacji z innymi. Nowonarodzone dziecko może przeżyć tylko w sytuacji, gdy dba o nie rodzic lub inny opiekun, który troszczy się o zapewnienie mu odpowiednich warunków oraz stymuluje je do rozwoju, a także wprowadza w kontekst danej społeczności, zarówno w systemie mikro, jak i makro. Oprócz bezpośredniego oddziaływania opiekunów mamy do czynienia z oddziaływaniami środowiskowymi, które kształtują tożsamość każdej jednostki równoległe, a oba procesy są ze sobą ściśle połączone. Nie sposób myśleć o człowieku w oderwaniu od otaczającego go środowiska, gdyż na całokształt jego osobowości ma wpływ wiele czynników – zarówno genetycznych, rodzinnych, jak i socjokulturowych. W *Słowniku socjologicznym* można znaleźć taką definicję kontekstu społecznego:

Zakres społecznych i kulturowych warunków i okoliczności, w których przebiegają działania jednostek i grup; może relatywizować znaczenie zachowań – zachowanie niedopuszczalne w konkretnej sytuacji społecznej, w danej kulturze może być uznawane w innej (Olechnicki, Załęcki, 1998, s. 100).

Ów relatywizm odnajdziemy także w oddziaływaniu czynników środowiskowych na pojedynczą jednostkę, którego stopień jest zależny od uwarunkowań indywidualnych.

Nie wszystkie składniki środowiska oddziałują na nas w sposób jednakowy. Wpływ ich jest zależny od wielu czynników: charakteru i rodzaju tych składników, stopnia ich znaczenia dla życia jednostek oraz struktury psychofizycznej osobnika. [...] Wpływ tych samych składników środowiska nie jest więc jednakowy w odniesieniu do wszystkich przebywających w nim osobników (Wroczyński, 1985, s. 77).

Podobnego zdania był Lew Wygotski – rosyjski psycholog zajmujący się badaniem wpływu interakcji społecznych na rozwój poznawczy dzieci.

Uważał on, że dzieci rozwijają się za pośrednictwem procesu internalizacji: przyswajają wiedzę ze swego otoczenia społecznego, które ma kluczowe znaczenie dla przebiegu rozwoju poznawczego. [...] Dziecięce procesy poznawcze rozwijają się po to, by pełnić funkcje cenione w danej kulturze (Zimbardo, Gerrig, 2015, s. 428).

Ryszard Wroczyński zwraca uwagę również na fakt, iż intensywność oddziaływania nie jest uzależniona od czasu trwania kontaktu z danymi czynnikami – niejednokrotnie to właśnie przypadkowa i przelotna styczność z danym czynnikiem ma większy wpływ na jednostkę niż kontakt na stałe wpisany w jego życiorys (Wroczyński, 1985, s. 77). James H. Dalton, Maurice J.



Elias i Abraham Wandersman w swojej książce *Community Psychology. Linking Individuals and Communities* (2007) zaproponowali model społeczeństwa w formie zazębiających się elips, w którym centralnie położoną jednostkę otaczają kolejno: mikrosystem (rozumiany jako bezpośrednie otoczenie jednostki), organizacje (zespół mikrosystemów, z których składają się środowiska szkolne, pracownicze), lokalności (rozumiane w znaczeniu sąsiedztwa, małych miejscowości) oraz makrosystem (obejmujący kulturę, rząd i ekonomiczne instytucje danej społeczności). Ten model ukazuje, jak bardzo życie człowieka jest uzależnione od okoliczności i kontekstu społecznego (za: Stige, Aarø, 2012, s. 88).

**Spoleczność.** Pojęcie społeczności jest używane w wielu dziedzinach nauki, takich jak biologia, antropologia, socjologia czy psychologia. W literaturze można spotkać się z wielorakimi definicjami społeczności, które uwzględniają jej cechy charakterystyczne, np. społeczeństwo bezklasowe, demokratyczne, globalne, masowe, miejskie, pierwotne (Olechnicki, Załęcki, 1998, s. 198–199). Na gruncie muzykoterapii społecznościowej warto skoncentrować się na dwóch głównych cechach: uwarunkowaniu geograficznym (kraj, lokalność, sąsiedztwo) oraz relacyjności (jakość relacji międzyludzkich). Obydwa aspekty mają w tej perspektywie równie istotne znaczenie.

*Słownik socjologiczny* podaje następującą definicję społeczeństwa:

Forma życia zbiorowego ludzi, ukształtowana historycznie; specyficzny system interakcji pomiędzy jednostkami, tworzący relatywnie samowystarczalną zbiorowość, która zajmuje określone terytorium, wytwarza i uczestniczy we wspólnocie kulturowej, definiując samą siebie na zasadzie poczucia odrębności pod jakimś względem od innych zbiorowości. Uważa się często, iż społeczeństwo stanowi liczebnie dużą grupę społeczną, tj. taką, w której obrębie tworzą się podgrupy oraz występują wszystkie podstawowe typy procesów społecznych (Olechnicki, Załęcki, 1998, s. 198).

W najbardziej ogólnym rozumieniu tego pojęcia społeczność definiowana jest jako grupa jednostek, która podejmuje wzajemne interakcje w określonym czasie i miejscu (Stige, Aarø, 2012, s. 90).

**Sieci społeczne.** Do opisu relacji i zależności międzyludzkich służy m.in. utworzone przez Johna Arundela Barnesa w 1954 r. pojęcie sieci społecznej, rozumianej jako sieć kontaktów pomiędzy ludźmi w trakcie czynności życia codziennego. Nasza sieć społeczna składa się z ludzi, z którymi mamy regularny kontakt, takich jak członkowie rodziny, szkolni przyjaciele, koledzy

w pracy, sąsiedzi. Nie obejmuje ona przypadkowo spotkanych ludzi, z którymi ten kontakt ma charakter jednorazowy (Stige, Aarø, 2012, s. 93). Sieć społeczna to

termin stosowany najczęściej do określania systemów i układów relacji międzyosobowych występujących w zbiorowościach społecznych, w które uwikłane są różne jednostki (Olechnicki, Załęcki, 1998, s. 187).

Istotną właściwością sieci społecznej jest fakt, że będąc w kontakcie z danym człowiekiem, pośrednio jesteśmy w kontakcie również z jego siecią społeczną, co mocno rozszerza perspektywę oglądu jednostki i wyklucza możliwość postrzegania jej w oderwaniu od społeczności (Stige, Aarø, 2012, s. 93).

**Wsparcie społeczne.** Jest to pomoc dostępna jednostce w ramach sieci społecznej. Taki zasób istnieje w każdej społeczności. Wsparcie społeczne może być bardzo zróżnicowane w zależności od rodzaju i złożoności problemu. Może mieć charakter emocjonalny, instrumentalny, informacyjny lub oceniający (otrzymanie odpowiedzi i uzyskanie oceny danej sytuacji). Istnienie wsparcia społecznego pozytywnie wpływa na jakość życia jednostki – zwiększa poczucie bezpieczeństwa i zmniejsza poczucie osamotnienia w danej sytuacji (Stige, Aarø, 2012, s. 95–98).

Wsparcie społeczne można także rozpatrywać w kontekście pracy socjalnej prowadzonej w środowisku lokalnym, która może być realizowana przy użyciu trzech metod:

1. Metoda prowadzenia indywidualnego – pracownik socjalny prowadzi swoje działania dwutorowo: ukierunkowując je bezpośrednio na klienta znajdującego się w trudnej sytuacji oraz na jego najbliższe otoczenie, a także pośrednio: oddziałując na niego przy użyciu jego sieci społecznej.
2. Metoda pracy grupowej – skoncentrowana jest na wykorzystaniu relacji wewnętrznych ukształtowanych w danym środowisku w celu wspomagania zarówno pojedynczych jednostek, jak i całej grupy.
3. Metoda środowiskowa – obejmuje działania, których celem jest polepszenie sytuacji ściśle określonej grupy odbiorców poprzez realizowanie różnych projektów dostosowanych do specyfiki danego środowiska (Banaszak-Dankowska i in., 2005, s. 8).

**Stres społeczny.** Mimo wielu korzyści płynących z istnienia sieci społecznej nie zawsze przyczynia się ona do polepszania jakości życia. Otaczający nas ludzie mogą być także powodem frustracji oraz innych negatywnych emocji, w tym również stresu społecznego. Sam stres definiowany jest jako

wzmoczona psychiczna lub/i biologiczna aktywność organizmu ludzkiego, spowodowana przez określony czynnik mobilizujący (stresor), oddziałujący jako silny fizyczny (fizjologiczny) lub psychiczny bodziec – z reguły jest to czynnik wywołujący poczucie zagrożenia (Olechnicki, Załęcki, 1998, s. 205).

W kontekście psychologicznym i rozwojowym możemy wyróżnić dwa rodzaje stresu: pozytywny (gdy jednostka jest w stanie sprostać danej stresującej sytuacji) oraz negatywny (gdy dana sytuacja ją przerasta). Stres społeczny odnosi się do obszaru związanego bezpośrednio z byciem częścią społeczności. Wiele sytuacji społecznych jest przyczyną stresu, np. rozwody, konflikty rodzinne, ale także wystąpienia publiczne czy nawiązywanie nowych znajomości (Stige, Aarø, 2012, s. 98–99).

**Wykluczenie społeczne.** Zjawisko to może być zdefiniowane jako proces, w wyniku którego jednostki lub grupy są oddzielane od innych ludzi, grup, organizacji czy instytucji, co w szerszym kontekście przyczynia się do ich całkowitej izolacji od relacji społecznych. Wykluczenie społeczne może zachodzić na różnych płaszczyznach: jednostka przeciwko jednostce, grupa przeciwko jednostce, grupa przeciwko grupie, jednostka/grupa przeciwko instytucji (Stige, Aarø, 2012, s. 106–108).

Według Renaty Nesterowicz (2013)

termin „wykluczenie społeczne” określa sytuację, w której dana jednostka będąca członkiem społeczeństwa nie może normalnie uczestniczyć w działaniach obywateli tego społeczeństwa, przy czym ograniczenie to nie wynika z jej wewnętrznych przekonań, ale znajduje się poza kontrolą wykluczonej jednostki. Wykluczenie społeczne jest zjawiskiem wielowymiarowym i w praktyce oznacza niemożność uczestnictwa w życiu gospodarczym, politycznym i kulturowym w wyniku braku dostępu do zasobów, dóbr i instytucji, ograniczenia praw społecznych oraz deprivacji potrzeb (Nesterowicz, 2013, s. 25).

Trudno określić jednoznaczne przyczyny występowania wykluczenia społecznego. Z pewnością jedną z nich jest chęć oceniania i kategoryzowania jednostek poprzez inną jednostkę lub grupę społeczną. Według Zofii Dach (2007) najbardziej narażone na wykluczenie społeczne są: osoby niepełnosprawne, osoby chore psychicznie, uzależnieni, długotrwale bezrobotni, byli więźniowie, kobiety samotnie wychowujące dzieci, ofiary patologii życia rodzinnego, osoby o niskich kwalifikacjach zawodowych, starsze osoby samotne, bezdomni, dzieci i młodzież ze środowisk zaniedbanych oraz wychowujący się poza rodziną, imigranci oraz członkowie mniejszości narodowych (za: Nesterowicz, 2013, s. 27–28).

W przypadku wykluczenia społecznego oraz powiązanego z nim pojęcia stygmatyzacji sieć społeczna ma działanie niekorzystne – jednostka stygmatyzująca inną jednostkę nie robi tego niezależnie, ale razem ze swoją siecią społeczną, a tym samym przyczynia się do wywierania presji społecznej i wykluczenia jednostki stygmatyzowanej. Stygmat

określa fizyczną cechę, skazę, defekt, a także zdarzenia i sytuacje w jednostkowym życiu (np. skazanie i uwięzienie, przebyta choroba psychiczna itp.), które są dostrzegane i rozpoznawane przez otoczenie społeczne jednostki; otoczenie przez zdefiniowanie tej cechy jako stygmatu wywiera na jednostkę silną presję, która niszczy, zmienia lub wypacza społeczną samoakceptację i identyfikację tej osoby (Olechnicki, Załęcki, 1998, s. 207).

Wykluczenie społeczne w najgorszej postaci nazywamy marginalizacją, czyli kompletnym odseparowaniem jednostki od społeczeństwa. Jej ofiarą padają często osoby bezdomne, które w wyniku niekorzystnych okoliczności, zwykle związanych z sytuacją ekonomiczną, utraciły dorobek swojego życia, a zmieniony status społeczny kompletnie odciął je od dotychczasowej sieci społecznej (Stige, Aarø, 2012, s. 106–108).

### Rola muzyki w społeczeństwie

---

Muzyka niewątpliwie odgrywa kluczową rolę w muzykoterapii, choć traktowana jest w różnorodny sposób w zależności od wielu czynników. Rolę muzyki można scharakteryzować dwojako: muzyka rozumiana jako terapia jest głównym czynnikiem terapeutycznym, natomiast muzyka w terapii stanowi jedynie narzędzie do nawiązania kluczowych relacji terapeutycznych między klientem a terapeutą (Konieczna-Nowak, 2013, s. 20).

Jedną z właściwości muzyki istotnych dla procesu terapeutycznego jest jej wpływ na emocje oraz zachowanie człowieka. Jeśli skoncentrujemy się na muzyce jako bodźcu wywołującym uczucia, myśli i zachowania, mamy do czynienia z rozumieniem muzyki jako metody. Jeśli natomiast muzyka jest narzędziem do uzyskania relacji pomiędzy klientem a terapeutą, wówczas używamy muzyki w roli medium, które wytwarza łańcuch wzajemnych relacji (muzyka – klient – terapeuta). W przypadku muzykoterapii społecznościowej muzykę określa się jako otoczenie, środowisko, ze względu na charakter podejmowanych aktywności, a także na fakt, iż działania terapeutyczne stawiają muzykę w centrum, nie rezygnując jednak z kontekstu, w jakim to działanie jest podejmowane (Stige, Aarø, 2012, s. 118–122).

Ze społecznym wykorzystywaniem muzyki w celach terapeutycznych wiążą się takie pojęcia, jak muzykalność (odwołująca się do naturalnej wrażliwości i zdolności muzycznych), kultura muzyczna (zawierająca w sobie tradycje muzyczne charakterystyczne dla każdego regionu,

co jednoznacznie odsyła do etnomuzykologii), a także muzyczność (w znaczeniu umiejętności muzycznych oraz postawy względem muzyki będącej połączeniem indywidualnych cech jednostki i środowiska, w którym ta jednostka się wychowywała) (Stige, Aarø, 2012, s. 122–124). Wszystkie te pojęcia łączą się i wzajemnie na siebie wpływają podczas czynności „muzykowania” stanowiącej podstawę muzykoterapii społecznościowej. Warto zaznaczyć, że trzy powyższe cechy dotyczą odrębnych jednostek, a wszystkie razem łączą się podczas czynności wspólnej, w ramach której wzajemne oddziaływania obejmują zarówno zakres wewnętrzny jednostki, jak i wpływają na ten sam zakres zupełnie innego wymiaru tych cech u innej osoby (klient/klienci: muzykalność, kultura muzyczna, muzyczność vs muzykowanie).

Aby zbadać, jakie zdrowotne korzyści przynosi muzyka i muzykowanie, badacze odnoszą się do wielu dziedzin, takich jak psychologia muzyki, socjologia muzyki, edukacja muzyczna, etnomuzykologia czy muzykoterapia. Nie ma wątpliwości, że projekty grupowe, których nadrzędnym celem jest wspólne muzykowanie, podnoszą wartość odczuwanej jakości życia oraz poczucia dobrostanu. Czynnikiem przemawiającym za potrzebą wspólnego muzykowania są rytuały i tradycyjne obrzędy, które towarzyszyły ludziom od setek lat i nadawały szczególnie charakter różnym okolicznościom i aktywnościom życia codziennego.

## Metoda

---

### Dobór metody

---

Istotą badań jakościowych jest obserwacja, prowadzenie rozmów lub wywiadów z uczestnikami badania oraz analiza uzyskanych danych. To zdecydowało o zastosowaniu w przedstawionym badaniu tej metody. Za tym wyborem przemawia także fakt, iż w przypadku badań jakościowych mamy do czynienia jedynie z małą grupą badanych, nawet jeśli w projekt zaangażowana jest większa liczba uczestników (Krasoń, Konieczna-Nowak, 2016, s. 77–78). Ponadto badania jakościowe, ze względu na swoje holistyczne i społeczne założenia, stwarzają większą możliwość ujęcia projektu w kategoriach muzykoterapii społecznościowej.

### Przedmiot badania

---

Przedmiotem badań według Janusza Sztumskiego (1995) jest

wszystko to, co komponuje się w rzeczywistość społeczną, a więc: zbiorowości, instytucje społeczne oraz, co ważne z naszej perspektywy dociekań, procesy i zjawiska społeczne (za: Krasoń, Konieczna-Nowak, 2016, s. 102).

Przedmiotem badań opisanych w tej pracy jest projekt dębickiej opery amatorskiej ujęty w szerszym kontekście społeczno-kulturowym.

### Cel badania

---

Głównym celem prowadzonego badania jest opis zjawiska artystycznego i jego interpretacja w kontekście muzykoterapeutycznym (a dokładniej muzykoterapii społecznościowej). Ten cel determinuje wpisanie badania w kategorię badań stosowanych (Krasoń, Konieczna-Nowak, 2016, s. 102), których założeniem jest zastosowanie znanej wiedzy (na temat muzykoterapii społecznościowej) w analizie projektu (obejmującego działania praktyczne – dębicka opera amatorska).

### Problem badawczy

---

Podstawowe pytania badawcze to:

1. Jakie korzyści osiągają uczestnicy projektu?
2. Dlaczego projekt dębickiej opery amatorskiej wpisuje się w nurt muzykoterapii społecznościowej?

