



POLSKIE
PISMO
MUZYKOTERAPEUTYCZNE

nr 2(2015)

Redaktor naczelna:

Ludwika Konieczna-Nowak

Sekretarz redakcji:

Sara Knapik-Szweda

Rada naukowa:

Elżbieta Galińska

Katarzyna Krason

Barbara Kamińska

Krzysztof Stachyra

Katarzyna Ruda

Anna Bukowska

Dominika Dopierała

Recenzenci numeru 2 – członkowie rady naukowej i redakcji Pisma

Redakcja techniczna, korekta:

Łucja Oś-Goś

Wydawca:

Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego

w Katowicach

Adres redakcji

Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego

Ul. Zacisze 3, 40-025 Katowice

Kontakt: muzykoterapia@am.katowice.pl

Spis treści

Stella Kaczmarek, KSZTAŁTOWANIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO MŁODZIEŻY ZA POMOCĄ IMPROWIZACJI GRUPOWYCH I INDYWIDUALNYCH W MUZYKOTERAPII. ZASTOSOWANIE MUZYKOTERAPII W PSYCHOSOMATYCE MŁODZIEŻY	4
Anna Flis, MUZYKOTERAPIA JAKO WSPARCIE ROZWOJU DZIECI NIESŁYSZĄCYCH.....	23
Martyna Rau, ROZPOZNANIE W MUZYKOTERAPII.....	50
Dominika Dopierała, OD „KIM JESTEŚMY?” DO „JAK SIĘ STAJEMY?” – POSZUKIWANIA TOŻSAMOŚCI I GRANIC KOMPETENCJI MUZYKOTERAPEUTY.....	68

**KSZTAŁTOWANIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO MŁODZIEŻY
ZA POMOCĄ IMPROWIZACJI GRUPOWYCH I INDYWIDUALNYCH
W MUZYKOTERAPII.
ZASTOSOWANIE MUZYKOTERAPII
W PSYCHOSOMATYCE MŁODZIEŻY.**

Stella Kaczmarek

Akademia Muzyczna im. Grażyny i Kiejstuta Bacewiczów w Łodzi

Streszczenie

Najczęściej muzykoterapię stosuje się między innymi w celu poprawy samopoczucia, niwelowania bólu i lęków, redukcji stresu czy też nauki nowych zachowań. O wiele rzadziej stosuje się muzykoterapię w profilaktyce zdrowia psychicznego oraz w zaburzeniach psychosomatycznych zarówno dorosłych, jak i dzieci oraz młodzieży. Improwizacje grupowe i indywidualne, nieformalne czy też ustrukturyzowane, mogą być stosowane w edukacji muzycznej jako środek i forma wspierająca psychikę młodego człowieka. Takie techniki muzykoterapeutyczne jak: indywidualne improwizacje tematyczne, odgrywanie ról, dialog muzyczny, są nastawione na sprawdzenie i ujawnienie konkretnych zachowań oraz mogą stanowić źródło wiedzy i punkt wyjścia do dalszych analiz i pracy z młodym pacjentem.

W pracy przedstawione zostaną przykłady improwizacji indywidualnych i grupowych mogących służyć młodzieży w celu ogólnego rozwoju zdrowia psychicznego oraz zdobywania wiedzy o niej. Improwizacje te mogą być stosowane między innymi w celu poprawy komunikacji, nauki asertywności, wspierania rozwoju pozytywnego egoizmu, umiejętności stawiania granic oraz pracy z własnymi emocjami. Umiejętności te należą do podstawowych zasobów wpływających na ogólny stan samopoczucia, psychikę i ciało młodego człowieka. Jest to ważne zwłaszcza w chorobach i zaburzeniach psychosomatycznych, w których istotną rolę odgrywają czynniki psychiczne i emocjonalne.

Słowa kluczowe: zdrowie psychiczne, psychosomatyka, muzykoterapia, improwizacje, młodzież.

Wstęp

Od dawien dawna człowiek był przekonany, że utrzymanie równowagi emocjonalnej jest ważne dla samopoczucia fizycznego. Związki ciała z duszą stały się czytelne dopiero pod koniec XIX wieku. To odkrycie skierowało uwagę badaczy, lekarzy i terapeutów na wzajemne relacje zachodzące na poziomie ciała – psychika (Wrześniński 2003, s. 501–502). Szczególnie w sytuacji niedomagania jednej z tych sfer (co ma miejsce na przykład w procesie dojrzewania) ważne wydaje się świadome panowanie nad wszystkimi procesami i zachodzącymi między nimi relacjami.

Jak donoszą badania, wiele zaburzeń ma swoją genezę w braku równowagi pomiędzy ciałem a duszą (Michalak, Trzcieniecka-Green 2006, s. 149). Natomiast czynniki psychiczne i emocjonalne odgrywają znaczącą rolę w genezie chorób (psycho)somatycznych. Ich wielość w obecnych czasach może wskazywać na kryzys cywilizacyjny (pośpiech, brak czasu na budowanie szczerych relacji, wysoki poziom wymagań zewnętrznych i tym podobne), który dotyka nie tylko dorosłych, lecz także coraz częściej nastolatki i młodzież.

Z pomocą mogą przyjść tutaj nie tylko techniki relaksacyjne (Jacobson, Schulz), lecz także metody arteterapeutyczne. Muzykoterapia ma tutaj wiele do zaoferowania. Przy pomocy improwizacji – zarówno indywidualnych, jak i grupowych – możemy uruchomić pewne procesy natury emocjonalnej u pacjentów, uświadomić im ich problemy (powód stresu i negatywnych emocji) oraz nauczyć nowych zachowań.

