



POLSKIE  
PISMO  
MUZYKOTERAPEUTYCZNE

nr 4(2017)

Redaktor naczelna:  
Ludwika Konieczna-Nowak

Sekretarz redakcji:  
Sara Knapik-Szweda

Rada naukowa:  
Elżbieta Galińska  
Katarzyna Krason  
Krzysztof Stachyra  
Katarzyna Turek  
Anna Bukowska  
Dominika Dopierała

Recenzenci numeru 4 – członkowie rady naukowej i redakcji Pisma

Redakcja i korekta:  
Łucja Oś-Goś

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@am.katowice.pl

## Spis treści

---

Mirosława Cylikowska-Nowak, Wojciech Strzelecki <i>Terapeutyczny wpływ muzyki relaksacyjnej i preferowanej – proponycja modelu badawczego</i> .....	4
Kacper Gładys <i>Terapia dźwiękiem, muzyka jako lek i muzykoterapia. Wyznaczenie obszarów wspólnych i różnicujących</i> .....	15
Jagoda Rusowicz <i>Muzykoterapia w chorobie Alzheimera</i> .....	32
Julia Kozłowska <i>Świadoma zgoda w muzykoterapii</i> .....	50

## Terapeutyczny wpływ muzyki relaksacyjnej i preferowanej – propozycja modelu badawczego

---

Mirosława Cyłkowska-Nowak<sup>1</sup>, Wojciech Strzelecki<sup>2</sup>

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

### Streszczenie

Celem artykułu jest prezentacja propozycji modelu badawczego do badania wpływu muzyki relaksacyjnej i preferowanej na klienta/pacjenta. Prezentacja modelu została poprzedzona rozważaniami wokół specyfiki metodologii badań w muzykoterapii oraz przeglądem wyników badań nad wpływem muzyki preferowanej i relaksacyjnej.

**Słowa kluczowe:** model badawczy, muzyka relaksacyjna, muzyka preferowana

### Wprowadzenie

Muzykoterapia oraz badania naukowe w muzykoterapii stanowią współcześnie heterogeniczne i dynamicznie rozwijające się pole. Jak twierdzi Dileo: „Muzyka, jak podejrzewano, może być mocnym narzędziem w medycynie uwzględniającej związek umysłu z ciałem (*mind-body medicine*). Efekt działania samej muzyki jest w rzeczy samej godny uwagi i wymaga dalszych badań” (Dileo 2010, s. 19). Dlatego wiele spośród badań wpływu muzyki na człowieka przeprowadza się współcześnie w warunkach szpitala, oddziału szpitalnego, ambulatorium, gabinetu muzykoterapii, czyli w warunkach klinicznych. Dileo czyni też rozróżnienie pomiędzy medycyną muzyczną, stosowaną przez personel medyczny (przy użyciu prostych środków oddziaływania w celu zwiększenia efektu leczniczego konwencjonalnej medycyny), a muzykoterapią obejmującą proces i prowadzoną przez muzykoterapeutów (Dileo 2010, s. 19).

Muzykoterapeuci w swojej działalności klinicznej wykorzystują muzykę jako środek efektywnie oddziałujący w leczeniu różnych chorób, zaburzeń, rozwijaniu zasobów pacjenta/klienta. Obok prowadzenia obserwacji klinicznych niezwykle istotne jest prowadzenie systematycznego dokumentowania danych obserwacyjnych, ich porządkowania oraz analizowania i uogólniania. Dokumentowanie wymaga doboru narzędzi, kwestionariuszy, skal. Dokumentując

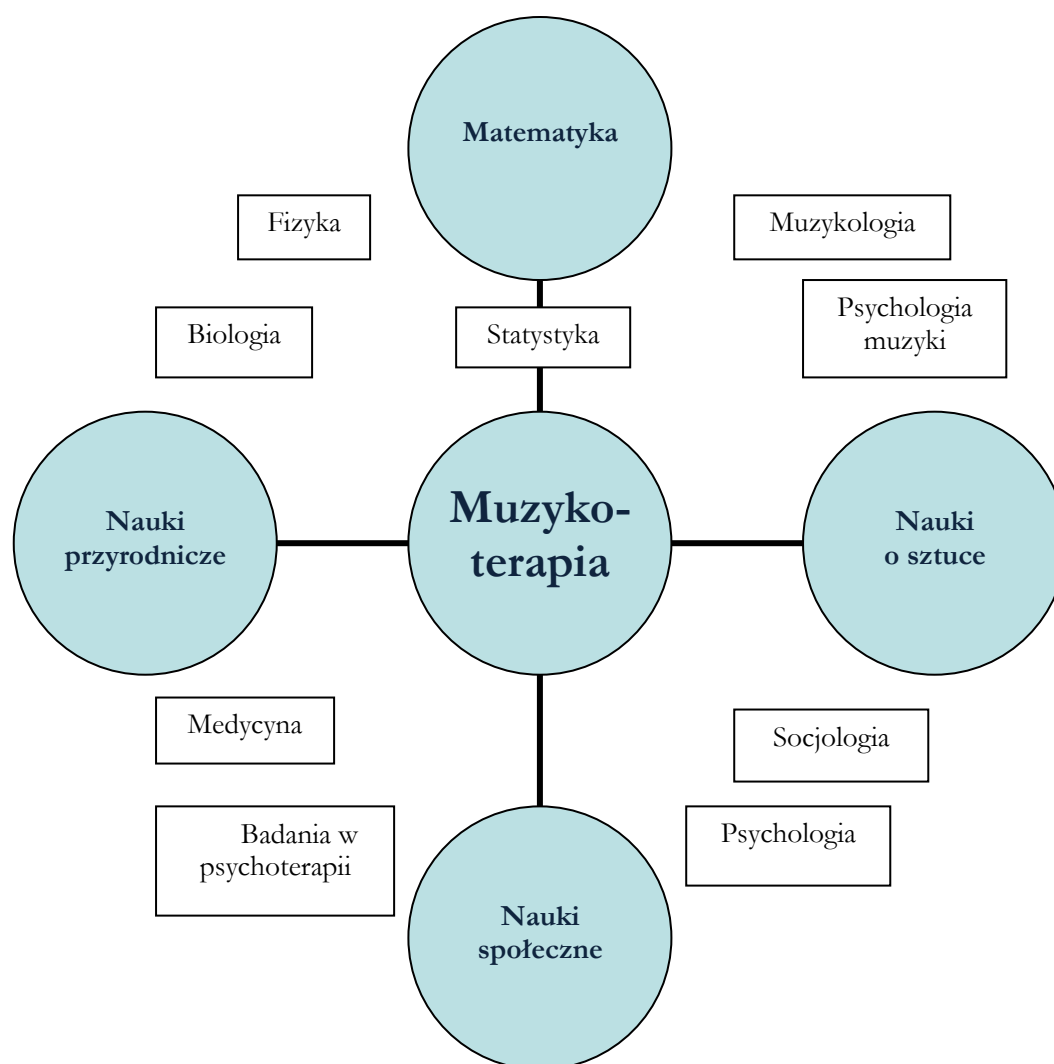
---

<sup>1</sup> Katedra Geriatrii i Gerontologii, Pracownia Terapii Zajęciowej.

<sup>2</sup> Katedra i Zakład Psychologii Klinicznej.

proces terapii, muzykoterapeuci mogą stawiać sobie dwojakiego rodzaju cele – bardziej lokalny: doskonalenia procesu terapii dzięki gromadzonym danym (w rozumieniu muzykoterapeutycznym, psychoterapeutycznym lub medycznym) oraz bardziej globalny: prowadzenia na podstawie gromadzonych danych dotyczących badań, które mogą przyczynić się do rozwijania teorii dyscypliny (Hillecke, Nickel, Bolay 2005, s. 271).

Do prowadzenia dokumentowania muzykoterapii w celach teoriiwórczych, naukowych potrzebna jest strategia badawcza oraz rozwinięcie na jej podstawie modelu badawczego. Modele i schematy (procedury) badawcze w muzykoterapii mają zwykle charakter eklektyczny i wymagają odwoływania się do metodologii innych dziedzin, takich jak nauki o sztuce, nauki społeczne, nauki przyrodnicze i matematyka (por. rys. 1). W projektowaniu modelu nieuchronny wydaje się pluralizm (Hillecke, Nickel, Bolay 2005, s. 273–274).



Rys. 1. Eklektyczne tło badań w muzykoterapii

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Hillecke, Nickel, Bolay 2005, s. 274.

W zaproponowanym w artykule modelu badawczym badania wpływu muzyki preferowanej i relaksacyjnej odwołujemy się do zasobów metodologii nauk społecznych (psychologia, socjologia), nauk przyrodniczych (medycyna, fizyka) i w nieco mniejszym stopniu nauk o sztuce (psychologia muzyki). Natomiast opracowanie wyników badań prowadzonych na podstawie zaproponowanego modelu wymaga zastosowania statystyki.

### **Wpływ muzyki na funkcjonowanie człowieka – między muzyką relaksacyjną, klasyczną, medytacyjną a preferowaną**

Wpływ muzyki na funkcjonowanie człowieka na poziomie fizjologicznym to jeden z podstawowych aspektów muzykoterapii. Jednocześnie jest tym kierunkiem badawczym, który pozwala na uzyskanie najbardziej jednoznacznych wyników dokumentujących wpływ muzyki. Takie postrzeganie oddziaływania na człowieka przy pomocy sztuki muzycznej nawiązuje do nurtu psychofizjologicznego, który obok psychagogicznego, analitycznego, behawioralnego, komunikacyjnego i poznawczego jest jednym z podstawowych nurtów teoretycznych muzykoterapii. Kierunek ten wywodzi się z dualizmu i paralelizmu psychofizycznego oraz badań eksperymentalnej psychologii muzyki i opiera się na próbach naukowej weryfikacji leczniczego działania muzyki. Według założeń omawianego nurtu muzyka to ustrukturuwany bodziec dźwiękowy, a kluczowym założeniem jest pogląd, że procesy wegetatywne i neurofizjologiczne, które zachodzą pod wpływem muzyki, w dużej mierze nie zależą od woli odbiorcy, dzięki czemu istnieje możliwość wpływania przez muzykę na funkcje wegetatywne i czynności bioelektryczne mózgu (Galińska 1990, s. 36; Konieczna 2004, s. 42; Stachyra 2009, s. 64; Strzelecki, Cybulski 2009, s. 205).

Wpływ muzyki na reakcje fizjologiczne człowieka odbywa się za pośrednictwem wpływu na procesy emocjonalne. Jest to istotne dla badawczego rozwoju muzykoterapii jako nauki, dlatego że obiektywne pomiary pozwalają na jednoznaczne określenie wpływu oddziaływania muzyki na określone parametry życiowe. Przez lata badań dokonanych na gruncie muzykoterapii na podstawie nurtu psychofizjologicznego zbadano wiele aspektów fizjologicznego funkcjonowania człowieka. Na funkcjonowanie to może wpływać odpowiednio dobrana muzyka. Dowiedziono, że muzyka wpływa na: rytm oddechowy, częstość akcji serca, wartość ciśnienia tętniczego krwi, opór elektryczny skóry, reakcje w obrębie naczyń krwionośnych włosowatych, układ immunologiczny, autonomiczny układ nerwowy, aktywność sympatycznego i parasympatycznego układu nerwowego, wydzielanie neurohormonów (kortyzolu, ACTH, hormonu wzrostu,

prolaktyny, beta-endorfin), aktywność bioelektryczną mózgu oraz poziom odczuwania bólu (Kukielczyńska-Krawczyk 2008, s. 114–117).

Wiele badań dotyczących wpływu muzyki na funkcjonowanie człowieka na poziomie fizjologicznym dotyczyło oddziaływania muzyki relaksacyjnej i tego, w jaki sposób może ona, dzięki wprowadzeniu organizmu w stan odprężenia, wpływać na parametry życiowe. Stan relaksu może znacząco wpłynąć pozytywnie na funkcjonowanie organizmu człowieka dzięki zmniejszeniu aktywności układu sympatycznego, rozluźnieniu mięśni, zwolnieniu i pogłębieniu oddechu oraz zwolnieniu rytmu serca i obniżeniu ciśnienia tętniczego. Stwierdzono, że w stanie relaksu następuje zmniejszenie zużycia tlenu o około 10–20%, częstość uderzeń serca o około 3 na minutę, wzrost fal alfa w korze mózgowej oraz zmniejszenie poziomu kwasu mlekowego (Stachyra 2009, s. 78). Tak więc percepcja muzyki wiąże się z aktywnością odbiorcy w zakresie reakcji emocjonalnych i fizjologicznych, które to reakcje wpływają na siebie wzajemnie (Cesarz 2002, s. 13). Słuchanie muzyki może mieć również oddziaływanie przeciwbólowe, głównie przez zwiększenie wydzielania endorfin – hormonów peptydowych produkowanych w ośrodkowym układzie nerwowym, które oprócz łagodzenia bólu dają także uczucie błogostanu (Paszkiwicz-Mes 2013, s. 172).

W kontekście omawianego modelu na szczególną uwagę zasługuje omówienie wpływu muzyki na ciśnienie tętnicze. Autorzy modelu w założeniu zakładają możliwość zastosowania go w celu zbadania wpływu na różnego rodzaju funkcje fizjologiczne, jednak pierwsze badania, mające na celu sprawdzenie funkcjonalności będącego tematem niniejszego artykułu modelu, wykonano właśnie na podstawie pomiaru ciśnienia tętniczego oraz tętna badanych.

Chafin i wsp. stwierdzili, że dzięki oddziaływaniu muzykoterapeutycznemu można wpływać na obniżenie ciśnienia tętniczego, przy czym według uzyskanych przez nich wyników najkorzystniejszy wpływ odnotowano pod wpływem muzyki klasycznej (Chafin i wsp. 2004, s. 393–402). Chińscy badacze odnotowali z kolei obniżenie ciśnienia u badanych kobiet ciężarnych pod wpływem oddziaływania muzyką (Cao i wsp. 2016, s. 8833–8838). Oliveira Zanini i wsp. na drodze badań stwierdzili z kolei, że zastosowanie muzyki w kompleksowej terapii pacjentów z nadciśnieniem tętniczym wzmacnia efekty innych oddziaływań terapeutycznych oraz podnosi jakość życia pacjentów (Oliveira Zanini i wsp. 2009, s. 495–500). Merakou i wsp. badali wpływ muzykoterapii na pacjentów poddawanych operacji zaćmy. Badacze stwierdzili, że muzyka medytacyjna może wpływać korzystnie na stabilizację ciśnienia krwi u pacjentów poddawanych zabiegowi (Merakou 2015, s. 7–12). Trappe, porównując grupę pacjentów poddanych wpływowi muzyki oraz pacjentów bez muzykoterapii, stwierdził, że słuchanie muzyki podczas odpoczynku

w łóżku po operacji na otwartym sercu prowadzi do znaczących różnic w poziomach kortyzolu między badanymi grupami (Trappe 2012, s. 5).

W większości wspomnianych badań stosowana była muzyka relaksacyjna, medytacyjna lub klasyczna. Tymczasem coraz większą wagę przywiązuje się do preferencji muzycznych uczestnika zajęć muzykoterapeutycznych. „Preferencje muzyczne to stosunek do muzyki analizowany na wymiarze jej »lubienia« vs. »nie lubienia«. To, czy muzyka podoba się słuchaczowi, zarówno na dłuższą metę, jak i w danej chwili, ma konsekwencje dla tego, jakiej muzyki rzeczywiście słuchamy i jak na nią reagujemy” (Lamont, Greasley 2009, za: Kantor-Martynuska 2015, s. 47). Określenie preferencji muzycznych pacjenta/klienta jest istotne z uwagi na wyższą skuteczność oddziaływania muzykoterapeutycznego w przypadku stosowania muzyki preferowanej przez pacjenta/klienta. Dotyczy to zarówno preferencji w sensie elementów dzieła muzycznego, jak i stosowanych gatunków muzycznych. Gatunki muzyczne powinny być dobierane według preferencji uczestników, przy wykorzystaniu różnych gatunków muzycznych, jako że działanie terapeutyczne różnych rodzajów muzyki występuje w kontekście obycia i kultury muzycznej, a co za tym idzie – oddziaływanie muzyki klasycznej i biesiadnej może być równie skuteczne (Pośpiech 2009). Fakt, że bardziej skuteczna jest muzyka, którą pacjent/klient akceptuje, potwierdzono badaniami, w których stosowano ekspozycję na muzykę preferowaną.

Z przeprowadzonych badań dotyczących skuteczności rehabilitacji pulmonologicznej z muzykoterapią receptywną u dorosłych chorych na astmę wynika, że zastosowanie muzyki zgodnej z preferencjami badanych podnosi skuteczność oddziaływań rehabilitacyjnych (Śliwka i wsp. 2012, s. 102). Również badania tolerancji ostrych bólów udowodniły, że tolerancja na ból wzrasta szczególnie, kiedy pacjent/klient słucha muzyki w stylu preferowanym (Kukielczyńska-Krawczyk 2008, s. 116). Z kolei w badaniach, w których oddziaływaniu muzyki poddano seniorów, wykazano, że muzyka z lat ich młodości poprawia nastrój i podnosi motywację do działania oraz zachęca do kontaktów społecznych (Trappe 2012, s. 139). Odnotowano również pozytywny wpływ muzyki preferowanej w zakresie nastroju i komunikacji na pacjentów z chorobami degeneracyjnymi oraz z depresją (Silverman 2009; Freeman i wsp. 2006, s. 105–131), również z depresją poporodową (Rauscher, Shaw, Ky 1993, s. 611). Jeżeli chodzi o zastosowanie muzyki użytecznej w terapii, to część badań jednoznacznie określa, że najbardziej korzystna okazuje się muzyka klasyczna (Gess 2007, za: Trappe 2012, s. 137), jednak konieczne jest również uwzględnienie preferencji muzycznych pacjenta (Trappe 2012, s. 133). Bernatzky i wsp. poddali badaniu wpływ muzykoterapii z zastosowaniem muzyki zgodnej z preferencjami pacjentów, na odczuwanie bólu u pacjentów po zabiegach chirurgicznych. Wykazali, że terapia preferowaną



muzyką może obniżać odczuwanie bólu u pacjentów i zmniejszyć konieczność stosowania farmakoterapii (Bernatzky i wsp. 2011, s. 1989–1999).

Należy pamiętać, że muzyki nie można traktować w przełożeniu jeden do jednego jako substytutu farmakoterapii, jako że jej działanie jest znacznie słabsze i mniej swoiste niż działanie leków. Należy również pamiętać, że reakcja wegetatywna na ten sam utwór muzyczny może być zróżnicowana i zmienna (Paszkiwicz-Mes 2013, s. 170).

### **Propozycja modelu do badania wpływu muzyki relaksacyjnej i preferowanej**

Autorzy modelu założyli, że:

- oddziaływanie muzyki na poszczególne osoby jest zróżnicowane; zależy od cech osobowościowych pacjenta/klienta, jego wrażliwości muzycznej, typu odbioru muzyki, sposobu słuchania, wieku, płci, pochodzenia społecznego, etnicznego i kulturowego oraz wielu innych czynników;
- nie istnieje uniwersalna lista utworów muzycznych wpływających pozytywnie lub negatywnie na pacjenta/klienta;
- muzyka preferowana jest akceptowana przez pacjenta/klienta;
- muzyka preferowana wywołuje pozytywne reakcje u pacjenta/klienta.

Proponowany model wykorzystuje metodologię mieszaną – metody/techniki/narzędzia badań ilościowych i jakościowych. Ogólna procedura badania stanowi pomiar (czyli podejście ilościowe) – fizyczny: tętna, ciśnienia tętniczego krwi, temperatury oraz psychologiczny: nastroju za pomocą przymiotnikowej skali nastroju UMACL (G. Mathews, A.G. Chamberlain, D.M. Jones, adaptacja E. Goryńskiej z 2005 roku). Przy pomocy skali UMACL dokonać można pomiaru nastroju, rozumianego jako doświadczenie afektywne o umiarkowanym czasie trwania (kilka minut i więcej). Jest to doświadczenie niezwiązane z obiektem lub związane z *quasi*-obiektem. Obejmuje ono trzy wymiary rdzennego afektu – pobudzenie napięciowe, pobudzenie energetyczne oraz tonus hedonistyczny. Na arkuszu skali znajduje się 29 przymiotników. Uczestnik badania określa na czterostopniowej skali (od „zdecydowanie tak” do „zdecydowanie nie”), w jakim stopniu każdy z przymiotników opisuje jego aktualny nastrój.

Ponadto, podejście ilościowe jest także realizowane w badaniu kwestionariuszem do oceny odtwarzanej muzyki (tab. 1) oraz w zbieraniu danych metryczkowych (tab. 2).

Tabela 1. Kwestionariusz oceny odtwarzanej muzyki

<b>Kwestionariusz oceny odtwarzanej muzyki</b>	
1. Czy podobał się Panu/Pani odtwarzany przed chwilą utwór?	Tak Nie

2. Proszę spróbować określić stopień zadowolenia z odtworzonej muzyki na pięciostopniowej skali, gdzie 1 oznacza „w ogóle mi się nie podobał”, a 5 – „bardzo mi się podobał”.

W ogóle mi się nie podobał	Raczej mi się podobał	Ani mi się podobał, ani nie podobał	Raczej mi się podobał	Bardzo mi się podobał
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Kwestionariusz pytań metryczkowych

<b>Kwestionariusz pytań metryczkowych</b>
1. Wiek:
2. Płeć: K M
3. Miejsce zamieszkania: duże miasto, miasto, wieś
4. Wykształcenie: podstawowe, średnie, zawodowe, wyższe
5. Rozpoznanie:
6. Która to wizyta: pierwsza, druga, trzecia, czwarta, piąta...