Jak widać w przedstawionych pytaniach, problem badawczy ma dwojaki charakter: ujmuje projekt artystyczny w charakterze muzykoterapeutycznym (uczestnicy projektu osiągają ściśle określone korzyści poprzez wykorzystanie muzyki oraz relacji zachodzących zarówno pomiędzy uczestnikami, jak i pomiędzy muzyką a uczestnikami), ale także w charakterze społecznościowym (przedstawienie podstawowych założeń tego nurtu, które można odnaleźć w opisywanym projekcie).

### Sposób pozyskiwania danych

---

Głównym narzędziem są autorskie wywiady z uczestnikami projektu, którzy jednocześnie są przedstawicielami różnych grup i zespołów zaangażowanych w projekt. Wywiad z góry zakłada interakcję dwóch osób – informatora oraz prowadzącego. Może być przeprowadzony w formie zadawania pytań lub jedynie określenia głównego obszaru rozmowy. W badaniu wykorzystano drugą formę prowadzenia wywiadu, co pozwoliło na wyeliminowanie ryzyka sugerowania odpowiedzi oraz narzucania przez prowadzącego interpretacji opisywanych zdarzeń czy odczuć związanych z uczestnictwem w projekcie. Jest to istotne zwłaszcza w odniesieniu do sytuacji oscylujących wokół sfery emocjonalnej, którą należy postrzegać w perspektywie indywidualnej każdego z uczestników wywiadu.

## Analiza danych

---

Z zebranych wypowiedzi uczestników wyodrębniono kategorie, ze szczególnym uwzględnieniem korzyści uzyskanych z udziału w projekcie dębickiej opery amatorskiej, które pozwalają scharakteryzować to działanie jako proces terapeutyczny, oraz czynników decydujących o wpisaniu tego projektu w nurt muzykoterapii społecznościowej, takich jak: zacieśnianie więzi rodzinnych, integracja różnych wykonawców, wymiana doświadczeń między osobami w różnym wieku, integracja środowiska lokalnego, kształtowanie wrażliwości, rozwijanie umiejętności muzycznych, wzbogacanie aktywności życia codziennego, poprawianie odczuwanej jakości życia, wyrażanie ekspresji emocjonalnej, nawiązywanie nowych znajomości/przyjaźni, poczucie satysfakcji z osiąganego celu. Szczegółowe omówienie wypowiedzi uczestników przedstawiono w dalszej części pracy.

## Opis badania

---

### Historia projektu

---

Już od 17 lat w Dębicy, małym miasteczku na Podkarpaciu, odbywają się przedstawienia operowe z udziałem artystów amatorów. Pomysł zrodził się w 2000 r., kiedy Paweł Adamek – dyrygent szkolnej orkiestry – postanowił wystawić operę Stanisława Moniuszki zatytułowaną *Verbum nobile*. Od tego czasu obchody Święta Konstytucji 3-go Maja co roku uświetniane są przedstawieniami operowymi.

Plan początkowy zakładał wystawienie wszystkich oper Stanisława Moniuszki, który uważany jest za twórcę polskiej opery narodowej. To właśnie ten kompozytor zainspirował Pawła Adamka do realizacji takiego przedsięwzięcia. Niemalą wpływ na to miała tematyka oper komponowanych przez Moniuszkę, prezentowane w nich obyczaje ludności polskiej w XIX w., tradycyjne stroje ludowe i szlacheckie oraz obecne w tych operach elementy ludowej muzyki polskiej. W taki sposób wypowiada się na ten temat Paweł Adamek:

Jakże nie sięgać po te dzieła, jak ich nie propagować, jak się nimi nie zachwycać, kiedy w nich tyle polskości, tyle piękna, swojskiej, narodowej nuty, która rozrzewnia, budzi zadumę nad naszą przeszłością i tej, która porywa do tańca. Moniuszko pokazał i pozostawił nam w swej muzyce wiele wartości o charakterze ponadczasowym, ubrał w nuty polskie zwyczaje i obrzędy, zapisał w partyturach dzieje Polski i dał nam wskazówki, jak być dobrym Polakiem. Jakże więc my, nauczyciele, mając gotowe scenariusze lekcji

patriotyzmu, nie mielibyśmy, wykorzystując możliwości i wspaniałe talenty naszego środowiska, uczyć jak kochać i szanować swoją Ojczyznę? (*Nowy Don Kiszot...*, 2002).

Z czasem współpraca pomiędzy członkami zespołów biorących udział w całym przedsięwzięciu powiększała się, a dębicka publiczność domagała się kolejnych przedstawień operowych, które powoli stawały się majową tradycją. Po wystawieniu wszystkich oper Moniuszki, dyrygent sięgnął po dzieła twórców europejskich, co zaowocowało wieloletnią współpracą nie tylko z amatorskimi artystami, ale także zawodowymi wokalistami. Na potrzeby tak szeroko rozwiniętej działalności zostało utworzone Dębickie Towarzystwo Muzyczno-Śpiewacze, którego głównym przedstawicielem, a zarazem prezesem i inicjatorem wszystkich wydarzeń artystycznych jest Paweł Adamek.

W całość przedsięwzięcia od lat zaangażowane są różnorodne zespoły:

- Orkiestra Państwowej Szkoły Muzycznej im. Krzysztofa Pendereckiego w Dębicy i jej goście;
- Chór Parafii Matki Bożej Anielskiej i Miłosierdzia Bożego w Dębicy, Chór Mieszany i Męski Towarzystwa Śpiewaczego „Melodia” w Mielcu, Chór Nauczycielski „Akord” Związku Nauczycielstwa Polskiego i Samorządowego Centrum Kultury w Mielcu, grupa wokalna Gminnego Ośrodka Kultury w Wielopolu Skrzyńskim, Dziewczęcy Chór Liceum Ogólnokształcącego im. Króla Władysława Jagielly w Dębicy, chór dziecięcy Szkoły Podstawowej nr 3 w Dębicy;
- Balet Zespołu Pieśni i Tańca „Igloopolanie” Miejskiego Ośrodka Kultury w Dębicy, Balet „Rzeszowiacy” Samorządowego Centrum Kultury w Mielcu, Grupa Taneczna LDC Miejskiego Ośrodka Kultury w Dębicy, grupa taneczna I Liceum Ogólnokształcącego im. Króla Władysława Jagielly w Dębicy, grupa taneczna „Grosik” Szkoły Podstawowej nr 3 w Dębicy, Szkoła Tańca „El-bo” z Ropczyc, grupa baletowa „Szane” z Dębicy.

Warto wspomnieć także o wielu osobach odpowiedzialnych za scenografię, choreografię, światło, charakteryzację i różne inne aspekty przedsięwzięcia przyczyniające się do sukcesu projektu. Lata wspólnej pracy zaowocowały zacieśnieniem więzi pomiędzy członkami zespołów, co wpływało i nadal wpływa na niepowtarzalną atmosferę pracy przy przygotowywaniu przedstawień.

Z czasem dębicka opera amatorska zyskała uznanie w całej Polsce, czego przykładem mogą być słowa Józefa Kańskiego zamieszczone w *Ruchu Muzycznym*:

Opera wystawiona amatorskimi siłami – tego jako żywo nikt dotąd, o ile wiadomo, w naszym kraju nie próbował! Ale, jak głosi stare porzekadło, do odważnych świat należy.



[...] Czyżby więc stare porzekadła chcieć to móc i zapał czyni cuda sprawdzały się tu w całej pełni? Wygląda na to, że tak (Kański, 2009).

### Projekt w perspektywie uczestników

---

Projekt dębickiej opery amatorskiej wpisuje się mocno w kontekst muzykoterapii społecznościowej, mimo iż w zupełnie niezamierzony sposób. Pomysłodawca oraz realizatorzy kierowali się przede wszystkim pasją do muzyki, a w szczególności opery, natomiast nie stawiali sobie celów terapeutycznych. Podstawowym argumentem przemawiającym za wpisaniem tego projektu w nurt muzykoterapii społecznościowej jest brak wykształcenia kierunkowego większości uczestników. W taki sposób początki pracy wspomina Paweł Adamek:

Musiałem każdemu soliście chóru wbić do głowy każdą nutę, bo to są przecież amatorzy, nie są zawodowymi muzykami, dlatego nuta po nucie, takt po takcie, rozczytywałem partyturę. [...] Największym problemem była obsada ról solowych (Wodzień, 2007, s. 257).

Z wypowiedzi dyrygenta można wywnioskować, że całe przedsięwzięcie nie powiodłoby się, gdyby nie zaangażowanie i poświęcony czas – zarówno ze strony prowadzącego próby, jak i wszystkich członków chóru czy orkiestry. Dzięki współpracy ze środowiskiem zawodowych muzyków oraz oddaniu dyrektora artystycznego i dyrygenta na scenie Domu Kultury w Dębicy od wielu lat udaje się, wystawiać polskie i europejskie dzieła operowe. W projekt zaangażowane są osoby w różnym wieku (od dzieci szkolnych po seniorów śpiewających w chórze), a także o różnym wykształceniu muzycznym (amatorzy, półamatorzy – najczęściej osoby, które ukończyły szkołę muzyczną pierwszego lub drugiego stopnia, jednak ich praca zawodowa nie jest związana z muzyką, a także zawodowcy – przeważnie soliści, bez których trudno byłoby wystawić tak skomplikowane dzieła). Wystawienie opery wymaga zaangażowania wielu specjalistów, takich jak: choreograf, charakteryzator, kostiumolog, scenograf – te prace nierzadko także wykonywane są przez pasjonatów i dzięki poświęceniu wolnego czasu.

Celem nadrzędnym inicjatora tych wydarzeń artystycznych był sukces spektakli, jednak nie była to działalność krótkometrażowa i nastawiona wyłącznie na oklaski – dyrygent starał się uwzględnić wszystkie aspekty pracy z amatorskimi zespołami, a nie było to łatwe, miał bowiem do czynienia zarówno z dziećmi, młodzieżą, jak i z osobami starszymi, a każde z tych pokoleń cechują inne potrzeby i podejście do sytuacji.

Wieloletnia współpraca pomiędzy członkami zespołów znacząco wpłynęła na zawiązanie długotrwałych przyjaźni, nie tylko w obrębie konkretnych zespołów, ale także pomiędzy nimi. Sprzyjały temu również wyjazdy warsztatowe i koncertowe.

Niejednokrotnie w projekt angażują się całe rodziny. Za przykład może posłużyć rodzina autorki – mama od kilku lat śpiewa w chórze, a autorka i jej siostra przez wiele lat były członkami orkiestry. Wspólne działanie pozytywnie wpływało na zacieśnianie więzi rodzinnych. W taki sposób czas spędzony w orkiestrze wspomina siostra autorki:

Wspólne wyjazdy kilku formacji – orkiestry, chóru, baletu, solistów – były niesamowitym spotkaniem ludzi trzech pokoleń. Wieczorne śpiewy chórzystów, osób w dojrzałym wieku, były kontynuowane przez tańce młodzieży. Całkowita mieszanina, która istniała, bo miała wspólny cel – całoroczna praca nad projektem, którego zwieńczeniem były majowe spektakle. Z czasem do orkiestry dołączyła moja młodsza siostra, a do chóru zapisała się nasza mama. W ten sposób opery dębickie wpisały się w stały grafik rodziny. Razem wybierałyśmy się na większe, wspólne próby, razem szykowałyśmy się w dniu spektakli i razem przeżywałyśmy i omawiałyśmy każdy występ. Miałyśmy coś, co było każdej z nas, a zarazem bardzo nasze wspólne. Coś, co nas łączyło w spędzaniu wolnego czasu<sup>2</sup>.

Jednym z ważniejszych aspektów całego przedsięwzięcia jest integracja różnych środowisk oraz możliwość ich wzajemnego oddziaływania. Spędzanie czasu zarówno z rówieśnikami, jak i z osobami w innym wieku to duży atut projektu – możliwość wymiany doświadczeń wpływa na zacieśnianie relacji międzyludzkich, ale także daje sposobność do obserwacji otoczenia, co skutkuje poszerzaniem horyzontów, zarówno muzycznych, jak i emocjonalnych. Obserwowanie zaangażowania tak wielu ludzi, często starszych, działa niezwykle motywująco. Takie doświadczenie pozostaje na długo w pamięci młodszych uczestników – niejednokrotnie czerpią z niego inspirację w późniejszym życiu. W taki sposób komentuje tę sytuację jedna z chórzystek:

Dla mnie cudownie jest też patrzeć na osoby starsze, dla których nasze spotkania są czasem jedyną okazją do wyjścia z domu. Starsi ludzie czują się docenieni i potrzebni. Mają tam przyjaciół i pasję, której oddają się całym sercem. Piękne jest spotkanie wielu pokoleń i tworzenie czegoś razem, dążenie do jednego celu osób młodych i starszych.

Podobnego zdania jest jedna z instrumentalistek:

---

<sup>2</sup> Wszystkie wypowiedzi pochodzą z wywiadów przeprowadzonych z uczestnikami projektu między październikiem a listopadem 2017 r. i znajdują się w archiwum autorki. Szczegółowych danych nie podano ze względu na ochronę danych osobowych.

To właśnie tam regularnie obserwowałam dorosłych ludzi, którzy często prosto z pracy przybiegali na wspólne próby chóru i orkiestry. Ich zamiłowanie do śpiewu i muzyki, a także poczucie obowiązku i odpowiedzialności wobec wspólnoty, jaką byliśmy, budziło mój podziw.

Warto zwrócić uwagę na fakt, iż integracja dotyczy nie tylko członków różnych zespołów, ale także całego środowiska lokalnego. Mama autorki wspomina:

O operach wystawianych w Dębicy wiedziałam od początku i już drugą operę podziwiałam z widowni, ponieważ moja córka zaczęła wówczas w wieku 10 lat grać na skrzypcach w operach w orkiestrze Państwowej Szkoły Muzycznej w Dębicy. Od początku byłam zafascynowana wykonaniem tak trudnego dzieła muzycznego w większości przez amatorów. Podziwiałam orkiestrę, w tym moją córkę, i wszystkich wykonawców na scenie, ale najbardziej dyrygenta, Pana Pawła Adamka, który potrafił nad tym wszystkim zapanować. Po kilku latach, kiedy moje obowiązki rodzinne i zawodowe pozwoliły mi na rozwijanie różnych pasji, zapisałam się do chóru Pana Adamka. Wówczas w orkiestrze grały dwie moje córki.

Niejednokrotnie obecni członkowie zespołów początkowo podziwiali opery z perspektywy widowni, po czym zdecydowali się na wzięcie udziału w tym przedsięwzięciu ze względu na możliwości, jakie ono ze sobą niesie. To kolejna płaszczyzna integracji społecznej, jaka ma miejsce dzięki regularnym spektaklom operowym odbywającym się w Dębicy, a która wykracza poza ramy zespołów.

*Chórystka:* Życzylabym każdemu miastu w Polsce tak wspaniałej edukacji i rozrywki muzycznej, jaką ma Dębica i okolice.

Osoby biorące udział w badaniu zwracają uwagę na cudowną atmosferę panującą zarówno w trakcie spektakli, jak i na próbach.

*Solista:* Przede wszystkim te przedsięwzięcia to grono wspaniałych ludzi, których poznałem. Na próbach panuje super atmosfera. Tworzymy wspólnie jedną wielką rodzinę.

*Instrumentalistka:* Opera to wiele radości, ale także wiele spotkań w niemal rodzinnej atmosferze.

*Chórystka:* Zostałam bardzo życzliwie przyjęta w zespole. Atmosfera w chórze i szerszym gronie wykonawców jest wspaniała.

Udział w przygotowaniu i wystawianiu spektakli operowych jest dla członków orkiestry niezwykle istotnym i rozwijającym przeżyciem. Z pewnością pomaga to im kształtować własną tożsamość, co w danym przedziale wiekowym jest niezwykle istotne. Możliwość doskonalenia warsztatu technicznego, a także kształtowania wrażliwości muzycznej procentuje jeszcze długo po zakończeniu współpracy z orkiestrą.

*Instrumentalistka:* Wieloletnia gra w orkiestrze to dla mnie przede wszystkim kształtowanie swojej wrażliwości na muzykę. Miały na to wpływ: różnorodność repertuaru i miejsc, w jakich graliśmy, oraz możliwość współpracy z osobami, które swoją własną wrażliwość do tych projektów wnosily. Do dziś zostały we mnie najlepsze wspomnienia ze wspólnych wyjazdów i poruszających koncertów, a na pierwsze dźwięki utworów, które razem graliśmy, serce zaczyna bić trochę szybciej.

Skład chóru stanowią w większości osoby w zaawansowanym wieku. Z muzykoterapeutycznej perspektywy zaangażowanie w ten projekt przynosi wiele korzyści ich zdrowiu, zarówno fizycznemu, jak i psychicznemu. Wzbogacanie aktywności życia codziennego oraz wysilek fizyczny (śpiew) i umysłowy (procesy poznawcze), które są częścią każdej próby chóru, wpływają pozytywnie na ich stan zdrowia.

Nie można pominąć także sfery emocjonalnej. Bliskie relacje z innymi członkami chóru oraz częstotliwość spotkań także przyczyniają się do poprawienia jakości życia, a to jest jednym z kluczowych zagadnień muzykoterapii społecznościowej. Dodatkowo sama muzyka, wykorzystywana w formie aktywnej, sprzyja wzmożonej ekspresji emocjonalnej, co pomaga w regulowaniu tej sfery, zwłaszcza osobom w podeszłym wieku (Bukowska, 2016, s. 130).