Kilka słów o muzykoterapii

W literaturze przedmiotu istnieje kilka definicji muzykoterapii. Jedna z nich mówi, że muzykoterapia jest jedną z form psychoterapii, opartą na werbalnej oraz pozawerbalnej aktywności muzycznej pacjenta (por. Galińska 1995). Muzykoterapia według niemieckiego towarzystwa muzykoterapeutycznego (Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft) jest określana jako „kontrolowane użycie muzyki w ramach relacji terapeutycznej w przywracaniu, ochronie i promocji zdrowia fizycznego i psychicznego” („Thesen zur Musiktherapie” Bundesarbeitsgemeinschaft [BAG] Musiktherapie in Deutschland 1998). Kontrolowane – w tym przypadku – znaczy celowe, przemyślane i usystematyzowane wykorzystanie środka, jakim jest muzyka. Relacja terapeutyczna oraz cele działań muzykoterapeutycznych wskazują na to, że pacjentami muzykoterapii mogą być zarówno osoby chore (przywracanie i ochrona zdrowia), jak i zdrowe (promocja i profilaktyka zdrowia). Według Światowej Federacji Muzykoterapii muzykoterapia:

jest świadomym wykorzystaniem muzyki i/lub jej elementów (dźwięk, rytm, melodia, harmonia) przez muzykoterapeutę i pacjenta, klienta lub grupę w procesie zaprojektowanym dla ułatwienia komunikacji, uczenia się, mobilizacji, ekspresji, koncentracji fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej i poznawczej, w celu rozwoju wewnętrznego potencjału oraz rozwoju lub odbudowy funkcji jednostki, aby mogła ona osiągnąć lepszą integrację intra- i interpersonalną, a w konsekwencji lepszą jakość życia (<https://muzykoterapia.wordpress.com/2010/03/12/witaj-swiecie/>).

Jak wynika z cytowanej definicji muzykoterapii, ważne są w niej trzy elementy. Pierwszy wskazuje na to, że muzykoterapia jest stosowaniem muzyki i jej elementów w celach leczniczych, mogących oddziaływać na wielu poziomach. Drugi element to szerokie stosowanie celów muzykoterapii (komunikacja, praca z emocjami, poprawa koncentracji i tym podobne). Trzecim natomiast jest chęć poprawy jakości życia pacjenta: czy to poprzez zmianę zachowań, naukę nowych postaw, czy też poprawę samopoczucia.

Celami muzykoterapii stosowanej/ogólnej (także w odniesieniu do pacjentów cierpiących z powodu zaburzeń psychosomatycznych) może być „uruchomienie pacjenta” w kilku wymiarach, między innymi w wymiarze poznawczym, emocjonalnym, społecznym, motywacyjnym, osobowościowym oraz psychomotorycznym.

Kilka słów o psychosomatyce

Psychosomatyka to „dział medycyny badający wzajemne związki między zaburzeniami psychicznymi i somatycznymi, a w szczególności uwarunkowania powstawania i leczenia zaburzeń psychosomatycznych” (Bilikiewicz 2005, s. 9-10). Andrzej Tylka (2000) stwierdza natomiast, że jest ona „dziedziną nauki i praktyki, której głównym zadaniem jest poznanie czynników mających znaczenie w etiologii, poznanie mechanizmów charakterystycznych dla poszczególnych jednostek chorobowych oraz wypracowanie specyficznych sposobów terapii” (s. 11). Jak widać z tej definicji psychosomatyka zajmuje się badaniem i leczeniem zaburzeń i chorób psychosomatycznych, czyli takich, które swoją etiologię mają w somatyce.

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) choroby psychosomatyczne to „choroby przebiegające albo pod postacią zaburzeń funkcji, albo zmian organicznych dotyczących poszczególnych narządów czy układów, w przebiegu których czynniki psychiczne odgrywają istotną rolę w występowaniu objawów chorobowych, ich zaostrzeniu i zejściu choroby” (Wrzesiński 2003). Do chorób psychosomatycznych zalicza się między innymi: zaburzenia odżywiania (jadłowstręt psychiczny, otyłość, bulimia), zaburzenia żołądkowo-jelitowe (zespół jelita wrażliwego, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, biegunka emocjonalna), choroby układu krążenia (niektóre przypadki nadciśnienia tętniczego, choroba wieńcowa,

choroba niedokrwienna serca), alergie, atopowe zapalenie skóry, astma oskrzelowa, migreny (napięciowe bóle głowy), zaburzenia snu i inne (ICD-10).

Psychosomatyka wywodzi się z połączenia wyrazów *psyche* (psychika) i *soma* (ciało). Termin ten został użyty po raz pierwszy w 1818 roku przez Johanna Ch. Heinrotha (1773–1843) (Tylka 2000, s. 12). Jednak pojęcia „zaburzenia psychosomatyczne” i „medycyna psychosomatyczna” zostały ogólnie przyjęte dopiero kilkadziesiąt lat temu, po tym jak w 1922 roku wiedeński psychoanalityk Felix Deutsch użył przymiotnika „psychosomatyczny”, a medycynę psychosomatyczną zdefiniował jako „psychoanalizę stosowaną” (Szewczyk, Skowrońska 2003). Od tego momentu zależności psychosomatyczne stały się integralną częścią większości dyscyplin medycyny klinicznej.

Psychosomatyka zaleca całościowe, holistyczne traktowanie organizmu człowieka, kompleksowe ujmowanie problemów człowieka chorego oraz badanie wzajemnego wpływu sfery psychicznej oraz somatycznej pacjenta. Choroba psychosomatyczna to schorzenie, w którym uszkodzenia organiczne są przede wszystkim konsekwencją zaburzeń emocjonalnych. Za choroby psychosomatyczne uważa się ogół zaburzeń, które zostały spowodowane zwiększeniem stanu normalnej i fizjologicznej ekspresji emocji, których podłożem są czynniki psychiczne – zwłaszcza emocjonalne. Częste występowanie niektórych emocji może powodować rozstrojenie normalnych funkcji ustroju, a w konsekwencji prowadzić do powstania zmian chorobowych.

W przypadku wielu zaburzeń somatycznych, także silny i długotrwały stres powoduje powstanie i utrzymywanie się objawu somatycznego (Terelak 2001). W niektórych zaburzeniach komponent emocjonalny jest bezpośrednią przyczyną powstawania problemu, w innych – tylko składową kilku różnych czynników. Zaburzenia psychosomatyczne są bowiem często wyrazem tłumionych emocji, konfliktów, zwłaszcza złości, lęku, poczucia winy (por. Wrzesiński 2003, s. 510). Niezaprzeczalnie w powstaniu i przebiegu choroby psychosomatycznej ważną rolę odgrywają zarówno czynniki psychiczne, biologiczne, jak i społeczne, wpływające na indywidualną podatność danej osoby na zachorowanie na różnego rodzaju choroby.