Źródło: opracowanie własne.

Z kolei wywiad określający preferencje muzyczne (tab. 3) reprezentuje podejście jakościowe. Jest wywiadem pisemnym – badacz odnotowuje wypowiedzi badanej osoby.

Tabela 3. Kwestionariusz wywiadu określenia preferencji muzycznych

<b>Kwestionariusz wywiadu określenia preferencji muzycznych</b>
1. Jaką muzykę Pan/Pani najbardziej lubi?
2. Czy jest to jakiś konkretny rodzaj muzyki/gatunek muzyczny?
3. Czy jest to jakiś konkretny piosenkarz/piosenkarka/zespół?
4. Proszę podać najbardziej lubiany aktualnie przez Pana/Panią utwór muzyczny.
5. Czy woli Pan/Pani muzykę spokojną czy dynamiczną (wolną/szybką)?*
6. Czy woli Pan/Pani muzykę ze śpiewem czy muzykę instrumentalną?*
7. Czy woli Pan/Pani, kiedy wykonawcy śpiewają po polsku, czy w języku obcym?*
* Pytania 5, 6 i 7 mogą okazać się szczególnie użyteczne w przypadku odpowiedzi: „Słucham radia”.

Źródło: opracowanie własne.

Procedura badania wpływu muzyki relaksacyjnej i preferowanej składa się z dwóch odrębnych faz. Faza pierwsza obejmuje wyrażenie zgody na badanie, określenie preferencji muzycznych oraz właściwe badanie. Faza druga zawiera wyłącznie właściwe badanie i powinna być przeprowadzona w kolejnym dniu po fazie pierwszej.

Kryterium wykluczenia w badaniu stanowi awersyjny typ odbioru muzycznego (nie lubi muzyki).

Tabela 4. Ogólny schemat badania wpływu muzyki preferowanej i relaksacyjnej

<b>Faza</b>	<b>Czynności badawcze</b>
<b>Faza I</b>	Wyrażenie zgody przez badaną osobę
	Określenie preferencji muzycznych na podstawie wywiadu
	Odczyty podstawowych parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze krwi, temperatura ciała)
	Badanie skalą nastroju
	Ekspozycja na muzykę preferowaną
	Odczyty podstawowych parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze krwi, temperatura ciała)
	Badanie skalą nastroju
	Ocena odtwarzanej muzyki na podstawie kwestionariusza oceny
<b>Faza II</b>	Odczyty podstawowych parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze krwi, temperatura ciała)
	Badanie skalą nastroju
	Ekspozycja na muzykę relaksacyjną
	Odczyty podstawowych parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze, temperatura ciała)
	Badanie skalą nastroju
	Ocena odtwarzanej muzyki na podstawie kwestionariusza oceny

Źródło: opracowanie własne.

Wyrażenie zgody pacjenta odbywa się na podstawie standardowego kwestionariusza użytkowanego przez osobę prowadzącą badanie lub narzuconego instytucjonalnie w projekcie badawczym.

Pomiary tętna oraz ciśnienia tętniczego krwi powinny być wykonane trzykrotnie, wartość ostateczna jest wartością średnią z wykonanych pomiarów (Orłowski 1994, s. 199–205).

Zaprojektowane w badaniu metody/techniki mają charakter nieinwazyjny.

Każdorazowo przed rozpoczęciem badania należy też dokonać przygotowania zestawu utworów muzycznych. Z uwagi na ciągły rozwój zasobów muzycznych warto wziąć pod uwagę utwory prezentowane aktualnie w mediach. Zróżnicowanie przygotowanej kolekcji pozwoli na udzielenie trafnej odpowiedzi na prezentowane przez uczestników badania preferencje muzyczne. Czas odtwarzania poszczególnych utworów nie powinien przekroczyć 5 minut. Optymalną głośność odtwarzania utworu określa pacjent/klient, odsłuchując utwory muzyczne przy użyciu słuchawek nausznych.

Jako że ciśnienie tętnicze oraz tętno są bardzo wrażliwymi i szybkozmiennymi parametrami życiowymi, w celu uniknięcia zafalszowania wyników badań uzyskiwanych przy pomocy opisywanego modelu faza I oraz faza II stosowane są zamiennie. Oznacza to, że części pacjentów/klientów jako pierwsza odtwarzana jest muzyka preferowana, części natomiast relaksacyjna. Takie rozwiązanie zostało podyktowane założeniem, że już samo uczestnictwo w nowym dla pacjenta/klienta badaniu, znalezienie się w nowej sytuacji może wpływać na zmianę badanych parametrów – w tym przypadku zazwyczaj przez ich podwyższenie. Podobnie przyzwyczajenie do sytuacji badawczej podnosi poczucie bezpieczeństwa, co z kolei może powodować, że odczyt przy ekspozycji na muzykę w fazie II może być z kolei zaniżony. Ażeby uniknąć błędu metodologicznego, oba rodzaje muzyki są prezentowane w różnej kolejności.

### Podsumowanie

Zaprezentowany model badawczy może być stosowany w badaniu różnych grup pacjentów/klientów. Autorzy opracowania dostrzegają potrzebę prowadzenia badań przy pomocy modelu w celu uzyskania lepszego teoretycznego opisu wpływu muzyki preferowanej i relaksacyjnej. Model może dostarczyć także informacji, które mogą okazać się przydatne w dookreśleniu preferencji muzycznych uczestników badań, co z kolei pozwoli na lepsze, bardziej trafne konstruowanie programów muzykoterapeutycznych.

Autorzy artykułu wykorzystali model w badaniu kobiet ciężarnych w szkole rodzenia – wyniki badania ukażą się niebawem w formie artykułu. Aktualnie kontynuują badania w grupie pacjentów z chorobami układu krążenia.

### Bibliografia

Bernatzky, G., Presch, M., Anderson, M., Panksepp J. (2011). *Emotional foundations of music as a non-pharmacological pain management tool in modern medicine*. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35; 9: 1989–1999.

- Cao, S., Sun, J., Wang, Y., Zhao, Y., Sheng, Y., Xu, A. (2016). *Music therapy improves pregnancy-induced hypertension treatment efficacy*. International Journal of Clinical and Experimental Medicine, 9; 5: 8833–8838.
- Cesarz, H. (2002). *Znaczenie przeżyć muzycznych u osób z zaburzeniami psychicznymi*. Muzykoterapia Polska, 1–2: 11–19.
- Chafin, S., Roy, M., Gerin, W., Christenfeld N. (2004). *Music can facilitate blood pressure recovery form stress*. British Journal of Health Psychology, 9; 3: 393–403.
- Dileo, C. (2010). *Nowe kierunki i badania naukowe w muzykoterapii i medycynie*. Terapia przez Sztukę, 1; 2: 10–23.
- Freeman, L., Caserta, M., Lund, D., Rossa, S., Dowdy, A., Partenheimer, A. (2006). *Music thanatology: prescriptive harp music as palliative care for the dying patient*. American Journal of Hospice and Palliative Care, 23; 2: 100–104.
- Galińska, E. (1990). *Podstawowe kierunki teoretyczne muzykoterapii*. Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, 52: 32–44.
- Gess, A. (2007). *Birds like music, too*. Science, 317(5846): 1864.
- Hillecke, T., Nickel, A., Bolay, H.V. (2005). *Scientific Perspectives on Music Therapy*. Annals of the New York Academy of Sciences, 1060: 271–280.
- Kantor-Martynuska, J. (2015). *Reakcje emocjonalne na muzykę. Integracyjne ujęcie czynników muzycznych, indywidualnych i sytuacyjnych*. Studia Psychologiczne, 53; 1: 47–63.
- Konieczna, E.J. (2004). *Arteterapia w teorii i praktyce*. Wyd. 2 popr. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kukielczyńska-Krawczyk, K. (2008). *Współczesne badania nad zastosowaniem muzyki w medycynie*. [W:] *Arteterapia w medycynie i edukacji*, red. W. Karolak, B. Kaczorowska. Łódź: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, s. 113–117.
- Lamont, A., Greasley, A. (2009). *Musical preferences*. [W:] *The Oxford Handbook of Music Psychology*, red. S. Hallam, I. Cross, M. Thaut, New York: Oxford University Press, s. 160–168.
- Merakou, K., Varouxi, G., Barbouni, A., Antoniadou, E., Karageorgos, G., Theodoridis, D., Koutsouri, A., Kourea-Kremastinou, J. (2015). *Blood Pressure and Heart Rate Alterations through Music in Patients Undergoing Cataract Surgery in Greece*, Ophthalmology and Eye Diseases, 7: 7–12.
- de Oliveira Zanini, C.R., Jardim, P.C.B.V., Salgado, C.M., Nunes, M.C., de Urzêda, F.L., Catalayud Carvalho, M.V., Alves Pereira, D., de Souza Veiga Jardim, T., Sebba, W.K., de Souza, B. (2009). *Music Therapy Effects on the Quality of Life and the Blood Pressure of Hypertensive Patients*, Arquivos Brasileiros Cardiologia, 93; 5: 495–500.

- Orłowski, W.E. (1994). *Zarys ogólnej diagnostyki lekarskiej: podręcznik dla studentów medycyny*. Wyd. 4. Warszawa: Wydaw. Lekarskie PZWL, s. 199–205.
- Paszkiwicz-Mes, E. (2013). *Muzykoterapia jako metoda wspomagająca leczenie*. Hygeia Public Health, 48; 2: 168–176.
- Pospiech, W. (red.) (2009). *Muzykoterapia służbą dla człowieka*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Rauscher, F.H., Shaw, G.L., Ky, K.N. (1993). *Music and spatial task performance*. Nature, 365: 611.
- Silverman, M.J. (2009). *The effect of single-session psychoeducational music therapy on verbalizations and perceptions in psychiatric patients*. Journal of Music Therapy, 46: 105–131.
- Stachyra, K. (2009). *Muzykoterapia i wizualizacja w rozwijaniu kompetencji emocjonalnych studentów pedagogiki*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Strzelecki, W., Cybulski M. (2009). *Opieka muzykoterapeutyczna*. [W:] *Wybrane obszary opieki. Konteksty historyczne i współczesne*, red. J. Skrzypczak, D. Żołędz-Strzelczyk, M. Cylkowska-Nowak. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, s. 199–210.
- Śliwka, A., Nowobilski, R., Polczyk, R., Nizankowska-Mogilnicka, E., Szczeklik, A. (2012). *Ocena skuteczności rehabilitacji pulmonologicznej z muzykoterapią odbiorczą u dorosłych chorych na astmę*. [W:] *Fizjoterapia w teorii i praktyce*, red. J. Jaworek, B. Frańczuk. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 92–105.
- Trappe, H.J. (2012). *Music and medicine: The effects of music on the human being*, Applied Cardiopulmonary Pathophysiology, 16: 133–142.

## Terapia dźwiękiem, muzyka jako lek i muzykoterapia. Wyznaczenie obszarów wspólnych i różnicujących

---

**Kacper Gładys**

Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego w Katowicach

### Streszczenie

Celem artykułu jest wskazanie wspólnych i odmiennych elementów trzech tytułowych dyscyplin opartych na leczniczym zastosowaniu muzyki. Autor uważa to porównanie za stosowne i niezbędne do dalszego rozwoju tychże dyscyplin, zarówno bowiem w sferze definicji, jak i zastosowań są one często mylone ze sobą.

Porównanie zostało oparte na polsko- oraz anglojęzycznej dostępnej literaturze. Opisano definicje i pochodzenie każdej z dyscyplin, a następnie najpopularniejsze podejścia, modele i techniki oraz ich naukowy i badawczy aspekt. Dziedziny zostały porównane według stałych kryteriów: definicji, prawodawstwa, sylwetki terapeuty, filarów (fundamentów) terapii, narzędzi służących pracy i diagnostyce, liczby i dostępności opracowań naukowych oraz dowodów w każdej z dyscyplin.

**Słowa kluczowe:** terapia dźwiękiem, muzykoterapia, medycyna muzyczna, muzyka jako lek

### Wprowadzenie

Muzykoterapia, terapia dźwiękiem oraz muzyka jako lek to trzy dziedziny terapii oparte na leczniczym zastosowaniu muzyki i jej elementów. Choć odrębność tych dyscyplin jest widoczna, to w dalszym ciągu określenia te są stosowane wymiennie.

Celem niniejszego artykułu jest wyznaczenie obszarów, w których ujawniają się podobieństwa i różnice pomiędzy tymi trzema formami terapii. Każda z nich zostanie opisana zgodnie ze stanem i dostępnością literatury, a następnie porównana z innymi według stałych kryteriów.

Dostęp do opracowań teoretycznych na temat muzykoterapii w języku polskim jest bardzo łatwy w porównaniu do źródeł mówiących o muzyce jako leku (*music medicine*) oraz terapii dźwiękiem, które to takowych opracowań w ogóle nie posiadają, stąd też dominująca w bibliografii jest literatura anglojęzyczna. Wszystkie niezbędne tłumaczenia zostały wykonane przez autora.

## Definicje

O tym, jak ważne jest poczynienie klarownych założeń, wie każdy profesjonalista. Tymczasem odnieść można wrażenie, iż często „terapia dźwiękiem”, „muzyka jako lek” i „muzykoterapia” to określenia używane wymiennie i całkowicie mylone ze sobą.

Jestem przekonany, iż dalszy rozwój tych trzech dziedzin terapii może zostać wręcz zahamowany, jeśli terapeuci nie wytyczą jasnych ram teoretycznych dla swoich praktyk. Nie chodzi tu przecież tylko o ułatwienie pracy terapeutom, badaczom czy studentom, ale przede wszystkim o transparentność względem klientów, którzy mają prawo pogubić się w chaosie na polu terapii alternatywnych.

## Muzykoterapia

Krzysztof Stachyra w *Podstawach muzykoterapii* definiuje ją jako „proces, w którym wykwalifikowany muzykoterapeuta posługuje się muzyką lub jej elementami w celu przywracania zdrowia, poprawy funkcjonowania lub wspierania rozwoju osób z różnorodnymi potrzebami natury emocjonalnej, fizycznej, umysłowej, społecznej lub duchowej” (Stachyra 2012a, s. 27).

Patrząc na każdy element tej definicji z osobna, widzimy, że muzykoterapia:

- jest procesem, zatem ma swój początek, koniec i cel nadrzędny; przebiega także w sposób uporządkowany, zaplanowany i logiczny;
- jest prowadzona przez wykwalifikowanego muzykoterapeutę – osobę posiadającą zdolności i potwierdzone wykształcenie tak w sferze muzycznej, jak i terapeutycznej;
- cel terapii musi być związany z poprawą zdrowia i funkcjonowania osoby poddanej tym działaniom w jakiegokolwiek sferze; musi też spełniać potrzeby tej osoby, w przeciwnym bowiem wypadku nie byłoby mowy o terapii.

Amerykańskie Stowarzyszenie Muzykoterapii (AMTA) umieściło na swojej stronie internetowej własną definicję muzykoterapii, a także przykłady, co muzykoterapią jest, a co nie i dlaczego tak należy to rozpatrywać. Możemy się dowiedzieć, że muzykoterapia jest „klinikum i opartym na dowodach użyciem interwencji muzycznych, po to by osiągnąć zindywidualizowane cele w ramach terapeutycznej relacji z akredytowanym terapeutą, który ukończył zaaprobowany kurs muzykoterapii” (Konieczna-Nowak 2013, s. 18).

Istnieje jeszcze wiele innych definicji muzykoterapii, mają one jednak w większości cechy wspólne z dwoma reprezentatywnymi, przytoczonymi wcześniej propozycjami. Za kluczowe ich elementy można uznać stosowanie muzyki i obecność muzykoterapeuty, wraz z relacjami, które zachodzą między nimi a pacjentem.



## Muzyka jako lek

Muzykę jako lek może „podawać” przeszkolony personel medyczny, nauczyciele w szkołach specjalnych, logopedzi, psychoterapeuci i inni profesjonaliści. Z założenia nie wymaga się od nich wykształcenia muzycznego, nie muszą zatem być muzykoterapeutami. W niektórych metodach nawet sami pacjenci mogą leczyć się przy pomocy gotowych programów muzycznych, które mają z założenia być łatwe do „podania” i zastępować lub wspierać inne przyjmowane formy terapii.

MacDonald, Kreutz i Mitchell (2012) podają bardzo krótką definicję *muzyki jako leku*. Jest to: „użycie nagranej muzyki w celu poprawy funkcjonowania pacjenta i wsparcia procesu leczenia” (MacDonald, Kreutz, Mitchell 2012, s. 41).

Medycyna muzyczna ma zastosowanie na wielu oddziałach szpitalnych, towarzyszy procedurom medycznym, usprawnia i wspomaga proces leczenia (MacDonald i wsp. 2012).

Christian Gold (2009) w swojej przedmowie otwierającej osiemnaste wydanie *Nordic Journal of Music Therapy* twierdzi, iż postępujące powszechne uznanie muzykoterapii jako nauki i dyscypliny, wraz z klarowaniem i zaznaczaniem się jej teoretycznych ram powoduje, iż coraz częściej mówi się o *music medicine* jako odrębnej dziedzinie terapii. Jej osią staje się bardziej bezpośrednie doświadczenie o receptywnym charakterze niż dynamika relacji terapeutycznej. Dzięki temu ten rodzaj terapii może być prowadzony przez innych profesjonalistów niż muzykoterapeuci. Tu zatem dowartościowuje się wpływ samej muzyki na człowieka, relacja jest pozostawiona na drugim planie lub nawet zbędna.

## Terapia dźwiękiem

Jest to dziedzina, która dopiero od lat osiemdziesiątych XX wieku została jakkolwiek zaznaczona, głównie dzięki dokonaniom Fabiena Mamana i jego badaniom nad wpływem fali dźwiękowej na komórki ludzkiego ciała. W 2000 roku Liz Cooper założyła Brytyjską Akademię Terapii Dźwiękiem (British Academy of Sound Therapy – BAST), opierając się na eksperymentalnie zdobytej wiedzy praktycznej, którą kilka lat później zaczęła poddawać badaniom naukowym (BAST 2014b, akapit 3).

Ostatnie lata przynoszą rosnące zainteresowanie terapią dźwiękiem, również w Polsce. Pojawiają się publikacje rodzimych autorów, takie jak *Moc dźwięku* Leszka Mateli i Otylii Sakowskiej (2003) czy *Kamertony i muzykoterapia w leczeniu dźwiękiem* Barbary Romanowskiej (2004).

Próżno jednak szukać opracowań teoretycznych, zbierających różne metody terapii dźwiękiem w jednym miejscu, z podziałem na definicje, zastosowania, przeciwwskazania i wyniki badań. Niestety, bardzo często terapia dźwiękiem jest przedstawiana jako muzykoterapia,

a informacje te przekazywane są szerokiej publiczności, na przykład w różnych programach z gatunku tak zwanej telewizji śniadaniowej.

Na potrzeby niniejszej pracy za definicję terapii dźwiękiem można przyjąć tę dostępną w Internecie w Segen's Medical Dictionary:

„Terapia dźwiękiem to sposób wykorzystania dźwięku jako terapeutycznego środka służącego wydzielaniu hormonów i wpływającego na inne czynniki, w tym tak zwany czynnik harmonizujący. Terapia dźwiękiem ma wpływ na parametry fizyczne, takie jak oddech, ciśnienie krwi, tętno, napięcie mięśniowe i ma rzekomo dobroczynne zastosowanie w chorobie Alzheimera, opiece paliatywnej, przyporodowej, stomatologii i psychoterapii. Niektórzy terapeuci dźwiękiem używają urządzeń mających za zadanie wprowadzenie dźwięku do organizmu pacjenta, czego efektywność jest kwestionowana” (Segen's Medical Dictionary, część *Definition of sound therapy by Medical dictionary*, akapit 1).

Owe „urządzenia” w powyższej definicji to najprawdopodobniej między innymi tak zwane lecznicze kamertony, misy lub media elektroniczne.

W tym przypadku praca terapeutyczna nie bazuje na właściwościach struktur muzycznych, lecz jedynie jakości samego dźwięku, często poza muzycznym kontekstem.

### **Podejścia, modele, metody**

#### **Rozpowszechnione modele i podejścia w muzykoterapii**

W muzykoterapii wyróżnić można wiele modeli i podejść. Należy także pamiętać, że wielu muzykoterapeutów stosuje podejście eklektyczne, czerpiąc z pokaźnych zasobów technik aktywnych i receptywnych, muzyki improwizowanej, skomponowanej i nagranej, a także terapeutycznego *songwritingu*, kreatywnie je łącząc. Niemniej jednak, za podstawowe formy muzykoterapii uznaje się obecnie: muzykoterapię kreatywną, zwaną także Nordoff-Robbins, kierowaną wizualizację z muzyką (*Guided Imagery and Music*), muzykoterapię analityczną (psychodynamiczną), neuromuzykoterapię (*Neurologic Music Therapy*). Każdy z modeli może poszczycić się stosunkowo pokaźną literaturą, wyznaczającą z jednej strony teoretyczne ugruntowanie, z drugiej – udokumentowaną badaniami skuteczność. Ze względu na łatwość w dostępie do tego typu opracowań wydaje się, że przybliżanie ich w niniejszym opracowaniu nie jest celowe.

## **Modele i metody w *music medicine***

W tak młodej i rozwijającej się dziedzinie jak medycyna muzyczna (zwłaszcza że brak jest teoretycznych opracowań na jej temat) ten podrozdział można uznać za otwarty. Zamieszczę w nim tylko te modele i metody, które są ustrukturyzowane i wyszły poza ramy eksperymentalne.