*Chórystka:* Mimo że rozpiętość wieku jest od kilku do ponad 80 lat, wszyscy czują się ważni i potrzebni dzięki dyrygentowi Pawłowi Adamkowi, reżyserowi Jakubowi Bulzakowi, którzy dla każdej osoby mają odpowiednią rolę. Teraz nie wyobrażam sobie poniedziałku czy czwartku bez próby ani miesiąca maja bez przedstawień operowych.

Na odczuwaną jakość życia niewątpliwie mają wpływ kontakty społeczne oraz otoczenie każdego człowieka, istotne dla naszej samooceny, obrazu swojej pozycji i funkcji w społeczeństwie, a co za tym idzie – poczucia sensu własnej egzystencji. Dużą rolę w tej sferze odgrywają najbliższe nam osoby, a także przyjaciele, którzy niejednokrotnie pomagają nam odnaleźć własną tożsamość i przyczyniają się do podniesienia jakości naszego życia. Wielu uczestników badania wspominało o przyjaźniach i nowych znajomościach zawieranych dzięki uczestniczeniu w projekcie.

*Instrumentalistka:* Grałam w orkiestrze symfonicznej PSM w Dębicy przez niemal 15 lat. Gdy zaczynałam jako 11-letnia dziewczyna, nigdy nie pomyślałabym, że ten rodzaj spędzania wolnego czasu będzie mi tak długo towarzyszył. To właśnie tak zawiązały się wieloletnie przyjaźnie, które trwają do dziś. Wspólne, wielogodzinne próby były nie tylko czasem poświęconym ćwiczeniu utworów. Stwarzały one okazje do spotkania, nadawały plan działania na dany rok i mobilizowały do odpowiedzialności za projekt. Pamiętam, gdy wspólnie z przyjaciółkami w drodze do domu omawiałyśmy nie tylko muzyczne aspekty naszego wspólnego dzieła, ale też osobiste perypetie danego tygodnia. Orkiestra dawała mi wtedy ogromnie dużo wsparcia w postaci osób, którym można było się zwierzyć.

*Instrumentalistka:* Największą wartością są do dziś trwające przyjaźnie, które powstały właśnie wtedy, budowane na długich próbach, bliskich i dalekich wyjazdach, wspólnie przeżywanych muzycznych uniesieniach.

Okres pracy nad każdym dziełem operowym był więc czasem spędzaniem wśród życzliwie nastawionych osób, które często stawały się kręgiem przyjaciół. Kształtował też zainteresowania i decydował o sposobie spędzania wolnego czasu, a niejednokrotnie pomagał oderwać się od problemów dnia codziennego.

*Instrumentalistka:* Udział w operach jest dla mnie źródłem wielu pozytywnych emocji. Przede wszystkim jest odskocznią od życia codziennego. Pomaga zapomnieć o rutynie dnia i pozwala włączyć się w jedną z moich największych przyjemności – muzykę. Dzięki operom w Dębicy poznałam również wielu ludzi i nawiązałam wiele przyjaźni, które trwają od lat i które, mam nadzieję, będą jeszcze długo trwałe.

*Chórystka:* Swoją historię z operą rozpocząłam w 2006 r. Na chór zaprowadziła mnie koleżanka, która już kilka lat grała w orkiestrze Pana Adamka. Trwały akurat przygotowania do Koncertu Cecylińskiego. Bałam się ogromnie, jak to będzie. Myślałam, że moje umiejętności nie są wystarczające, aby należeć do grupy osób, które biorą udział w tak dużym przedsięwzięciu, jakim były i są opery. Wielkie było moje zdziwienie, kiedy okazało się, że zdecydowana większość chórzystów to amatorzy, którzy po prostu kochają muzykę i wcale nie są wykształceni w tym kierunku, nie znają się doskonale na nutach itp. Dla mnie wstąpienie do chóru i możliwość uczestniczenia w próbach stanowiły pewien rodzaj terapii. W czasie, kiedy się tam pojawiałam, przechodziłam okres żałoby, zmarła moja siostra, do której byłam bardzo przywiązana. Próby były odskocznią od ciężkiej rzeczywistości, pozwalały chociaż na chwilę zapomnieć o tym, co się stało, o tęsknocie i o bólu. Z czasem

tak bardzo przywykłam i pokochałam tę grupę osób, miłośników muzyki, że zostałam tam do dziś.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że chociaż przygotowanie spektaklu operowego to działanie długotrwałe, ma ono swój początek i koniec, co pozytywnie wpływa na motywację oraz poczucie sensu własnego działania. Zakończenie pracy, czyli samo przedstawienie operowe, bardzo mocno oddziałuje na sferę emocjonalną każdego z wykonawców, a zwłaszcza osób, które publiczność nie tylko słyszy, ale także ogląda. Przekłada się to na wzbudzenie stresu pozytywnego, a ostatecznie zwiększa satysfakcję z osiąganego sukcesu. Tę zależność podkreślają także osoby biorące udział w badaniu.

*Chórystka:* W operze *Carmen* wystąpiłam pierwszy raz w życiu na scenie. Była bardzo duża trema i adrenalina, ale również pełna mobilizacja i później satysfakcja.

*Instrumentalistka:* Zwieńczenie całorocznej pracy w postaci serii spektakli pod koniec roku dawało niesamowitą satysfakcję. Myślę, że każdy – od młodzieży aż po najstarszych członków przedsięwzięcia – czuł się wyjątkowo, gdy stawał na scenie przed liczącą każdorazowo kilkaset osób widownią. Dla mnie to zawsze było niesamowite przeżycie. Przed maturą, zamiast stresować się egzaminami zaczynającymi się dzień po premierze, ja odczuwałam dumę i satysfakcję, gdy dyrygent podnosił orkiestrę po wykonanym spektaklu.

Dla członków orkiestry takie przedsięwzięcie stanowi rodzaj wyzwania, a niekiedy pozwala na kontynuowanie pasji muzycznej rozpoczętej najczęściej w dzieciństwie nauką gry na instrumencie. Dla wielu muzyków regularne próby są mobilizacją do doskonalenia swoich umiejętności technicznych, a także okazją do spotkań i wspólnego działania z osobami, które dzielą ich zainteresowanie i zaangażowanie.

*Instrumentalistka:* Dla muzyka amatora bardzo ważne jest, by mieć możliwość utrzymywania kontaktu z instrumentem. Opery są najlepszą i wyjątkową okazją do tego, ponieważ nieczęsto się zdarza, by amatorzy mieli okazję zagrać takie dzieła, jak opery.

Warto zaznaczyć, iż w budowanie i kształtowanie całego projektu zaangażowani są nie tylko amatorzy, ale także osoby zawodowo zajmujące się muzyką. Swoje spotkanie z dębicką operą amatorską w taki sposób wspomina solista:

Przygoda z dyrygentem Pawłem Adamkiem i jego przedsięwzięciami rozpoczęła się w 2012 r. Byłam świeżo upieczonym absolwentem Akademii Muzycznej w Katowicach

i była to doskonała okazja do tego, aby wziąć w tym udział. Pierwszą operą, w jakiej brałem udział, była *Traviata*. Początkowo byłem przerażony. Rola Alfreda wymaga przecież od śpiewaka doskonałej techniki i przede wszystkim obycia ze sceną, której wtedy jeszcze nie miałem... Lubię wyzwania i podjąłem się tego. Nigdy nie zapomnę tych przeżyć i wspaniałej atmosfery, jaka panowała przy tworzeniu tego dzieła. Potem Pan Adamek zaproponował mi rolę Nemorino w *Napój miłosnym*. Duże wyzwanie, ale wiedziałem, że będzie to znowu wielka przygoda.

Dla młodego absolwenta akademii muzycznej śpiewanie w operze było niezwykle doświadczeniem. Umożliwiło doskonalenie warsztatu, a także oswojenie się ze sceną. Podczas spektakli solista współpracował zarówno z amatorskimi chórami, półamatorską orkiestrą, jak i z bardziej doświadczonymi od siebie wokalistami. To okazało się ważną lekcją współpracy, która jest konieczna każdorazowo, gdy przygotowuje się spektakl, koncert czy inny projekt – w tym przypadku miało to tym większe znaczenie, że dla wykonawców motorem do działania była pasja do muzyki, a nie jedynie wizja osiągniętych sukcesów.

Całe przedsięwzięcie jest także bardzo istotnym wydarzeniem kulturalnym dla całego miasta. Dzięki amatorskim operom wystawianym w Dębicy mieszkańcom tego miasta dane jest nowe doświadczenie uczestniczenia w widowisku muzyczno-teatralnym, jakim jest opera. W folderze operetki *Nony Don Kiszot, czyli sto szaleństw* przeczytać można słowa starosty powiatu dębickiego Władysława Bielawy:

Stało się już tradycją, że Święto 3 Maja w naszym powiecie obchodzone jest w sposób szczególnie uroczysty. Rokrocznie obchodom tym towarzyszy premiera niecodziennej imprezy kulturalnej. Powiat dębicki znany jest bowiem w Polsce jako ten, w którym artyści amatorzy pod kierownictwem Pana Pawła Adamka przygotowują i wystawiają opery i wodewile. Świąteczne popołudnie 3 maja przyciąga do Dębicy setki miłośników sztuki muzycznej (*Nony Don Kiszot...*, 2007).

## Podsumowanie

---

Dębicka opera amatorska od lat przyczynia się do wzbogacania życia kulturalnego Dębicy. Mimo iż projekt w swoim zamyśle nie był oparty na założeniach muzykoterapii społecznościowej, bardzo wyraźnie realizuje idee przyświecające temu nurtowi terapeutycznemu. Przyczyniają się do tego:

- integracja środowiska lokalnego – kształtowanie i wspieranie wzajemnych relacji pomiędzy członkami każdego z zespołów, a także pomiędzy członkami różnych zespołów biorących udział w projekcie, natomiast w odniesieniu do efektu całej pracy integrowanie środowiska lokalnego w szerszym kontekście poprzez uczestniczenie w spektaklach operowych (widownia);
- wzmacnianie relacji międzyludzkich poprzez umożliwianie zawierania znajomości i przyjaźni;
- wzmacnianie więzi rodzinnych – w skrajnych przypadkach poprzez uczestnictwo w projekcie kilku członków rodziny, w innych sytuacjach poprzez motywowanie i wspieranie zainteresowań (członkowie rodziny jako widownia);
- możliwość kształtowania własnej tożsamości i osobowości poprzez obserwację osób odmiennych od siebie (pod kątem wieku, wykształcenia, pełnionej roli społecznej) oraz wymianę życiowych doświadczeń;
- możliwość realizacji zainteresowań i pasji oraz pogłębiania swoich umiejętności warsztatowych i kompetencji, zarówno muzycznych, jak i społecznych;
- kształtowanie i wzbogacanie własnej wrażliwości poprzez udział w projektach artystycznych;
- kształtowanie umiejętności radzenia sobie ze stresem (również pozytywnym);
- popularyzacja dorobku kulturowego w zakresie sztuki muzycznej;
- wzmacnianie sfery emocjonalnej poprzez wyrażanie siebie za pomocą muzyki, a także wspieranie emocjonalności przez środowisko – zaspokajanie naturalnej potrzeby aprobaty ze strony otoczenia, które jest niezbędne do poczucia spełnienia i sensowności własnego działania;
- korzyści poznawcze płynące z wykonywania takich czynności, jak śpiew czy gra na instrumencie – ćwiczenie pamięci, koncentracji uwagi na wykonywanym zadaniu, wykorzystywanie sfery manualnej podczas gry na instrumencie;
- wzmacnianie poczucia odpowiedzialności za wspólny projekt, a także kształtowanie umiejętności planowania działań długodystansowych;
- eliminowanie ryzyka poczucia wykluczenia społecznego (często dotyczącego osób starszych).

Wszystkie korzyści wymienione powyżej wynikają z procesu terapeutycznego, jaki nieświadomie odbywa się rokrocznie przy okazji planowania, trenowania oraz wystawiania spektakli operowych. Istotą całego projektu jest wspólne działanie wszystkich osób, bez względu



na wiek, zdolności czy umiejętności, co pozwala wpisać go w nurt muzykoterapii społecznościowej. Dobrym podsumowaniem tego przedsięwzięcia są słowa reżysera oper, Jakuba Bulzaka:

To, co wydarza się w tym miejscu wiosną każdego roku, jest niezaprzeczalnym fenomenem. Od 15 lat bez szyldu, papieru firmowego, wizytówek, faksu, wynagrodzeń funkcjonuje teatr muzyczny. Dziesiątki osób, realizując swoje pasje, poświęcając wolny czas, angażują się w dzieło, które w chłodnej kalkulacji nie ma prawa się udać. Ale na szczęście w naszym zabieganym, wyliczonym co do złotówki i sekundy świecie rzeczy takie jak zapał, entuzjazm, ofiarność, zamiłowanie nie dają się policzyć ani uprzedmiotowić. Dzięki temu fenomen dębickich oper trwa, za co jego Twórcom i realizatorom należą się stokrotne dzięki, szacunek i uznanie (*Straszny dwór...*, 2014).

## Bibliografia

---

- Banaszak-Dankowska, A., Bąbska, B., Dunajska, A., Jakubowska, J., Jordan, P., Kowalska, A., Schimanek, T. (2005). *Praca socjalna w środowisku lokalnym*. Warszawa: Verlag Dashofer.
- Bryndal, A., Procter, S. (2012). Muzykoterapia Nordoff-Robbins. W: K. Stachyra (red.), *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii* (s. 15–31). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Bukowska, A. (2016). Emotional Expression Through Music with Older Adults. W: L. Konieczna-Nowak (Ed.), *Music Therapy and Emotional Expression: A Kaleidoscope of Perspectives* (s. 129–136). Katowice: Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego.
- Kański, J. (2009). Opera w Dębicy? *Ruch Muzyczny*, 21.
- Konieczna-Nowak, L. (2013). *Wprowadzenie do muzykoterapii*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Krasoń, K., Konieczna-Nowak, L. (2016). *Sztuka – terapia – poznanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Nesterowicz, R. (2013). Wykluczenie społeczne w dobie kryzysu. W: M. Pokrzywa, S. Wilk (red.), *Wykluczenie społeczne. Diagnoza, wymiary i kierunki badań* (s. 25–43). Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Nordoff, P., Robbins, C. (2008). *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi. Historia, metoda i praktyka*. Przeł. A. Bryndal, E. Masiak. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Olechnicki, K., Załęcki, P. (1998). *Słownik socjologiczny*. Toruń: Graffiti BC.
- Procter, S. (2012). Muzykoterapia społecznościowa. W: K. Stachyra (red.), *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii* (s. 179–195). Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Stige, B. (2002). *Culture-Centered Music Therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.

Stige, B., Aarø, L.E. (2012). *Invitation to Community Music Therapy*. New York–London: Routledge.

Wodzień, E. (2007). *Dębica – nasze muzyczne stulecie*. Dębica: Muzeum Regionalne, Towarzystwo Przyjaciół Ziemi Dębickiej i Miasto Dębica.

Wroczyński, R. (1985). *Pedagogika społeczna*. Warszawa: PWN.

Zimbardo, P.G., Gerrig, R.J. (2015). *Psychologia i życie*. Przeł. E. Czerniawska, M. Guzowska-Dąbrowska, A. Jaworska-Surma, J. Radzicki. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Foldery informacyjne wydane z okazji wystawiania oper:

*Nowy Don Kiszot, czyli sto szaleństw* (2007). Dębica.

*Straszny dwór* (2002). Dębica.

*Straszny dwór* (2014). Dębica.

## **Działania muzykoterapeutyczne w obszarze neonatologii**

---

**Marta Naumiuk**

Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego w Katowicach

### **Streszczenie**

Artykuł wskazuje na potencjał oddziaływań muzykoterapeutycznych w neonatologii oraz stanowi próbę usystematyzowanego opisu możliwości jej zastosowania. Na podstawie przeglądu dostępnej literatury przedstawia opracowane za granicą metody, które wychodzą naprzeciw potrzebom noworodków wymagających specjalnej opieki medycznej. Wyraża również nadzieję na rozwój zainteresowania wspomnianą tematyką także na terenie Polski.

**Słowa kluczowe:** muzykoterapia, neonatologia

### **Wstęp**

---

Neonatologia to stosunkowo nowa dziedzina medycyny – jej nazwa pojawiła się dopiero w latach 60. XX w. Źródłoslów terminu *neonatologia* (*neonatus* – nowo narodzony i *logos* – nauka) dość trafnie określa obszar zainteresowania tej dziedziny, czyli dzieci nowo narodzone, inaczej noworodki. Zachodzące w XIX w. przemiany społeczno-polityczne oraz rozwijające się ruchy społeczne koncentrujące się na dobrostanie najmłodszych dzieci można uznać za pierwsze impulsy zwracające uwagę środowiska medycznego na potrzeby noworodków. Jednym ze skutków tych zmian było utworzenie odrębnych oddziałów ukierunkowanych wyłącznie na leczenie najmłodszych pacjentów, co przyczyniło się do pogłębiania wiedzy na temat ich potrzeb oraz problemów (Syweński, Baran, Szewczyk, 2007).

Pod koniec XX w. obserwuje się początki zainteresowania obszarem medycznych potrzeb noworodków również wśród muzykoterapeutów. Ich poszukiwania, badania i próby wyjścia naprzeciw zróżnicowanym potrzebom nawet tych najsłabszych, bo przedwcześnie urodzonych, dzieci, okazały się niezwykle owocne i, jak dotąd, są nieprzerwanie kontynuowane (Standley, 2014). Wydaje się nieprawdopodobne, że w polskich publikacjach naukowych z zakresu muzykoterapii wciąż tak mało miejsca poświęca się temu ważnemu zagadnieniu. Nieliczne pozycje (zob. Nowak, 2011; Stachyra, 2012b; Bieleninik, 2015) próbują przybliżyć pewne jego

aspekty, ale ze względu na swoją specyfikę i ograniczony zakres wciąż nie są w stanie sprostać zapotrzebowaniu na ciągle ewoluującą wiedzę w tym temacie. Świadomość korzyści płynących z zastosowania muzykoterapii w obszarze neonatologii mogłaby przyczynić się do rozwoju tej gałęzi muzykoterapii w Polsce, a w konsekwencji ludzie troszczący się o życie i zdrowie noworodków zyskaliby dodatkowe narzędzie poprawy jakości ich funkcjonowania.