Zaburzenia i choroby psychosomatyczne stanowią nie do końca zbadane zagadnienie. Można odczytać je jako sygnał, który organizm wysyła pacjentowi. Jeśli pewne trudności emocjonalne nie mają dostępu do świadomości chorego, wówczas odzywa się jego ciało. Zaburzenie psychosomatyczne to znak, że jakiś fragment nie funkcjonuje tak, jak powinien, że gdzieś w życiu emocjonalnym człowieka należy coś usprawnić, polepszyć, zmienić. Odpowiednio leczone zaburzenie psychosomatyczne może być czynnikiem służącym rozwojowi pacjenta, który skłoni

go do rozwiązania konfliktów emocjonalnych, do lepszego poznania samego siebie, wpłynie na poprawę stylu i jakości życia oraz nauczy troszczyć się nie tylko o ciało, lecz także o emocje.

Istnieje kilka podejść do zaburzeń psychosomatycznych (Reber, Reber 2005, s. 630). Z jednego – szerokiego – punktu widzenia rozróżnia się trzy podkategorie zaburzeń:

- a) zaburzenia związane z cechami osobowości jednostki (na przykład osoby o wysokim stopniu niepokoju wykazują większą zachorowalność na choroby układu oddechowego);
- b) zaburzenia ściśle związane ze sposobem życia danej jednostki (na przykład osoby pracujące w zawodach wysoce stresujących chorują na nadciśnienie i zaburzenia czynności żołądkowych);
- c) zaburzenia przejawiające się przede wszystkim zwiększoną reakcją na substancje i warunki środowiska (na przykład alergie, które – chociaż wywoływane przez obce substancje – są różnie odczuwane w zależności od czynników psychicznych).

Istnieje jednak jeszcze inny ogólny punkt widzenia, który opiera się na założeniu, że objawy wszystkich zaburzeń somatycznych są w pewnym stopniu pochodzenia psychicznego. W chorobach somatycznych czynniki psychiczne rozpatruje się z dwóch perspektyw: jako skutek lub jako przyczynę. Dlatego w literaturze można znaleźć podział na:

1. Zaburzenia psychosomatyczne – czyli takie, w których choroba fizyczna została wywołana głównie czynnikami psychicznymi.
2. Zaburzenia somatopsychiczne – czyli takie, w których choroba fizyczna oddziałuje na kondycję psychiczną pacjenta (na przykład powstanie depresji u pacjenta z cukrzycą).

Podział zaburzeń psychosomatycznych według Elżbiety Ścigały (1993) wygląda następująco (za: Tylka 2000, s. 121-122):

3. Choroby, dla których czynnikami etiologicznymi jest bodziec psychiczny (nerwice wegetatywne, nawykowe, wymioty, jadłowstręt, niektóre postaci otyłości).
4. Choroby, dla których czynnikami etiologicznymi jest uraz psychiczny (choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, zapalenie jelita grubego, dychawica oskrzelowa, choroby alergiczne).
5. Choroby, dla których czynniki psychiczne zaostrzają proces chorobowy (cukrzyca, nadczynność tarczycy, gościec pierwotnie przewlekły).

Kilka słów o młodości

Nudności, biegunka, ból głowy czy brzucha u dziecka nie zawsze są symulowane, jak twierdzą rodzice, ale mogą stanowić przejaw reakcji emocjonalnych dziecka – jego lęków, strachu,

niepokoj, niepewności, bezradności, tłumionego gniewu czy złości. Co więcej, wszystkie te symptomy mogą świadczyć o zaburzeniach psychosomatycznych (por. Szewczyk, Skowrońska 2003).

Wspólnym mianownikiem większości zaburzeń psychosomatycznych u dzieci i młodzieży jest lęk. Dzieci przestraszone mogą nie mówić wprost o strachu, ale wyrażać niepokój w swoim ciele, na przykład skarżąc się na ból serca, zmęczenie, zaparcia, nudności, wymioty, ból brzucha czy zapalenie ucha. Jest to ważne, ponieważ każda emocja (gniew, lęk, radość, smutek) manifestuje się w zachowaniu, ruchach, mimice, gestach, posturze ciała, ale znajduje też swoje odzwierciedlenie w czynnościach fizjologicznych i pracy narządów. Ponadto niektóre objawy chorób psychosomatycznych mogą korespondować z takimi przeżyciami dziecka i nastolatka, jak na przykład zmiana środowiska, przeprowadzka, nowa szkoła, narodziny młodszego rodzeństwa, śmierć dziadków, brak akceptacji w szkole, częste klótnie rodziców, separacja/rozwód rodziców, utrata przyjaciela czy jakakolwiek inna znacząca zmiana w jego życiu (Wrzeński 2003).

Praca z nastolatkami – w przeciwieństwie do dzieci – posiadającymi dolegliwości typu somatycznego jest prostsza, ponieważ nastolatek może już otwarcie mówić o swoich problemach czy dyskomforcie fizycznym. Współczesne nastolatki, mimo młodego wieku, borykają się z wieloma problemami – czasami równie poważnymi, jak problemy ludzi dorosłych. Najczęstszy problem współczesnej młodzieży to brak akceptacji ze strony rówieśników. Młodzi ludzie pragną być lubiani, szanowani i akceptowani takimi, jacy są (Boni 2011). Niestety nie zawsze jest to możliwe. Ponadto zmagają się z dużą presją otoczenia, dotyczącą nie tylko edukacji i wykształcenia (dobre oceny, ukończenie szkoły, znajomość kilku języków obcych, posiadanie wielu dodatkowych umiejętności), lecz także życia prywatnego oraz wyglądu zewnętrznego. Wielkim zagrożeniem współcześnie żyjących młodych ludzi są używki (narkotyki, alkohol, dopalacze i tym podobne) bądź uzależnienie od nowych mediów (gier komputerowych, Internetu, profili społecznościach, telefonu i innych). Niezależnie od postępu cywilizacyjnego i technologicznego problemy rodzinne ciągle zaprzatają głowę dzieci i młodzieży. Jakość wzajemnych stosunków interpersonalnych, stopień okazywanego zainteresowania problemami dziecka, stopień zrozumienia i akceptacji dziecka, czas dla niego poświęcony czy też umiejętność rozmowy z dzieckiem stanowią główne antidotum łagodzące problemy wieku dojrzewania. Deficyty emocjonalne w tym zakresie mogą jedynie pogłębiać dotychczasowe symptomy chorobowe. Równie niebezpieczne jest także nadmierne zainteresowanie, nadopiekuńczość, narzucanie własnego zdania przez rodziców, brak respektowania marzeń i celów młodego człowieka oraz wyřęczanie go we wszystkim. Ostatnim problemem współczesnego pokolenia

młodzieży są zaburzenia natury emocjonalnej (Boni 2011). W młodym wieku łatwo się jest czymś przejmować ponad miarę, coś zrozumieć zbyt dosłownie i zbyt dosadnie, obrazić się na przyjaciela za drobnostkę czy też nie panować nad emocjami w trudnych sytuacjach.