### **Terapia wibroakustyczna (ang. *vibroacoustic therapy* – VAT)**

Jest to bardzo dokładnie opisany i udokumentowany model terapii, polegający na wykorzystaniu specjalnie opracowanych mebli służących do ekspozycji pacjenta na fale akustyczne o niskiej częstotliwości.

Terapia wibroakustyczna narodziła się na przełomie lat 70. i 80. XX wieku w Skandynawii, dzięki pracy norweskiego terapeuty Olava Skillego z dziećmi głęboko niepełnosprawnymi fizycznie i intelektualnie. Skille zaobserwował, że ekspozycja pacjenta na fale sinusoidalne o częstotliwości od 20 do 120 Hz przynosiła pozytywne rezultaty w postaci zmniejszenia spastyczności kończyn, głębokiej relaksacji i redukcji stresu. Dodatkowo, wibracje były silnym bodźcem sensorycznym, szczególnie ważnym w terapii przy niepełnosprawności sprzężonej.

Terapia wibroakustyczna znalazła zastosowanie dla niezwykle szerokiej populacji. Jej beneficjentami są osoby w każdym wieku, przebywające w placówkach ochrony zdrowia, opieki długoterminowej i krótkoterminowej, placówkach rehabilitacyjnych, a także pacjenci chcący prowadzić dodatkową terapię samodzielnie we własnych domach. Urządzenia wibroakustyczne wspierają pracę personelu medycznego, fizjoterapeutów, opiekunów i terapeutów zajęciowych (Boyd-Brewer 2003; Grocke, Wigram 2007).

### **Metoda Tomatisa**

W metodzie tej pacjenci słuchają (przez słuchawki) specjalnych programów muzycznych, zawierających muzykę klasyczną poddaną modyfikacjom według opatentowanego algorytmu. Owa obróbka ścieżki muzycznej pozwala wydobyć pożądane w tej metodzie częstotliwości, które mają pozytywnie wpływać na pracę mózgu u pacjenta.

Metoda Tomatisa stosowana jest u dzieci z problemami w nauce (dysleksja, dyskalkulia, problemy z koncentracją, nadpobudliwością i pamięcią), a także u dzieci i dorosłych z depresją, stanami lękowymi i przewlekłym stresem. Została opracowana przez dr. Alfreda Tomatisa w 1946 roku. Od tamtego czasu ciągle aktualizowana jest baza programów muzycznych. Pacjenci mogą korzystać z dobrodziejstw tej metody w placówkach edukacyjnych, terapeutycznych, a także w domu.

Cały proces przetwarzania obrobionych materiałów muzycznych to opatentowany efekt Tomatisa. Jego twórca twierdził, że rozwój połączeń w niemuzycznych ośrodkach w mózgu może odbywać się dzięki stymulacji jego muzycznych ośrodków. Kluczem do tego ma być odpowiednie pobudzenie elementów ucha środkowego przez zmodyfikowane nagrania muzyczne (Stillitano, Fioretti, Cantagallo, Eibenstein 2014). Metoda ta budzi wiele kontrowersji, a jej efektywność jest kwestionowana (Corbett, Schickman 2007).

### **Modele w *sound therapy***

Terapia dźwiękiem przynależy do medycyny alternatywnej. Niekiedy osoby ją praktykujące nawiązują do nurtu New Age, co jest zauważalne w polskich publikacjach Mateli i Sakowskiej (2003) oraz Romanowskiej (2004). Część informacji, które możemy znaleźć w tych publikacjach, jest naznaczona właśnie takimi, często bardzo osobistymi, nieuzasadnionymi naukowo przekonaniem autorów.

Treści silnie zakorzenione w nurcie New Age nie są dla wszystkich zrozumiałe i akceptowalne. Warto mieć na uwadze, iż stosowanie kamertonów anielskich bądź kamertonów planetarnych, opisanych w tych publikacjach, będzie wymagało od terapeuty pewnych zmian w swoim postrzeganiu świata, niekiedy wbrew powszechnie obowiązującym teoriom naukowym.

### **Terapia kamertonami**

Jak możemy dowiedzieć się z książki Barbary Romanowskiej, terapia kamertonami to „nowa metoda leczenia alternatywnego, poparta badaniami naukowymi w USA, przywracająca zdrowie psychiczne i fizyczne falami dźwiękowymi kamertonów, dobranymi odpowiednio do chorych narządów i schorzeń” (Romanowska 2004, s. 34).

Terapeuci stosujący tę metodę twierdzą, iż każdy organ w ludzkim ciele ma swoją własną częstotliwość, przy której pracuje prawidłowo. Dzięki przyłożeniu odpowiedniego kamertonu do danego punktu na ciele człowieka następować ma harmonizacja narządów z tonem emitowanym przez kamerton. Wibracje emitowane przez lecznicze kamertony przenoszone są z łatwością do wnętrza ludzkiego ciała dzięki temu, że składa się ono głównie z wody (Romanowska 2004).

Pomimo moich usilnych starań nie udało mi się dotrzeć do ani jednej publikacji przedstawiającej wyniki badań nad terapią kamertonami.

### **Terapia misami tybetańskimi**

Pierwsze wzmianki o misach tybetańskich datuje się na XII wiek przed Chrystusem, choć wciąż brakuje zarówno dowodów na ich użycie w starożytności w celach terapeutycznych, jak

i konkretnych wytycznych odnośnie do ich produkcji. Jest wielce prawdopodobne, że przedmioty uznawane przez wiele osób promujących medycynę holistyczną za uzdrawiające były po prostu naczyniami, w których mnisi spożywali posiłki (Humphries 2010).

Misy mają różne rozmiary. Zasadniczo są one tworzone ze stopów metali, czasami z kryształów. Źródła podają wagę pojedynczej misy pomiędzy 0,6 a 2,4 kg, średnicę między 9 a 12 cali. Dźwięk z tych instrumentów wydobywa się dzięki pocieraniu krawędzi lub uderzaniu w bok specjalnym pobijakiem. Dźwięk mis jest dość przejmujący i szybko wypełnia całe pomieszczenie. Muzykę na sesjach improwizuje terapeuta (Goldsby, Goldsby, McWalters, Mills 2016).

### **Metoda Fabiena Mamana**

Kompozytor, muzyk i akupunkturysta Fabien Maman prowadził w latach 80. XX wieku badania o wpływie fali dźwiękowej na komórki ludzkiego ciała. Na podstawie swoich odkryć stworzył metodę leczenia opartą na dostrajaniu i harmonizowaniu dysfunkcyjnych narządów. Metoda Mamana wykorzystuje kamertony, łóżka wibroakustyczne i specjalnie skonstruowane instrumenty (Tama-Do, akapit 1).

## **Relacja terapeutyczna**

### **Sylwetka terapeuty i charakterystyka relacji terapeutycznej w muzykoterapii**

Relacja terapeutyczna jest jednym z filarów muzykoterapii, niezależnie od przyjętego przez terapeuta modelu i orientacji. „Muzykoterapeuta jest reżyserem w »teatrze terapii«”, jak napisał Krzysztof Stachyra w swoich *Podstawach muzykoterapii* (2012a, s. 43).

Muzykoterapeuta musi posiadać odpowiednią wiedzę, umiejętności i przygotowanie do pełnionego przez siebie zawodu. Odpowiada on nie tylko za prowadzenie sesji, lecz także za wcześniejsze jej przygotowanie i zaplanowanie, zapewnienie odpowiednich warunków do terapii, włączając w to wyposażenie sali, poczucie intymności i bezpieczeństwa klienta, ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków i odpowiedzialności cywilnej.

Muzykoterapeuta powinien posiadać wiele specyficznych cech osobowości, które umożliwiają mu skuteczną pracę i poświęcenie drugiemu człowiekowi. To między innymi dojrzałość i stabilność emocjonalna, kreatywność, komunikatywność, tolerancja, samoświadomość i zdyscyplinowanie. Prawdziwy profesjonalista zawsze przestrzega Kodeksu etycznego, działa tylko w interesie klienta, zachowuje poufność, a także dba o swój ciągły rozwój i samodoskonalenie. Regularnie uczęszcza na superwizje, podczas których konsultuje postęp swoich prac z bardziej doświadczonym terapeutą. Potrafi także przyznać się do swoich błędów

i słabości, a w przypadku, gdy nie jest w stanie zapewnić odpowiedniej terapii dla klienta, wskaże mu miejsce, gdzie ten może liczyć na pomoc od innego profesjonalisty (Stachyra 2012a).

### **Personel medyczny i pacjenci w *music medicine***

W przypadku tej dziedziny można powierzyć jej stosowanie przeszkolonym profesjonalistom z zakresu ochrony zdrowia, edukacji i pedagogiki specjalnej. MacDonald, Kreutz i Mitchell (2012) twierdzą, że procedurom medycznym z wykorzystaniem muzyki jako leku nie towarzyszy zawiązanie relacji terapeutycznej. Terapeuta zleca odpowiedni program muzyczny pacjentowi, który znajduje się w bezpośrednim oddziaływaniu tylko muzyki.

Co więcej, pacjenci sami mogą wyposażyć się w meble wibroakustyczne lub programy muzyczne Tomatisa. O ile środki ostrożności zostaną dochowane, można stosować muzykę jako lek we własnym domu. Dlatego jest to kluczowe kryterium, służące rozróżnieniu muzykoterapii i medycyny muzycznej – ta druga pozbawiona jest filaru relacji terapeutycznej.

### **Sylwetka terapeuty w terapii dźwiękiem**

BAST organizuje szkolenia z terapii misami tybetańskimi polegające na pracy „1 na 1”. Najpierw osoba studiująca zostaje poddana terapii, aby mogła przekonać się o jej wszelkich walorach. Następnie uczy się teorii, przeprowadza sesje na swoim nauczycielu, aby w końcu zdać egzamin i dostać certyfikat Akademii.

Aby zostać terapeutą w modelu BAST, należy przejawiać ogólną muzykalność, motywację do nauki oraz finalnie odbyć pełne szkolenie (BAST 2014a, akapit 3). Aby stosować terapię kamertonami, zalecane jest ukończenie szkolenia. W przypadku metody Fabiena Mamana studia w jego Akademii Dźwięku, Koloru i Ruchu trwają trzy lata (Tama-Do, akapit 2).

Z racji braku literatury na temat relacji terapeuty i klienta w modelach terapii dźwiękiem możemy tylko domyślać się, czy taka istnieje i jakie ma właściwości. Z pewnością wiele zależy tu od sylwetki terapeuty, jego umiejętności, wykształcenia i nastawienia do klienta. Jednak brak informacji na temat charakterystyki relacji terapeutycznej w terapii dźwiękiem może sugerować, iż taka relacja nie zostaje nawiązana.

## **Badania**

### **Badania nad muzykoterapią**

Aby upodobnić się do pozostałych dziedzin naukowych, muzykoterapeuci przyjmują hierarchię dowodów zaproponowaną przez Oxford University Centre for Evidence-Based

Medicine. Najbardziej cenione i pożądane są dowody płynące z meta-analiz, badań z grupami kontrolnymi i badań kohortowych (Burns, Meadows 2015).

Wyniki badań ukazują się najczęściej w czasopismach muzykoterapeutycznych, takich jak *Journal of Music Therapy*, czy *Nordic Journal of Music Therapy*.

### **Muzykoterapia oparta na dowodach (ang. *evidence-based music therapy*)**

W muzykoterapii opartej na dowodach terapeuta musi nieustannie poszukiwać najbardziej aktualnych i adekwatnych wyników badań naukowych, oceniać je i używać ich jako podstawy swoich decyzji w procesie terapeutycznym.

Podjęcie decyzji na podstawie dowodów jest ważne nie tylko z punktu widzenia skuteczności terapii, lecz także jej opłacalności. Jasne dowody płynące z profesjonalnie prowadzonych badań nad muzykoterapią pomagają także uregulować prawodawstwo dotyczące tej dziedziny, a w konsekwencji mogą być drogą do implementacji skutecznych programów terapeutycznych w placówkach ochrony zdrowia, edukacji, opieki, resocjalizacji i innych.

W wyciąganiu wniosków z badań nad skutecznością muzykoterapii niezwykle pomocne są obszerne meta-analizy, zbierające niekiedy po kilkadziesiąt badań i więcej, dotyczących jednej tylko populacji bądź też konkretnego schorzenia i dysfunkcji.

Ogólnie zarysowane pola skutecznego działania muzykoterapii zostały ujęte w tabeli 1, na podstawie interpretacji Baker (2015). Zebrała ona 27 meta-analiz zawierających łącznie 487 pojedynczych badań.

Tabela 1. Skuteczność działań muzykoterapeutycznych w odniesieniu do wybranych funkcji osób z zaburzeniami różnego typu

<b>Pożądany efekt</b>	<b>Populacja, której dotyczy</b>
Obniżenie tętna	Pacjenci chirurgiczni, kardiologiczni, wentylowani mechanicznie, onkologiczni, chorzy na HIV i z chorobami terminalnymi
Obniżenie ciśnienia tętniczego	Pacjenci chirurgiczni, kardiologiczni, wentylowani mechanicznie
Obniżenie poziomu lęku	Pacjenci chirurgiczni, kardiologiczni, przy znieczuleniu w zabiegach endoskopowych, chorzy na HIV, z chorobami terminalnymi i psychicznymi, w tym schizofrenią

Redukcja symptomów depresji	Pacjenci chirurgiczni, onkologiczni, chorzy na HIV, z chorobami terminalnymi i psychicznymi
Poprawa saturacji	Noworodki i pacjenci wentylowani mechanicznie
Redukcja bólu	Pacjenci chirurgiczni, oddziałów dziecięcych, onkologicznych, opieki paliatywnej
Redukcja zapotrzebowania na środki przeciwbólowe i znieczulające – zmniejszenie kosztów leczenia farmakologicznego	Pacjenci chirurgiczni i przy znieczuleniu w zabiegach endoskopowych
Polepszenie jakości chodu	Osoby z chorobą Parkinsona, udarem mózgu
Poprawa funkcjonowania społecznego	Osoby z chorobą Alzheimera, schizofrenią
Poprawa komunikacji werbalnej	Osoby z chorobą Alzheimera, spektrum autystycznym

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Baker, F. (2015). *Evidence Based-Practice in Music Therapy*. [W:] *Music Therapy Handbook*, red. B. Wheeler. New York: Guildford Press, s. 103–115.

### **Badania nad medycyną muzyczną**

*International Association for Music and Medicine*, czyli Międzynarodowe Stowarzyszenie dla Muzyki w Medycynie jest wydawcą internetowego pisma *Music and Medicine*, na łamach którego publikowane są wyniki badań prowadzonych przez profesjonalistów z dziedzin takich jak: medycyna muzyczna, muzykoterapia, arteterapia, psychologia muzyki, etnomuzykologia, kognitywistyka i neurologia (Music and Medicine, akapit 5).

### **Wpływ wibracji na pacjenta w metodzie wibroakustycznej**

Terapia wibroakustyczna okazała się bardzo skuteczna w pracy z osobami cierpiącymi na fibromialgię, zespół chorobowy charakteryzujący się uczuciem rozproszonego w punktach po całym ciele bólu, z towarzyszącym mu uczuciem przewlekłego zmęczenia, zaburzeniami snu i percepcji. Terapia wibroakustyczna przyczyniła się do ograniczenia zapotrzebowania na środki farmakologiczne u ponad 70% badanych, a niektóre osoby całkowicie mogły odstawić leki przeciwbólowe (Naghdi, Ahonen, Macario, Bartel 2015).

Zastosowanie urządzenia *Somatron* w połączeniu z muzykoterapią aktywną i receptywną przyniosło znaczącą poprawę u pacjentów z problemami psychicznymi, mieszkających w domu



opieki. Osoby takie bywają pobudzone, drażliwe, agresywne, przejawiają także zaburzenia czynnościowe. Terapia wibroakustyczna przyczyniła się do redukcji ponad 80% niepożądanych zachowań, podobnie jak zmniejszyło się zapotrzebowanie na środki farmakologiczne, a personel medyczny placówki był znacznie mniej zaabsorbowany niepożądanymi zachowaniami pacjentów (Mercado, Mercado 2006).

### **Prace badawcze nad metodą Tomatisa. Pilotażowy program w Polsce**

Badania wykazały skuteczność metody Tomatisa w pracy z uczniami z dysleksją na średnim etapie edukacji. Po 20 sesjach z użyciem programów muzycznych badani uczniowie wykazali znaczną poprawę w percepcji tekstu zarówno w aspekcie wizualnym, jak i fonologicznym (Kim, Song 2016).

W latach 2010–2013 realizowano w Polsce projekt „Uwaga! Sposób na sukces”, którego celem było opracowanie i implementacja programu edukacyjnego opartego na stymulacji słuchowej metodą Tomatisa, przeznaczonego dla uczniów klas I–III ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Badania końcowe ujawniły znaczącą poprawę w testach uwagi słuchowej. Przykładowo, selektywność w prawym i lewym uchu poprawiła się u połowy dzieci. Umiejętność lokalizowania źródła dźwięku była lepsza u prawie 70% badanych.

Stymulacja metodą Tomatisa przyniosła wzrost umiejętności uczenia się o 5% u dzieci zdrowych i prawie 6% u dzieci z zaburzeniami. Podobne wyniki uzyskano w dziedzinie kompetencji społecznych, a jeszcze lepszy (o 7,5%) był przyrost umiejętności językowych u dzieci z zaburzeniami (Ratyńska 2014).

### **Badania nad terapią dźwiękiem**

Goldsby i wsp. (2016) sprawdzili wpływ mis tybetańskich oraz innych pojedynczych instrumentów typowych dla terapii dźwiękiem podczas godzinnych sesji o charakterze medytacyjnym, z udziałem pacjentów z szerokiego przekroju demograficznego. Na potrzeby badania opracowano szczegółowy protokół, aby każda z sesji była możliwie najdokładniej powtórzona. Badanie ujawniło znaczący spadek napięcia, zmęczenia, lęku oraz idące za tym polepszenie nastroju. Autorzy wnioskują, że grupowa terapia dźwiękiem o charakterze medytacyjnym z wykorzystaniem mis tybetańskich jest tanią i skuteczną interwencją (Goldsby i wsp. 2016).

Tabela 2. Charakterystyka zbiorcza analizowanych dyscyplin

Cecha/kryterium porównawcze	Muzykoterapia	Muzyka jako lek (medycyna muzyczna)	Terapia dźwiękiem
Definicje	Mnogość definicji stworzonych przez terapeutów i organizacje	Definicja pojawia się w publikacji o muzykoterapii	Definicje są, ale nie są powszechnie stosowane i ujednolicone
Prawodawstwo	Organizacje takie jak HCPC w Wielkiej Brytanii oraz AMTA w Stanach Zjednoczonych nadzorują stan prawny muzykoterapii; w Polsce dwa stowarzyszenia oraz dwa dokumenty: formalny Kodeks etyczny muzykoterapeuty i nieformalna ustawa o zawodzie muzykoterapeuty	Można przyjąć, iż prawodawstwo dotyczące ochrony zdrowia, edukacji lub opieki z powodzeniem może obowiązywać w medycynie muzycznej	Brak odrębnego prawodawstwa
Sylwetka terapeuty	Absolwent akredytowanych kursów na uczelniach; czynny zawodowo terapeuta musi posiadać odnawialny certyfikat	Przeszkoleni pracownicy placówek medycznych, edukacyjnych, terapeutycznych, opiekuńczych	Ukończenie kursu nieobligatoryjne; brak instytucjonalnej kontroli nad tym, kto tytułuje siebie terapeutą i jak prowadzi terapię
Fundament(y) terapii	Filar naukowy – kognitywistyka; filar	Opracowane procedury	Użycie bardzo specyficznych

	<p>behawioralny – struktura muzyczna jako determinanta zachowań; filar psychoterapeutyczny – relacja terapeutyczna (w orientacji behawioralno-poznawczej, humanistycznej, lub psychodynamicznej); filar artystyczny – przeżycie estetyczne, subiektywność odczuć</p>	<p>wykorzystujące specjalistyczne urządzenia lub programy muzyczne</p>	<p>instrumentów, emitujących konkretne dźwięki i częstotliwości</p>
Narzędzia pracy	<p>Instrumenty muzyczne, techniki gry, śpiewu i ruchu</p>	<p>Specjalnie skonstruowane i opatentowane przyrządy; opatentowane programy muzyczne</p>	<p>Instrumenty muzyczne, techniki gry, być może również śpiew; brak informacji o technikach ruchowych</p>
Narzędzia diagnostyczne	<p>Dedykowane muzykoterapii oraz pozostałe, jeśli terapeuta posiada uprawnienia do ich stosowania</p>	<p>Diagnoza na podstawie narzędzi stosowanych w medycynie</p>	<p>Brak informacji</p>
Liczba i dostępność badań naukowych	<p>Bardzo duża liczba łatwych do wyszukania badań ilościowych, jakościowych oraz meta-analiz, ogólnodostępne, recenzowane</p>	<p>Duża liczba badań ilościowych; ze względu na brak teoretycznych opracowań tej dziedziny, niekiedy trudno jest je znaleźć</p>	<p>Bardzo niewiele badań, często nie dotyczą terapii dźwiękiem, lecz niesprecyzowanych zastosowań dźwięku w medycynie alternatywnej</p>

	czasopisma naukowe		
Modele i metody oparte na dowodach	Skuteczność wszystkich popularnych modeli jest regularnie sprawdzana w badaniach naukowych; w <i>evidence-based music therapy</i> wszelkie decyzje podejmowane są na podstawie dowodów	Metody wywodzą się z badań naukowych	Modele nie są oparte na dowodach naukowych; pojedyncze badania udowadniają skuteczność niektórych z nich
Populacje objęte terapią	Bardzo szerokie pod względem wieku i schorzeń	Bardzo szerokie pod względem wieku i schorzeń	Brak dostatecznych informacji
Placówki, w których dostępna jest terapia	Praktyka własna terapeutów, a także placówki ochrony zdrowia, edukacyjne, resocjalizacyjne, opiekuńcze, terapeutyczne	Placówki ochrony zdrowia, edukacyjne, opiekuńcze, terapeutyczne; brak informacji o praktyce własnej	Głównie praktyka własna terapeutów; brak informacji o instytucjach prowadzących terapię dźwiękiem

Źródło: opracowanie własne.