Celem niniejszego artykułu jest przybliżenie na gruncie polskim zagadnienia potencjału oddziaływań muzykoterapeutycznych w neonatologii oraz próba znalezienia opartej na literaturze przedmiotu odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób muzykoterapia może korzystnie wpływać na funkcjonowanie najmłodszych pacjentów służby zdrowia.

### Okres noworodkowy – zadania rozwojowe i potencjalne problemy

---

Podczas gdy trudno precyzyjnie określić oraz uzyskać powszechną zgodę co do tego, w którym momencie rozpoczyna się biologiczne życie człowieka, za początek życia pozamacicznego bezspornie uznaje się moment narodzin. Już w okresie prenatalnym dziecko jest aktywne społecznie i psychoruchowo, posiada także własną homeostazę, w związku z czym można mówić o pewnej jego odrębności względem organizmu matki (Kornas-Biela, 2002). Jednakże dopiero noworodek – dziecko narodzone – zaczyna funkcjonować całkowicie poza organizmem matki, pomimo zależności od swoich opiekunów. W porównaniu do innych etapów rozwoju w życiu człowieka okres noworodkowy, zwany również okołoporodowym, trwa bardzo krótko – zgodnie z uznawanymi w Polsce normami rozpoczyna się porodem i trwa cztery tygodnie. Jest on jednak czasem zmian równie ważnych jak te zachodzące w pozostałych okresach rozwoju. Głównym i ogólnym zadaniem rozwojowym noworodka jest przystosowanie się do zmienionych (i to radykalnie) warunków, w których żyje. Wiąże się to z przyzwyczajaniem się do: odmiennego niż w życiu płodowym sposobu oddychania, innego niż dotychczas sposobu karmienia i odżywiania się, zmian termicznych oraz w nowy sposób oddziałujących na całe jego ciało bodźców (Brzezińska, Appelt, Ziółkowska, 2008).

W okresie noworodkowym, podobnie jak w każdym innym okresie życia, mogą wystąpić u człowieka liczne problemy zdrowotne. Wśród nich można wyróżnić te wynikające z mechanicznych urazów okołoporodowych, zakażeń, wad wrodzonych czy chorób matki oraz te związane z zaburzeniami funkcjonowania układów narządów czy z zaburzeniami metabolicznymi (Kordek, 2015). Jednym z najczęściej poruszanych w neonatologii zagadnień jest problem wcześniactwa, który w latach 2010–2014 w Polsce dotyczył około 6% wszystkich urodzeń (Świetliński, 2016). Wyznacznikiem wcześniactwa jest wiek płodowy dziecka – do wcześniaków zaliczamy dzieci urodzone pomiędzy 22 a 37 tygodniem ciąży. Grupę wcześniaków można podzielić na wcześniaki „późne” oraz wcześniaki bardzo i ekstremalnie niedojrzałe (Gadzinowski,

Kęsiak, 2015). Przedwczesne urodzenie wiąże się z funkcjonalną niedojrzałością organizmu noworodka i ograniczeniem jego możliwości w sferze prawidłowej adaptacji do życia poza organizmem matki. Zakres i natężenie problemów zdrowotnych oraz powikłań związanych z przedwczesnym przyjściem na świat są w tym wypadku współmierne do stopnia niedojrzałości noworodka – im większa niedojrzałość noworodka, tym więcej trudności adaptacyjnych oraz problemów z jego prawidłowym funkcjonowaniem (Świetliński, 2016).

### Muzyka – jej właściwości i terapeutyczny potencjał

---

Pod względem akustycznym muzyka jest zjawiskiem wyjątkowym, różnym od innych dźwięków i odgłosów. Wyjątkowość ta czyni ją znakomitym potencjalnym narzędziem do osiągania terapeutycznych celów. Przyczyną dźwięków tworzących muzykę są drgania, których słyszalne efekty można opisać za pomocą wielu wymiarów, np. wysokości dźwięku, jego głośności oraz barwy (Wagner, 1994, za: Standley, Walworth, 2010). Doświadczenie muzyki, oparte na wieloobszarowej pracy mózgu, można prawdopodobnie uznać za jedno z najbogatszych doznań dostępnych człowiekowi. Jego bogactwo przejawia się w równoczesnym stymulowaniu różnych sfer aktywności ludzkiej – sfery sensomotorycznej, emocjonalnej oraz poznawczej. Doświadczenie muzyki angażuje procesy, takie jak: słuchanie, oglądanie, odczuwanie, inicjowanie i koordynowanie ruchów, a także zapamiętywanie i przewidywanie. Muzyka jest w stanie dotrzeć do najgłębszych emocji, w wyniku czego człowiek może doznać radości, szczęścia, połączenia zadowolenia i smutku, a nawet głębokich przeżyć emocjonalnych nazywanych doświadczeniami szczytowymi. Wspomnianym emocjom mogą towarzyszyć reakcje fizjologiczne, takie jak łzy czy dreszcze (Altenmüller, Schlaug, 2012).

Warto również zauważyć, że w różnych kulturach muzyka komponowana jest na podstawie pewnych przyjętych na przestrzeni wieków zasad, eksponujących te brzmienia, które sprawiały odbiorcom największą przyjemność. Muzyka jest przepelniona bogatymi brzmieniami i współbrzmieniami, które stanowią jednocześnie intelektualne wyzwanie oraz ucztę dla zmysłów (Standley, Walworth, 2010). W zależności od subiektywnych doświadczeń jej twórców, słuchaczy lub wykonawców muzyce można nadać różne znaczenie, może być ona również postrzegana jako doświadczenie społeczne. Muzyka może stanowić także formę ekspresji oraz komunikacji. Jednocześnie, mimo swojej wyjątkowości, muzyka jest niemalże wszechobecna oraz powszechnie dostępna, co wydaje się czynnikiem sprzyjającym możliwości jej terapeutycznego wykorzystania (MacDonald, Kreutz, Mitchell, 2012).

Upraszczaając jedną z najpopularniejszych definicji muzykoterapii, przyjętą przez Światową Federację Muzykoterapii (*What is music...*, 2011), można stwierdzić, że muzykoterapia jest

profesjonalnym wykorzystywaniem muzyki w celu optymalizacji i poprawy szeroko rozumianego funkcjonowania jednostki. Tego rodzaju wykorzystywanie muzyki, czyli oddziaływanie muzykoterapeutyczne, może odbywać się na wiele sposobów. Tradycyjnie muzykoterapię dzieli się na aktywną – polegającą na tworzeniu muzyki/muzykowaniu, oraz receptywną – bazującą przede wszystkim na słuchaniu (Konieczna-Nowak, 2014). Bardziej szczegółowego podziału można dokonać, opierając się na podziale doświadczeń muzycznych na: improwizowanie, wykonywanie/odtworzenie, komponowanie oraz słuchanie muzyki (Bruscia, 1998, za: Konieczna-Nowak, 2014). W aspekcie doboru muzyki do wybranych oddziaływań podkreśla się, że terapeutyczne właściwości można przypisywać przede wszystkim muzyce, która została zastosowana w konkretnej terapii w sposób prawidłowy, czyli uwzględniający specyfikę konkretnego klienta oraz jego terapeutycznej sytuacji (Stachyra, 2012a). Oddziaływania muzykoterapeutyczne mogą być implementowane na różnych poziomach, tj.: pomocniczym, augmentatywnym, intensywnym lub zasadniczym/głównym – w zależności od tego, na ile samodzielną i istotną rolę mogą odegrać w pracy z danym problemem (Natanson, 1992, za: Kronenberger, 2007).

### Możliwości terapeutycznego zastosowania muzyki w obszarze neonatologii

---

W celu określenia wytycznych do wykorzystywania oddziaływań muzykoterapeutycznych w obszarze neonatologii należy wziąć pod uwagę rozwojowe uwarunkowania percepcji i przetwarzania muzyki przez noworodki. Na podstawie analizy różnic rozwojowych uwarunkowanych płcią oraz czynników wpływających na rozwój dziecka przed narodzinami i po wyprowadzono następujące wnioski:

1. Aplikowanie muzykoterapii oddziałującej na dziecko za pośrednictwem zmysłu słuchu wydaje się mieć sens dopiero od momentu, w którym układ słuchowy dziecka staje się funkcjonalny, czyli w okolicach 25 tygodnia ciąży, liczonej od momentu poczęcia (Graven, Browne, 2008a).
2. Układ słuchowy do prawidłowego rozwoju potrzebuje zewnętrznej stymulacji dźwiękowej, którą można zapewnić m.in. za pomocą mowy oraz muzyki (Graven, Browne, 2008a).
3. Fizjologiczne/mechaniczne różnice (związane z różną długością ślimaka w uchu wewnętrznym) w słyszeniu dorosłych kobiet i mężczyzn (Hall, 2000, za: Cassidy, Ditty, 2001) mogą być powiązane z różnicą w reagowaniu na muzykę przez niemowlęta różnej płci oraz odnoszeniem mniejszych korzyści z działań muzykoterapeutycznych przez noworodki płci męskiej (Cassidy, Ditty, 2001). W związku z tym ważnym zadaniem w kontekście terapeutycznego zastosowania muzyki wydaje się poszukiwanie sposobu,

w jaki można byłoby neutralizować efekty wspomnianych deficytów w słyszeniu noworodków płci męskiej

4. Działania muzykoterapeutyczne mające na celu przyspieszenie rozwoju struktur oraz funkcji mózgu mogą charakteryzować się nieodpowiednią intensywnością (zbyt duża) lub być stosowane w nieodpowiednim czasie, co może mieć niekorzystne konsekwencje dla zdrowia i rozwoju dziecka (Graven, Browne, 2008b). Muzykoterapeuta powinien zadawać sobie pytanie o to, jak intensywnej stymulacji potrzebuje dane dziecko, by rozwijać się zdrowo i prawidłowo, a odpowiedzi na nie poszukiwać w obserwacji behawioralnych reakcji danego dziecka (Fischer, Als, 2004).

Próbując określić cele terapeutyczne możliwe do osiągnięcia za sprawą muzykoterapii, można wyróżnić trzy grupy działań, w tym (Nöcker-Ribaupierre, 2013):

- działania obejmujące zindywidualizowane interwencje muzykoterapeutyczne, wspierające neurobehawioralny oraz neurosensoryczny rozwój noworodka;
- działania ukierunkowane na wzrost emocjonalnych, poznawczych, społecznych i ruchowych kompetencji, oparte na zapewnieniu noworodkowi zrównoważonej dźwiękowo-zmysłowej stymulacji (w tym ochrony przed nadmierną stymulacją);
- działania wspierające rodziców/opiekunów noworodka, w tym tworzenie możliwości dla zaistnienia i rozwoju prawidłowych wzorów interakcji oraz więzi pomiędzy rodzicami/opiekunami a dzieckiem (Hanson-Abromeit i in., 2008, za: Nöcker-Ribaupierre, 2013).

### Metody oddziaływań muzykoterapeutycznych w opiece neonatologicznej

Ze względu na trwające już od kilku dekad zainteresowanie obszarem neonatologii wśród muzykoterapeutów (Standley, 2014) trudno byłoby szczegółowo opisać wszystkie opracowane przez nich metody w jednym artykule. W celu usystematyzowania opisu wyodrębniono trzy kategorie metod<sup>3</sup> z uwzględnieniem informacji o tym, czy oddziaływanie muzykoterapeutyczne opiera się na muzyce odtwarzanej, czy wykonywanej na żywo, jak również o tym, czy w swoim zamierzeniu jest ono jedno- czy wielomodalne. W dalszej części artykułu opisane zostaną przykładowe metody mieszczące się w ramach wspomnianych kategorii, tj.:

- metody wykorzystujące muzykę odtwarzaną z nagrań:

<sup>3</sup> W związku z brakiem powszechnej zgody w środowisku muzykoterapeutów co do ścisłego znaczenia takich terminów, jak model, podejście, technika, metoda, autorka postanowiła określić wszystkie opisywane przez nią działania muzykoterapeutyczne w obszarze neonatologii mianem *metod*. Jest świadoma, że niektóre osoby mogą się nie zgodzić z takim jednolitym ujęciem, jednakże jej decyzja podyktowana jest dbałością o przejrzystość i zrozumiałość tekstu.

- muzykoterapia wykorzystująca system PAL (*Pacifier Activated Lullaby*<sup>4</sup>);
- stymulacja słuchowa głosem matki (*Auditory Stimulation with the Mother's Voice*);
- metody opierające się na muzyce wykonywanej na żywo:
  - Pierwsze Dźwięki: Rytm, Oddech i Kolysanka (*First Sounds: Rhythm, Breath and Lullaby*);
  - muzykoterapia kreatywna (*Creative Music Therapy*) dla wcześniaków oraz ich rodziców;
- metody wzbogacone o stymulację zmysłów innych niż słuch:
  - połączenie śpiewu ze stymulacją słuchu, dotyku, wzroku i równowagi;
  - muzyka i wielozmysłowa stymulacja (*Music and Multimodal Stimulation – MMS*).

**Metody wykorzystujące muzykę odtwarzaną z nagrań.** Przy wykorzystywaniu muzyki odtwarzanej z nagrań należy pamiętać o kilku istotnych kwestiach (Nöcker-Ribaupierre, 2013). Pierwszą z nich jest konieczność używania sprzętu audio, który zagwarantuje wysoką jakość odtwarzanych dźwięków. Drugą to regularny pomiar poziomu natężenia tych dźwięków za pomocą miernika poziomu natężenia dźwięku umiejscowionego w okolicach ucha noworodka. Według wytycznych Amerykańskiego Towarzystwa Pediatrycznego (APA, 1997, za: Nöcker-Ribaupierre, 2013) poziom ten nie powinien przekraczać wartości 65–70 dB. Zgodnie z wiedzą dotyczącą rozwoju zmysłu słuchu dźwięki o niskiej częstotliwości potrzebują wzmocnienia, a dźwięki wysokie – osłabienia. Istotne jest również to, gdzie umiejscowione jest źródło dźwięku – powinno się ono znajdować 20 cm od głowy dziecka (Nöcker-Ribaupierre, 2013).

**Muzykoterapia wykorzystująca system PAL (*Pacifier Activated Lullaby*).** Jedną z bardziej znanych metod oddziaływania muzykoterapeutycznego przy pomocy odtwarzanej z nagrania muzyki jest muzykoterapia wykorzystująca system PAL, propagowany przez amerykańską muzykoterapeutkę z Florida State University – Jayne Standley. Urządzenie PAL zostało zaprojektowane specjalnie dla celów muzykoterapii i składa się z dwóch części: dobrej jakości smoczek (czyli takiego, który podczas ssania „zachowuje się” podobnie jak brodawka matki oraz nie wpływa negatywnie na rozwój aparatu mowy) oraz połączonego z nim narzędzia odtwarzającego nagraną wcześniej muzykę. Zmiana ciśnienia spowodowana ssaniem smoczka przez dziecko jest sygnałem, który uruchamia odtwarzanie muzyki. Urządzenie PAL daje również możliwość kontrolowania i programowania tego, jak duża musi być zmiana ciśnienia, jak długo powinno trwać ssanie, a co za tym idzie – jak długo będzie odtwarzana muzyka (Standley, Walworth, 2010).

Metoda ta jest oparta na procesie warunkowania, w którym muzyka pełni rolę wzmocnienia pozytywnego. Dzięki muzycznemu wzmocnieniu pojawiającemu się natychmiast po ssaniu

---

<sup>4</sup> W dosłownym tłumaczeniu autorki: *kolysanka aktywowana smoczkiem*.



smoczka dziecko uczy się ssać intensywniej i dłużej, co wymaga odpowiedniej koordynacji procesów ssania, oddychania i przelknięcia (Standley, 2014; Standley, 2003). W normalnie przebiegającej ciąży tego rodzaju nieodżywcze ssanie obserwować można dopiero w ostatnim trymestrze ciąży. Dzieci, które przyszły na świat przed tym okresem, muszą się go nauczyć w – nieco innych od wewnątrzmacicznych – warunkach szpitalnych. Umiejętność ta poprzedza umiejętność ssania, niezbędną w trakcie przyjmowania pożywienia w naturalny, tj. doustny sposób (Standley, 2003). Nieodżywcze ssanie wzmacniane za pomocą systemu PAL może się również przyczyniać do redukcji poziomu postrzeganego bólu, w związku z wydzielaniem endorfin w trakcie ssania (Standley, Walworth, 2010).

Muzyka odtwarzana z urządzenia PAL pierwotnie obejmowała nagrania kołysanek w ojczystym języku dziecka, śpiewanych przez profesjonalną śpiewaczkę (Nöcker-Ribaupierre, 2013). Obecnie postęp techniczny oraz dalszy rozwój dziedziny umożliwiają nagrywanie kołysanek przez matkę dziecka. Pewną modyfikację stanowi również funkcja odtwarzania z urządzenia nagrania głosu matki podczas czynności niemuzycznej (czytania książki dla dzieci), co również okazało się czynnikiem wzmacniającym umiejętność nieodżywczego ssania (Chorna, Slaughter, Wang, Stark, Maitre, 2014). Wydaje się, że warto byłoby przeprowadzić badania pozwalające na porównanie efektów warunkowania za sprawą wspomnianych trzech rodzajów wzmocnień.