Muzykoterapia w psychosomatyce

Zastosowanie muzykoterapii w medycynie psychosomatycznej ma swoje korzenie zarówno w psychoanalizie, jak i w terapii behawioralnej. Pierwsze próby wykorzystania muzykoterapii w stacjonarnym leczeniu pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi dokonał w 1927 roku Ernst Simmel (Münzberg 2010, s. 11). Od lat 80. muzykoterapia jest chętnie wykorzystywaną formą psychoterapii w Niemczech, szczególnie w leczeniu schorzeń somatycznych i psychosomatycznych (Kächele i in. 2003, s. 155; Münzberg 2010, s. 12). „W coraz większym stopniu w stacjonarnych szpitalach/klinikach psychoterapeutycznych są obecne różne podejścia terapeutyczne (multimodalne), które doskonale się uzupełniają, tak jak różne głosy w orkiestrze” (Münzberg 2010, s. 12).

Z problemem zastosowania muzykoterapii w psychosomatyce, ewentualnie medycynie psychosomatycznej, zajmowali się w Niemczech Christian Münzberg (2010), Horst Kächele i współpracownicy (2003) oraz Ulrich Erlinger (1995). Problem zadowolenia z terapii oraz jakościowego stosunku terapeuty – pacjenta w diagnostyce i leczeniu psychosomatycznym dzieci i młodzieży badała Christine Schirber (2011), natomiast metodyczne koncepcje grupowej muzykoterapii w psychosomatyce w swoich pracach przedstawili między innymi: Anette Terpe (2008), Andreas Nagel (2000), Ulrike Noffke (1997) i Andreas Espelkott (1997). Muzykoterapia pozwoliła pacjentom z zaburzeniami psychosomatycznymi w 85 procentach zmniejszyć dolegliwości somatyczne oraz nudności, a także zwiększyć odporność i ogólnie poprawić nastrój (Kächele i in. 2003, s. 163-164).

W Polsce aspektami zastosowania muzykoterapii w pracy z pacjentami z zaburzeniami psychotycznymi (zaburzenia nerwicowe) oraz psychosomatycznymi w psychiatrii zajmuje się od lat Elżbieta Galińska (1994, 1995, 1997, 2001), pracując metodą portretu muzycznego (więcej na ten temat: Stachyra 2012a). Marta Siepsiak (2014) stosuje w swojej praktyce muzykoterapeutycznej muzyczny trening twórczości na oddziale rehabilitacji psychosomatycznej, natomiast Stella Kaczmarek i Norbert Kieslich (2010; por. także Kaczmarek 2011) opublikowali badania dotyczące zadowolenia ze stosowania muzykoterapii aktywnej wśród dorosłych pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi.

Zastosowanie improwizacji w muzykoterapii

Wiele źródeł w literaturze przedmiotu podaje, iż centralną metodą muzykoterapii aktywnej są improwizacje instrumentalne i wokalnie-instrumentalne (Bruscia 1987; Wigram 2004; Cesarz 2012). Muzykoterapia improwizowana, ewentualnie improwizacje muzyczne były i są często stosowane w muzykoterapii Orffa, muzykoterapii kreatywnej (Nordoff, Robbins 2008) bądź w terapii analitycznej (Priestley 1983).

W muzykoterapii aktywnej twórcą muzyki jest sam pacjent – w odróżnieniu do muzykoterapii receptywnej, w której korzysta się z gotowych już nagrań oraz utworów muzycznych (Wigram, Grocke 2006). Dlatego też każda improwizacja jest wyjątkowa i niepowtarzalna. Nie ma dwóch takich samych produkcji, tak jak nie ma dwóch takich samych ludzi – każdy jest wyjątkowy. Każda improwizacja będzie dla pacjenta indywidualną próbą i eksperymentem postrzegania siebie, próbą przekraczania własnych granic i możliwości oraz nieustannym poszukiwaniem siebie; próbą poznania siebie poprzez muzykę (por. Hegi 2010, s. 137). Innymi słowy improwizacja muzyczna jest pewnego rodzaju doświadczeniem, który przybiera formę muzycznej wypowiedzi, oraz słyszalną wymianą pomiędzy tym, co wewnętrzne, a tym, co zewnętrzne (Hegi 2010, s. 152).

Istnieje bardzo wiele technik improwizacyjnych, które służą muzykoterapeutom w ich codziennej pracy. Mają one na celu nawiązanie kontaktu muzycznego między terapeutą a pacjentem. Istnieje wiele rodzajów improwizacji – mogą one być:

- swobodne bądź strukturyzowane;
- wolne tematycznie lub odnoszące się do tematu podanego przez terapeuta;
- solowe, ansamblowe bądź grupowe;
- instrumentalne bądź wokalne.

Różnorodność rodzajów improwizacji ma za zadanie pobudzenie ekspresji i kreatywności u pacjentów. Istnieje wiele rodzajów czynności ekspresyjnych, które mogą być między innymi: muzyczne, słowno-muzyczne, muzyczno-ruchowe, plastyczne, słowne czy mimiczne. Wszystkie je można stosować podczas sesji muzykoterapeutycznych. Wszelkie formy ekspresji szeroko stosowane w psychoterapii mają między innymi następujące cele (Hegi 2010, za: Cesarz 2008, s. 25):

- rozwój wyobraźni twórczej, emocjonalności, procesów poznawczych oraz psychomotoryki;
- rozwój wrażliwości estetycznej;

- uczenie się prawidłowej komunikacji;
- wzmacnianie poczucia własnej wartości, rozwój potencjału pacjenta;
- poprawa jakości życia.