### Zakończenie

Podobieństwa pomiędzy muzykoterapią, muzyką jako lekiem oraz terapią dźwiękiem ujawniły się w ich podstawowym materiale, z którego korzystają terapeuci, czyli w muzyce czy raczej dźwięku. Okazało się jednak, że zarówno dźwięk, jak i muzyka mogą być wykorzystane na bardzo wiele różnych sposobów determinujących różne efekty.

Różnice pomiędzy trzema omawianymi dziedzinami tylko z pozoru są subtelne. Przyglądając się im, zauważyć można diametralnie inne podejście terapeutów choćby do kwestii relacji. Wynika ono przede wszystkim z odmienności i różnorodności modeli i narzędzi stosowanych w tych

dziedzinach. Nie można zapomnieć także o liczbie i dostępności badań naukowych. Świadomi i uczciwi terapeuci regularnie kontrolują efektywność swoich działań.

Jestem przekonany, iż zaznaczenie odrębności muzykoterapii wobec muzyki jako leku (medycyny muzycznej) oraz terapii dźwiękiem przyniesie korzyści każdej z tych trzech dziedzin, umożliwiając ich dalszy rozwój i popularyzację, co w konsekwencji przełoży się na wymierne korzyści dla pacjentów. Żywię nadzieję, że niniejsza praca choćby w minimalnym stopniu do tego się przyczyni.

### Bibliografia

- AMTA (2017). *Definition and Quotes about Music Therapy*. [Online:] [www.musictherapy.org/about/quotes](http://www.musictherapy.org/about/quotes) [dostęp: 22.01.2018].
- Baker, F. (2015). *Evidence-Based Practice in Music Therapy*. [W:] *Music Therapy Handbook*, red. B. Wheeler. New York: Guilford Press, s. 103–115.
- BAST (2014a). *Professional Training*. [Online:] [www.britishacademyofsoundtherapy.com/about-sound-therapy-training](http://www.britishacademyofsoundtherapy.com/about-sound-therapy-training) [dostęp: 15.12.2017].
- BAST (2014b). *What is Sound Therapy*. [Online:] [www.britishacademyofsoundtherapy.com/what-is-sound-therapy](http://www.britishacademyofsoundtherapy.com/what-is-sound-therapy) [dostęp: 22.01.2018].
- Boyd-Brewer, C. (2003). *Vibroacoustic Therapy: Sound Vibrations in Medicine*. *Alternative and Complementary Therapies*: 257–263.
- Burns, D., Meadows, A. (2015). *Music Therapy Research*. [W:] *Music Therapy Handbook*, red. B. Wheeler. New York: Guilford Press, s. 76–90.
- Corbett, B.A., Schickman, K., Ferrer E. (2008). *Brief Report: the effects of Tomatis sound therapy on language in children with autism*. *Journal of Autism Developmental Disorder*, 38(3): 562–566.
- Creath, K., Schwartz, G. (2004). *Measuring Effects of Music, Noise, and Healing Energy Using a Seed Germination Bioassay*. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10: 113–122.
- Eschen, J. (red.) (2002). *Analytical Music Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Gold, C. (2008). *All those things with music*. *Nordic Journal of Music Therapy*, 18: 1–2.
- Goldsby, T., Goldsby, M., McWalters, M., Mills, P. (2016). *Effects of Singing Bowl Sound Meditation on Mood, Tension and Well-being: An Observational Study*. *Journal of Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*.
- Grocke, D., Wigram, T. (2007). *Receptive Methods in Music Therapy. Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.

- Guerrero, N., Marcus, D., Turry, A. (2015). *Nordoff-Robbins Music Therapy*. [W:] *Music Therapy Handbook*, red. B. Wheeler. New York: Guilford Press.
- Humphries, K. (2010). *Healing sound: Contemporary Methods for Tibetan Singing Bowls*. Undergraduate Library Research Award, Paper 2.
- Hurt-Thaut, C., Johnson, S. (2015). *Neurologic Music Therapy*. [W:] *Music Therapy Handbook*, red. B. Wheeler. New York: Guilford Press.
- Jingjing, Z., Changxiang, C. (2016). *Effect of Audio Training on executive dysfunction in patients with stroke*. [Online:] <http://tomatisassociation.org/effect-of-tomatis-audio-training-on-executive-dysfunction-in-patients-with-stroke/> [dostęp: 22.01.2018].
- Kim, E., Song, S. (2016). *The effects of intervening of dyslexia high-risk group middle and high school students in Childcare Facilities: Application of the intervention programme improves auditory processing*. [Online:] <http://tomatisassociation.org/the-effects-on-intervening-of-dyslexia-high-risk-group-middle-and-high-school-students-in-childcare-facilities-apply-the-intervention-program-improves-auditory-processing/> [dostęp: 22.01.2018].
- Konieczna-Nowak, L. (2013). *Wprowadzenie do muzykoterapii*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Krasoń, K., Konieczna-Nowak, L. (2016). *Sztuka, terapia, poznanie. W stronę podejścia indywidualizującego w badaniach muzykoterapeutycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Lipe, A. (2015). *Music Therapy Assessment*. [W:] *Music Therapy Handbook*, red. B. Wheeler. New York: Guilford Press.
- MacDermott, O., Orrell, M., Ridder, H. (2015). *The Development of Music in Dementia Assessment Scales (MiDAS)*, *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(3): 232–251.
- MacDonald, R., Kreutz, G., Mitchell, L. (2012). *Music, Health & Wellbeing*. New York: Oxford University Press.
- Matela, L., Sakowska, O. (2003). *Moc dźwięku*. Białystok: Studio Astropsychologii.
- Mercado, C., Mercado, E. (2006). *A Program Using Environmental Manipulation, Music Therapy Activities, and the Somatron Vibroacoustic Chair to Reduce Agitation Behaviors of Nursing Home Residents With Psychiatric Disorders*. *Music Therapy Perspectives*, 24: 32–40.
- Music and Medicine (2017). [Online:] <http://mmd.iammonline.com/index.php/musmed> [dostęp: 22.01.2018].
- Naghdi, L., Ahonen, H., Macario, P., Bartel, L. (2015). *The effect of low-frequency sound stimulation on patients with fibromyalgia: A clinical study*. *Pain Research & Management*, 20(1): e21–e27.

- Priestley, M., Echen, J. (2002). *Analytical Music Therapy – Origin and Development*. [W:] *Analytical Music Therapy*, red. J. Eschen. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Ratyńska, J. (2014). *Uwaga i Metoda Tomatisa: Wyniki polskiego projektu realizowanego w latach 2010–2013 (podsumowanie)*. [Online:] <https://tomatisassociation.org/uwaga-i-metoda-tomatisa-jako-sposob-na-sukces-wyniki-polskiego-projektu-realizowanego-w-latach-2010-2013/> [dostęp: 22.01.2018].
- Romanowska, B. (2004). *Kamertony i muzykoterapia w leczeniu dźwiękiem*. Katowice: Wydawnictwo „Kos”.
- Segen’s Medical Dictionary (2012). *Sound therapy*. [Online:] <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/sound+therapy> [dostęp: 22.01.2018].
- Stachyra, K. (red.) (2012a). *Podstany muzykoterapii*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Stachyra, K. (2012b). *Wstęp do muzykoterapii*. [W:] *Podstany muzykoterapii*, red. K. Stachyra. Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 13–53.
- Stillitano, C., Fioretti, A., Cantagallo, M., Eibenstein, A. (2014). *The effects of the Tomatis Method on tinnitus*. *International Journal of Research in Medical and Health Sciences*, 4(2): 24–29.
- Tama-Do (2016). [Online:] [www.tama-do.com](http://www.tama-do.com) [dostęp: 22.01.2018].
- Ventre, M., McKinney, C. (2015). *The Bonny Method of Guided Imagery and Music*. [W:] *Music Therapy Handbook* red. B. Wheeler. New York: Guilford Press, s. 196–205.
- Wheeler, B. (red.) (2015). *Music Therapy Handbook*. New York: Guilford Press.

## Muzykoterapia w chorobie Alzheimera

---

**Jagoda Rusowicz**

Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

### Streszczenie

Choroba Alzheimera to aktualny i znaczący problem wśród pacjentów o profilu geriatrycznym. Ołepienie typu alzheimerowskiego jest chorobą organiczną, wymagającą farmakoterapii i troskliwej opieki medycznej. Stosowanie metod nefarmakologicznych, w tym muzykoterapii, stwarza możliwości polepszania ogólnego samopoczucia pacjenta, jego sprawności intelektualnej, fizycznej oraz umiejętności komunikacji z otoczeniem, co w efekcie pozwala na poprawę jakości życia chorego, jego najbliższych i opiekunów. Kompleksowe i systematyczne leczenie wykorzystujące wiedzę oraz sposoby oddziaływania z różnych dziedzin paramedycznych jest bardzo pożądané i promowane przez współczesną medycynę.

**Słowa kluczowe:** muzykoterapia, choroba Alzheimera, ołepienie, pacjent o profilu geriatrycznym

### Wprowadzenie

Choroba Alzheimera jest najczęstszą przyczyną ołepienia. Dotyczy 50 - 60% wszystkich rodzajów demencji. Występuje u 5% osób powyżej 65 roku życia i u 15 - 20% osób powyżej 85 roku życia. Częstość występowania rośnie z wiekiem (Kaplan, Sadock B., Sadock V., 2001, s. 48; Kozubski, 2014, s. 263; Olszewski, 2008, s. 189-190).

Liczbę osób z chorobą Alzheimera (Alzheimer Disease AD) na świecie ocenia się obecnie na 15-21 milionów. Już w 1988 roku przewidywano, że liczba osób z ołepieniem w wybranych 29 rozwiniętych krajach, wzrośnie w roku 2025, w porównaniu z rokiem 1980, od kilkudziesięciu do kilkuset procent. Zachorowalność na Alzheimera podwaja się około co 5 lat u osób pomiędzy 65. a 85. rokiem życia. Po 85. roku życia odsetek przypadków demencji alzheimerowskiej zmniejsza się na korzyść ołepienia naczyniopochodnego. Warto nadmienić, iż w czterech ośrodkach na świecie - Szwecji, Anglii, Niemczech i Stanach Zjednoczonych - odnotowano znaczący spadek zachorowań w 2014 roku dzięki profilaktyce i leczeniu chorób naczyniopochodnych. W 2013 roku po raz pierwszy rozpoczęto terapię osób w okresie przed-



objawowym Alzheimera, co uznaje się za prawdziwą rewolucję w leczeniu tej choroby (Barcikowska, 2015).

Niewątpliwie w Polsce coraz więcej osób choruje, jednak brak rzetelnych danych epidemiologicznych. Nie prowadzi się rejestrów ani spisów chorujących. Organizacja Alzheimer Europe w roku 2014 podała, iż szacunki osób cierpiących na otępienie w Polsce wynoszą 501 092 osoby, z czego 310 000 to przypadki Alzheimera. Jedną z najgroźniejszych chorób XX wieku wciąż stanowi poważne wyzwanie dla współczesnej medycyny i farmakologii. Średnia wieku populacji rośnie, niosąc ze sobą dwukrotny wzrost zachorowań co pięć lat (Olszewski, 2008, s. 189-190). Oznacza to, iż choroba Alzheimera to nadal aktualny i znaczący problem wśród pacjentów o profilu geriatrycznym.

Do zainteresowania się tym tematem w kontekście terapeutycznym nakłonił mnie artykuł zredagowany przez H. Pilonis pt: „Sztuka Cię wyzwoli” (Pilonis, 2014, s. 4-5). Dotyczył on wpływu kreatywności i twórczego myślenia na przebieg pracy i podstawowe funkcje mózgu. Stwierdzono, iż różne rodzaje sztuki - muzyka, malarstwo czy poezja- aktywują poszczególne części mózgu i ze względu na to, że obcowanie z nimi wymaga zdolności do pojmowania i tworzenia sztuki, jak również rozwijania kreatywności, zapobiega starzeniu się mózgu.

Dodatkowym, już ściśle terapeutycznym, atutem działania poprzez sferę artystyczną można uznać angażowanie przy tym układu limbicznego, który ma wielkie znaczenie dla procesów zapamiętywania, motywacji oraz regulacji zachowań i stanów emocjonalnych (Vetulani, Grodzicki, za: Pilonis, 2014, s. 4). Udowodniono także, że zajmowanie się sztuką może spowalniać przebieg chorób neurodegeneracyjnych.

Celem artykułu jest dokonanie przeglądu wiedzy dotyczącej stosowania muzykoterapii w chorobie Alzheimera jak i najważniejszych aspektów samej choroby.

### **Biologiczne aspekty choroby**

Choroba Alzheimera należy do grupy chorób neurodegeneracyjnych. W literaturze medycznej określana jest także jako otępienie pierwotne zwyrodnieniowe typu alzheimerskiego. Rozpoznanie następuje w przypadku postępującego otępienia i po wykluczeniu wszystkich znanych odwracalnych przyczyn. Wyróżnia się dwie postaci tego zaburzenia:

- o późnym początku - stwierdzone po 65 r. życia
- o wczesnym początku - stwierdzone przed 65 r. życia

Na przełomie lat 80/90 ubiegłego stulecia małżeństwo Braaków, neuropatologów niemieckich, opublikowało badania dowodzące, iż zmiany patologiczne w tzw. „mózgu

alzheimerowskim” zachodzą już dwadzieścia lat przed pojawieniem się pierwszych objawów klinicznych. Teorię Braaków potwierdziły badania przeprowadzone w Honolulu pod kierunkiem McKhanna w 2010 roku, kiedy to ustalono nowe kryteria rozpoznawania choroby Alzheimera ICAD. Ogłoszono, iż choroba rozpoczyna się około czterdziestego roku życia odkładaniem białek  $\beta$ -amyloidu, następnie pojawieniem się białek tau i doprowadza do dezintegracji mózgu (Barcikowska, 2015).

Wyróżniono dwa rodzaje choroby- sporadyczną (o nieznannej etiologii) oraz dziedziczną FAD (Familial Alzheimer Disease) (Barcikowska, 2015; Brzyska, Elbaum, 2006, s. 567).

Liczbę osób z chorobą Alzheimera (Alzheimer Disease AD) na świecie ocenia się obecnie na 15-21 milionów (Barcikowska, 2015).

### **Psychologiczny aspekt choroby**

Otępienie charakteryzuje się w sferze psychologicznej zaburzeniami funkcji poznawczych, upośledzeniem lub znaczną utratą wyższych czynności korowych. Należy do nich: pamięć- zaburzona zdolność nabywania nowych informacji lub przypominania już wyuczonych, myślenie, zdolności językowe, zdolność uczenia się, liczenie, rozumienie, możliwość oceny sytuacji czy orientacja. Ponadto mogą występować dodatkowe objawy takie jak: afazja, apraksja, agnozja lub zaburzenie funkcji wykonawczych (Grochmal- Bach, 2007, s. 26-30; Brzyska, Elbaum, 2006, s. 568-569; *choroba Alzheimera*, 2015). Warto pamiętać, iż istnieją różne postacie otępienia, np.:czołowo-skroniowe, otępienie występujące w chorobie Parkinsona, otępienie z ciałkami Lewy'ego, czy to, którym się zajmuje w tej pracy- typu alzheimerowskiego. Zaburzenie rozpoczyna się łagodnym pojawianiem trudności w wyżej wymienionych sferach, następnie odznacza się stałym postępującym pogorszeniem funkcji poznawczych (Kaplan, Sadock B., Sadock V., 2001, s. 43).

Chorobie Alzheimera mogą towarzyszyć także zaburzenia zachowania i zmiany osobowości pacjentów. Osoby cierpiące na demencję mogą stać się agresywne, nadpobudliwe, płaczliwe, nieufne lub apatyczne.

### **Biopsychospołeczny aspekt choroby**

W tym aspekcie trzy podstawowe podejścia do terapii: biologiczne, psychologiczne i społeczne łączą się w całość. Te trzy wymiary wpisują się również w definicję zdrowia przyjętą przez Światową Organizację Zdrowia (WHO):

„[zdrowie to] stan całkowitego fizycznego, psychologicznego i społecznego dobrostanu” (Domaradzki, 2013, s. 408).

Model psychospołeczno zorientowany na emocjach kładzie nacisk głównie na adaptację społeczną, udzielenie wsparcia dla chorego i jego otoczenia oraz radzenie sobie ze skutkami choroby. W momencie pojawienia się schorzenia Alzheimera, wszelkie relacje osoby nią dotkniętej i jej otoczenia diametralnie się zmieniają. Tworzą się nowe relacje i sytuacje, natomiast zmienia się siatka społeczna. Kwestie społeczne, które czasem są pomijane w terapii, mają wielkie znaczenie w życiu osób żyjących z chorobą Alzheimera i ich bliskich.

Do metod oddziaływania psychospołecznego należą m.in.:

- stymulacja poznawcza,
- terapia reminiscencyjna,
- treningi pamięci,
- terapia walidacyjna,
- terapia orientacji w rzeczywistości,
- psychoterapia wspierająca,
- psychoterapia behawioralna,
- opieka skoncentrowana na emocjach
- arteterapia,
- terapia zajęciowa,
- trening twórczości,

Adaptacja w chorobach otępiennych obejmuje trzy obszary. Pierwszy z nich- poznawczy (adaptacja poznawcza) zajmuje się wypracowaniem sobie relacji z opiekunami, pracownikami służby zdrowia, i radzenie sobie z własną niepełnosprawnością. Drugi- emocjonalny (adaptacja emocjonalna) dba o wypracowanie równowagi emocjonalnej, zachowanie dobrego zdania na swój temat przez pacjenta i radzenie sobie z niepewną przyszłością. Trzeci- społeczny dotyczy tworzenia i utrzymywania relacji interpersonalnych oraz umiejętność radzenia sobie w nowym środowisku. Praca podczas terapii nad każdym z wymienionych obszarów zapewnia optymalnie zaspokojenie potrzeb pacjenta oraz jego najbliższych (*model biopsychospołeczny w praktyce lekarskiej*, 2008; Dröes R.M., 1991).

## **Metody i techniki pracy z osobami dotkniętymi chorobą Alzheimera**

### **Techniki ruchowe i relaksacja**

Spośród wielu technik ruchowych i relaksacji do pracy zostały wybrane te, które dobrze mogą sprawdzić się w terapii osób starszych. Najczęściej tworzono je z myślą o dzieciach, więc nie są obciążające fizycznie i długotrwałe, co ma duże znaczenie, jeśli pracujemy z osobami

starszymi. Zawsze jednak należy uwzględnić indywidualne możliwości i potrzeby osoby wykonującej ćwiczenia oraz choroby współwystępujące, które często wynikają z sędziwego wieku pacjentów.

W latach 1951- 1957 powstała w Paryżu metoda relaksacji wykorzystująca różne rodzaje ruchów biernych wykonywanych przez terapeutę na leżącym i odprężonym kliencie. Opracował ją neuropsychiatra H. Wintrebert. Wykonywano krążenia, obroty, huśtanie i bierne opuszczanie kończyn, rozpoczynając w kierunku od głowy do stóp. Ważne, by ćwiczenia wykonywano powoli i rytmicznie. Niewątpliwie włączenie elementu muzyki w tło do tej metody może poprawić jakość wykonywanych ćwiczeń i ułatwić osiągnięcie stanu odprężenia pacjentowi. Wintrebert ocenił, iż ta metoda może być z powodzeniem stosowana na wszystkich etapach choroby Alzheimera (Grochmal -Bach, 2007, s. 144).

W terapii ruchowej osób z chorobą Alzheimera można wykorzystać wiele ćwiczeń ruchowych z wykorzystaniem muzyki. Korzyści płynące z tego typu aktywności to między innymi:

1. W sferze fizjologicznej i codziennym funkcjonowaniu:

- poprawa elastyczności i mobilności stawów,
- wzmacnia mięśnie,
- zapobieganie bądź spowalnianie spadek gęstości kości,
- utrzymywanie w zdrowiu funkcji sercowo-naczyniowych,
- zapobiega upadkom,
- poprawia jakość snu,
- podtrzymuje niezależność osób starszych.

2. W sferze psychologicznej i społecznej są to:

- wpływa na pewność siebie,
- poprawia nastrój,
- zwiększa odporność na stres,
- stymuluje wspomnienia,
- umożliwia relaks,
- zapobiega odosobnieniu,
- oferuje możliwość nawiązywania i utrzymywania kontaktu z innymi osobami (Silvester D., 2014, s. 12).