Metoda wykorzystująca system PAL nie jest wskazana dla wcześniaków, które nie osiągnęły jeszcze 34 tygodnia życia płodowego, oraz noworodków, których stan medyczny nie jest stabilny. Przeciwwskazaniami do stosowania tej metody są również: fizyczne ograniczenie możliwości ssania, przejawy przestymulowania oraz takie zachowania, jak odrzucanie smoczka czy wstrzymywanie ssania. W przypadku tych ostatnich można podjąć próbę powrotu do procedur po upływie kilku dni.

### ***Stymulacja słuchowa głosem matki (Auditory Stimulation with the Mother's Voice).***

Inną metodą oddziaływania terapeutycznego wykorzystującą nagrania jest stymulacja słuchowa głosem matki (*Auditory Stimulation with the Mother's Voice*), którą można utożsamiać z pracującą na terenie Niemiec muzykoterapeutką Moniką Nöcker-Ribaupierre. Interwencja ta wykorzystuje nagrania głosu matki noworodka w formie swobodnego mówienia, opowiadania historii, czytania książki lub śpiewania. Jest ona odpowiednia nawet dla bardzo skrajnych wcześniaków (Nöcker-Ribaupierre, 2013). Metoda ta została opracowana po to, żeby dostarczyć przedwcześnie urodzonemu noworodkowi innych bodźców dźwiękowych niż hałas szpitalnego oddziału. Jej celem jest przede wszystkim pomoc w nawiązaniu więzi emocjonalnej pomiędzy matką a dzieckiem, ponieważ z psychologicznego punktu widzenia przedwczesny poród to czynnik

rozdzielający fizyczną niemalże jedność matki i dziecka w najmniej odpowiednim momencie. Środowisko szpitalne również nie sprzyja tworzeniu się właściwych relacji pomiędzy nimi. Głos matki może być więc traktowany jako most, który z powrotem ich połączy, co wpłynie korzystnie i na dziecko, i na matkę (Nöcker-Ribaupierre, 2004)

Głos matki jest jednym z dźwięków stale obecnych w życiu płodowym dziecka. Jego brzmienie odzwierciedla właściwości znane dziecku z życia płodowego, takie jak jej sposób poruszania się i działania. To nie słowa albo ich sens mają największe znaczenie w tym okresie życia dziecka, ale raczej wokalna ekspresja głosu matki oraz jego muzyczne parametry. Właściwości te przywracają zaburzoną ciągłość pomiędzy życiem pre- i postnatalnym (Nöcker-Ribaupierre, 2004).

Muzykoterapeuta stosujący tę metodę powinien być przeszkolony w zakresie muzycznej psychoterapii oraz mieć możliwość superwizji, ponieważ pracuje nie tylko z dzieckiem, ale również z matką i jej emocjonalnymi odpowiedziami na kryzys, jakim może być przedwczesny poród, oraz reakcjami na zachowanie dziecka podczas odtwarzania mu jej głosu. Metoda ta wykorzystuje najczęściej więcej niż jedno nagranie. Pierwsze, w związku ze stanem emocjonalnym matki, zwykle opiera się na mówieniu lub czytaniu przygotowanych przez muzykoterapeutę bądź matkę materiałów (takich jak książka z opowieściami dla dzieci lub list matki skierowany do dziecka). Przygotowując z matką kolejne nagrania, muzykoterapeuta może zachęcać ją do śpiewania piosenki dla dziecka. Ważne jest, by śpiewała na swój własny sposób, nawet jeśli walor artystyczny tego wykonania byłby bardzo niski. W związku z potrzebą intymności i swobody nie zaleca się, by muzykoterapeuta był obecny w momencie nagrywania piosenki (Nöcker-Ribaupierre, 2013).

Nagrania mogą być odtwarzane dziecku nawet kilka razy dziennie w zależności od jego codziennej rutyny, stanu zdrowia oraz sytuacji na oddziale. Ponieważ interakcje rodziców z dzieckiem „na żywo” są najcenniejsze, nie zaleca się stymulowania jego słuchu nagraniami w momentach, kiedy możliwy jest jego bezpośredni kontakt z rodzicami. Można dodatkowo przeanalizować i omówić z matką nagrania pod kątem wyrażanych w nich emocji i ich zmian na przestrzeni czasu lub włączyć po pewnym czasie do tworzenia nagrań dodatkowych członków rodziny (Nöcker-Ribaupierre, 2013).

Jednym z atutów metod tego rodzaju jest fakt, że sprzyjają one przywiązaniu, które jest jedną z najsilniejszych zmiennych pozwalających na wyznaczenie długoterminowych korzyści (Standley, 2014). Słuchowa stymulacja głosem matki jest ważnym i korzystnym oddziaływaniem odpowiednim dla samych początków życia u większości wcześniaków. Należy jednak pamiętać

o tym, by rozpocząć również bardziej interaktywne metody działania, kiedy tylko będzie to dla danego dziecka rozwojowo możliwe (Nöcker-Ribaupierre, 2013).

**Metody opierające się na muzyce wykonywanej na żywo.** Metody wykorzystywane w muzykoterapii nie ograniczają się wyłącznie do muzyki odtwarzanej z nagrań. Według niektórych to właśnie muzyka wykonywana na żywo ma swój szczególny „ludzki” walor w naszym zmechanizowanym i stechnicyzowanym świecie (Henning, 2012). Biorąc pod uwagę charakterystykę populacji, jaką są mali pacjenci neonatologiczni, mogłoby się wydawać, że jedyna możliwa forma muzykoterapii w ich przypadku to muzykoterapia receptywna. Okazuje się jednak, że wśród metod wykorzystujących muzykę wykonywaną na żywo znaleźć można również takie, w których obecne są pewne elementy interakcji. W związku z tym można mówić o formach muzykoterapii aktywnej także w obszarze neonatologii (Henning, 2012; Nöcker-Ribaupierre, 2013).

***Pierwsze Dźwięki: Rytm, Oddech i Kołysanka (First Sounds: Rythm, Breath and Lullaby).*** To metoda, którą można identyfikować zwłaszcza z amerykańską muzykoterapeutką Joanne Loewy. Jak wskazuje nazwa, metoda ta składa się z trzech rodzajów interwencji, które można traktować również rozłącznie. Obejmuje ona granie na instrumentach, takich jak Ocean Disk, Gato Box, oraz śpiewanie spersonalizowanych kołysanek (Loewy, Stewart, Dassler, Telsey, Homel, 2013; Loewy, 2015).

Jak wspomniano powyżej, metoda ta wykorzystuje grę na instrumentach, przy czym instrumenty te są ściśle określone dla poszczególnych interwencji. Do interwencji *Rythm* przypisany jest Gato Box – drewniany instrument w kształcie prostopadłościanu, o określonej wysokości dźwięku (najczęściej są to dwa różne dźwięki oddalone od siebie o interwał tercji wielkiej), przypominający bęben szczelinowy. Jego delikatne, a zarazem rytmiczne brzmienie ma za zadanie imitować odgłos bicia serca matki, który stale towarzyszył dziecku podczas życia płodowego. W trakcie grania na żywo można próbować dopasować wybijany rytm do rytmu bicia serca dziecka. Do interwencji *Breath* stosuje się Ocean Disk – czyli okrągły instrument wypełniony drobnymi, metalowymi kuleczkami, bardzo podobny to bębna oceanicznego. Podczas obracania instrumentu wydobywa się z niego charakterystyczny, delikatny dźwięk o zmiennym natężeniu przypominający szum fal. Granie na tym instrumencie ma imitować dźwięki powodowane przez wody płodowe oraz inne substancje, znajdujące się w okolicach macicy. Grając na nim na żywo, można zsynchronizować wydobywane z niego dźwięki z cyklem oddechowym noworodka (Loewy i in., 2013).

Trzecim rodzajem interwencji jest śpiewanie dziecku spersonalizowanych kołysanek, tzw. piosenek rodzinnych (*songs of kin*). Są to piosenki zaproponowane i wybrane przez rodziców, mające szczególny potencjał – dzięki nim można wpleść w proces leczenia wartości i dziedzictwo kulturowe rodziny (Loewy, 2015). Jeśli rodzice nie są w stanie zaproponować żadnego utworu, można im zasugerować śpiewanie kołysanki najbardziej rozpoznawalnej w kontekście kulturowym miejsca, w którym odbywa się leczenie. W przypadku, gdy wybrana przez rodziców piosenka jest zbyt żywa, energiczna lub z innych przyczyn nie ma możliwości pełnić funkcji kołysanki, można zasugerować jej delikatną modyfikację w postaci np. zmiany tempa, zmiany metrum (na trójdzielne), uproszczenia linii melodycznej czy skoncentrowanie się na jednym, wybranym, nadającym się na kołysankę motywie. Można również rozszerzyć pracę nad kołysanką, wprowadzając do niej słowa pisane przez rodziców i będące wyrazem ich uczuć do dziecka, marzeń z nim związanych lub modlitw (Nöcker-Ribaupierre, 2013).

W tej interwencji muzykoterapeuta stara się również zapewnić rodzinie wsparcie w obszarze psychoterapii muzycznej. Na przykład przed rozpoczęciem części właściwej, czyli śpiewania kołysanek, muzykoterapeuta spotyka się z rodzicami, towarzyszy im przy wizytach u dziecka i próbuje oszacować ich stan emocjonalny oraz dowiedzieć się, jak radzą sobie z kryzysem związanym ze stanem zdrowia dziecka. Kiedy piosenka zostanie już wybrana i przygotowana, powinien poinstruować rodziców, w jaki sposób wykorzystywać piosenkę do uspokajania dziecka przed snem lub w czasie rozdrażnienia, ponieważ zalecane jest, by to właśnie oni śpiewali dziecku – muzykoterapeuta może to robić podczas ich nieobecności (Nöcker-Ribaupierre, 2013).

Z randomizowanych badań klinicznych na dużej próbie wynika, że stosowanie metody *First Sounds: Rhythm, Breath and Lullaby* może poprawiać jakość stanów spokojnego snu i czuwania, odruchu ssania oraz zwiększyć poziom saturacji tlenu u przedwcześnie urodzonych noworodków. Dodatkowo może przyczynić się do zredukowania poziomu postrzeganego strachu i lęku u ich rodziców (Loewy i in., 2013).

***Muzykoterapia kreatywna (Creative Music Therapy) dla wcześniaków oraz ich rodziców.*** Muzykoterapia kreatywna dla wcześniaków oraz ich rodziców to zorientowana na zasoby i potrzeby metoda opierająca się na modelu muzykoterapii kreatywnej, stworzonym przez Paula Nordoffa i Clive'a Robbinsa (2008). Została on dostosowana do specyficznych potrzeb pacjentów oddziałów neonatologicznych oraz ich rodziców przez pracującą obecnie w Szwajcarii muzykoterapeutkę Friederike Haslbeck (Haslbeck, 2004, 2014). Metoda ta czerpie również z zasad opracowanych dla stosowania muzykoterapii kreatywnej u pacjentów w śpiączce, które proponują m.in. dwie aktywności umożliwiające nawiązanie kontaktu z pacjentem. Są to:

śpiewana improwizacja bez słów oraz uważne obserwowanie, analizowanie i reagowanie na właściwości pulsu oraz rytmu oddechowego pacjentów (Aldridge, Gustorff, Hannich, 1990). W przypadku noworodków, których komunikacja także jest ograniczona, puls oraz rytm oddychania w połączeniu z mimiką i gestykulacją traktowane są jako muzyczny komunikat. Zadaniem terapeuty jest nucenie dziecku oraz dopasowywanie śpiewu na bieżąco do delikatnego rytmu i subtelnej ekspresji noworodka. Jeśli rodzice wykazują chęć włączenia się w te działania, można ich również zaangażować w proces terapeutyczny, np. wspierając ich w śpiewaniu do własnego dziecka oraz pielęgnowaniu ich intuicyjnej interakcji z dzieckiem. Działania takie sprzyjają tworzeniu się więzi między rodzicami a dzieckiem (Haslbeck, 2014; Edwards, 2011, za: Haslbeck, 2014).

Ta metoda muzykoterapii kreatywnej przeznaczona jest dla przedwcześnie urodzonych noworodków będących w stabilnym stanie medycznym. Jej celem jest relaksacja, stabilizacja i uspokojenie dziecka oraz zapewnienie mu możliwości stymulacji, apercpepcji i rozwoju przy uwzględnieniu istotnej i podstawowej zasady niedopuszczenia do nadmiernej stymulacji dziecka (Haslbeck, 2014; Nöcker-Ribaupierre, 2013).

**Metody wzbogacone o stymulację zmysłów innych niż słuch.** Rozwój poszczególnych zmysłów u człowieka odbywa się w różnym tempie i różnej kolejności. Wczesne badania dotyczące rozwoju płodu wskazują na to, że ścieżki nerwowe związane z czuciem powierzchniowym oraz zmysłem dotyku rozwijają się jako pierwsze ze wszystkich ścieżek neurosensorycznych i pojawiają się już podczas drugiego miesiąca ciąży. W dalszej kolejności zawiązują się ścieżki nerwowe zmysłu równowagi oraz powonienia, a następnie – mniej więcej 11 tygodni po zapłodnieniu – ścieżki neurosensoryczne zmysłu smaku. Jako ostatnie pojawiają się połączenia nerwowe zmysłu słuchu oraz wzroku (Gottlieb, 1971, za: White-Traut, Nelson, Burns, Cunningham, 1994). Paradoksalnie na oddziałach intensywnej terapii dla noworodków najczęściej właśnie dwa najpóźniej dojrzewające zmysły (słuchu i wzroku) podlegają największej i zwykle przypadkowej stymulacji (White-Traut i in., 1994). Niekorzystne dla układu nerwowego, a zwłaszcza rozwoju sensorycznego, efekty przebywania w warunkach oddziału szpitalnego można niwelować za pomocą metod wykorzystujących progresywną stymulację zmysłów, uwzględniającą chronologię rozwoju (White-Traut i in., 1994; Standley, Walworth, 2010).

**Połączenie śpiewu ze stymulacją słuchu, dotyku, wzroku i równowagi.** Stymulacja słuchu, dotyku, wzroku i równowagi (*Audio Tactile Visual Vestibular Stimulation – ATVV*) obejmuje cztery rodzaje stymulacji wymienione w nazwie. Przykładowa interwencja metodą ATVV, trwająca w tym przypadku około 15 minut, może zawierać następujące elementy:

- 15 minut stymulacji słuchowej spokojnym, kobiecym głosem odtwarzanym z nagrania;
- 10 minut stymulacji dotykowej w postaci delikatnego masażu;
- 5 minut horyzontalnego kołysania;
- 15 minut, w których można próbować nawiązać kontakt wzrokowy (White-Traut i in., 2002).

W momencie, kiedy u dziecka wystąpią behawioralne wskaźniki stresu i unikania, należy zmodyfikować interwencję, np. zaprzestać stymulowania danego zmysłu i spróbować przejść do następnego punktu lub wycofywać stopniowo stymulację dodaną jako ostatnią. Jeśli oznaki nadmiernej stymulacji nie osłabiają się pomimo przerw i redukcji działań, należy zakończyć interwencję przed czasem (Burns, Cunningham, White-Traut, Silvestri, Nelson, 1994; White-Traut, Nelson, Silvestri, Cunningham, Patel, 1997). Interwencje ATVV mogą ułatwić zwiększenie proporcji występowania stanu czuwania, przyspieszyć proces przejścia do przyjmowania pokarmu z piersi matki oraz skrócić czas hospitalizacji.

Helen Shoemark (1999) zainspirowana muzykoterapeutyczną adaptacją ATVV – *Music and Multimodal Stimulation* (Standley, 1998, za: Shoemark, 1999) – wykorzystała jej elementy w pracy z przedwcześnie urodzonym chłopcem z dysplazją oskrzelowo-płucną. Celem jej działań u tego noworodka było wywołanie wokalnych reakcji oraz ogólny wzrost tolerancji na interakcję z opiekunami. W związku z wyznaczonymi celami stymulacja słuchowa miała zróżnicowaną formę – były to śpiewane przez terapeutkę improwizowane melodie, przypominające brzmieniem kołysanki. W kolejnych dniach zaczęto dokładać do niej próbę nawiązania kontaktu wzrokowego oraz trzymanie dziecka na rękach. Dużą zaletą metody ATVV jest wspomniane już zalecenie modyfikowania interwencji w przypadku oznak przebodźcowania (w postaci przerw i wycofywania ostatnio dodanych bodźców). Dzięki temu dziecko doświadcza stymulacji, której natężenie ma wartość zbliżoną do progu jego wytrzymałości, bez narażania go na nadmierny stres. Opis przypadku zaprezentowany przez Shoemark (1999) wskazuje na możliwość wykorzystania elementów interwencji ATVV podczas próby nawiązywania śpiewanej, muzycznej interakcji z noworodkiem. Zaproponowany przez nią sposób działania obecnie jest uznawany za adaptację metody *Music and Multimodal Stimulation*.

***Muzyka i wielozmysłowa stymulacja (Music and Multimodal Stimulation – MMS).*** Model MMS (*Music and Multimodal Stimulation*), podobnie jak wspomniany już w tym rozdziale system PAL), został opracowany przez amerykańską muzykoterapeutkę Jayne Standley (1998, za: Standley, Walworth, 2010).

Metoda ta opiera się na wykorzystującej wielozmysłową stymulację interwencji ATVV, opisaną we wcześniejszej części niniejszego podrozdziału. W oryginalnej metodzie ATVV (Burns i in., 1994) mówiący głos ludzki był wykorzystywany jako pierwszy, przyciągający uwagę dziecka bodziec, po którym rozpoczynała się stymulacja zmysłu dotyku, równowagi oraz wzroku. Standley (1998, za: Whipple, 2005) zastąpiła mowę delikatnym śpiewem/nuceniem kołysanek kontynuowanym przez cały czas trwania interwencji. Śpiewanie kołysanek ma na celu uspokojenie noworodka, czego konsekwencją jest wspieranie jego stanu homeostazy oraz tolerancji na stymulację. Interwencja MMS łączy muzykę z głaskaniem, kołysaniem i nawiązywaniem kontaktu wzrokowego z dzieckiem (Whipple, 2005).