Improwizacja w muzykoterapii przybiera najczęściej formę wspólnym improwizacji, w której to następuje komunikacja na poziomie niewerbalnym (komunikacja poprzez muzykę) z pacjentem/klientem (por. Timmermann 2008, s. 64). Improwizacja w muzykoterapii nie ma prowadzić do stwarzania „pięknej muzyki”, lecz do poczucia wspólnoty (zwłaszcza w improwizacjach grupowych) oraz do bliskości, budowania zaufania i poczucia bezpieczeństwa – zwłaszcza w improwizacjach solowych. Improwizacja muzyczna jest bardzo naturalną, spontaniczną metodą muzykoterapeutyczną, która uczy słuchania drugiej osoby, wchodzenia w interakcje, zachowań niekonformistycznych oraz doświadczania siebie w muzyce. W komunikacji niewerbalnej ważne jest zarówno „słuchanie zewnętrzne” (Nach-aussen-Hören, czyli słuchanie innych, ważne szczególnie w improwizacjach grupowych), jak i „słuchanie wewnętrzne” (Nach-innen-Hören, słuchanie siebie, ważne zwłaszcza w improwizacjach indywidualnych) (por. Hegi 2010, s. 110).

Improwizacje instrumentalne, najczęściej stosowane w muzykoterapii aktywnej (produkcja dźwięków na instrumentach perkusyjnych), służą przede wszystkim „doświadczaniu siebie i wyrażaniu siebie” w grze solo bądź z inną osobą (por. Łuciuk-Wojczuk 2010, s. 113). Najważniejszą rzeczą w improwizacjach instrumentalnych jest możliwość doświadczenia przez pacjenta siebie w nowej relacji, „odkrywanie siebie” na nowo, dowiadywanie się czegoś nowego o sobie (sposobach reakcji, postrzeganiu, nastawieniu); wchodzenie w relacje z drugą osobą (innym pacjentem, muzykoterapeutą); przyjmowanie różnych ról (nauka nowych zachowań, wypróbowywanie nowych zachowań) czy też kształtowanie nowego sposobu postrzegania siebie (zwłaszcza w improwizacjach solowych) (por. Stachyra 2012b, s. 76 i nn.).

Ale zapytajmy, co daje improwizacja? Muzykoterapia, a idąc dalej – muzykoterapia oparta na improwizowaniu (na improwizacji) stwarza wolną przestrzeń do wypowiedzi pacjenta, zakładając, że to, co w nim wewnętrzne, uzewnętrzni się w działaniu w sposób swobodny, autonomiczny i aktywny. Improwizacje instrumentalne i ruchowe według Heleny Cesarz (2008, s. 23) mogą w bardzo łatwy i przystępny sposób kształtować i rozwijać potencjał twórczy każdego człowieka.

Oprócz szeroko wyżej wymienionej improwizacji indywidualnej często w muzykoterapii aktywnej stosuje się improwizacje grupowe. Grupowa improwizacja muzyczna według Bruscii (1998) umożliwia między innymi (Stachyra 2012b, s. 78):

- ustanowienie niewerbalnego kanału komunikacji;
- zrozumienie, czym jest autoekspresja oraz kształtowanie tożsamości;
- zgłębienie różnych aspektów siebie w relacji z innymi;
- rozwijanie zdolności do wchodzenia w bliskie relacje z innymi;
- rozwijanie umiejętności grupowych;
- rozwijanie kreatywności, doświadczania wolności, spontaniczności, zabawy, przyjemności;
- stymulowanie i rozwijanie zmysłów;
- rozwijanie zdolności percepcyjnych i poznawczych.

Wychodzi się z założenia, że każdy człowiek jest w stanie grać na prostych instrumentach muzycznych, a tym samym potrafi improwizować. Na terapii muzyką istnieje zasada, iż wszystkie wytwory muzyczne pacjentów są dobre, nie ocenia się ich; każdy gra dobrze to, co w danej chwili czuje. W improwizacji należy także wprowadzać zasady. Jedną z ważniejszych jest zasada „tu i teraz” oraz tworzenie „zasad gry”, które są bardzo istotne (zwłaszcza w improwizacjach grupowych). Jedną z nich może być zasada „słuchania zarówno siebie, jak i innych w trakcie gry”, zasada przestrzegania danego metrum improwizacji, zasada dopasowania się w celu stworzenia harmonii w grze czy też zasada kolejności wejść.

Opis pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi

Pacjenci somatyczni – także ci znajdujący się wieku młodzieńczym – przejawiają często wspólne zachowania, które można scharakteryzować w następujących sposób:

- izolacja, socjalne wycofanie;
- brak umiejętności rozwiązywania problemów/konfliktów oraz strategii radzenia sobie z nimi;
- brak asertywności i mówienia „nie”;
- niska samoocena, brak wiary we własne siły i możliwości;
- brak umiejętności pokazywania i przeżywania emocji, tłumienie emocji, brak umiejętności mówienia o nich, ich komunikowania;
- nerwowość, pesymizm, stany depresyjne, lęki;
- wysokie wymagania wobec siebie, duże poczucie kontroli, przesadna chęć osiągnięć, perfekcjonizm, duże ambicje;
- niska odporność na stres, dużo stresu i napięć;

- niewielka świadomość własnych potrzeb, pragnień, marzeń oraz uczuć (Tonn 2010, s. 34; Szewczyk, Skowrońska 2003).

Dodatkowo można powiedzieć, iż młodzi pacjenci psychosomatyczni często nie posiadają umiejętności stawiania granic, mają problemy z komunikacją, nie wierzą w siebie, brak im czasu dla siebie oraz nie potrafią się relaksować. Pacjenci depresyjni, lękowi, osobowościowi, strauumatyzowani w większości nie posiadają umiejętności odpowiedniego odreagowania stresu (na przykład poprzez ruch, aktywność sportową, medytację, hobby, indywidualne zainteresowania) oraz wszystkich innych codziennych napięć życiowych.

Przykłady zastosowania improwizacji w muzykoterapii aktywnej w pracy z młodzieżą

U młodych pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi muzykoterapię stosuje się ogólnie w celu poprawy samopoczucia, nauki nowych zachowań, zmiany nastawienia, redukcji stresu czy też nauki relaksu. Wzmocnienie, aktywacja pokładów wewnętrznych oraz tworzenie nowych sił wewnętrznych będą drugim dużym celem stosowania muzykoterapii. Trzecim będzie poprawa (wzmocnienie) komunikacji oraz aktywizowanie emocjonalne (nauka pokazywania odczuwanych emocji i uczuć oraz zwiększenie dostępu do własnych emocji). Dodatkowo muzykoterapia aktywna może być stosowana w celu poprawy koncentracji, motywacji, wspierania kreatywności oraz ogólnego umuzykalnienia młodzieży.