W celu usuwania napięć psychofizycznych, uczenia rozluźniania mięśni i regulowania funkcji wegetatywnych stosuje się techniki relaksacyjne. Na gruncie muzykoterapii mogą odbywać

się za pomocą słów, słów i muzyki lub samej muzyki. Do najbardziej znanych i najczęściej stosowanych technik wykorzystujących słowa i muzykę należą- relaksacja stopniowana Jacobsona i trening autogenny Schultza. Obie zakładają, iż odprężenie psychiczne wynika z odprężenia fizycznego i polegają na napinaniu i odprężaniu kolejnych partii mięśni ciała. Często w relaksacji wykorzystuje się technikę wyobrażeniową, z krótką afirmacją w formie twierdzącej, w celu ułatwienia wykonywania zadań (*relaksacja i biofeedback*, 2015; Stachyra, 2014, s. 87-112). Przyczynia się to do stopniowego wykształcania się umiejętności eliminowania napięć i osiąganie stanu odprężenia a także rozwijania świadomości własnego ciała. Denise Grocke i Tony Wigram (Grocke, Wigram, 2007, s. 45-47) podają, iż muzyka przeznaczona do relaksacji powinna charakteryzować się zgodnym i stałym pulsem, wolnym tempem, w metrum dwu lub trójdzielnym, przy czym metrum powinno być niezmienne. Linia melodyczna jest przewidywalna, przeważnie legato oraz współgra z tempem oddychaniem słuchacza. Linia basu towarzyszy linii melodycznej w utworze. Struktury harmoniczne w utworze są tonalne, przewidywalne oraz przeważnie konsonansowe. Zmiany zachodzące w dynamice powinny być niewielkie, a faktura przejrzysta i spójna, niezależnie od tego, czy jest gęsta czy oszczędna. Grocke i Wigram kluczowym elementem nazywają wszelkie repetycje pojawiające się w przebiegu utworu. Podsumowując elementy dzieła muzycznego powinny dążyć do wytworzenia poczucia przewidywalności w utworze, by pacjent czuł się odprężony i bezpieczny.

Muzyka jest nieinwazyjnym środkiem, który ułatwia odpoczynek, rozluźnienie mięśni i zmniejszenie do minimalnego poziomu aktywności myślowej (Tokarski, 1980, za: Stachyra).

Dina Adam, Ayiesah Ramli i Suzana Shahar (Adam D., Ramli A., Shahar S., 2016, s. 48) w artykule „Effectiveness of a Combined Dance and Relaxation Intervention on Reducing Anxiety and Depression and Improving Quality of Life among the Cognitively Impaired Elderly” badali wpływ łączenia tańca i relaksacji na redukcję lęku i depresji oraz poprawę jakości życia wśród osób starszych z deficytami poznawczymi na półwyspie Malajskim. Uczestników eksperymentu podzielono na dwie grupy. Zajęcia przeprowadzano dwa razy w tygodniu przez sześć tygodni. Pierwsza została poddana terapii łączącej taniec z relaksacją, natomiast druga grupa, kontrolna, brała udział tylko w relaksacji. Poziom lęku mierzono za pomocą ankiety samooceny- Hospital Anxiety and Depression Scale, natomiast jakość życia sprawdzono używając kwestionariusza samooceny- Quality of Life in Alzheimer’s Disease questionnaire. Badanie dowiodło, iż kombinacja tańca i ćwiczeń relaksacyjnych poprawia jakość życia (QOL) i upośledzenie funkcji poznawczych oraz zmniejsza niepokój i depresję wśród osób starszych z zaburzeniami poznawczymi w instytucjach rządowych w porównaniu do samego wypoczynku. Łącznie technik tańca i relaksacji zaleca się osobom starszym jako formę przyjemnej aktywności

fizycznej, która może poprawić funkcje poznawcze i QOL oraz zmniejszyć lęki i depresję (Adam D., Ramli A., Shahar S., 2016, s. 47 - 53) .

### **Metody komunikatywne**

Metody komunikatywne związane są z uczeniem komunikacji społecznej. Różnorodne działania muzyczne, jak dialogi instrumentalne, wykorzystanie instrumentów w celu wyrażania emocji czy muzykodrama, tworzą sytuację, w której osoby chore uczą się nowych, pożądanych i akceptowanych zachowań społecznych i emocjonalnych. Celem tych działań jest osiągnięcie kompetencji społecznych. Komunikacja międzyludzka dzieli się na werbalną, wykorzystującą słowa oraz niewerbalną, bazującą na gestach, mimice, informacjach zawartych w tonie głosu i postawie ciała. Muzykę możemy uznać za niewerbalny i niedookreślony język, który intuicyjnie potrafimy odczytać i zinterpretować. Metody komunikatywne znajdują zastosowanie wszędzie tam, gdzie kontakt werbalny z pacjentem jest utrudniony lub niemożliwy, jak w przypadku pracy z osobami chorującymi na otępienie typu Alzheimerowskiego. Odreagowanie emocji na instrumentach może być pomocne i mieć duże znaczenie dla tych osób, ponieważ często odczuwają frustrację związaną z niemocą, własnymi ograniczeniami codziennego funkcjonowania. Tworzenie dialogu za pomocą dźwięków i możliwość wyrażania emocji muzyką może być z kolei furtką dla osób, które częściowo lub całkowicie utraciły zdolność komunikowania się z otoczeniem. Metody i techniki komunikatywne są stosowane także przy zaburzeniach zachowania w relacjach między ludźmi współwystępujących z tym schorzeniem (Cesarz, 2012, s. 196-198, *choroba Alzheimera*, 2015).

### **Inicjatywy terapeutyczne z wykorzystaniem muzyki**

Inicjatywy terapeutyczne są ogólnym, zbiorczym spojrzeniem na wszelkie działania wykorzystujące muzykę. Stanowią podsumowanie wcześniej omówionych metod i technik. Zwiększająca się z roku na rok liczba badań z pogranicza medycyny, psychologii i muzykoterapii sprawia, iż coraz częściej mamy do czynienia z technikami łączonymi (combined), czyli takimi, które wykorzystują różne dziedziny sztuki bądź elementy innych terapii. Jak podają panie Ruda i Rymaszewska (Ruda, Rymaszewska, 2013, s. 43) do najczęściej stosowanych inicjatyw wykorzystujących terapeutyczne walory muzyki w zaburzeniach otępiennych należą:

- muzyka reminiscencyjna (music reminiscence),
- wspólne granie (play-along),
- wspólne śpiewanie (sing-along),
- słuchanie muzyki (music listening),

- tworzenie piosenek (songwriting),
- zajęcia z muzyką w tle (background music),
- improwizacja terapeutyczna (therapeutic improvisation)
- śpiew terapeutyczny (therapeutic singing),
- tańce ludowe, tańce towarzyskie, integracyjne (folk dancing, social dancing),
- muzyka i ruch (music and movement),
- stymulacja muzyczna (music stimulation)

Spośród wymienionych na szczególną uwagę i analizę zasługują działania wykorzystujące śpiew. Wspólne śpiewanie to aktywność lubiana przez niemal wszystkich, za pomocą której wpływamy na sferę emocjonalną, poznawczą i społeczną (Konieczna-Nowak, 2013, s. 43) Terapeutyczną wartość śpiewu możemy rozpatrywać na dwóch płaszczyznach - psychologicznej i fizycznej. Ta pierwsza charakteryzuje się możliwością integrowania społecznego, tworzenia poczucia wspólnoty w grupie, czy ćwiczenia funkcji poznawczych. Druga sfera dotyczy na przykład pracy nad układem oddechowym czy wzmacnianiem mięśni.

W muzykoterapii osób z demencją stosuje się grupowe śpiewanie piosenek znanych pacjentom, pochodzących z ich młodości. Mają one za zadanie wywołać wspomnienia, pobudzić chorych do wspólnych działań i sprawiać radość poprzez nawiązanie do „lepszych czasów”.

Wybrane modele muzykoterapii stosowane w terapii choroby Alzheimera

Nie sposób wymienić wszystkich funkcjonujących modeli w muzykoterapii, które można wykorzystać w terapii choroby Alzheimera. Wciąż jest to nieprzetarty szlak, dlatego praktykujący muzykoterapeuci na bieżąco opracowują swoje autorskie programy na potrzeby efektywnej praktyki terapeutycznej. Do niniejszej pracy zostały wybrane dwa, które są znane i cenione na całym świecie i które mogą znaleźć zastosowanie w walce ze skutkami demencji.

### **Muzykoterapia behawioralna (BMT)**

Behavioral Music Therapy powstała w latach 60. XX wieku w Stanach Zjednoczonych i jest połączeniem założeń muzykoterapii z ideą psychoterapii behawioralnej. Może także być wzbogaconą o elementy podejścia poznawczego. Model ten zakłada, iż człowiek uczy się określonych zachowań i sposobu reagowania na to, co spotyka go w otoczeniu. Ważne jest tu i teraz. Jego celem jest zatem modyfikowanie niepożądanego zachowania, pomijając badanie i analizowanie jego przyczyn.

L. Konieczna- Nowak (Konieczna- Nowak, 2013, s. 31) objaśnia funkcjonowanie modelu muzykoterapii behawioralnej w następujący sposób:

„Niezwyczajnie istotna w tym modelu jest odpowiednia struktura muzycznych zadań – powinny one niejako wymuszać pojawienie i powtarzanie się bądź trwanie zachowania pożądanego lub uniemożliwić lub eliminować zachowania wygaszane. Muzyka w tym przypadku pełni funkcję wskazówki, porządkuje i proponuje strukturę, jest przedmiotem koncentracji uwagi oraz formą nagrody”.

Muzykoterapia behawioralna zastosowanie znajdzie głównie w przypadku zaburzeń zachowania towarzyszącym chorobie Alzheimera.

### **Neuromuzykoterapia (NMT)**

Neuromuzykoterapia (muzykoterapia neurologiczna) czyli terapeutyczne wykorzystanie muzyki w poznawczych, czuciowych i ruchowych dysfunkcjach wywołanych uszkodzeniami bądź chorobami układu nerwowego (Ruda, Trypka, 2013a, s. 19; Ruda, Rymaszewska, 2013, s. 41). Jej twórcą jest profesor Uniwersytetu Stanowego w Colorado- Michael Thaut. Zwolennicy tego podejścia traktują muzykę jako bodziec, który bezpośrednio wpływa na neurofizjologiczne procesy mózgowo. Podstawę tego podejścia stanowią funkcjonalne zmiany w mózgu i funkcji behawioralnych powstające na skutek produkcji i percepcji muzyki. Z punktu widzenia muzykoterapii skupionej na problemach osób z demencją, jest to niezwykle ciekawy model, ponieważ jest przeznaczony dla osób z dysfunkcjami powstałymi na skutek chorób lub uszkodzeń systemu nerwowego. Silny związek NMT z medycyną i rehabilitacją sprawił, iż przyjęty w muzykoterapii termin „klient”, w tym przypadku zastępuje się określeniem „pacjent”. Stosowane techniki w ramach NMT zostały wystandaryzowane zgodnie z terminologią oraz kliniczną aplikacją. Ich skuteczność potwierdziły badania (Konieczna-Nowak, 2013, s. 34-35).

Proces terapeutyczny zawsze zawiera pięć punktów stałych:

- diagnostyczne i funkcjonalne rozpoznanie pacjenta,
- ustalenie celów terapii
- zaprojektowanie funkcjonalnych niemuzycznych ćwiczeń terapeutycznych
- przełożenie ćwiczeń niemuzycznych na muzyczne
- przełożenie wyuczonych zachowań na codzienne, praktyczne zastosowania

(Oliver, Thaut, Moore, 2008, Thaut 1999, za: Konieczna- Nowak, 2013, s. 35)

Techniki stosowane w neuromuzykoterapii można podzielić na trzy grupy rehabilitujące konkretne obszary (Ruda, Trypka, 2013a; Konieczna- Nowak, 2013, s. 35):

1. Sensomotoryczne - trening czuciowo-ruchowy
2. Logopedyczne - trening mowy
3. Kognitywne - trening uwagi, pamięci i wykonawczych funkcji mózgu



W treningu sensomotorycznym głównym bodźcem jest rytm. Są one stosowane w ramach rehabilitacji funkcji ruchowych, np. chodu, kiedy to pacjent porusza się do wybranego schematu rytmicznego. Do technik sensomotorycznych zalicza się: Rytmiczna Stymulacja Słuchowa (RAS), Wzmacnianie Wzorców Czuciowych (PSE), Terapeutyczne Granie na Instrumentach Muzycznych (TIMP). Techniki logopedyczne obejmują: śpiew terapeutyczny (ST), Muzyczną Stymulację Mowy (MUSTIM), Rytmiczne Planowanie Mowy (RSC), Terapie Głosowo-Intonacyjną (VIT), Ćwiczenia Oddechowe i Motoryczne Ust (OMREX), Rozwojowy Trening Mowy przy Muzyce (DSLIM), Symboliczny trening Komunikacyjny przy Muzyce (SYCOM) oraz terapię Melodyczno-Intonacyjną (MIT).

W obszarze kognitywnym w terapii choroby Alzheimera stosuje się muzyczny zmysłowy trening orientacji (MSOT), który polega na zorientowaniu pacjenta co do siebie, otoczenia, czasu i miejsca uwzględniając reakcje wywołane muzyką. W przypadku tej techniki wykorzystuje się zdjęcia rodziny, przedmioty należące do chorego lub rzeczy znajdujące się w otoczeniu. Osoba prowadząca może śpiewać nazwy wybranych przedmiotów, osób lub czynności i poprosić pacjenta, by je pokazywał. Można również pokazywać przedmioty nucąc dopasowane do nich melodie, by pacjent mógł je nazwać.

Kolejną techniką pomocną w terapii osób z otępieniem jest muzyczny trening kontroli uwagi (MACT), za pomocą którego ćwiczy się cechy uwagi tj. ciągłość, selektywność, zmienność i niepodzielność. W praktyce wykorzystuje się w tym przypadku np. grę na instrumencie/ instrumentach. Chory gra wybrany schemat rytmiczny, utrwała go, a terapeuta próbuje rozproszyc uwagę klienta swoim zachowaniem, np. grając inny rytm. W tej technice można wykorzystywać zarówno aktywną grę na instrumentach jak i śpiew oraz taniec.

Ćwiczeniami nad poprawą pamięci zajmuje się muzyczny trening pamięci (MMT), który wspomaga zapamiętywanie informacji niemuzycznych poprzez ich organizowanie i sekwencjonowanie. Osoby chorujące na otępienie typu alzheimerowskiego lepiej rozpoznają teksty śpiewane niż czytane (Ruda, Trypka, 2013a, s. 22). Dodatkowo stosuje się muzykę reminiscencyjną, utwory przywołujące wspomnienia, związane z życiem pacjenta lub po prostu przez niego lubiane. Jeśli klient w latach młodości grał na instrumencie lub śpiewał, można zastanowić się nad wykorzystaniem tego podczas terapii indywidualnej i spróbować wykonywać wspólnie repertuar znany przed pojawieniem się schorzenia.

Poprawę nastroju poprzez odwołanie się do pamięci można osiągnąć stosując skojarzeniowy trening nastroju i pamięci (AAMT). Odpowiednio dobrane utwory muzyczne mogą prowokować osoby uczestniczące w terapii do wypowiedzania swoich opinii, czy dzielenia się wspomnieniami przez niewywołanymi.

Wszystkie omówione techniki zajmują się z powodzeniem obszarami, które są zaburzone i wymagają stałej rehabilitacji w przebiegu choroby Alzheimera. Poza nimi warto zwrócić również uwagę na pozostałe techniki kognitywne: Muzyczny Trening Zespołu Zaniedbywania (MNT), Słuchowy Trening Percepcyjny (APT), Muzyczny Trening Funkcji Wykonawczych (MEFT) oraz Muzyczna Psychoterapia i Doradztwo (MPC) (Ruda, Trypka, 2013a, s. 21).

### Stan badań

Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra w 2016 roku przedstawił badania dotyczące wpływu muzykoterapii kreatywnej na pacjentów cierpiących na demencję i zespół zaburzeń świadomości (Chin Yee Cheong, Jane An Qi, Tan Yi-Lin, Foong Hui Mien, Koh Denise Zhen, Yue Chen Jessie, Joon Chen Tan, Chong Jin Ng, Philip Yap, 2016, s. 268- 275). Grupa badawcza obejmowała 25 osób, które były poddawane terapii przez 90 minut ( 30 minut przed, 30 w trakcie i 30 po muzykoterapii) przez trzy kolejne dni. Interwencja muzykoterapeutyczna opierała się na improwizacji, czyli spontanicznym tworzeniu muzyki przez pacjentów oraz graniu utworów muzycznych dobrze znanych pacjentom i przez nich wybranych. Tym badaniem mierzono nastrój i zaangażowanie uczestników dzięki skali Menorah Park Engagement Scale (MPES) i Observed Emotion Rating Scale (OERS). Uzyskane wyniki sugerują, że z muzykoterapią można wiązać spore nadzieje w zakresie poprawy nastroju i zaangażowania pacjentów w sytuacji intensywnej hospitalizacji.

Współczesna literatura naukowa dotycząca muzykoterapii w chorobie Alzheimera została przeanalizowana i przedstawiona w przeglądzie pt. Music therapy is a potential intervention for cognition of Alzheimer's Disease: a mini-review. Analiza wykazała, że muzykoterapia (głównie słuchanie muzyki, śpiewanie piosenek, interwencja muzyczna, muzyka w tle, muzyka z aktywnością i stymulacja wielostronna) może zmniejszyć spadek funkcji poznawczych, zwłaszcza we wspomnieniach autobiograficznych i epizodycznych, szybkości psychomotorycznej, sferze funkcji wykonawczych i globalnym poznaniu. MT powinna być włączona do działań terapeutycznych jak najszybciej. To obiecująca interwencja w strategii leczenia otępienia, zwłaszcza choroby Alzheimera. Jednakże autorzy zaznaczają konieczność przeprowadzania dodatkowych badań w tym zakresie oraz sugerują rozważenie połączenia muzykoterapii z innymi stymulacjami poznawczymi, takimi jak taniec, ćwiczenia fizyczne, gra wideo, sztuka i tym podobne (Fang R., Ye S., Huangfu J., Calimag D.P., 2017, s. 1 -8).

W 2012 roku (Fukui, Arai, Toyoshima, 2012, s. 1-6) International Journal of Alzheimer's Disease opublikował wyniki badań prowadzonych w Japonii nad skutecznością

muzykoterapii w leczeniu pacjentów z chorobą Alzheimera. Stawiano hipotezę, iż muzykoterapia może być alternatywnym leczeniem zastępczym dla niekorzystnej terapii hormonalnej, ponieważ stymulacja muzyką uwalnia różnorodne substancje biochemiczne i jest ściśle związana z hormonami steroidowymi, które wpływają na emocje i zachowanie człowieka.

Podsumowanie wyników badań:

- muzykoterapia zwiększa wydzielanie hormonów, które mają działanie prewencyjne w chorobie Alzheimera,
- wpływa na usuwanie i łagodzenie objawów demencji - zachowań agresywnych i problematycznych, depresji, zaburzeń nastroju,
- okazało się, że u pacjentów z chorobą Alzheimera w początkowej fazie, największy efekt uzyskano w grupie trzeciej, łączącej wpływ muzyki i terapeuty,
- uważa się, że muzykoterapia przywraca prawidłowy poziom hormonów i hamuje uszkodzenia komórek nerwowych oraz chroni komórki nerwowe, a tym samym zatrzymuje progresję choroby Alzheimera

Wpływ stymulacji muzyką na percepcję u chorych z otępieniem typu alzheimerowskiego sprawdzano w Stanach Zjednoczonych (Lancioni, O'Reilly, Singh, Sigafos, Grumo, Pinto, Stasolla, Signorino, Groeneweg, 2013, s. 139-146). Badanie obejmowało sześć osób (w wieku od 76 do 89 lat) w ciężkim stadium choroby. Były to osoby wycofane, ocenione jako bierne i stosowały różne rodzaje leków - antypsychotyczne, przeciwdepresyjne, przeciwpadaczkowe. Sesje trwały od 5 do 10 minut, ze stymulacją muzyczną lub bez. Wybrano dziesięć piosenek dla każdego pacjenta, uwzględniając wcześniej preferencje chorego oraz sugestie rodziny. Dziennie pacjenci brali udział w od 3 do 7 sesjach.

Zaobserwowano, iż muzyczna autostymulacja może przynosić korzyści pacjentom, poprawia ich percepcję i zaangażowanie w działania terapeutyczne, co może prowadzić do podnoszenia ich świadomości rzeczywistości.

W roku 2012 przeprowadzono w Holandii badanie dotyczące porównania wpływu muzykoterapii z wpływem ogólnych zajęć rekreacyjnych na obniżenie poziomu agitacji u chorych z demencją przebywających w domach opieki społecznej (Vink, Zuidersma, Boersma, de Jonge, Zuidema, Slaets, 2012, s. 1031-1038). Siedemdziesięciu pacjentów zostało w tym celu przydzielonych do dwóch grup. W każdej z nich zajęcia odbywały się dwa razy w tygodniu przez cztery miesiące. Zmiany w pobudzeniu mierzono zmodyfikowanym rejestrem agitacji Cohen-Mansfield (CMAI) cztery razy podczas dnia interwencyjnego, przede wszystkim godzinę przed każdą sesją i cztery godziny po. W obu grupach interwencja spowodowała spadek agitacji zachowań od 1 godziny do 4 godzin przed i po każdej sesji. Spadek ten był nieco większy w

grupie muzykoterapii, niż w ogólnej grupie rekreacyjnej, ale różnica ta nie była istotna statystycznie. Stwierdzono, iż obie interwencje krótkotrwale spowodowały obniżenie stopnia pobudzenia, jednak temat ten wymaga dalszych badań.