Program tej interwencji ma charakter kumulatywny: nowy element jest dodawany po około 30 sekundach. Poszczególne działania oddzielone są krótkimi przerwami, w których dziecko ma szansę się uspokoić i wyciszyć. W przypadku przerwania sesji w związku z zachowaniem dziecka wskazującym na unikanie stymulacji można ją wznowić po piętnastosekundowej przerwie pod warunkiem, że ponownie nie pojawią się te same lub inne oznaki nadmiernej stymulacji. Jeśli oznaki przebudźcowania utrzymują się, należy zakończyć sesję. Czas trwania MMS w danym dniu nie powinien przekraczać 60 minut, ale w praktyce rzadko się zdarza, żeby jakieś dziecko było poddawane tej procedurze dłużej niż 15–30 minut (Nöcker-Ribaupierre, 2013).

Jeśli rodzice są obecni i chętni do zaangażowania się w proces terapii dziecka, jest to możliwe, a nawet wskazane. Metoda uwzględnia również zaangażowanie rodziców i przewiduje dla nich instruktażowe sesje, w trakcie których uczą się m.in. prawidłowych technik trzymania, kołysania i przewijania dziecka oraz rozpoznawania u niego zarówno przejawów nadmiernej stymulacji, jak i przejawów wzrastającej tolerancji i dojrzałości neurologicznej (Whipple, 2005).

Celem MMS jest wspieranie rozwoju, a zwłaszcza układu nerwowego. Działania muzykoterapeuty koncentrują się na podnoszeniu tolerancji na stymulację oraz wspieraniu procesów samoregulacji u dziecka. Zadaniem terapeuty jest również instruowanie i edukowanie rodziców, w jaki sposób nawiązywać z dzieckiem interakcje nastawione na jego rozwój bez narażania go na zbyt dużą ilość bodźców, która mogłaby je przetłoczyć. Zgodnie z uwarunkowaniami rozwojowymi procedura ta można być wdrażana dopiero u tych wcześniaków, które osiągnęły wiek 30–32 tygodni od zapłodnienia (Standley, 1998, za: Standley, Walworth, 2010).

### Muzykoterapia w neonatologii na świecie i w Polsce – stan obecny i perspektywy na przyszłość

Zainteresowanie badaczy i praktyków zagadnieniem muzykoterapii noworodków w USA rozpoczęło się około 30 lat temu, kiedy idea wspierania przedwcześnie urodzonych noworodków za pomocą muzyki była tam jeszcze zupełnie nowa i wzbudzała opór u wielu przedstawicieli

zawodów medycznych. Obecnie w recenzowanych czasopismach opublikowano dziesiątki badań opisujących opartą na dowodach działalność muzykoterapeutyczną w obszarze neonatologii (Standley, 2014).

Podobnie jak w innych strefach oddziaływań muzykoterapeutycznych, opracowywane przez muzykoterapeutów metody pracy w obszarze medycznej opieki nad noworodkiem mogą różnić się pod pewnymi względami (Nöcker-Ribaupierre, 2013):

- pod względem orientacji teoretycznej (np. medycznej, behawioralnej, psychoterapeutycznej);
- pod względem rodzaju oddziaływania muzycznego (muzykoterapia aktywna i receptywna);
- pod względem podmiotu oddziaływań terapeutycznych (np. praca z noworodkiem, praca z jego rodzicami).

Pomimo rosnącego zainteresowania badawczego omawianą tematyką nie wszystkie metody oddziaływań są jednakowo przebadane i udowodnione. Podczas gdy wiele ilościowych badań klinicznych wskazuje na znaczące efekty muzykoterapii w zakresie reakcji fizjologicznych oraz stabilizacji przedwcześnie urodzonych noworodków, wiedza na temat wpływu muzykoterapii na ludzką psychikę w tym najwcześniejszym okresie życia wciąż jest dość mała. Jeszcze mniej prawdopodobnie wiadomo na temat długoterminowych konsekwencji oddziaływań muzykoterapeutycznych. W świecie badań dostrzega się obecnie potrzebę zrozumienia wpływu muzyki na procesy tworzenia więzi i przywiązania u wcześniaków. Poszukiwana jest odpowiedź na pytanie o to, jak, gdzie i w jakich okolicznościach rozpoczyna się proces tworzenia się emocjonalnej więzi oraz w jaki sposób można byłoby go wesprzeć za pomocą muzyki. Sugeruje się, by projekty badawcze uwzględniały zróżnicowanie procesów, które umożliwiają emocjonalną regulację, tworzenie więzi oraz przywiązania (Nöcker-Ribaupierre, 2013).

Muzykoterapia w obszarze neonatologii najczęściej kieruje swoje wysiłki badawcze oraz kliniczne w stronę dzieci przedwcześnie urodzonych (Standley, 2014). Jest to uzasadnione z powodu proporcjonalnie większej liczby dzieci, których problemy wynikają z przedterminowego porodu, niż liczby dzieci objętych opieką neonatologiczną z innych przyczyn. Dodatkowo jest to obszar cieszący się największym zainteresowaniem badawczym, w związku z czym łatwo o podstawę do podejmowania kolejnych badań oraz interwencji klinicznych. Autorce niniejszej pracy wydaje się jednak, że ograniczanie się tylko i wyłącznie do dzieci urodzonych przedwcześnie nie jest słuszne. Na podstawie korzyści płynących z muzykoterapii wcześniaków można przypuszczać, że przynajmniej niektóre z nich mogłyby także stać się udziałem dzieci hospitalizowanych na oddziałach neonatologicznych z innych niż wcześniactwo przyczyn. Wobec tego prawdopodobnie warto zintensyfikować dotychczasowe



działania zmierzające w kierunku włączenia ich w oddziaływania kliniczne oraz badania sprawdzające potencjał muzykoterapii w walce o jakość ich życia.

Kwestią istotną pozostaje również rozwój muzykoterapii w obszarze neonatologii na terenie Polski. Jak dotąd niewiele wiadomo na temat jej stanu w związku z brakiem badań oraz bardzo małą ilością publikacji na ten temat (Nowak, 2011; Stachyra, 2012b; Bieleninik, 2015). Wydaje się, że sytuacja w Polsce podobna jest do tej, która miała miejsce w Stanach Zjednoczonych około 25–30 lat temu, kiedy muzykoterapia noworodków była tam dziedziną początkującą i nie wzbudzała zaufania u przedstawicieli środowisk medycznych. Mając jednak wsparcie merytoryczne w postaci procedur opracowanych na podstawie przeprowadzanych w różnych stronach świata badań, nie jesteśmy skazani na rozpoczynanie od zera. Zachętę stanowi również fakt uczestniczenia przedstawicieli Polski w rozpoczynającym się międzynarodowym, longitudinalnym projekcie badającym efektywność muzykoterapii u przedwcześnie urodzonych noworodków oraz ich rodziców (*Longitudinal study...*, 2018). Być może będzie to impuls rozpoczynający intensywny rozwój muzykoterapii neonatologicznej w Polsce.

Autorka niniejszego artykułu podziela nadzieje i przewidywania dotyczące rozprzestrzeniania się muzykoterapii w neonatologii, wyrażone przez Jayne Standley (2014), która liczy na międzynarodową dyskusję oraz komunikację we wspomnianym temacie. Twierdzi ona, że podejmowanie wątków związanych z medyczną opieką nad noworodkiem w ramach międzynarodowych muzykoterapeutycznych projektów i konferencji naukowych będzie promować współpracę oraz przyspieszy rozpowszechnienie znanych i sprawdzonych praktyk, na których można oprzeć dalsze i jeszcze bardziej szczegółowe badania naukowe. Noworodki wymagające opieki neonatologicznej z całego świata, zwłaszcza te przedwcześnie urodzone, mogłyby odnieść dużą korzyść, gdyby tylko muzykoterapii udało się wypracować pozycję ważnej i koniecznej usługi medycznej na oddziałach dla noworodków. Życzeniem autorki tego artykułu jest, by mógł stać się on jednym z bodźców stymulujących rozwój tego rodzaju działań na terenie Polski.

## Bibliografia

- 
- Aldridge, D., Gustorff, D., Hannich, H.J. (1990). Where am I? Music therapy applied to coma patients. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83(6), 345–346.
- Altenmüller, E., Schlaug, G. (2012). Music, brain and health: exploring biological foundations of music's health effects. W: R. MacDonald, G. Kreutz i L. Mitchell (Eds.), *Music, health and well-being* (s. 12–24). New York: Oxford University Press.

- Bieleninik, Ł. (2015). Muzykoterapia a więź emocjonalna. W: J. Kaleńska-Rodzaj, R. Lawendowski (red.), *Psychologia muzyki. Między wykonawcą a odbiorcą* (s. 113–132). Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Brzezińska, A.I., Appelt, K., Ziółkowska, B. (2008). Psychologia rozwoju człowieka. W: J. Strelau i D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 2 (s. 95–292). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Burns, K., Cunningham, N., White-Traut, R., Silvestri, J., Nelson, M.N. (1994). Infant stimulation: Modification of an intervention based on physiologic and behavioral cues. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 23(7), 581–589.
- Cassidy, J.W., Ditty, K.M. (2001). Gender differences among newborns on a transient otoacoustic emissions test for hearing. *Journal of Music Therapy*, 38(1), 28–35.
- Chorna, O.D., Slaughter, J.C., Wang, L., Stark, A.R., Maitre, N.L. (2014). A pacifier-activated music player with mother's voice improves oral feeding in preterm infants. *Pediatrics*, 133(3), 462–468. Doi: <http://doi.org/10.1542/peds.2013-2547>.
- Fischer, Ch.B., Als, H. (2004). Trusting behavioral communication: individualized relationship-based developmental care in the Newborn Intensive Care Unit – a way of meeting the neurodevelopmental expectation of the preterm infant. W: M. Nöcker-Ribaupierre (Ed.), *Music therapy for premature and newborn infants* (s. 1–19). Gilsum: Barcelona Publishers.
- Gadzinowski, J., Kęsiak, M. (2015). Definicje, terminologia, zasady organizacji opieki nad noworodkiem. W: J. Szczapa (red.), *Neonatologia* (s. 1–22). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Graven, S.N., Browne, J.V. (2008a). Auditory development in the fetus and infant. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 8(4), 187–193.
- Graven, S.N., Browne, J.V. (2008b). Sensory development in the fetus, neonate and infant: Introduction and overview. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 8(4), 169–172. 36–70.
- Haslbeck, F. (2004). Music therapy with preterm infants: theoretical approach and first practical experience. *Music Therapy Today*, 5(4), 1–16.
- Haslbeck, F.B. (2014). The interactive potential of creative music therapy with premature infants and their parents: A qualitative analysis. *Nordic Journal of Music Therapy*, 23(1),
- Henning, I. (2012). Music therapy with premature infants: Insights and recommendations from the current literature and a German pilot project. *Canadian Journal of Music Therapy*, 18(1), 26–44.

- Konieczna-Nowak, L. (2014). *Wprowadzenie do muzykoterapii*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Kordek, A. (2015). *Neonatologia: wybrane zagadnienia*. Szczecin: Wydawnictwo Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.
- Kornas-Biela, D. (2002). Okres prenatalny. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*. T. 2. *Charakterystyka okresów życia człowieka* (s. 17–44). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kronenberger, M. (2007). *Muzykoterapia. Podstawy teoretyczne do zastosowania muzykoterapii w profilaktyce stresu*. Łódź: Global Enterprises.
- Loewy, J. (2015). NICU music therapy: Song of kin as critical lullaby in research and practice. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1337, 178–185.
- Loewy, J., Stewart, K., Dassler, A.M., Telsey, A., Homel, P. (2013). The effects of music therapy on vital signs, feeding, and sleep in premature infants. *Pediatrics*, 131(5), 902–918.
- Longitudinal study of music therapy's effectiveness for premature infants and their caregivers: International randomized trial (LongSTEP)* (2018). Pobrane z: <https://uni.no/en/uni-health/gamut/longitudinal-study-of-music-therapys-effectiveness-for-premature-infants-and-their-caregivers-inte/>.
- MacDonald, R., Kreutz, G., Mitchell, L. (2012). What is music, health and well-being and why is it important? W: R. MacDonald, G. Kreutz, L. Mitchell (Eds.), *Music, health and well-being* (s. 12–24). New York: Oxford University Press.
- Nordoff, P., Robbins, C., Bryndal, A., Masiak, E. (2008). *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Nöcker-Ribaupierre, M. (2004). The mother's voice – a bridge between two worlds: short- and long-term effects of auditive stimulation on premature infants and their mothers. W: M. Nöcker-Ribaupierre (Ed.), *Music therapy for premature and newborn infants* (s. 97–111). Gilsum: Barcelona Publishers.
- Nöcker-Ribaupierre, M. (2013). Premature infants. W: J. Bradt (Ed.), *Guidelines for music therapy practice in pediatric care* (s. 66–115). Gilsum: Barcelona Publishers.
- Nowak, M. (2011). Muzykoterapia źródłem stymulacji dla wcześniaków. *Terapia przez Sztukę*, 1(3), 26–29.
- Shoemark, H. (1999). Indications for the inclusion of music therapy in the care of infants with bronchopulmonary dysplasia. W: T. Wigram, J. De Backer (Eds.), *Clinical applications of music therapy in developmental disability, paediatrics and neurology* (s. 32–46). London–Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

- Shoemark, H. (2003). The use of music therapy in treating infants with complex bowel condition. W: J.V. Loewy (Ed.), *Music therapy in the neonatal intensive care unit* (s. 71–79). New York: The Louis and Lucille Armstrong Music Therapy Program, Beth Israel Medical Center.
- Stachyra, K. (2012a). Muzyka jako element procesu terapii. W: K. Stachyra (red.), *Podstawy muzykoterapii* (s. 61–83). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Stachyra, K. (2012b). Muzykoterapia w okresie prenatalnym i u noworodków. W: K. Stachyra (red.), *Podstawy muzykoterapii* (s. 147–160). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Standley, J.M. (2003). The effect of contingent music to increase non-nutritive sucking of premature infants. W: J.V. Loewy (Ed.), *Music therapy in the neonatal intensive care unit* (s. 57–69). New York: The Louis and Lucille Armstrong Music Therapy Program, Beth Israel Medical Center.
- Standley, J.M. (2014). Premature infants: perspectives on NICU-MT practice. *Voices: A World Forum For Music Therapy*, 14(2). Doi: 10.15845/voices.v14i2.767. Pobrane z: <https://voices.no/index.php/voices/article/view/2233>.
- Standley, J.M., Walworth, D. (2010). *Music therapy with premature infants: research and developmental intervention*. Silver Spring: American Music Therapy Association.
- Syweński, E., Baran, L., Szewczyk, E. (2007). Neonatologia – wczoraj, dziś i jutro. *Pediatrics Polska*, 82(12), 966–971.
- Świetliński, J. (2016). Noworodek urodzony przedwcześnie – wcześniak. W: J. Świetliński (red.), *Neonatologia i opieka nad noworodkiem*. T. 1 (s. 144–150). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- What is music therapy?* (2011). Pobrane z: <http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>.
- Whipple, J. (2005). Music and multimodal stimulation as developmental intervention in neonatal intensive care. *Music Therapy Perspectives*, 23(2), 100–105.
- White-Traut, R.C., Nelson, M.N., Burns, K., Cunningham, N. (1994). Environmental influences on the developing premature infant: Theoretical issues and applications to practice. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 23(5), 393–401.
- White-Traut, R.C., Nelson, M.N., Silvestri, J.M., Cunningham, N., Patel, M. (1997). Responses of preterm infants to unimodal and multimodal sensory intervention. *Pediatric Nursing*, 23(2), 169–175.
- White-Traut, R.C., Nelson, M.N., Silvestri, J.M., Vasan, U., Littau, S., Meleedy-Rey, P., Gu, G., Patel, M. (2002). Effect of auditory, tactile, visual, and vestibular intervention on length of stay, alertness, and feeding progression in preterm infants. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 44(2), 91–97.

## Znaczenie Ja cielesnego dla skuteczności terapii poprzez taniec u młodych kobiet. Doniesienia wstępne

---

**Katarzyna Turek**

Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

**Iwona Krzewska**

Iwona Krzewska Usługi Psychologiczne i Szkoleniowe

Instytut Psychologii, Uniwersytet Wrocławski (2003–2015)

### Streszczenie

Celem prezentowanych badań było poznanie znaczenia Ja cielesnego i jego wybranych aspektów (obrazu ciała i poczucia granic ciała) dla skuteczności terapii poprzez taniec u młodych kobiet. Terapeutyczną skuteczność zajęć tanecznych zoperacjonalizowano jako istotną poprawę nastroju i spadek poziomu lęku (korzyści emocjonalne) u młodych kobiet po zajęciach w porównaniu ze stanem przed zajęciami. Wyniki badań wskazały na korzyści terapeutyczne zajęć tanecznych (spadek poziomu lęku) u kobiet mających tendencję do ochrony własnego ciała (*body protection*) i skoncentrowanych na zewnętrznych obszarach ciała. Poczucie granic ciała okazało się nie mieć związku z korzyściami emocjonalnymi w terapii tańcem. U wszystkich badanych kobiet zaobserwowano pozytywne następstwa zajęć tanecznych dla sfery emocjonalnej (polepszenie nastroju). Wyniki badań mają charakter doniesień wstępnych i skłaniają do bardziej szczegółowej eksploracji zagadnienia, zwłaszcza w perspektywie długoterminowej.