W zależności od wieku, grupy pacjentów oraz schorzenia (diagnozy) celami muzykoterapii będą: zmniejszenie odczuwanego bólu oraz dolegliwości cielesnych i somatycznych, wzmocnienie poczucia zdrowia, własnej wartości i poczucia satysfakcji, stabilizacja osobowości oraz osiągniętych umiejętności, ewentualnie celów życiowych.

W pracy z jeszcze niepełnoletnimi pacjentami z zaburzeniami psychosomatycznymi (w Polsce nazywanymi pacjentami niepsychotycznymi) wachlarz stosowanych środków, metod i technik muzykoterapeutycznych będzie bardzo szeroki. Takie techniki muzykoterapeutyczne, jak: indywidualne tematyczne improwizacje, odgrywanie ról, dialog muzyczny, są nastawione na sprawdzenie i ujawnienie konkretnych zachowań i mogą stanowić źródło wiedzy lub punkt wyjścia do dalszych analiz i pracy z pacjentem. Zwłaszcza improwizacje grupowe i indywidualne, nieformalne czy też ustrukturyzowane, mogą być stosowane w muzykoterapii jako środek i forma wspierająca psychikę pacjenta psychosomatycznego.

W terapii pacjentów cierpiących na zaburzenia psychosomatyczne w wieku 12–18 lat ważne jest skupienie się na zasobach wewnętrznych pacjenta. Ważne będzie ukazanie pacjentowi

jakichkolwiek pozytywnych doświadczeń (z przeszłości) z zakresu zasobów wewnętrznych na poziomie:

- orientacji i kontroli;
- związków, zależności, wsparcia zewnętrznego i wewnętrznego;
- radości życia, zwiększania satysfakcji z życia, polepszenia jego jakości;
- pozytywnego obrazu siebie.

Innym ważnym elementem w pracy muzykoterapeuty z młodymi pacjentem z zaburzeniami psychosomatycznymi jest poprawa komunikacji (o czym była mowa w celach socjalnych muzykoterapii). Muzyka – jako źródło komunikacji niewerbalnej – idealnie nadaje się do tego zadania. We wzajemnym wykonywaniu i przeżywaniu improwizacji powstaje ogrom możliwości do komunikacji na wielu poziomach oraz możliwości inscenizowania bądź rozumienia naszego zachowania komunikacyjnego czy tworzenia związków (Smeijsters 1994). Jedną z polecanych improwizacji na temat komunikacji jest „muzyczne odgrywanie ról”. Takim przykładem może być dialog muzyczny na temat „Moja komunikacja / Moje problemy z komunikacją” bądź odgrywanie ról, psychodrama muzyczna, dialog muzyczny na temat „Moja ostatnia rozmowa z... (mama/tatą, bratem/siostrą, nauczycielem/trenerem i tym podobne)”. Dialog muzyczny jest często wykorzystywaną techniką w muzykoterapii aktywnej, ponieważ wprowadza konieczność komunikacji i interakcji pomiędzy pacjentami (konieczność oddziaływania na siebie poszczególnych osób) oraz angażuje emocjonalnie grającego i adresata (por. Cesarz 2003, s. 8).

Kolejnym rodzajem improwizacji ansamblowych (zespołowych) na problemy komunikacyjne jest gra w małych grupach (sposrzeganie związków, budowanie więzi), na przykład leading-following improvisation (Leiter-Begleiter-Improvisation), czy też swobodne improwizacje w małych dwu-, trzypersonowych grupach pacjentów. Ten rodzaj improwizacji umożliwia pacjentom wchodzenie w różne role (na przykład kierownika grupy, lidera, towarzysza-akompaniatora, obserwatora i tym podobne).

Wielu młodocianych pacjentów cierpiących na zaburzenia psychosomatyczne – mimo ich młodego wieku – straciło „dostęp” do samego siebie, do świata swoich emocji, marzeń, potrzeb oraz pragnień (bądź nigdy wcześniej go nie miało). Pacjenci pytani o to, co ostatnio dla siebie zrobili przyjemnego, najczęściej milczą. W muzykoterapii grupowej pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi ważne jest, aby pacjenci ci zaczęli „słuchać” siebie, swoich potrzeb, słuchać sygnałów płynących z ich ciała oraz starali się nie oglądać na innych, nie dostosowywać się do potrzeb innych osób (najczęściej członków rodziny: mamy, taty czy brata). W celu odnowy

zablokowanych zasobów wewnętrznych, podniesienia wiary we własne siły i możliwości warto zastosować tematyczne improwizacje indywidualne. Przykładowym tematem może być tutaj improwizacja pod tytułem „Mój najszczęśliwszy dzień w życiu”, „Moja najwspanialsza podróż”, „Moje plany na przyszły rok” czy też „Moje ulubione sposoby na spędzanie czasu wolnego”.

W celu podniesienia niskiej samooceny oraz podwyższenia wiary we własne siły warto zastosować technikę pod tytułem Fremddarstellung. Polega ona na zagranie przez innego pacjenta (kolegę/koleżankę z grupy) krótkiej improwizacji na nasz temat. Improwizacja ta powinna zawierać wiele pozytywnych cech naszego charakteru i ewentualną prośbę („życzyłbym/życzyłabym sobie, abyś...”) o zastanowienie się nad konkretnym zachowaniem (na przykład „życzyłabym sobie, abyś częściej się uśmiechał”). W ten sposób możemy dowiedzieć o sobie wielu miłych i nowych rzeczy, których: 1) sami nie dostrzegamy bądź 2) o nich zapomnieliśmy. Ćwiczenie to daje pacjentom – w każdym wieku – wiele radości, pozwala im na uśmiech, utwierdza ich w przekonaniu, że są coś warte, wiele znaczą dla innych, mają wiele korzystnych cech, są pozytywnie odbierani przez pacjentów w grupie.