Dane opublikowane w *International Journal of Geriatric Psychiatry* z 2010 roku dotyczą efektów wywoływanych muzykoterapią na agitację osób chorych na Alzheimerera (Zare, Ebrahimi, Birashk, 2010, 1309-1310). Eksperyment obejmował 26 osób wybranych zgodnie z kryteriami DSM IV i punktami Mini Mental Status Examination, z czterech domów opieki w mieście Shahriar (Iran). Dziesięciu pacjentów przypisano do grupy kontrolnej, a szesnastu do eksperymentalnej, przy czym drugą podzielono dodatkowo na cztery podgrupy: słuchającej indywidualnie preferowanej muzyki, słuchającej ulubionej muzyki, słuchającej niepreferowanej muzyki i śpiewającej ulubioną muzykę. W celu mierzenia wyników użyto inwentarza CMAI (*The Cohen-Mansfield Agitation Inventory*) i MMSE (*Mini Mental State Examination*). W każdej z podgrup odnotowano znaczące statystycznie wyniki w porównaniu z grupą kontrolną. Podsumowując eksperyment stwierdzono, że muzykoterapia ma znaczny wpływ na zmniejszanie poziomu niepokoju, który jest jednym z najbardziej uciążliwych zachowań w chorobie Alzheimerera. Z badania wynika również, że jeśli w domach opieki i innych ośrodkach opiekuńczych zastosuje się muzykoterapię jako codzienne zajęcia dla osób z AD, może to zmniejszyć ilość zachowań inwazyjnych u pacjentów i zmniejszyć poziom stresu prowadzącego do wypalenia zawodowego u opiekunów. Dodatkowym rezultatem może być także poprawienie jakości życia pacjentów.

Inne współczesne badania również potwierdzają skuteczność muzykoterapii jako nefarmakologicznego środka oddziaływania, który wpływa na modyfikowanie niepożądanych zachowań, zmniejszanie poziomu lęku, agresji, pobudzenia czy apatii w późniejszych stadiach choroby, a także zanotowano spadek urojeń. Terapia muzyką poprawia nastrój, ułatwia zasypianie i zmniejsza problem tzw. „wędrowania” (Curtin, 2010, s. 369-371; Ledger, Baker, 2007, s. 335-336; Potter, Scott, 2010, s. 1; Ruda, Trypka, 2013, s. 160-162). Ponadto stwierdzono, iż cierpiący na chorobę Alzheimerera lepiej rozpoznają i rozumieją treści, które są śpiewane przez terapeutę od wypowiedzianych. Wpłynęło to na przeprowadzanie kolejnych badań nad wpływem kodowania muzyki na pamięć (Simmons-Stern, Deason, Brandler, Frustace, O'Connor, Ally, Budson, 2012, s. 3299- 3301). Badania wykazały, iż kodowanie muzyczne wpływa na poprawę jakości pamięci trwałej, z gorszymi efektami dla przyswajania nowych informacji. Przegląd badań został opracowany na podstawie artykułów punktowanych z bazy danych PubMed z ostatnich 7 lat.

## Podsumowanie

Choroba Alzheimera stanowi prawdziwe wyzwanie dla każdego, kto się z nią spotkał. Muzykoterapia przyczynia się do polepszenia funkcji motorycznych, poznawczych, społecznych i samopoczucia pacjenta i jego bliskich. Umożliwia połączenie intensywnej i systematycznej pracy z przyjemnością obcowania ze sztuką i zaangażowanym terapeutą. Operuje także bogatym wachlarzem modeli i technik, które mogą być z powodzeniem stosowane we wspieraniu leczenia i rehabilitacji.

Dynamiczny rozwój medycyny i diagnostyki, postępujący wzrost poziomu życia oraz rodzące się nowe możliwości leczenia sprawiają, iż coraz częściej słyszymy nie o zwalczaniu objawów, a o zapobieganiu ich powstawaniu. Dostępne metody diagnostyczne umożliwiają wczesne ocenienie potencjalnego zagrożenia i przeciwdziałanie im. Rodzące się zainteresowanie problemem szeroko pojętego zdrowia doprowadziło do powstania pod koniec XX w. nowego kierunku w psychologii- psychologii zdrowia. Nacisk, jaki medycyna kładzie na prewencję, to wystarczający dowód na to, jak ważną rolę odgrywa ona we współczesnym świecie.

Z roku na rok wydłuża się statystyczna długość życia człowieka oraz rośnie liczba osób w wieku poprodukcyjnym. Według danych publikowanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) wszystkie społeczeństwa europejskie są demograficznie stare. Przypuszcza się, iż po roku 2030 liczba osób w przedziale wiekowym 75-84 lata zwiększy się czterokrotnie w stosunku do danych z roku 2000 (Samela, 2003, s. 32).

Oznacza to rosnące zagrożenie pojawiania się chorób otępiennych, których najczęściej spotykaną formą jest choroba Alzheimera.

Wszystkie analizowane badania przeprowadzone w ostatnim czasie jednoznacznie potwierdzają skuteczność interwencji muzycznych w terapii choroby Alzheimera. Warto również wspomnieć, że muzykoterapia może działać również profilaktycznie. Niezwykle ważne w zapobieganiu demencji jest tworzenie rezerwy poznawczej. Tworząc możliwości do wszechstronnego rozwoju, zgłębiając nowe dziedziny wiedzy i kultury, poszerzając horyzonty chronimy nasz mózg przed rozwijaniem się patologii. Zajęcia muzyczne, dzięki swojemu bogatemu zasobowi różnorodnych działań, stwarzają idealne warunki do działań profilaktycznych.

Zajęcia profilaktyczne mogą zakładać realizację różnych celów, dopasowanych do potrzeb indywidualnych pacjenta i grupy. Muzykoterapia stwarza możliwości łączenia podczas zajęć takich działań jak pobudzanie kreatywności, poszerzanie wiedzy o muzyce i kulturze, przepracowywanie problemów natury psychologicznej za pomocą różnorodnych technik muzykoterapeutycznych, naukę śpiewu i gry na instrumentach, rekreacja za pomocą tańca z

elementami choreoterapii czy wreszcie osiągnięcie stanu odprężenia i wykształcanie większej świadomości swojego ciała przy relaksacji. Taki wachlarz możliwości sprawia, iż każda osoba zainteresowana znajdzie coś atrakcyjnego dla siebie podczas zajęć i nie będzie utożsamiała tych działań z przykrą koniecznością. Ponadto konstruktywne organizowanie i przyjemne spędzanie czasu mobilizuje osoby starsze do działania, ciągłego rozwoju i zwalcza poczucie bezradności i beznadziejności, które mogą się ujawniać w okresie starzenia.

Muzykoterapia powinna być optymalnie wykorzystywana w zaburzeniach otępiennych, w tym szczególnie typu alzheimerowskiego, i współtowarzyszącym im zaburzeniach zachowania. Pomimo coraz lepiej rozwijanych technik i ulepszanych sposobów pracy z osobami starszymi, wciąż należy poszukiwać lepszych sposobów interwencji muzykoterapeutycznej w oparciu o najnowsze doniesienia. Niezwykle cieszy, iż muzykoterapia staje się jednym z podstawowych działań nefarmakologicznych stosowanych w terapii choroby Alzheimera. Wskazuje na to ilość pozycji w czasopiśmie punktowanym bazy PubMed z ostatnich lat oraz wyniki badań prowadzonych i publikowanych na całym świecie. Czasopismo *Dementia* w 2016 roku opublikowało efekt projektu „Singing for the Brain” Alzheimerowskiego Stowarzyszenia na rzecz chorujących na demencje oraz ich opiekunów. Otóż działania opierały się na wspólnym śpiewaniu. Na podstawie wywiadów z 20 uczestników oraz ich opiekunów stwierdzono poprawę relacji, pamięci i nastroju, akceptację diagnozy oraz społeczną integrację. Rzeczone badania jakościowe pokazały ponadto jak ważne dla uczestników projektu stało się to przeżycie (Osman S., Tischler V., Schneider J., 2016).

Dostępna literatura, badania oraz praktyka muzykoterapeutyczna prezentuje ciekawe perspektywy dla rozwoju terapii poprzez muzykę w obszarze chorób otępiennych, w szczególności choroby Alzheimera. Z tej perspektywy liczyć można na to, iż muzykoterapia stworzy powszechne i realne możliwości pomocy dostosowanej i celowanej w potrzeby osób cierpiących na chorobę Alzheimera.

### **Bibliografia**

- Adam D., Ramli A., Shahar S.(2016). Effectiveness of a Combined Dance and Relaxation Intervention on Reducing Anxiety and Depression and Improving Quality of Life among the Cognitively Impaired Elderly. *Sultan Qaboos University Med J*, v. 16, s. 47 – 53.
- Brzyska M., Elbaum D. (2006). *Choroba Alzheimera*. W: J. Zagrodzka, T. Górka, Grabowska A. (red.). *Mózg a zachowanie*. Warszawa: wydawnictwo naukowe PWN.
- Cesarz H. (2003). O muzyce i muzykoterapii. *Muzykoterapia Polska*, tom 2, nr 1(5), s. 7-13.

- Cesarz H. (2013). Wybrane metody i techniki muzykoterapii w pracy z osobami zaburzonymi psychicznie. W: K. Stachyra (red.). Podstawy muzykoterapii. Lublin: UMSC.
- Curtin A. J. (2010). Non-pharmacological Approaches To Dementia in the Long Term Care Setting. *Medicine and health/Rhode Island*, nr 12, s. 369-371.
- Domaradzki J. (2013). O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie. *Hygeia Public Health*, 48(4), s. 408-419.
- Fang R., Ye S., Huangfu J., Calimag D.P. (2017). Music therapy is a potential intervention for cognition of Alzheimer's Disease: a mini-review. *Translational Neurodegeneration*, 6:2, s. 1 -8.
- Fukui H., Arai A., Toyoshima K. (2012). Efficacy of Music Therapy in Treatment for the Patients with Alzheimer's Disease. *International Journal of Alzheimer's Disease*, s. 1-6.
- Galińska E. (1992). Psychoterapeutyczne założenia muzykoterapii i ich realizacja. W: *Biuletyn Grupy Roboczej Muzykoterapia*, nr 2/2/1992.
- Goodill W. Sharon. (2005). *An Introduction to Medical Dance/Movement Therapy. Health Care in Motion*. London and Philadelphia: wydawnictwo Jessica Kingsley Publishers.
- Grochmal- Bach B. (2007). *Cierpienie osób z otępieniem typu Alzheimer: podejście terapeutyczne*. Kraków: wydawnictwo WAM.
- Grocke D., Wigram T. (2007). *Receptive Methods in Music Therapy. Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Kaplan H.I., Sadock B.J, Sadock V.A. (2001). *Psychiatria kliniczna*, (red.) Sławomir K. Sidorowicz, wyd. II polskie, Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Konieczna- Nowak L. (2013). *Wprowadzenie do muzykoterapii*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kozubski W., Liberski P. (2014). *Choroba Alzheimerera*. W: *Neurologia*, tom 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Lancioni G.E., O'Reilly M.F., Singh N.N., Sigafos J., Grumo G., Pinto K., Stasolla F., Signorino M., Groeneweg J. (2013). Assessing the impact and social perception of self-regulated music stimulation with patients with Alzheimer's disease. *Research in Developmental Disabilities*, 34, s.139-146.
- Ledger A.J., Baker F.A. (2007). An investigation of long-term effects of group music therapy on agitation levels of people with Alzheimer's Disease. *Aging & Mental Health*, 11(3). s. 330–338.
- Olszewski H. (2008). *Otępienie typu Alzheimerera*. W: *Otępienie czołowo-skroniowe*. Kraków:

Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

- Osman S., Tischler V., Schneider J. (2016). ‘Singing for the Brain’: A qualitative study exploring the health and well-being benefits of singing for people with dementia and their carers. *Dementia*, v. 15 (6), s. 1326- 1339.
- Pilonis H. (2014). Sztuka Cię wyzwoli. Dodatek do gazety wyborczej Na pamięć, 15, 4/10/2014, s. 4-5.
- Potter C.L., Scott A. (2004). Music therapy for the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia: a systematic literature review. 20th European Congress of Psychiatry.
- Ruda K., Rymaszewska J. (2013). Wybrane zagadnienia z terapii muzyką osób chorych na zaburzenia otępienne. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 8, 1, s. 40–46.
- Ruda K., Trypka E. (2013a). Zastosowanie wybranych technik neuromuzykoterapeutycznych w rehabilitacji pacjentów z otępieniem. *Psychogeriatrya Polska*, 11(1), s. 17-24.
- Ruda K., Trypka E. (2013). Terapeutyczne znaczenie muzyki dla regulowania zaburzeń zachowania w rehabilitacji pacjentów chorujących na otępienie. *Psychogeriatrya Polska*, 10(4), s. 157-164.
- Samela K. (2003). Ośrodek pomocy społecznej miejscem aktywizacji ludzi starych. Rola i wykorzystanie muzykoterapii. *Muzykoterapia Polska* nr 2(6), s. 31-37.
- Särkämö T. (2017). Cognitive, emotional, and neural benefits of musical leisure activities in aging and neurological rehabilitation: A critical review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*.
- Silvester D. (2014). *Dance and Movement Sessions for Older People: A Handbook for Activity Coordinators and Carers*. Londyn: Jessica Kingsley Publishers.
- Simmons-Stern N.R., Deason R.G., Brandler B.J., Frustace B.S., O’Connor M.K., Ally B.A., Budson A.E. (2012). Music-based memory enhancement in Alzheimer’s Disease: Promise and limitations. *Neuropsychologia*, 50, s. 3295–3303.
- Stachyra K. (2012). *Relaksacja w muzykoterapii*. W: K. Stachyra (red.) *Podstawy muzykoterapii*. Lublin: UMCS, s. 87-114.
- Vink A.C., Zuidersma M., Boersma F., de Jonge P., Zuidema S.U., Slaets J.P.J.(2013). The effect of music therapy compared with general recreational activities in reducing agitation in people with dementia: a randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, s. 1031–1038.
- Zhang Y., Cai J., An L., Hui F., Ren T., Ma H., Zhao Q (2017). Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and



meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, v. 35, s. 1- 11.

Zare M., Ebrahimi A.A., Birashk B. (2010). The effects of music therapy on reducing agitation in patients with Alzheimer's disease, a pre-post study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 1309–1310.

Źródła internetowe:

Barcikowska M. (2015). Stan wiedzy i niespełnione oczekiwania w leczeniu Alzheimer'a w 2015 roku. Referat wygłoszony na konferencji Tydzień Mózgu w Warszawie. Dostęp 2 września 2015, wystąpienie dostępne na stronie:

[http://wszechnica.org.pl/?p=11&id\\_content=1235](http://wszechnica.org.pl/?p=11&id_content=1235)

Choreoterapia. Dostęp 3 grudnia 2015, pobrano z:

<http://www.choreoterapia.com.pl/?p=200>

Choroba Alzheimer'a. Informacje dla chorych i opiekunów. Dostęp 15 września 2015, pobrano z:

<http://chorobaalzheimer.pl>

Dröes R.M. (1991). In beweging: Over Psychosociale Hulpverlening aan Demente Ouderen. Intro, Nijerk. Dostęp 9 marca 2016, pobrano z: [https://www.researchgate.net/profile/Rose-Marie\\_Droeets/publications/10](https://www.researchgate.net/profile/Rose-Marie_Droeets/publications/10)

Model biopsychospołeczny w praktyce lekarskiej (2008). Dostęp 29 lutego 2016, pobrano z:

<http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news,70305,model->

[biopsychospoleczny-w-praktyce-lekarskiej.html](http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news,70305,model-biopsychospoleczny-w-praktyce-lekarskiej.html)

Relaksacja i biofeedback. (2015) Dostęp 15 września 2015, pobrano z:

[http://relaksacja.pl/relaksacyjne/relaksacja\\_mii.html](http://relaksacja.pl/relaksacyjne/relaksacja_mii.html)

## Świadoma zgoda w muzykoterapii<sup>3</sup>

---

**Julia Kozłowska**

Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

### Streszczenie

Świadoma zgoda to bardzo rzadko poruszany temat w literaturze z zakresu muzykoterapii. Poniższy artykuł wyjaśnia jej istotę na podstawie wzorców wypracowanych przez wiele lat w naukach medycznych. Zawiera definicję świadomej zgody i jej rodzaje ze względu na to, kto może ją wyrazić, a także na sposób jej odbierania. Opisuje również procedurę uzyskiwania takiej zgody, która okazuje się złożonym i nieraz skomplikowanym procesem. Tekst porusza ponadto kwestię zgody na uczestnictwo w badaniu (eksperymentcie) z udziałem ludzi. Mimo wielu podobieństw istnieją istotne różnice, o których praktykujący muzykoterapeuta – badacz powinien wiedzieć. Artykuł zakończony jest opracowanymi przez autorkę propozycjami formularzy zgody. Uwzględniają one wszystkie opisane wcześniej wytyczne uzyskiwania świadomej zgody.

**Słowa klucze:** świadoma zgoda/informed consent, muzykoterapia, kodeks etyczny, formularz zgody

### Wprowadzenie

Koncepcja świadomej zgody (ang. *informed consent* – IC) w medycynie i naukach jej bliskich rozwijała się przez wiele lat, jednak jej największy rozkwit dał się zauważyć po II wojnie światowej. Niewątpliwie ogromne znaczenie miały masowe zbrodnie, w tym nieludzkie eksperymenty medyczne, przeprowadzane przez Niemców na więźniach obozów koncentracyjnych. Dążono zatem do stworzenia etycznych i prawnych mechanizmów chroniących przed powtórzeniem się tych okrutnych i ludobójczych działań. W związku z tym opracowano tak zwany Kodeks norymberski (1947)<sup>4</sup>, którego pkt 1 zakłada, że jakiegokolwiek badania (eksperymenty) na człowieku wymagają jego świadomej, opartej na rzetelnej informacji i swobodnie wyrażonej zgody. Rok później, 10 grudnia 1948 roku, Organizacja Narodów Zjednoczonych uchwaliła Powszechną Deklarację Praw Człowieka. Był to z pewnością czas

<sup>3</sup> Treść artykułu stanowią fragmenty pracy dyplomowej Autorki.

<sup>4</sup> Kodeks norymberski sformułowany w 1947 roku po procesach lekarzy w Norymberdze zawiera 10 zasad dotyczących dopuszczalności eksperymentów medycznych z udziałem ludzi.

dużych zmian w sposobie traktowania bliźniego. W wymienionych dokumentach kładziono nacisk na podmiotowość człowieka, poszanowanie jego godności, autonomii i prawa do decydowania o sobie (w tym między innymi w sprawie postępowania medycznego). Stopniowo idee te upowszechniały się w medycynie. Ważnym etapem na drodze rozwoju koncepcji IC była Deklaracja helsińska z 1964 roku<sup>5</sup>, która szerzej podejmuje problem świadomej zgody. Obecnie stanowi ona fundament współczesnej medycyny. Według polskiego prawa oraz kodeksów etycznych zawodów medycznych zgoda udzielana przez pacjenta musi być świadoma i swobodna, a uzyskanie jej winno odbywać się według określonej procedury. Otrzymanie takiej zgody to nieraz duże wyzwanie dla klinicystów, ponieważ istnieje wiele problemów, na które należy zwrócić uwagę.

Muzykoterapia jako dziedzina wiedzy i praktyki, pozostaje w ścisłej łączności z medycyną. Podobnie jak w medycynie, podmiotem jej działań jest między innymi cierpiący człowiek potrzebujący pomocy, zdany na decyzje i działania specjalistów<sup>6</sup>. Niestety w wielu krajach muzykoterapia jest ciągle słabo rozwiniętą dyscypliną. Skutkuje to brakiem zatwierdzenia zawodu muzykoterapeuty oraz jego kodeksu etycznego. Wśród takich państw znajduje się także Polska. Muzykoterapeuci znajdujący zatrudnienie w instytucjach medycznych, wchodzi w skład zespołów terapeutycznych, między innymi z lekarzami, pielęgniarkami, psychologami, asystentami socjalnymi, ergoterapeutami. W związku z tym muszą przestrzegać reguł etycznych obowiązujących w tych instytucjach, a zarazem respektować zasady deontologiczne swojej profesji, niekiedy odwołując się również do kodeksów etycznych zawodu muzykoterapeuty obowiązujących w innych krajach. Warto zaznaczyć, że w Polsce zawód muzykoterapeuty ciągle się kształtuje i jak dotąd nie sformułowano powszechnie obowiązującego kodeksu etycznego. Aby to zmienić, Polskie Stowarzyszenie Muzykoterapeutów podjęło próby skonstruowania Kodeksu Etycznego Muzykoterapeuty, jednak jest on jeszcze niedokończony i wymaga dalszych prac. Zasób piśmiennictwa dotyczącego świadomej zgody w muzykoterapii również przedstawia się dość ubogo, dlatego celem poniższej pracy jest przybliżenie problemu oraz zwrócenie uwagi na konieczność uwzględniania go podczas praktyki zawodowej.

### **Definicja świadomej zgody**

Świadoma zgoda jest „aktem świadomości pacjenta, przejawem autonomicznego wyboru, który znajduje na piśmie lub w innej formie jedynie swoje potwierdzenie” (Niemczyk, Łazarska 2005, s. 49). Akt świadomości pacjenta oznacza, że musi on być dokładnie poinformowany,

<sup>5</sup> Przyjęta przez 18 Zgromadzenie Ogólne Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (World Medical Association), Helsinki, Finlandia, czerwiec 1964 roku.