**Słowa kluczowe:** terapia tańcem, Ja cielesne, lęk jako stan, nastrój

### Wprowadzenie

---

Pozytywny wpływ terapii poprzez taniec na psychiczną i fizyczną kondycję człowieka znajduje potwierdzenie w wielu badaniach empirycznych (Zygmont, 2016; Filar-Mierzwa, K., Długosz, M., Marchewka, A., 2017; Filar-Mierzwa, K., Marchewka, A., Bac, A. 2017) Mało eksplorowaną kwestią są jednak potencjalne uwarunkowania tej skuteczności związane z relacją człowieka z jego własnym ciałem. W psychologii ciała wskazuje się, że kobiety przejawiają istotnie więcej negatywnych postaw wobec swego ciała niż mężczyźni, co wynika z uwarunkowań

biologicznych i kulturowych (Wycisk, 2004). Badania nad skutecznością terapii tańcem w kontekście psychologii ciała u kobiet wydają się więc szczególnie zasadne.

Terapia tańcem jest jednym ze sposobów przeżywania stanów emocjonalnych oraz ich odreagowania. Może być formą komunikacji, dbania o granice, sposobem na przywrócenie równowagi w sferze psychofizycznej (Zygmont, 2016). Udział w takich zajęciach daje możliwość lepszego poznania siebie, swoich możliwości, granic. Podczas ruchu do muzyki mogą wyzwalać się hormony stymulujące osiągnięcie stanu zadowolenia, a zatem taniec może powodować dużo radości i wpływać na poprawę nastroju. W zajęciach tanecznych o charakterze terapeutycznym mogą być wykorzystywane następujące techniki:

- tańce w kręgu;
- techniki taneczne (np. salsa, tango);
- technika *Life/Art Process*;
- improwizacje taneczne;
- techniki relaksacyjne (Mraz, Turek, Zygmont, 2018);
- tańce integracyjne.

Tańce w kręgu (takie zostały zastosowane w niniejszym badaniu) to tańce dla każdego – dla tych, którzy tańczą zawodowo oraz dla tych, którzy nie mają kontaktu z tańcem. Taniec z reguły jest nieskomplikowany i składa się z sekwencji kroków, które zwykle powtarzają się przez cały taniec. Na początku osoby biorące udział w zajęciach uczą się kroków bez muzyki, a następnie odbywa się właściwy taniec z muzyką. Tańce w kręgu nie wymagają posiadania partnera, nie są w nich potrzebne również umiejętności taneczne. Tego typu tańce tradycyjne występują w wielu kulturach, m.in. celtyckiej, bałkańskiej, greckiej, romskiej, żydowskiej. Powstają też nowe tańce, czasami do współczesnej czy klasycznej muzyki, ale forma pozostaje ciągle taka sama – taniec odbywa się w kręgu. Tę formę tańca wyróżnia również świadome skupienie się na energii grupy.

Doniesienia empiryczne sugerują, że sposób, w jaki człowiek doświadcza własnego ciała, powiązany jest ze zdrowiem psychosomatycznym jednostki (Michels-Lucht, Lucht, Spitzer i in., 2010; Sakson-Obada, 2007; Wycisk, 2004; Pruzinsky, Cash, 2002a, 2002b; Röhricht, Priebe, 2001, 2002; Orbach, Mikulincer, 1998; Chapman, Chapman, Raulin, 1978; Cleveland, Fisher, 1958), a także z jej cechami osobowości (Sakson-Obada, 2007, 2009; Wycisk, 2004; Cleveland, Fisher, 1958). Najważniejsze pojęcia z zakresu psychologii ciała to obraz ciała i Ja cielesne. Obraz ciała (Schier, 2009) to doświadczenie ciała jako materialnego obiektu, który staje się przedmiotem konkretnych myśli, emocji i zachowań. Pojęcie Ja cielesnego (Sakson-Obada, 2009; Mirucka, 2003) odnosi się natomiast do bardziej podmiotowego aspektu ciała i jest definiowane jako całościowy sposób doświadczenia siebie we własnym ciele, wraz z odbiorem sygnałów płynących

z ciała. Niektórzy autorzy ujmują obraz ciała jako podsystem cielesnego Ja (Mirucka, Sakson-Obada, 2013). Z kolei poczucie granic ciała bywa opisywane zarówno jako podstawowy element Ja cielesnego (Sakson-Obada, 2007, 2009; Wycisk, 2004; Krueger, 2002), jak i obrazu ciała (Schier, 2009). Fisher i Cleveland (1956) definiują poczucie granic ciała jako poczucie fizycznej odrębności od otoczenia, a także stopień, w jakim jednostka czuje się podatna na naruszenie (związany z obawą o własne fizyczne bezpieczeństwo). Autorzy ci we współpracy z innymi badaczami (Fisher, Cleveland, 1956; Fisher, 1963; Fisher, Fisher, 1964) poszukiwali związków poczucia granic ciała z wymiarami psychicznej i fizycznej kondycji człowieka, uzyskując ciekawe i skłaniające do stawiania pytań rezultaty. Zasadne wydaje się rozpatrywanie poczucia granic ciała jako wskaźnika potencjałów zdrowia (Sęk, Heszen, 2008; Poprawa, 2001; Fisher, 1963; Fisher, Cleveland, 1956).

Skuteczność terapii poprzez taniec uzasadniana jest specyfiką tej formy aktywności, która opiera się na tak fundamentalnych doświadczeniach cielesnych, jak dotyk i ruch w przestrzeni. Aktualnie uważa się, że tożsamość człowieka i jego osobowość rozwijają się właśnie na bazie doświadczeń sensorycznych i ruchowych (Pruzinsky, 1990). Badacze Ja cielesnego (Fisher, Cleveland, 1956) wskazywali, że dostępność sygnałów z powierzchni ciała (przeważających nad doznaniem z wnętrza) wiąże się z koncentracją uwagi na częściach ciała związanych z ruchem i z wyglądem zewnętrznym, co w literaturze przedmiotu opisywane jest zarówno jako integralny podsystem Ja cielesnego – element obrazu ciała (Krzewska, Dolińska-Zygmunt, 2013), jak i uwarunkowanie tego fenomenu (Fisher, Fisher, 1964).

## Metodologia badań

---

### Cel pracy

---

Celem badań jest:

- poznanie następstw terapii poprzez taniec dla nastroju oraz poziomu lęku jako stanu;
- poznanie znaczenia Ja cielesnego i jego aspektów (obraz ciała, poczucie granic ciała) dla skuteczności terapii poprzez taniec u młodych kobiet.

### Pytania badawcze

---

1. Jakie są następstwa terapii poprzez taniec dla nastroju oraz poziomu lęku jako stanu u młodych kobiet?
2. Jaki jest charakter związków pomiędzy Ja cielesnym i jego wymiarami (obraz ciała i poczucie granic ciała) a skutecznością terapii poprzez taniec u młodych kobiet?

## Material i metody badawcze

---

**Osoby badane.** Badaniem zostało objętych 88 dorosłych kobiet, w wieku 19–28 lat. Były to studentki uczelni wyższych uczestniczące w zajęciach terapeutycznych (GM) z muzyką i ruchem ( $n = 88$ ). Osoby badane zostały przydzielone do 15–20-osobowych grup. Zajęcia odbyły się jednorazowo w każdej grupie.

Za kryteria włączenia przyjęto:

- uzyskanie świadomej zgody na udział w badaniu;
- wiek: 18–28 lat;
- brak chorób układu oddechowego i krążenia;
- brak zaburzeń neurologicznych oraz psychicznych.

Za kryteria wykluczenia przyjęto:

- poważne wady słuchu;
- wrodzone lub nabyte choroby serca;
- choroby układu nerwowego;
- niepełnosprawność intelektualną.

Charakterystyka terapeutycznych zajęć z zastosowaniem tańca. Schemat zajęć przebiegał następująco:

---

- wprowadzenie (5 minut): omówienie celów zajęć, wyjaśnienie przebiegu zajęć;
- część główna (40 minut): taniec z wykorzystaniem techniki tańce w kręgu;
- zakończenie (5 minut): omówienie pod kątem terapeutycznym, podsumowanie.

W badaniach zastosowano następujące tańce w kręgu:

1. Kos (Grecja). Według tradycji tańcem tym żony rybaków witały mężów wracających z połowów. Uznaje się go za taniec powitalny. W trakcie tańca uczestnicy starają się dostrzec wszystkich, uśmiechać się do siebie i witać w ten sposób tańczących. Metrum  $\frac{3}{4}$ . Charakterystyczny rytm z mocnym akcentem na pierwszą miarę taktu. Melodia tańca jest śpiewana głosem żeńskim z akompaniamentem instrumentalnym.
2. Syrtos (Grecja). Taniec korowodowy. Nazwa *syrtos* (łańcuch) stanowi nawiązanie do sposobu tańczenia. Metrum daktyliczne: długi, krótki, krótki ( \_ . . ). Syrtos tańczono z okazji różnych świąt, lokalnych fiest i ceremonii religijnych, niekiedy pełnił funkcję tańca procesyjnego.



3. Walonki (Rosja). W badaniu zastosowano wersję instrumentalną. W wersji śpiewanej dziewczyna skarży się na matkę, która nie chce jej wypuścić z domu na spotkanie z ukochanym. Matka chowa ciepłe buty (walonki), ale miłość dziewczyny jest silniejsza od zimna i mrozu, zatem i tak wybiera się na spotkanie z ukochanym. Ustawienie tańczących w dwóch kręgach współśrodkowych. Metrum parzyste.
4. Marsz irlandzki (Irlandia). Taniec bardzo popularny, występujący w wielu odmianach. W badaniu zastosowano wariant cechujący się dużą dowolnością kroków do konkretnego schematu. Taniec w parach ze zmianą partnera. Metrum parzyste. Wykorzystano wersję instrumentalną tańca (materiały uzyskane podczas kursu I stopnia na instruktora tańców w kręgu prowadzonego przez Irenę Konachowicz we Wrocławiu).

W badaniu zastosowano następujące metody badawcze:

1. *Kwestionariusz poczucia granic ciała* – KPGC (I. Krzewska). Metoda służy do oceny siły poczucia granic ciała i jego wymiarów: barierowości (poczucia fizycznej odrębności od otoczenia) oraz przepuszczalności (poczucia podatności powierzchni ciała na naruszenie). Treść kwestionariusza tworzą dwie podskale odpowiadające poszczególnym wymiarom. Zadaniem badanych osób jest ustosunkowanie się do każdego z twierdzeń w kwestionariuszu poprzez zaznaczenie na 5-punktowej skali odpowiedzi najbardziej zgodnej z ich przekonaniami (1 – *zdecydowanie nie zgadzam się*, 5 – *zdecydowanie zgadzam się*). Dla zdań opisujących wymiary poczucia granic ciała został sporządzony klucz aprioryczny, zgodnie z którym odpowiedzi świadczące o silnym poczuciu granic ciała uzyskują najwyższą punktację (5 pkt). Wysokie wskaźniki barierowości i niskie przepuszczalności uznawane są za wskaźniki silnego poczucia granic ciała, dlatego są one również najwyżej punktowane (odpowiedź zgodna z kluczem w skali barierowości: 5 pkt, odpowiedź niezgodna z kluczem w skali przepuszczalności: 5 pkt). Maksymalny wynik możliwy do uzyskania w kwestionariuszu to 85 pkt, minimalny: 17 pkt. Tak przygotowany kwestionariusz składa się z 17 twierdzeń, z których 6 reprezentuje barierowość („Moje poczucie fizycznej odrębności od otoczenia jest raczej mgliste”, punktacja odwrócona), a 11 przepuszczalność („W swoim ciele czuję się podatna na naruszenie lub zewnętrzny wpływ”, punktacja odwrócona). Metoda uzyskała odpowiednie z psychometrycznego punktu widzenia wskaźniki rzetelności. Odnotowano wysokie wskaźniki trafności teoretycznej i diagnostycznej metody (Krzewska, Dolińska-Zygmunt, 2013).
2. *Przymiotnikowa skala nastroju* – UMACL (G. Matthews i in.). Pełna skala UMACL zawiera 48 pozycji – przymiotników opisujących nastrój. UMACL należy do kategorii skal samoopisowych. Charakteryzuje się symetrycznym formatem odpowiedzi, które są

udzielane na 4-punktowej skali: 1 – *zdecydowanie tak*, 2 – *raczej tak*, 3 – *raczej nie*, 4 – *zdecydowanie nie*. Część pozycji punktowana jest wprost, a część odwrotnie. Wyższa liczba punktów wskazuje na wyższy poziom danego nastroju. Skrócona wersja UMACL obejmuje trzy skale nastroju: pobudzenie energetyczne (PE), pobudzenie napięciowe (PN) i ton hedonistyczny (TH). Kwestionariusz cechuje wysoka rzetelność skal, najwyższa dla skali TH, najniższa dla skali PE. Normy opracowano dla trzech grup wiekowych: 16–44, 45–69 i 70–79 lat, osobno dla kobiet i mężczyzn. Zastosowana w badaniu *Przymiotnikowa skala nastroju* składa się z 29 pozycji mających postać przymiotników. Osoba badana udziela odpowiedzi na 4-punktowej skali, wskazując w jakim stopniu każdy z tych przymiotników opisuje jej obecny nastrój. W skład skali TH wchodzi 10 pozycji, w skład skali PN – 9, a w skład skali PE – 10.

3. *Inwentarz stanu i cechy lęku* – STAI X-1 (C.D. Spielberger). Narzędzie jest przeznaczone do badania lęku rozumianego jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki oraz lęku rozumianego jako względnie stała cecha osobowości. STAI składa się z dwóch skal. Skala X-1 przeznaczona jest do pomiaru lęku jako stanu, natomiast skala X-2 bada lęk jako cechę. Każda ze skal składa się z 20 stwierdzeń. W badaniu zastosowano skalę X-1, dotyczącą lęku jako stanu. W skali tej badany określa, jak się czuje „teraz”, czyli w danym momencie. Przy każdym stwierdzeniu ma do wyboru cztery odpowiedzi: 1 – *zdecydowanie nie*, 2 – *raczej nie*, 3 – *raczej tak*, 4 – *zdecydowanie tak*. Wynikiem w każdej ze skal jest suma punktów uzyskanych za udzielone odpowiedzi (Wrześniewski i in., 2011). Część pytań punktowana jest przez inwersję. Wysoka punktacja oznacza wyższy poziom lęku. Narzędzie stosuje się w badaniach eksperymentalnych wymagających rejestrowania zmian nasilenia lęku (Jaworowska, 2005). Używa się go do oceny zastosowania zajęć muzykoterapeutycznych w celu zmniejszenia lęku u osób dorosłych czekających na zabiegi medyczne (Gillen i in., 2008), jak również u osób zdrowych (Wrześniewski i in., 2011).
4. *Body investment scale* – skala BIS (Orbach, Mikulicer, 1998). Metoda przeznaczona jest do pomiaru obrazu ciała rozumianego jako postawa wobec własnego ciała. Tworzą ją 24 twierdzenia i cztery podskale (rzetelność metody: 0,87): stosunek emocjonalny do ciała (0,84), komfort w dotyku (0,74), ochrona ciała (0,76), pielęgnacja ciała (0,77). Badani dokonują oceny twierdzeń na 5-stopniowej skali, kierując się tym, jak trafnie opisują one ich postawę wobec ciała (5 – *zgadzam się całkowicie*, 1 – *całkowicie się nie zgadzam*). Najwyższą punktację uzyskują odpowiedzi świadczące o pozytywnym stosunku do ciała (5 pkt). Im wyższa punktacja w danej podskali, tym silniejszy pozytywny stosunek do ciała.

5. Wskaźnik Z. Autorska metoda o charakterze pilotażowym służąca do oceny stopnia, w jakim jednostka koncentruje uwagę na powierzchni ciała. Intensywność uwagi tego typu opisywana jest poprzez stosunek ogólnej liczby odpowiedzi typu zewnętrznego do całościowej puli odpowiedzi osoby badanej. Badanego prosi się, by wymienił dokładnie pięć obszarów swojego ciała, o których myśli częściej niż o innych. Odpowiedzią typu zewnętrznego są np. włosy, dłonie, stopy, a wewnętrznego – np. żołądek. Wskaźnik Z może wahać się od 1 (niskie zaangażowanie w powierzchnię ciała) do 5 (wysokie zaangażowanie w powierzchnię ciała). Brak odpowiedzi typu zewnętrznego lub jedna odpowiedź tego typu punktowane są na 1. W niniejszym badaniu koncentrację uwagi na powierzchni ciała potraktowano jako jeden z aspektów obrazu ciała.

## Wyniki

**Charakterystyka osób badanych.** W badaniu wzięło udział 88 osób. Były to młode kobiety, niezgłaszające żadnych dolegliwości fizycznych ani psychicznych. Osoby badane były studentkami uczelni wyższych na terenie Wrocławia.

Tabela 1

*Statystyki opisowe/ ogólna charakterystyka osób badanych*

Zmienna	N	Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. st.
wiek	88	21,56	21,00	19,00	28,00	1,67
BIS (obraz ciała)	88	92,00	93,50	63,00	112,00	9,29
<i>feel</i> (stosunek emocjonalny do własnego ciała)	88	22,31	23,00	8,00	30,00	4,61
<i>touch</i> (komfort w dotyku)	88	22,07	22,00	10,00	30,00	3,33
<i>care</i> (skłonność do pielęgnacji ciała)	88	25,68	26,00	15,00	30,00	3,23
<i>prot</i> (skłonność do	88	21,88	23,00	14,00	29,00	3,96

ochrony ciała)						
KPGC (poczucie granic ciała)	88	65,48	65,00	33,00	85,00	11,24
BAR (barierowość)	88	24,55	24,00	11,00	46,00	4,94
PRZEP (przepuszczalność)	88	40,93	41,00	22,00	55,00	7,85
WSK Z (stopień koncentracji uwagi na powierzchni ciała)	88	4,34	5,00	1,00	5,00	0,91

**Znaczenie terapeutycznych zajęć z tańca dla nastroju oraz poczucia lęku.** Różnice w zakresie poziomu nastroju i lęku u badanych kobiet po zajęciach tanecznych i przed nimi okazały się istotne statystycznie, co wskazuje na korzystne zmiany w sferze emocjonalnej kobiet w następstwie terapeutycznych zajęć tanecznych. Wyniki badań przedstawia tabela nr 2.