Aby zapobiegać w przyszłości rozwojowi chorób psychosomatycznych, warto nauczyć nastolatka, jak powinien radzić sobie ze stresem. W celu nauki odreagowania stresu dobrze sprawdza się tematyczna improwizacja indywidualna na temat „Moje źródło stresu, reakcje organizmu na stres i sposoby jego odreagowania”, która składa się z trzech części. W pierwszej części młodzi pacjenci są proszeni o zagranie na wybranych instrumentach przyczyn stresu, opisanie stresora (stres zewnętrzny czy wewnętrzny). Druga część improwizacji opowiadać będzie o reakcjach ciała spowodowanych reakcją stresową (Co się ze mną dzieje? Jak reaguje moje ciało? Jakie odczuwam symptomy stresu: ból brzucha, pocenie się, suchość w gardle?). Ostatnia część improwizacji jest poświęcona sposobom odreagowania stresu, z czym pacjenci mają najczęściej problem (Kiedy najczęściej odczuwam stres – w jakich sytuacjach? Co wtedy najczęściej robię? Jak i co czuję, gdy zjada mnie stres? Jakich technik relaksacyjnych używam? W jaki sposób odreaguję to napięcie?). Nastolatek może stosować w celu uspokojenia emocji bądź techniki relaksacyjne, bądź techniki oddechowe (głęboko oddychać) albo wybrać się po prostu na długi spacer.

Jednym z ważniejszych problemów pacjentów cierpiących na zaburzenia psychosomatyczne jest brak asertywności i umiejętności mówienia „nie”. Z tym problemem wiąże się także brak umiejętności stawiania granic. Muzykoterapia aktywna i w tym przypadku ma coś do zaoferowania. Zadaniem terapii – także z użyciem muzyki – jest nauka nowych zachowań. Podczas improwizacji tematycznej/dialogu instrumentalnego/psychodramy pod tytułem „umiejętność mówienia NIE” pacjenci mogą w parach sprawdzić, czy ich odmowa jest tak

konkretna, silna, jednomyślna, zdecydowana, jak myślą. Często podczas tego zadania dochodzi do konfrontacji między naszym postrzeganiem zachowania a jego odbiorem w otoczeniu (tak zwany dysonans poznawczy). Ćwiczenie to pozwala na naukę bądź wypróbowanie nowych zachowań, to jest wczucie się w kogoś, kto potrafi odmówić; pozwala poczuć to i zreflektować.

Kolejnym ważnym elementem w pracy z młodymi pacjentami z zaburzeniami psychosomatycznymi jest nauka „pozytywnego egoizmu”, czyli nauka dbania o siebie, myślenia o sobie oraz spełniania swoich marzeń, pragnień i potrzeb. W tym celu dobrze sprawdza się ponownie improwizacja indywidualna, tym razem na temat „Co robię dla siebie, czyli mój egoizm”. Nauka „pozytywnego egoizmu” jest także bardzo skuteczna poprzez zastosowanie techniki zaczerpniętej z muzykoterapii receptywnej – Song Lyric Discussion. Znalezienie odpowiedniej piosenki, z pasującym tekstem omawiającym tę tematykę, sprzyjać będzie pobudzeniu dyskusji, refleksyjności oraz emocjonalności młodych pacjentów.

Biorąc pod uwagę potrzeby niepełnoletnich pacjentów cierpiących na zaburzenia psychosomatyczne, w celu pobudzenia ich fantazji, wyobraźni, ogólnego uwrażliwienia oraz nauki słuchania siebie i innych (czyli celu poznawczego i społecznego terapii muzyką), ważne będzie stosowanie następujących technik muzykoterapeutycznych (Tonn 2010, s. 35):

- „dywan dźwiękowy” (pozytywne doświadczanie dźwięków);
- „przeciwko sobie – razem” (dynamika i regulacja grupy);
- gra solo jednego pacjenta z towarzyszeniem grupy;
- solo-tutti, tutti-duo, tutti-trio (spostrzeganie rezonansów grupowych);
- gra kontrastów, na przykład cicho – głośno, wysoko – nisko (likwidacja napięcia);
- swobodne improwizacje grupowe, na przykład burza, pory roku (regulacja afektów i napięcie);
- dialog muzyczny w grupach/dialog instrumentalny;
- muzykodrama (Cheryl Maranto);
- muzyczny portret (Elżbiety Galińskiej);
- wizualizacja kierowana z muzyką (Guided Imagery and Music), grupowa wizualizacja muzyczna;
- muzyka na życzenie (muzyka receptywna, słuchanie nagrań, analiza tekstu piosenek, czyli Song Lyric Discussion).

Podsumowanie

Dzięki swojej wszechstronności muzykoterapia aktywna, a zwłaszcza muzykoterapia improwizowana, bardzo dobrze się sprawdza w pracy z pacjentami mającymi somatyczne problemy – także w młodym wieku. Improwizacje z pacjentami z zaburzeniami psychosomatycznymi mogą być stosowane między innymi w celu poprawy komunikacji, nauki umiejętności mówienia „nie”, nauki asertywności, wspierania rozwoju pozytywnego egoizmu, umiejętności stawiania granic oraz pracy z własnymi emocjami. Umiejętności te wpływają na ogólny stan samopoczucia, psychikę i ciało nastolatka.

Przewidywanym efektem terapeutycznym stosowania improwizacji na sesjach muzykoterapeutycznych będzie w pierwszej kolejności uświadomienie sobie źródła problemu przez młodego pacjenta oraz szeroko rozumiana nauka „samego siebie”. U pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi w wieku dojrzałym głównym celem byłaby nauka refleksyjności, lecz trudno wymagać jej od nastolatków z niewykształconą jeszcze osobowością, będących na drodze do „poszukiwania” samego siebie. Efektem wtórnym stosowania improwizacji może być uwolnienie głęboko skrywanych emocji i uczuć, nauka okazywania gniewu i złości, radzenia sobie z agresją, odreagowanie negatywnych spięć czy też rozładowanie napięć emocjonalnych. Co ważne, poprzez improwizacje (instrumentalne bądź wokalne) pacjent poznaje siebie, swoje reakcje, potrzeby i uczy się je sygnalizować we własnym otoczeniu.

Można zatem stwierdzić, że improwizacje instrumentalne (wokalne, plastyczne, ruchowe) wspomagają proces terapeutyczny oraz przyczyniają się do nauki nowych wzorców zachowań (wypróbowanie nowych wzorców podczas improwizacji), jak też nauki rozwiązywania problemów (przez pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi i nie tylko). Jest szczególnie ważne w wieku, kiedy to każda drobnostka urasta do wagi wielkiego, życiowego problemu. Umiejętność rozwiązywania problemów i rozmawiania o nich, a także komunikowania ich otoczeniu są zatem jednymi z ważniejszych celów terapii młodego człowieka.