<sup>6</sup> W tym miejscu należy zaznaczyć, że muzykoterapia nie jest przeznaczona jedynie do leczenia chorych oraz niepełnosprawnych, ale również stosuje się ją w celu poprawy samopoczucia i jakości życia (Stachyra 2014, s. 29).

czego zgoda dotyczy, a informacje powinny być na tyle wyczerpujące, żeby osoba mogła podjąć rozsądną, zgodną ze swoim dobrem decyzję. Każde postępowanie klinicysty wobec pacjenta wymaga zgody. Wskazuje na to wiele powszechnie obowiązujących dokumentów, a ich ustalenia wynikają z powinności poszanowania autonomii i godności człowieka, w tym prawa do decydowania o sobie. Wśród nich znajduje się Deklaracja Praw Pacjenta Światowej Organizacji Zdrowia, która zaznacza, że „warunkiem wstępnym do jakichkolwiek działań medycznych jest świadoma zgoda pacjenta” (Rozdział: *Pravo do wyrażania zgody na zabiegi lecznicze*, pkt 1). Podobne wymogi można znaleźć w Konwencji o ochronie praw człowieka i godności ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny. Doktrynie świadomej zgody został poświęcony cały rozdział, w którym napisano: „Nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby jej poddanej” (rozdział II, artykuł 5). Do polskich aktów, które również poruszają tę problematykę, należą między innymi: Kodeks Etyki Lekarskiej (art. 13, 15), Kodeks karny (art. 192), ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. 2017, poz. 125; dalej jako UZLD; art. 32–34), ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (art. 15–19) czy ustawa o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (art. 12). Wszystkie powyższe akty prawne formułują wymóg uzyskania IC. Na gruncie polskiej muzykoterapii, w związku z nieuregulowaną jeszcze sytuacją prawną zawodu muzykoterapeuty, istnieją jak dotąd dwa projekty dokumentów prawnych. Pierwszym z nich jest projekt ustawy o zawodzie muzykoterapeuty stworzony przez Stowarzyszenie Muzykoterapeutów Polskich. Według niego „podjęcie usług muzykoterapeutycznych może nastąpić jedynie za zgodą pacjenta/klienta, jego rodziców, ustawowych opiekunów oraz grupy pacjentów/klientów, którzy stanowią podmiot diagnozowania i oddziaływania muzykoterapeutycznego” (rozdział IV, art. 37). Drugi projekt to Kodeks Etyczny Muzykoterapeuty Polskiego Stowarzyszenia Muzykoterapeutów. Został on opracowany przez Krzysztofa Stachyrę na podstawie kodeksu etycznego APMT (Association of Professional Music Therapists), British Society for Music Therapy oraz artykułu Sławomira Sidorowicza pod tytułem „Tezy do dyskusji nad deontologią zawodu muzykoterapeuty”<sup>7</sup>. Punkt 4 Kodeksu mówi o obowiązku uzyskania zgody na uczestniczenie w muzykoterapii, natomiast pkt 12 o zgodzie na udział w badaniu naukowym (Stachyra 2014).

### Rodzaje zgody

Aby zgoda była ważna, osoba musi być zdolna do jej wyrażenia. Ocena tej zdolności to obowiązek klinicysty, który musi zapoznać się z sytuacją prawną oraz ocenić stan psychiczny

<sup>7</sup> Artykuł ten znajduje się w czasopiśmie: „Muzykoterapia Polska” 2003, nr 2(6), s. 39-44.

pacjenta. Według prawa do podejmowania decyzji na temat swojego zdrowia jest zdolny każdy, kto osiągnął pełnoletniość i nie jest ubezwłasnowolniony. Gdy spełnione są te kryteria, mamy do czynienia z tak zwaną zgodą własną. Jeśli któryś z powyższych warunków nie jest spełniony, to w grę wchodzi zgoda zastępcza (Zajdel 2006, s. 13). W praktyce o niezdolności do IC może przesądzać również zaburzony stan psychiczny. Część chorób może zakłócać procesy myślowe, powodować dezorientację, zaburzenia świadomości czy brak krytycyzmu. W takich przypadkach decyzję o postępowaniu medycznym podejmuje inna osoba. Najczęściej jest nią przedstawiciel ustawowy pacjenta, a w sytuacji, gdy kontakt z nim jest niemożliwy lub gdy pacjent nie ma swojego przedstawiciela, głos decydujący ma sąd opiekuńczy (art. 32 ust. 2 UZLD). Kiedy działania medyczne nie dotyczą zabiegów operacyjnych lub innych przypadków o podwyższonym ryzyku, zgody zastępczej może udzielić także opiekun faktyczny<sup>8</sup>. To samo dotyczy przekazywania informacji na temat stanu pacjenta (art. 31 ust. 6 UZLD). W przypadku małoletniego, który ukończył 16 lat oraz osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej, która dysponuje dostatecznym rozeznaniem, obowiązuje zgoda równoległa, inaczej podwójna czy też jednoczesna (Boratyńska, Konieczniak 2001, s. 236). W takiej sytuacji zgoda wymagana jest od przedstawiciela ustawowego, ale również osoby, która ma zostać poddana działaniom medycznym. W momencie jednak, gdy jedna ze stron (małoletni, ubezwłasnowolniony lub przedstawiciel ustawowy), a nawet obie wyrażą sprzeciw, lekarz może zgłosić się do sądu opiekuńczego (art. 34 ust. 6 UZLD).

Powyżej przytoczone kategorie świadomej zgody dotyczą podziału z uwagi na to, kto może ją wyrazić. Istnieje także klasyfikacja ze względu na formę jej udzielania. W tym przypadku wyróżnia się zgodę pisemną, ustną i domniemaną. Pierwsza z nich konieczna jest przede wszystkim w przypadkach zabiegu operacyjnego lub sytuacjach o podwyższonym ryzyku. Powinna ona zawierać rodzaj zabiegu/metody leczniczej, której ma być poddany pacjent, a także oświadczenie o zapoznaniu się z wszelkimi możliwymi powikłaniami. Na końcu powinien znajdować się własnoręczny podpis pacjenta bądź przedstawiciela ustawowego oraz lekarza przyjmującego dokument (Baron 2010). Zgoda w takiej formie jest dołączana do dokumentacji, a więc stanowi wyraźne potwierdzenie woli pacjenta i wyklucza działanie lekarza bez jego zezwolenia. W praktyce medycznej powszechnymi formami wyrażania zgody są również zgoda ustna – przez jasny komunikat oraz dorozumiana, inaczej zwana konkludentną (Boratyńska, Konieczniak 2001, s. 283). Udzielana jest przez „takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym” (art. 32 ust. 7 UZLD). Może to być zatem skinienie głową, gesty, mimika, ale także czyny. Samo przyjsię do

---

<sup>8</sup> Opiekun faktyczny według UZLD to osoba, która bez obowiązku ustawowego wykonuje stałą pieczę nad pacjentem (art. 31 ust. 8).

lekarza, przyjmowanie recepty czy stosowanie się do zaleceń to wyraz zgody dorozumianej. Przyjmuje się, że taka forma udzielania zgody dotyczy prostych i nieposiadających poważnych zagrożeń działań klinicysty. Przestrzega się jednak, aby nie odczytać biernej postawy pacjenta jako zgody. Nie można uznać za dorozumianą zgodę brak sprzeciwu czy samo milczenie. Zachowanie pacjenta musi jasno określać jego decyzje. Jeśli pojawiają się jakiegokolwiek wątpliwości co do jednoznaczności zachowania pacjenta, obowiązkiem lekarza jest prośba o udzielenie konkretnej odpowiedzi.

Jak już wspomniano, wymaga się, aby zgoda była poprzedzona rzetelną informacją. Pojawia się więc jej niezbędna cecha, którą jest uprzedniość (Niemczyk, Łazarska 2005, s. 51). Żeby podjąć jakąkolwiek decyzję, pacjent musi wcześniej wiedzieć, czego ona ma dotyczyć, a więc powinien posiadać taką wiedzę, która umożliwi mu podjęcie świadomej zgody na działania medyczne. Zgoda udzielona po fakcie nie ma podstawy prawnej. Niezgodna z prawem jest także zgoda blankietowa (*in blanco*), którą co prawda udziela się przed interwencją medyczną, jednak bez zapewnienia pacjentowi niezbędnych informacji na temat jego stanu i postępowania medycznego wraz z jego skutkami (Niemczyk, Łazarska 2005, s. 52). Z powyższego wynika, że każde oddziaływanie klinicysty musi być poprzedzone informacją i świadomie wyrażoną zgodą, tak więc zgoda na hospitalizację nie oznacza jednoczesnej zgody na zabiegi medyczne czy działania terapeutyczne.

### **Procedura uzyskiwania zgody**

Uzyskiwanie zgody od pacjenta nie polega jedynie na odebraniu decyzji. Po przeanalizowaniu piśmiennictwa z tego zakresu okazuje się, że obejmuje ono wiele działań wymagających od klinicysty odpowiedniego postępowania. Bywają oczywiście takie sytuacje, kiedy w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia wymagana jest szybka reakcja klinicysty. Zawsze jednak proces ten musi składać się z trzech etapów. Należą do nich: ocena stopnia świadomości pacjenta, przekazanie informacji oraz odebranie aktu zgody (Niemczyk, Łazarska 2005, s. 63). Zasadniczym zadaniem klinicysty jest ocena zdolności pacjenta do IC. Powinien on więc odpowiedzieć sobie na pytanie, czy pacjent posiada kompetencje lub – inaczej – czy jest zdolny do wyrażania zgody. Decydują o tym przesłanki formalno-prawne (omówione wcześniej) oraz aktualny stan faktyczny, związany ze stanem psychicznym pacjenta (Boratyńska, Konieczniak 2001, s. 231). Osoba zdolna do IC to taka, która rozumie przekazywane jej informacje, potrafi je wystarczająco zapamiętać oraz posiada podstawowe umiejętności operowania nimi. Tom L. Beauchamp i James F. Childress (1996, s. 154–158) jako kryteria oceny świadomości uwzględnili: zdolność do wyrażania preferencji, zdolność do rozumienia informacji i oceny sytuacji oraz zdolność do wzajemnego

porównywania ze sobą konsekwencji alternatywnych. Należy jednak pamiętać, że nie we wszystkich przypadkach niezdolność do wyrażania zgody jest trwała. Może być to na przykład efekt traumatycznego wydarzenia, po którym szok z czasem ustąpi, a pacjent będzie w stanie swobodnie i świadomie zdecydować o swoim leczeniu.

Po stwierdzeniu, że osoba posiada zdolność do wyrażania IC, klinicysta przystępuje do udzielenia informacji dotyczących stanu pacjenta oraz wskazanych działań medycznych. Powinien on przekazać „każdą informację jaka jest istotna, co pozwoli pacjentowi podjąć opartą na wiedzy i przemyślaną decyzję” (Carmi 2007, s. 39). Jej dokładny zakres wyznacza UZLD, mówiąc o „przystępnej informacji o jego [pacjenta] stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu” (art. 31 ust. 1).

Wspomniana wcześniej ustawa przewiduje także możliwość zrzeczenia się prawa do informacji. „Na żądanie pacjenta lekarz nie ma obowiązku udzielać pacjentowi informacji, o której mowa w ust. 1” (art. 31 ust. 3). Wiąże się to z prawem do samostanowienia o sobie. Każdy może decydować o swoim losie niezależnie od kierunku, w którym podąża. Są też ludzie, którzy (zgodnie z duchem paternalistycznym) wolą poddać się autorytetowi klinicysty. W tej sytuacji zgoda, którą podpisuje pacjent, ma charakter *in blanco*. Jest to jedyny przypadek, kiedy ma ona uznanie prawne. Może się tak zdarzyć, że osoba zmieni zdanie, do czego ma prawo, jednak nie może wnosić roszczeń za skutki działań medycznych z przeszłości. Ciekawym zjawiskiem jest także tak zwany przywilej terapeutyczny (Boratyńska, Konieczniak 2001, s. 264). Zakłada on, że w wyjątkowych sytuacjach lekarz może świadomie ograniczyć przekazywane informacje. Sytuacje, o których mowa, to takie, kiedy spełnione są dwa warunki – rokowanie jest niepomysłne oraz przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach klinicysta przekazuje informacje przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej. Jednak gdy tylko pacjent zażąda, lekarz ma obowiązek udzielić mu oczekiwanych wiadomości (art. 31 ust. 4 UZLD).

Podstawowymi warunkami prawidłowo udzielonej informacji są przede wszystkim ich wyczerpujący charakter oraz zrozumiały język. W tym miejscu warto ponownie odnieść się do UZLD, która dokładnie wyznacza zakres przekazywanych informacji. Artykuł 31 ust. 1 mówi: „Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu”. Zrozumiały język natomiast oznacza tyle, co unikanie nazbyt specjalistycznej i technicznej terminologii medycznej, która dla przeciętnego człowieka może być zbyt skomplikowana. Mimo początkowej oceny pacjenta, dotyczącej

zdolności do rozumienia informacji, lekarz ma obowiązek sprawdzić, czy wszystko, co przekazał, jest zrozumiałe. Jeśli pojawiają się jakiegokolwiek wątpliwości, jego zadaniem jest je wyjaśnić, a w razie potrzeby ponownie wytłumaczyć. Klinicysta powinien pamiętać, że sytuacje dotyczące jakiegokolwiek interwencji medycznej wywołują często stres, co może mieć wpływ na zdolność przyswajania i zapamiętywania informacji (Czuba 2016, s. 12). Procedura uzyskiwania zgody kończy się wraz z jej odebraniem, natomiast rodzaje jej wyrażania opisane zostały już wcześniej.

Zgoda wyrażana przez pacjenta oprócz tego, że powinna być świadoma, musi mieć swobodny charakter. Należy ją uzyskać bez przymusu lub presji na osobie podejmującej decyzję, czyli dobrowolnie (Dileo 2000, s. 76). Dotyczy to gróźb, szantażu, obiecywania, a także wszelkich środków manipulacji. Te ostatnie bywają nieraz najmniej rozpoznawalne przez pacjenta. Zdarza się, że klinicysta manewrując przekazywanymi informacjami, stosuje pewne techniki manipulacyjne. Jednak nie zawsze zachowania takie są celowe i zaplanowane. To samo zdanie może być uznane za manipulację lub nie w zależności od kontekstu sytuacyjnego czy sposobu wypowiedzenia. Podobnie wyraz empatii i chęci pocieszenia mogą być odebrane jako namawianie do podjęcia konkretnej decyzji (Boratyńska, Konieczniak 2001, s. 250). Uważa się jednak, że pewien nacisk ze strony klinicysty jest dopuszczalny, ale tylko wtedy jeśli działa on w dobrym interesie chorego. Pacjent, który wyraża zgodę na świadczenia zdrowotne w pewnym zakresie, przejmuje na siebie odpowiedzialność za przewidywalne i zrozumiałe następstwa postępowania medycznego. Należy także pamiętać o odwołalnym charakterze IC, co oznacza, że pacjent w każdej chwili ma możliwość jej wycofania.

Podsumowując skomplikowaną specyfikę uzyskiwania IC, klinicysta podczas całego procesu musi wykazać się dużą znajomością praw pacjenta oraz przepisów prawnych z tego zakresu. Jednak to nie wszystko. Ważne jest także indywidualne podejście do każdego przypadku. Ludzie różniąc się od siebie, mogą inaczej reagować na stres, mieć inne doświadczenia życiowe oraz w odmienny sposób postrzegać otaczającą rzeczywistość. Do zadań lekarza należy natomiast szybkie reagowanie i dopasowanie się do sytuacji i potrzeby pacjenta. Podmiotowe traktowanie pacjenta ma wiele zalet podczas leczenia. Również aktywny udział pacjenta oraz jego zaangażowanie w pokonywanie choroby wpływa na sprzyjającą atmosferę. Jest w niej miejsce na nadzieję i ducha walki.

### **Zgoda na udział w badaniu (eksperymentcie) z udziałem ludzi**

Zasady uzyskiwania IC na udział w badaniu (eksperymentcie) medycznym w dużej mierze pokrywają się z tymi dotyczącymi standardowych działań klinicysty. Zawarte są one w powstałych w II połowie XX wieku w dwóch dokumentach, wysoko cenionych w świecie etyki. Jest nim



Kodeks norymberski powstały w 1947 roku oraz Deklaracja helsińska z 1964 roku. Stanowią one zbiór zasad koniecznych do przestrzegania podczas planowania i przeprowadzania każdego badania naukowego (eksperymentu) na człowieku. Również na ich podstawie tworzono inne ustawy i kodeksy etyczne poruszające dany problem.

Prawo medyczne wyróżnia dwa rodzaje eksperymentu: leczniczy i badawczy. Pierwszy z nich jest przeprowadzany w celu osiągnięcia poprawy zdrowia osoby chorej przez zastosowanie nowych metod diagnostycznych, leczniczych czy profilaktycznych. Metody te mogą być całkowicie nowe lub częściowo już znane. Eksperyment badawczy natomiast dotyczy poszerzenia wiedzy z zakresu nauk medycznych, a udział w nim mogą wziąć osoby zarówno chore, jak i zdrowe (art. 21 UZLD).

Jeśli jednak chodzi o formę wyrażania IC, obowiązkowa jest zgoda pisemna. Jeśli nie ma takiej możliwości, dopuszcza się zgodę ustną, ale tylko w obecności dwóch świadków i z koniecznością odnotowania tego w dokumentacji medycznej (art. 25 UZLD). Ze względu na to, kto może udzielić zgody, podobnie jak wcześniej, istnieje rozróżnienie na trzy rodzaje. Pierwsza z nich, zgoda własna, wyrażana jest bezpośrednio przez osobę biorącą udział w eksperymencie. Jeśli chodzi o drugą możliwość, czyli zgodę zastępczą, występuje ona w przypadku osoby małoletniej lub całkowicie ubezwłasnowolnionej. W takiej sytuacji decyzję podejmuje ich przedstawiciel ustawowy. Ze zgodą zastępczą mamy również do czynienia przy osobie posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych, ale bez rozeznania i możliwości wypowiedzenia swojej opinii. Wtedy podmiot przeprowadzający eksperyment może poprosić o zgodę sąd opiekuńczy. Zauważalna różnica w odróżnieniu do standardowych działań medycznych występuje w zgodzie równoległej. Jest ona wymagana w sytuacji, gdy osoba biorąca udział w eksperymencie mimo braku całkowitej zdolności prawej ma rozeznanie w sytuacji. Oznacza to, że człowiek rozumie wszelkie informacje dotyczące eksperymentu oraz jest świadomy ryzyka z nim związanego. Przepis ten dotyczy małoletniego powyżej 16. roku życia lub który nie ukończył tego wieku, ale jest zdolny do własnej opinii, a także osoby ubezwłasnowolnionej spełniającej takie same kryteria. Wtedy oprócz zgody przedstawiciela ustawowego konieczna jest ich pisemna zgoda. Podkreśla się jednak, że „sprzeciw potencjalnego uczestnika badania powinien być uszanowany” (art. 29 Deklaracji helsińskiej). Może się też zdarzyć, że to przedstawiciel ustawowy nie wyrazi IC. W takiej sytuacji na wniosek badacza głos decydujący ma sąd opiekuńczy. Warto także zauważyć, że udział osoby małoletniej w eksperymencie jest dopuszczalny tylko wtedy, gdy korzyści z niego płynące mają bezpośredni wpływ na jego zdrowie i nie ma możliwości przeprowadzenia podobnego badania na osobach posiadających pełną zdolność czynności prawnych.. Przeprowadzenie eksperymentu jest jednak

niedopuszczalne w przypadku dzieci poczętych, osób ubezwłasnowolnionych, żołnierzy służby zasadniczej oraz więźniów. Jeśli chodzi o kobiety ciężarne, udział ich jest możliwy jedynie po wnikliwej analizie stopnia korzyści i ryzyka dla takiej kobiety oraz dziecka poczętego, a także po wyeliminowaniu jakiegokolwiek zagrożenia ich życia lub zdrowia. Mimo wielu rygorystycznych zasad istnieje jeden wyjątek pozwalający na przeprowadzenie eksperymentu bez zgody jego uczestnika. Możliwe jest to jedynie w sytuacji niecierpiącej zwłoki przy bezpośrednim zagrożeniu życia pacjenta (art. 25–26 UZLD).

Warunkiem do uzyskania przez potencjalnego uczestnika eksperymentu świadomej i swobodnie wyrażonej zgody jest przekazanie mu wszelkich potrzebnych dla udzielenia jej informacji. Eksperymentator musi wyjaśnić „istotę, czas trwania i cel danego eksperymentu, metody i środki za pomocą których ma być przeprowadzony eksperyment, wszelkie niedogodności i niebezpieczeństwa z tym związane oraz skutki danego eksperymentu dla zdrowia fizycznego i psychicznego jego uczestników” (pkt 1 Kodeksu norymberskiego). Osoba ta powinna zostać także poinformowana o możliwości odmowy udziału w eksperymencie oraz wycofania zgody w każdym momencie, bez ponoszenia za to konsekwencji (art. 26 Deklaracji helsińskiej). Swobodny charakter IC natomiast dotyczy zakazu zmuszania czy przekonywania kogoś do uczestnictwa w badaniu. Oprócz gróźb czy szantaży chodzi tu także o wykorzystywanie swojej wyższej pozycji badacza nad potencjalnymi uczestnikami. Bywają sytuacje, gdy klinicysta proponuje udział w eksperymencie swojemu pacjentowi, a ten przez wzgląd na szacunek, pozycję lub dobre relacje ze specjalistą, boi się mu odmówić. W momencie, gdy istnieje prawdopodobieństwo odczuwania takiej presji, IC powinno zostać uzyskane przez inną osobę, która jest równie wykwalifikowana, a nie łączy ją żadne relacje z potencjalnym uczestnikiem badania (art. 27 Deklaracji helsińskiej).