Tabela 2

*Następstwa terapii poprzez taniec dla nastroju (UMACL) i poziomu lęku jako stanu (STAI X-1) w grupie badanych kobiet. Wielkość zmian w zakresie nastroju i lęku jako stanu po i przed zajęciami tanecznymi (test istotności różnic)*

		Zajęcia z muzyką i ruchem			
		p rzed	róż nica	p o	$p'$
Nastój UMACL	T	3	<b>3,</b>	3	<b>0,0</b>
	H	1,26	<b>90</b>	5,16	<b>000</b>
	P	1	<b>3,1</b>	1	<b>0,0</b>
	N	7,63	<b>4</b>	3,52	<b>000</b>
	P	2	<b>4,</b>	3	<b>0,0</b>
	E	7,81	<b>66</b>	2,96	<b>000</b>
Lęk STAI	X	3	<b>7,</b>	3	<b>0,0</b>

	-1	7,83	<b>54</b>	0,29	<b>000</b>
--	----	------	-----------	------	------------

### Znaczenie Ja cielesnego i jego wymiarów dla skuteczności terapii poprzez taniec.

Korelacje wymiarów Ja cielesnego ze zmianami w zakresie lęku jako stanu (STAI X-1) w grupie badanych kobiet okazały się istotne statystycznie u kobiet skłonnych do ochrony ciała (*prot*) oraz do koncentracji uwagi na powierzchni ciała (WSK Z). Wyniki sugerują, że im większa skłonność do ochrony ciała i koncentracja uwagi na powierzchni ciała, tym większy spadek lęku na skutek zajęć tanecznych u badanych kobiet. Oznacza to, że zajęcia muzyczno-ruchowe mogą szczególnie skutecznie obniżać lęk u młodych kobiet, które mają tendencję do ochrony własnego ciała oraz u młodych kobiet, które są zorientowane na zewnętrzne partie ciała (np. skórę, ręce, nogi, twarz, włosy).

Korelacje pozostałych aspektów Ja cielesnego – w tym poczucia granic ciała – ze zmianami w zakresie lęku jako stanu w następstwie zajęć tanecznych okazały się nieistotne statystycznie. Wyniki przedstawia tabela nr 3.

Tabela 3

*Znaczenie Ja cielesnego i jego wymiarów dla skuteczności terapii poprzez taniec. Korelacje pomiędzy aspektami Ja cielesnego a wysokością zmian w poziomie lęku jako stanu w grupie badanych kobiet*

Zmienna	LĘK po – przed (STAI X1)
BIS	0,11
<i>feel</i> (stosunek emocjonalny do własnego ciała)	-0,09
<i>touch</i> (komfort w dotyku)	-0,09
<i>care</i> (skłonność do pielęgnacji ciała)	0,12
<i>prot</i> (skłonność do ochrony ciała)	<b>0,36</b>
PGC	0,04
BAR (barierowość)	0,05
PRZEP (przepuszczalność)	0,05
WSK Z (stopień koncentracji uwagi na powierzchni ciała)	<b>0,33</b>

## Omówienie wyników badań oraz podsumowanie

---

W prezentowanych badaniach dążono do poznania znaczenia Ja cielesnego i jego wybranych aspektów (obrazu ciała i poczucia granic ciała) dla skuteczności terapii poprzez taniec u młodych kobiet.

Obraz ciała badano w zakresie takich jego składowych, jak: stosunek emocjonalny do własnego ciała (*feel*), skłonność do pielęgnacji ciała (*care*), skłonność do ochrony ciała (*prot*), komfort w dotyku (*touch*), a także stopień koncentracji uwagi na powierzchni ciała (WSK Z).

Poczucie granic ciała badano w zakresie takich jego składowych, jak: barierowość (poczucie fizycznej odrębności od otoczenia) i przepuszczalność (poczucie podatności powierzchni ciała na naruszanie, utożsamiane ze stopniem poczucia bezpieczeństwa w ciele).

Terapeutyczną skuteczność zajęć tanecznych oceniano poprzez ustalenie zakresu i istotności poprawy nastroju (UMACL) oraz spadku poziomu lęku (STAI X-1) u młodych kobiet (korzyści emocjonalne) na drodze porównania stanu po zajęciach ze stanem przed zajęciami.

U badanych kobiet zaobserwowano pozytywne następstwa zajęć tanecznych dla sfery emocjonalnej (poprawa nastroju i spadek napięcia lękowego), co potwierdza terapeutyczne walory tańca. Na dalszym etapie badań skoncentrowano uwagę na emocji lęku. Uzyskane rezultaty wskazują na to, że im bardziej kobiety są skłonne do ochrony ciała (element obrazu ciała: *body protection*) i skoncentrowane na zewnętrznych obszarach ciała, związanych z wyglądem i ruchem (WSK Z), tym większe mogą osiągać korzyści z terapii tańcem w postaci obniżenia napięcia lękowego.

Wynik ten można interpretować w ten sposób, że wyższa skłonność do ochrony ciała występuje u osób bardziej skłonnych do przeżywania lęku (czy to jako dyspozycji psychicznej, czy to w wymiarze sytuacyjnym), a zajęcia taneczne jako obszar ekspozycji społecznej mogą początkowo wywoływać więcej napięcia lękowego w uczestniczkach, by następnie skutecznie je obniżyć. Wydaje się jednak prawdopodobne, że taniec może po prostu regulować poziom lęku u kobiet skłonnych do jego przeżywania, niezależnie od źródła tego stanu. Można przypuszczać, że w trakcie zajęć tanecznych uczestniczki odkrywają, że nie muszą chronić swojego ciała, ponieważ interakcja z innymi ludźmi okazuje się bezpieczna (np. dlatego, że cechuje ją współpraca). Uprawnione wydaje się również wniosek, że osoby skoncentrowane na zewnętrznych partiach ciała (odpowiedzialnych za aktywny kontakt z rzeczywistością i podlegających działaniu woli) są skłonne przedsięwziąć odpowiednie kroki w celu obniżenia swojego napięcia lękowego, np. podejmując wyzwanie tańca.

Interesującym rezultatem badań jest nieistotność pozostałych aspektów obrazu ciała dla zmian w poziomie lęku w następstwie zajęć tanecznych u młodych kobiet. Być może wynika to ze zjawiska znoszenia się efektów zmiennych. Uczestniczki lubiące swoje ciało, dbające o nie i komfortowo czujące się w dotyku nie doświadczały lęku w sytuacji tańca na tyle, by następnie istotnie zmienić jego poziom. Być może osoby te cechuje niski poziom lęku w ogóle. Natomiast kobiety mniej zadowolone z wyglądu (lub/i mniej dbające o ciało) oraz czujące się mniej komfortowo w dotyku być może nie uzyskały szczególnych korzyści emocjonalnych z tańca ze względu na to, że sytuacja ta nie była dla nich do końca komfortowa.

Jest więc bardzo prawdopodobne, że taniec oddziałuje terapeutycznie na młode kobiety, których lęk wyjściowo nie jest związany z tańcem i ekspozycją ciała, a ewentualnie wiąże się z potrzebą ochrony ciała jako strategią zaradczą lub obroną przed lękiem.

W podjętych badaniach spodziewano się także, że im silniejsze będzie poczucie granic ciała badanych kobiet (im wyższa barierowość i niższa przepuszczalność granic), w tym większym stopniu badane kobiety odniosą korzyści z terapii tańcem – lub odwrotnie – że słabsze poczucie granic ciała (wyższa przepuszczalność i niższa barierowość) będzie uzasadnieniem dla mniejszych korzyści emocjonalnych z tańca. Wskazywałyby na to doniesienia na temat pozytywnego znaczenia mocnych granic ciała dla regulacji poziomu stresu i stanu zdrowia (Krzewska, Dolińska-Zygmunt, 2012), a więc potencjalnie – dla powodzenia oddziaływań terapeutycznych. Poczucie granic ciała u młodych kobiet okazało się jednak nieistotne dla skuteczności terapeutycznych zajęć tanecznych. Być może zależność ta ujawniłaby się podczas długoterminowych oddziaływań poprzez terapię tańcem – zwłaszcza u osób skategoryzowanych jako chore lub realnie wymagających interwencji terapeutycznej, nie zaś zdrowych.

Poczucie granic ciała opisywane jest w literaturze przedmiotu jako zdolne do ewoluowania w czasie (Fisher, 1963; Pruzinsky, 1990; Krzewska, Dolińska-Zygmunt, 2012; Krzewska, Ruda, Rymaszewska, 2012) i związane przede wszystkim ze sferą emocjonalną i motywacyjną człowieka (Wycisk, 2004; Krzewska, 2015), a także z poziomem wstydu w przestrzeni społecznej (Jaśkiewicz, Drat-Ruszczak, 2011). Słabszej barierowości i wyższej przepuszczalności granic ciała towarzyszą: większe poczucie wstydu w przestrzeni społecznej i wyższy poziom lęku oraz zwiększona skłonność do unikania kontaktów z ludźmi (Wycisk, 2004; Jaśkiewicz, Drat-Ruszczak, 2011; Krzewska, 2015). Można więc powiedzieć, że to raczej regularna terapia tańcem jako pozytywne doświadczenie społeczne powinna pozytywnie wpływać na siłę poczucia granic ciała, niż że poczucie granic ciała miałoby mieć znaczenie dla skuteczności terapii poprzez taniec. Jest ono prawdopodobnie bardziej odzwierciedleniem kondycji emocjonalnej człowieka

i wskaźnikiem jego emocjonalnego zapotrzebowania na terapię, niż uwarunkowaniem skuteczności terapii tańcem samej w sobie.

Wyniki badań mają charakter doniesień wstępnych na temat znaczenia Ja cielesnego i jego aspektów dla skuteczności terapii poprzez taniec – i skłaniają do bardziej szczegółowej eksploracji zagadnienia, przede wszystkim w obszarze różnic związanych z płcią, wiekiem i stanem zdrowia badanych oraz w perspektywie długoterminowej. Rozwiązaniem byłoby zapewne wyodrębnienie grup eksperymentalnych (chorzy, terapia tańcem i jej brak) i kontrolnych (zdrowi, terapia tańcem i jej brak) z podziałem osób ze względu na objawy chorób i ich nasilenie (sfera fizyczna, sfera psychiczna), a także ze względu na siłę Ja cielesnego i jego aspektów.

## Wnioski

---

1. Terapia tańcem może obniżać poziom lęku oraz wpływać na poprawę nastroju w grupie młodych kobiet.
2. Młode kobiety zorientowane na zewnętrzne partie ciała (np. skóra, ręce, nogi, twarz, włosy) mogą czerpać korzyści emocjonalne z tańca w postaci obniżenia napięcia lękowego.
3. Terapia tańcem może szczególnie skutecznie obniżać lęk u młodych kobiet, które mają tendencję do ochrony własnego ciała.
4. Badanie problematyki Ja cielesnego i jego aspektów w obszarze terapii tańcem może mieć istotne zastosowanie praktyczne i stać się ważną strategią terapeutyczną i rozwojową.

## Bibliografia

---

- Chapman, L.J., Chapman, J.P., Raulin, M.L. (1978). Body-Image Aberration in Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(4), 399–407.
- Cleveland, S.E., Fisher, S. (1958). *Body Image and Personality*. New York: Van Nostrand.
- Filar-Mierzwa, K., Długosz, M., Marchewka, A., Dąbrowski, Z., Poznańska, A. (2017). The effect of dance therapy on the balance of women over 60 years of age: The influence of dance therapy for the elderly. *Journal of Woman & Aging*, 29(4), 348–355.
- Filar-Mierzwa, K., Marchewka, A., Bac, A., Kulis, A., Dąbrowski, Z., Teległów, A. (2017). Effects of dance therapy on the selected hematological and rheological indicators in older women. *Clinical Hemorheology and Microcirculation*, 66(2), 157–165.
- Filar-Mierzwa, K., Marchewka, A., Dąbrowski, Z., Bac, A., Marchewka, J. (2019). Effects of dance movement therapy on the rheological properties of blood in elderly women. *Clinical Hemorheology and Microcirculation*, 72(2), 211–219. Doi: 10.3233/CH-180470.



- Fisher, S. (1963) A further appraisal of the body boundary concept. *Journal of Consulting Psychology*, 27(1), 62–74.
- Fisher, S., Cleveland, S.E. (1956). Body image boundaries and style of life. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52(3), 373–379.
- Fisher, S., Fisher, R.L. (1964). Body image boundaries and patterns of body perception. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 68(3), 255–262.
- Gillen, E., Biley, F., Allen, D. (2008). Effects of music listening on adult patients' pre-procedural state anxiety in hospital. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 6(1), 24–49. Doi: 10.1111/j.1744-1609.2007.00097.x.
- Jaśkiewicz, M., Drat-Ruszczak, K. (2011). Skala wrażliwości na naruszenie granic Ja (SNaG): polska adaptacja Skali Amebowego Ja (*Amoebic Self Scale*) C. Burrisa i J. Rempela. *Psychologia Społeczna*, 6(3), 252–266.
- Krueger, D.W. (2002). Psychodynamic Perspectives on Body Image. W: T. Pruzinsky, T.F. Cash (Eds.), *Body Image. A handbook of Theory, Research and Clinical Practice* (s.30-37. New York: Guilford Press.
- Krzewska, I. (2015). *Poczucie granic ciała – podmiotowe uwarunkowania i następstwa w obszarze zdrowia*. Praca doktorska. Wrocław: Uniwersytet Wrocławski.
- Krzewska, I., Dolińska-Zygmunt, G. (2012). Poczucie granic ciała i jego implikacje dla kondycji zdrowotnej człowieka. *Czasopismo Psychologiczne*, 18(2), 325–333.
- Krzewska, I., Dolińska-Zygmunt, G. (2013). Sense of Body Boundaries Survey – construction and psychometric values. *Polish Journal of Applied Psychology*, 11(3), 93–110.
- Krzewska, I., Ruda, K., Rymaszewska, J. (2012). Cieleśny kontekst potencjałów zdrowia w rehabilitacji onkologicznej poprzez muzykę i ruch. Rozważania teoretyczne. *Fizjoterapia*, 20(2), 43–49.
- Michels-Lucht, F., Lucht, M., Spitzer, C. i in. (2010). Konstruktion eines Fragebogens zu körperlichen Aspekten von Abgrenzung, Scham und Ausdruck (FK-ASA). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie Journal*, 60, 31–38.
- Mirucka, B. (2003). Poszukiwanie znaczenia cielesności i ja cielesnego. *Przegląd Psychologiczny*, 2, 209–223.
- Mirucka, B., Sakson-Obada, O. (2013). *Ja cielesne: od normy do zaburzeń*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mraz, M., Turek, K., Zygmunt, A. (2018). Aktywny senior w rytmach muzyki i tańca. W: A. Skrzek (red.), *Aktywny senior – człowiek spełniony* (s. 68-76). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- Orbach, I., Mikulincer, M. (1998). The Body Investment Scale: Construction and validation of a body experience scale. *Psychological Assessment*, 10(4), 415–425.
- Poprawa, R. (2001). Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: G. Dolińska-Zygmunt. *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 103–141). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Pruzinsky, T. (1990). Somatopsychic Approaches to Psychotherapy and Personal Growth. W: T.F. Cash, T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: development, deviance, and change* (s. 296–315). New York: Guilford Press.
- Pruzinsky, T., Cash, T.F. (2002a). *Body Image. A handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. New York: Guilford Press.
- Pruzinsky, T., Cash, T.F. (2002b). Understanding Body Images: Historical and Contemporary Perspectives. W: T.F. Cash, T. Pruzinsky (Eds.), *Body Image. A handbook of Theory, Research and Clinical Practice* (s. 3–12). New York: Guilford Press.
- Röhricht, F., Priebe, S. (2001). Specific body image pathology in acute schizophrenia. *Psychiatry Research*, 101(3), 289–301.
- Röhricht, F., Priebe, S. (2002). Do cenesthesias and body image aberration characterize a subgroup in schizophrenia? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(4), 276–282.
- Sakson-Obada, O. (2003). Związek poczucia ciała z autodestrukcją u osób borderline. *Polskie Forum Psychologiczne*, 8(1–2), 50–68.
- Sakson-Obada, O. (2007). Od rzeczywistości ciała do rzeczywistości umysłu. Wpływ wczesnej stymulacji na funkcjonowanie cielesnego ego. W: A. Słysz, Ł. Kaczmarek (red.), *Bliżej umysłu. Preferencje poznawcze, percepcja, myślenie* (s. 35–55). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Sakson-Obada, O. (2009). *Pamięć ciała. Ja cielesne w relacji przywiązania i w traumie*. Warszawa: Difin.
- Schier, K. (2009). *Piękne brzydactwo*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Sęk, H., Heszen, I. (2008). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wrześniewski, K., Sosnowski T., Jaworowska A., Fecenec D. (2011) *STAI – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Wycisk, J. (2004). *Okaleczanie ciała. Wybrane uwarunkowania psychologiczne*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Zygmunt, A. (2016). Choreoterapia jako nefarmakologiczna metoda pracy z pacjentem onkologicznym. *Opieka Onkologiczna*, 1(8), 20–23.