Jak można zauważyć, przeprowadzenie eksperymentu z udziałem ludzi wiąże się wieloma problemami etycznymi już na etapie planowania. Zanim jednak eksperyment dojdzie do skutku, konieczna jest opinia i pozytywna zgoda komisji bioetycznej. W jej skład wchodzi między innymi lekarz, pielęgniarka, prawnik, kapłan czy nawet filozof. Sprawdzają oni poprawność zarówno naukową, jak i etyczną planowanego badania. Bez pozwolenia takiej komisji eksperyment nie może zostać przeprowadzony, a jego wyniki upowszechnione w naukowych publikacjach. Eksperyment musi przede wszystkim przynosić korzyść osobom zaangażowanym oraz całemu społeczeństwu. Nigdy jednak zyski nie mogą być mniejsze od ryzyka. Wszystkie procedury powinny odbywać się, respektując godność i autonomię człowieka, a także ochronę jego życia i zdrowia (art. 9 Deklaracji helsińskiej). Eksperyment powinien również zostać przeprowadzony przez wysoko wykwalifikowanych naukowców, którzy biorą odpowiedzialność za uczestników

podczas całego procesu badawczego. Muszą być oni także przygotowani na konieczność przerwania eksperymentu w momencie, gdy będzie on zagrażał zdrowiu lub życiu uczestników.

Zanim jednak badanie dojdzie do skutku, muszą zostać spełnione pewne warunki. Po pierwsze konieczna jest hipoteza, której zgodność badacz chce rozstrzygnąć podczas eksperymentu. Drugi warunek dotyczy możliwości powtórzenia badania w przyszłości. Powinien on zostać tak skonstruowany, by inny badacz mógł je wiernie odwzorować i sprawdzić wiarygodność wyników. Rzetelność jako kolejne kryterium naukowości badania odnosi się na tym etapie do starannie przygotowanych dokumentów, kandydatów bez jakichkolwiek oszustw w interesie badacza. Wszystkie dokumenty, łącznie z IC uczestników badania, powinny zostać zatwierdzone przez komisję bioetyczną, co stanowi ostatni warunek przed podjęciem procedury badawczej. Tylko w sytuacji, gdy powyższe warunki zostaną spełnione, badanie można uznać za naukowe.

### **Związek muzykoterapii z medycyną**

Muzykoterapia jako stosunkowo młoda dziedzina wiedzy nie wypracowała sobie jeszcze całkowicie autonomicznego statusu w kręgach zawodowych, naukowych oraz w opinii publicznej. Rozmawiając z osobami, które nie zetknęły się z nią wcześniej, często można usłyszeć błędne poglądy na temat jej istoty. Muzykoterapię zwykle się postrzegać jako metodę odtwarzania muzyki relaksacyjnej zapracowanym lub nerwowym ludziom. Wkracza ona jednak na wiele obszarów życia człowieka. Zarówno w aspekcie historycznym, jak i współcześnie widać silne powiązania muzykoterapii z medycyną. Podmiotem działań specjalistów z obu dziedzin może być chory, wymagający pomocy człowiek, którego dobro stawiane jest na pierwszym miejscu<sup>9</sup>. Często to osoba niepełnosprawna, cierpiąca czy niedostosowana, czyli jednym słowem potrzebująca profesjonalnej pomocy w drodze do powrotu do zdrowia. Literatura zagraniczna jasno podaje wskazania do stosowania muzykoterapii. Jest ona skuteczna zarówno u dorosłych, jak i dzieci, a wśród obszarów jej działania znajduje się między innymi (Bunt, Hoskyns 2004):

#### 1. Neurologia:

- mózgowe porażenie dziecięce;
- neurorozwojowe (spectrum zaburzenia autystycznego, ADHD);
- neuropoznawcze (Alzheimer, otępienie);
- powikłania udaru mózgu;
- niektóre postacie padaczki.

---

<sup>9</sup> Pojęcie „dobro pacjenta” może być z pewnością różnie definiowane. Zależać to będzie od między innymi czynników kulturowych, społecznych, a także od pacjenta i jego doświadczeń życiowych. Rozpatrywanie tych różnic wykracza jednak poza obszar artykułu.

## 2. Psychiatria:

- zaburzenia psychiczne (schizofrenia, depresja, zaburzenie afektywne dwubiegunowe, zaburzenia osobowości);
- zaburzenia nerwicowe, lękowe;
- zaburzenia nadużywania substancji psychoaktywnych;
- zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia).

## 3. Onkologia.

## 4. Kardiologia.

## 5. Problemy adaptacyjne, edukacyjne (zaburzenia uczenia się) i wiele innych.

Wskazania te nie wyczerpują oczywiście listy możliwych zastosowań muzykoterapii. Mimo to zdarza się, że lekarze/klinicyści dość sceptycznie patrzą na działania muzykoterapeutów. Często argumentują to brakiem badań spełniających kryteria ich naukowości, powszechnych w medycynie. Są to na przykład badania porównawcze z wykorzystaniem pojedynczego lub podwójnego zaślepienia, randomizacją, a także odpowiednie pod względem liczebności i doboru grup pozwalających na analizy statystyczne. Muzykoterapia jako dziedzina, która powstała z praktyki, w dużej mierze bazuje na niedocenianych przez współczesną medycynę badaniach jakościowych. Oparte są one na wnikliwym, wszechstronnym i długotrwałym studium pojedynczych przypadków (Szulc 2005, s. 33). Muzykoterapia nie dysponuje również swoistymi dla poszczególnych schorzeń metodami postępowania. W swojej pracy muzykoterapeuci opierają się na intuicji, doświadczeniu oraz na obserwacji efektów pracy z konkretną osobą. Wszystko to może przyczyniać się do nieufności klinicystów wobec efektywności i celowości stosowania muzykoterapii. Z roku na rok jednak pojawiają się nowe doniesienia naukowe, które potwierdzają jej skuteczność, na przykład w okresie prenatalnym, wspomaganie wczesnego rozwoju dziecka czy też zwalczaniu nieśmiałości. Już od dłuższego czasu do coraz szerszych kręgów medycyny docierają przesłanki o korzyściach płynących ze skuteczności muzykoterapii. Wyrazem tego jest formalne uznanie muzykoterapii w Polsce jako zawodu medycznego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 1977 roku. Dzięki temu istnieje możliwość zatrudnienia muzykoterapeutów w instytucjach medycznych (Sidorowicz 2003, s. 41). W bardziej aktualnym, bo z 2011 roku, rozporządzeniu Ministra Zdrowia można znaleźć również wymagane kwalifikacje, które powinien nabyć muzykoterapeuta jako pracownik na stanowisku leczniczym (art. 4 pkt 102). Powyższe dokumenty jednak nie są wystarczające, by muzykoterapia stała się pełnoprawną specjalizacją. Kolejnym krokiem jest stworzenie i zaakceptowanie spełniającej wymagania ustawy o zawodzie muzykoterapeuty oraz Kodeksu Etycznego. Ustalenie tych deontologicznych zasad będzie miało wpływ na między innymi wzmocnienie zawodowej pozycji muzykoterapeuty (Sidorowicz 2003,

s. 40). Muzykoterapia jako dziedzina ściśle powiązana z medycyną powinna mieć własny kodeks etyczny, uwzględniający bogate i wieloletnie przepisy etyczne opisane powyżej, którym podlegają zawody medyczne (szczególnie zawód lekarza).

### **Propozycja formularzy świadomej zgody w muzykoterapii**

Na podstawie zebranej literatury z zakresu prawa medycznego dotyczącego IC pragnę przedstawić autorskie propozycje formularzy świadomej zgody. Pierwszy z nich dotyczy zgody na udział w leczeniu z zastosowaniem muzykoterapii. Kolejne dwa natomiast odnoszą się do badań w muzykoterapii. Są propozycją formularza świadomej zgody na udział w badaniu naukowym, a osobno w badaniu leczniczym. Mimo wielu cech wspólnych oba projekty różnią się. Odrębność dotyczy głównie punktu odnośnie do świadomości wprowadzenia nowej, nieznannej lub niesprawdzonej dotąd metody/techniki muzykoterapii, który znajduje się w formularzu zgody na udział w badaniu leczniczym.

W poniższych projektach starałam się jak najlepiej odwzorować wytyczne procedury uzyskiwania IC opisane wcześniej, na podstawie wymogów opisanych w aktach prawnych oraz kodeksach etycznych. Dotyczą one przede wszystkim dokładnego poinformowania pacjenta, a także odebraniu świadomej i swobodnej zgody. Każdy formularz jest zakończony oświadczeniem ze strony muzykoterapeuty. Zawiera ono zapewnienie o wywiązaniu się ze wszystkich elementów procedury IC wraz z obowiązkiem oceny stopnia świadomości pacjenta/klienta.

### **Formularz świadomej zgody na udział w leczeniu z zastosowaniem muzykoterapii**

1. Oświadczam, że ja, niżej podpisana(-ny), (imię i nazwisko) .....  
zostałam(-lem) poinformowana(ny) o:
  - a) moim stanie zdrowia,
  - b) możliwościach i celach zastosowania muzykoterapii przy moim stanie zdrowia,
  - c) najbardziej wskazanej w moim przypadku metodzie wraz z uzasadnieniem,
  - d) działaniach niekorzystnych związanych z wykorzystywaniem danej metody,
  - e) skutkach zaniechania leczenia,
  - f) metodach alternatywnych wraz z możliwością ich zastosowania i przewidywanych rezultatach,
  - g) przewidywanych efektach leczenia,
  - h) miejscu, czasie trwania i kosztach leczenia.
2. Muzykoterapeuta wyjaśnił mi, iż muzykoterapia jest terapią wspomagającą, co oznacza, że nie zastąpi ona innych form leczenia.
3. Po uzyskaniu informacji miałam(-lem) możliwość zadania pytań muzykoterapeucie, na które uzyskałam(-lem) wyczerpujące odpowiedzi.
4. Jestem świadoma(-my) przysługującego mi prawa do wyboru metody leczenia, wycofania się bez ponoszenia sankcji oraz całkowitej odmowy leczenia. Wyrażam również zgodę na

przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2016, poz. 922).

W związku z powyższym, wyrażam **świadomą i dobrowolną zgodę** na udział w leczeniu z zastosowaniem muzykoterapii, a jednocześnie zobowiązuję się brać w nim czynny udział, stosując się do poleceń muzykoterapeuty w celu poprawy własnego stanu zdrowia.

.....

(Podpis pacjenta/  
przedstawiciela ustawowego)

.....

(Data)

Ja, niżej podpisany, (imię i nazwisko muzykoterapeuty) ....., oświadczam, że po ocenie zdolności pacjenta/pacjentki do wyrażania świadomej zgody, przekazałem mu/jej wszystkie niezbędne informacje o celu oraz przebiegu muzykoterapii, stosowanych metodach i technikach, a także korzyściach oraz potencjalnych zagrożeniach związanych ze skutkami procesu terapeutycznego.

Jednocześnie zapewniam, że poniższą zgodę otrzymałem bez nacisku z mojej strony, do rąk własnych, podpisaną przez pacjenta/osobę uprawnioną.

.....

(Podpis muzykoterapeuty)

.....

(Data)

### Formularz świadomej zgody na udział w badaniu naukowym z zakresu muzykoterapii

Temat badania: .....

.....

1. Oświadczam, że ja niżej podpisana(-ny), (imię i nazwisko) ....., zostałam(-lem) poinformowana(-ny) o:
  - a) głównych założeniach badania i jego celach,
  - b) czasie trwania i przebiegu badania,
  - c) zagrożeniach i korzyściach związanych z udziałem w badaniu,
  - d) możliwości wglądu w wyniki badania po jego ukończeniu,
  - e) dobrowolnym charakterze uczestnictwa w badaniu,
  - f) moich prawach i obowiązkach podczas badania,
  - g) poufności dotyczących moich danych osobowych i wyników.
2. Po uzyskaniu informacji miałam(-lem) możliwość zadania pytań osobie prowadzącej badania, na które uzyskałam(-lem) wyczerpujące odpowiedzi. Zostałam(-lem) także poinformowana(-ny), że w razie wszelkich pojawiających się pytań lub wątpliwości mogę zgłosić się do osób odpowiedzialnych za badanie.
3. Jestem świadoma(-my) przysługującego mi prawa do odmowy udziału w badaniu jak również wycofania, a moja decyzja nie pociągnie za sobą żadnych sankcji, a także nie wpłynie negatywnie na dotychczasowe świadczenia zdrowotne.
4. Wyrażam również zgodę na anonimowe przetwarzanie i udostępnianie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2016, poz. 922).

W związku z powyższym wyrażam **świadomą i dobrowolną zgodę** na udział w badaniu naukowym z zakresu muzykoterapii ..... (temat badania). Jednocześnie zobowiązuję się brać w nich czynny udział, stosując się do poleceń badacza, a podane przeze mnie informacje podczas badania będą zgodne z prawdą.

.....

(Podpis pacjenta/  
przedstawiciela ustawowego)

.....

(Data)

Ja, niżej podpisany, (imię i nazwisko badacza) ....., oświadczam, że po ocenie zdolności pacjenta/pacjentki do wyrażania świadomej zgody na udział w badaniu, przekazałem mu/jej wszystkie niezbędne informacje o celu, przebiegu, korzyściach, a także o ryzyku z nim związanym. Jednocześnie zapewniam, że badanie ma na uwadze przede wszystkim dbanie o dobry interes pacjenta/pacjentki i zostało stworzone po dokładnym oszacowaniu korzyści i zagrożeń. Zobowiązuję się dbać o bezpieczeństwo pacjenta/pacjentki podczas całego przebiegu badania oraz po jego zakończeniu, jak również do przerywania badania w razie zagrożenia zdrowia lub życia badanego.

Poniższą zgodę otrzymałem bez nacisku z mojej strony, do rąk własnych, podpisaną przez pacjenta/osobę uprawnioną.

.....  
(Podpis muzykoterapeuty)

.....  
(Data)

**Formularz świadomej zgody na udział w badaniu klinicznym z zakresu muzykoterapii**

**Temat badania:** .....

1. Oświadczam, że ja, niżej podpisana(-ny), (imię i nazwisko) ....., zostałam(-łem) poinformowana(-ny) o:
  - a) głównych założeniach badania oraz jego celach,
  - b) czasie trwania i przebiegu badania,
  - c) korzyściach i zagrożeniach związanych z zastosowaniem nowej metody oraz braku gwarancji jej skuteczności,
  - d) skutkach odmowy udziału w badaniu,
  - e) możliwości wglądu w wyniki badania po jego ukończeniu,
  - f) moich prawach i obowiązkach podczas badania,
  - g) dobrowolnym charakterze uczestnictwa w badaniu.
2. Po uzyskaniu informacji miałam(-łem) możliwość zadania pytań osobie prowadzącej badania, na które uzyskałam(-łem) wyczerpujące odpowiedzi. Zostałam(-łem) także poinformowana(-ny), że w razie wszelkich pojawiających się pytań lub wątpliwości mogę zgłosić się do osób odpowiedzialnych za badanie.
3. Jestem świadoma(-my) przysługującego mi prawa do odmowy udziału w badaniu, jak również wycofania się, a moja decyzja nie pociągnie za sobą żadnych sankcji, a także nie wpłynie negatywnie na dotychczasowe świadczenia zdrowotne.
4. Wyrażam również zgodę na anonimowe przetwarzanie i udostępnianie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2016, poz. 922).

W związku z powyższym wyrażam **świadomą i dobrowolną zgodę** na udział w badaniu leczniczym z zakresu muzykoterapii.....  
(temat badania). Jednocześnie zobowiązuję się brać w nich czynny udział, stosując się do poleceń badacza, a podane przeze mnie informacje podczas badania będą zgodne z prawdą.

.....  
(Podpis pacjenta/  
przedstawiciela ustawowego)

.....  
(Data)

Ja, niżej podpisany, (imię i nazwisko badacza) ....., oświadczam, że po ocenie zdolności pacjenta/pacjentki do wyrażania świadomej zgody na udział w badaniu, przekazałem mu/jej wszystkie niezbędne informacje o celu, przebiegu, korzyściach, a także o ryzyku z nim związanym. Jednocześnie zapewniam, że badanie ma na uwadze przede wszystkim dbanie o dobry interes pacjenta/pacjentki i zostało stworzone po dokładnym

oszacowaniu korzyści i zagrożeń. Zobowiązuję się dbać o bezpieczeństwo pacjenta/pacjentki podczas całego przebiegu badania oraz po jego zakończeniu, jak również do przerywania badania w razie zagrożenia zdrowia lub życia badanego.

Poniższą zgodę otrzymałem bez nacisku z mojej strony, do rąk własnych, podpisaną przez pacjenta/osobę uprawnioną.

.....  
(Podpis muzykoterapeuty)

.....  
(Data)

### Podsumowanie

Rozwijająca się od II połowy XX wieku doktryna świadomej zgody (IC) stanowi podstawę, na której opiera się obecna relacja klinicysty/muzykoterapeuty z pacjentem/klientem. Jest ona związana z poszanowaniem przyrodzonych i niezbywalnych praw człowieka, którymi są prawo do godności oraz autonomii, czyli samostanowienia. Do ich przestrzegania zobowiązany jest każdy, niezależnie od wieku, wykształcenia czy wykonywanego zawodu. Koncepcja IC bez wątplenia największe swoje zastosowanie ma w medycynie, w której znaczna część działań klinicysty wiąże się z oddziaływaniem na somatyczną i psychiczną sferę pacjenta. Muzykoterapię z medycyną łączy wspólny podmiot pomocy, czyli człowiek. Mimo że muzykoterapia oddziałuje na pacjenta/klienta w inny sposób, jej postępowania również obejmują sferę zarówno somatyczną, jak i psychiczną. Na podstawie tych zależności między obiema dyscyplinami uznaje się muzykoterapię pokrewną naukom medycznym. Wynika więc z tego, że podlegają one tym samym wymaganiom IC.

Z uwagi na to, że muzykoterapia jako młoda dziedzina nie zawsze cieszy się uznaniem w kręgu medycyny, świadoma zgoda to bez wątpienia temat, z którym powinien się zmierzyć każdy muzykoterapeuta jeszcze przed rozpoczęciem swojej praktyki zawodowej. Uważa się, że brak zaufania klinicystów do metod muzykoterapii to głównie wynik małej liczby spełniających kryteria naukowości badań świadczących o jej skuteczności. W związku z tym muzykoterapeuci dążąc do akceptacji ze strony medycyny, powinni tym bardziej zgłębiać zasady nią rządzące i kierować się nimi. Mam nadzieję zatem, że powyższa praca będzie impulsem do podjęcia refleksji na temat konieczności przestrzegania procedury IC w muzykoterapii, natomiast autorskie propozycje formularzy świadomej zgody okażą się pomocne w przyszłej praktyce muzykoterapeutycznej.

### Bibliografia

- Baron, K. (2010). *Zgoda pacjenta*. Prokuratura i Prawo, 9: 42–54.
- Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (1996). *Zasady etyki medycznej*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Boratyńska, M., Konieczniak, P. (2001). *Prawa pacjenta*. Warszawa: Difin.



- Bunt, L., Hoskyns, S. (2004). *The Handbook of Music Therapy*. New York: Brunner-Routledge Taylor and Francis Group.
- Carmi, A. (2007). *Świadoma zgoda*. Wrocław: MedPharm.
- Cylulko, P. (red.). (2011). *Projekt ustawy o zawodzie muzykoterapeuty. Materiały do konsultacji środowiskowej*. Wrocław: Stowarzyszenie Muzykoterapeutów Polskich Zarząd Główny.
- Czuba, M. (2016). *Co napisał lekarz, a co rodzic przeczytał?* Medical Tribune, 5: 10–12.
- Deklaracja helsińska Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA). Etyczne zasady prowadzenia badań medycznych z udziałem ludzi, przyjęta przez 18 Zgromadzenie Ogólne Światowego Stowarzyszenia Lekarzy, Helsinki 1964 r. [Online:] [http://www.komisja-bioetyczna.com.pl/\\_files\\_/inne/Deklaracja\\_Helsi%C5%84ska\\_Swiatowego\\_Stowarzyszenia\\_Lekarzy.pdf](http://www.komisja-bioetyczna.com.pl/_files_/inne/Deklaracja_Helsi%C5%84ska_Swiatowego_Stowarzyszenia_Lekarzy.pdf) [dostęp: 20.05.2017].
- Deklaracja Praw Pacjenta Światowej Organizacji Zdrowia. [Online:] [http://www.bpp.waw.pl/deklaracja\\_praw\\_pacjenta\\_who.html](http://www.bpp.waw.pl/deklaracja_praw_pacjenta_who.html) [dostęp: 20.05.2017].
- Dileo, Ch. (2000). *Ethical thinking in music therapy*. New Jersey: Jeffrey Books.
- Kodeks Etyki Lekarskiej (2002). [W:] T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 320–321.
- Kodeks norymberski (2004). [W:] S.G. Post, *Encyclopedia of Bioethics*, t. 3, New York: Macmillan.
- Konwencja Rady Europejskiej o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 19 listopada 1996 r. [Online:] [http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts\\_and\\_documents/ETS164Polish.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf) [dostęp: 20.05.2017].
- Niemczyk, S., Łazarska, A. (2005). *Materialnoprawne elementy aktu zgody pacjenta w ujęciu prawnym i medycznym*. Prawo i Medycyna, 7; 2(19): 48–65.
- Sidorowicz, S. (2003). *Tezy do dyskusji nad deontologią zawodu muzykoterapeuty*. Muzykoterapia Polska, 2(6): 39–44.
- Stachyra, K. (2014). *Podstawy muzykoterapii*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Szulc, W. (2005). *Muzykoterapia jako przedmiot badań i edukacji*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz.U. 2017, poz. 2204).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. 2017, poz. 1318).
- Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz.U. 2001, nr 73, poz. 763).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. 2017, poz. 125).
- Zajdel, J. (2006). *Prawo w medycynie. Podręcznik dla lekarzy*. Łódź: Progress.