Podsumowując, muzykoterapia aktywna jest sprawdzoną metodą w terapii pacjentów cierpiących na zaburzenia psychosomatyczne w każdym wieku. Powinno się ją szeroko stosować na oddziałach szpitalnych, rehabilitacyjnych i leczniczych u wszystkich, którzy posiadają diagnozę bądź też odczuwają symptomy zaburzeń psychosomatycznych.

Bibliografia

Bilikiewicz, A. (red.). (2005). *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- Boni, M. (red). (2011). *Raport Młodzi 2011*. Warszawa: Kancelaria Prezesa Rady Ministrów.
- Bruscia, K. E. (1998). *Defining Music Therapy*. Phoenixville: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (1987). *Improvisational Models of Music Therapy*. Springfield: Charles C Thomas Pub Ltd.
- Cesarz, H. (2003). Muzykoterapeuta dźwiękiem mówiący, czyli kilka refleksji na temat komunikacji za pomocą instrumentu. *Muzykoterapia Polska*, 2(6), 7–12.
- Cesarz, H. (2008). Kreatywność w muzykoterapii. W: W. Karolak, B. Kaczorowska (red.), *Arteterapia w medycynie i edukacji* (s. 23–28). Łódź: Wydawnictwo WSHE.
- Cesarz, H. (2012). Wybrane metody i techniki muzykoterapii w pracy z osobami zaburzonymi psychicznie. W: K. Stachyra (red.), *Podstawy muzykoterapii* (s. 185–202). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Muzykoterapia. (2010). *Definicja muzykoterapii*. Pobrane z: <https://muzykoterapia.wordpress.com/2010/03/12/witaj-swiecie/> [data dostępu: 18.10.2014].
- Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft. (1998). *Definition – Berufsbild – Geschichte*. Pobrane z: <http://www.musiktherapie.de/index.php?id=18> [data dostępu: 15.07.2014].
- Erlinger, U. (1995). *Stellenwert der Musiktherapie in der Psychotherapie und der Psychosomatik*. Essen: Univ. Diss.
- Espelkott, A. (1997). *Musiktherapie als gruppentherapeutisches Verfahren in einer Station für Psychosomatik und Psychotherapie*. Berlin: Hochschule der Künste.
- Galińska, E. (1994). Ocena niektórych aspektów efektywności metody portretu muzycznego na tle analogicznych metod psychoterapii nerwic. *Psychoterapia*, 4(91), s. 49–60.
- Galińska, E. (1995). Analiza mechanizmów poznawczych muzykoterapii nerwic. *Psychoterapia*, 2(93), s. 27–60.
- Galińska, E. (1995). Muzykoterapia. W: A. Chodkowski (red.), *Encyklopedia muzyki*. Warszawa: PWN.
- Galińska, E. (1997). Wpływ metody portretu muzycznego na stymulacyjny obraz własnego „ja” u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi. *Psychoterapia*, 3(102), s. 57–72.

- Galińska, E. (2001). Portret muzyczny jako metoda harmonizacji struktury „ja” pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi. *Problemy Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego*, 1(14), s. 55–67.
- Hegi, F. (2010). *Improvisation und Musiktherapie. Möglichkeiten und Wirkungen von freier Musik*. Wiesbaden: Reichert Verlag.
- ICD-10. (2015). *Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych według Światowej Organizacji Zdrowia*. Pobrane z: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/> [data dostępu: 30.07.2014].
- Kächele, H., Oerter, U., Scheytt-Hölzer, N., Schmidt, H. U. (2003). Musiktherapie in der deutschen Psychosomatik: Krankenversorgung, Weiterbildung und Forschung. *Psychotherapeut*, 48, 155–165.
- Kaczmarek, S., Kieslich, N. (2011). Zufriedenheit psychosomatischer Reha-Patienten mit der Musiktherapie, *Musiktherapeutische Umschau*, 2, 114–127.
- Kaczmarek, S. (2010). Zadowolenie pacjentów z chorobami psychosomatycznymi z muzykoterapii. W: P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia. Tożsamość – transgresja – transdyscyplinarność* (s. 69–74). Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu.
- Łuciuk-Wojczuk, A. (2010). *Muzykoterapia w procesie odzyskiwania zdrowia przez pacjentów z chorobami onkologicznymi*. Kraków: Wydawnictwo Akademii Muzycznej w Krakowie.
- Michalak, A., Trzcieniecka-Green, A. (red.). (2006) Tajemnica związku umysłu z ciałem – psychosomatyka w ujęciu historycznym i współczesnym. W: A. Trzcieniecka-Green (red.), *Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych* (s. 147–172). Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas.
- Münzberg, Ch. (2010). *Musiktherapie in der Psychosomatik: 17. Musiktherapietagung am Freien Musikzentrum München e.V.* Wiesbaden: Reichert.
- Nagel, A. (2000). Rezeptive Gruppenmusiktherapie in der Psychosomatik: Darstellung einer Methodik und der Ergebnisse einer Begleitforschung. *Musiktherapeutische Umschau*, 21(2), 149–158.
- Noffke, U. (1997). *Gruppenmusiktherapie im Integrativen Konzept einer Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik*. Berlin: Hochschule der Künste.

- Nordoff, P., Robbins, C. (2008). *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi*. Kraków: Impuls.
- Priestley, M. (1983). *Analytische Musiktherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Reber, A. S., Reber, E. S. (2005). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Schirber, Ch. (2011). *Behandlungszufriedenheit und Befindlichkeitsveränderung bei Kindern und Jugendlichen im Verlauf einer musiktherapeutischen Behandlung*. Universität Ulm, Dissertation, 2010. Pobrane z: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:289-vts-73417> [data dostępu: 10.03.2011].
- Siepsiak, M. (2014). Muzyczny trening twórczości jako forma muzykoterapii na oddziale rehabilitacji psychosomatycznej. *Terapia przez Sztukę*, 1(5), 50–55.
- Smeijsters, H. (1994). *Musiktherapie als Psychotherapie*. Stuttgart: Gustav-Fischer-Verlag.
- Stachyra, K. (red.). (2012a). *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Stachyra, K. (red.). (2012b). *Podstawy muzykoterapii*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Strelau, J. (red.). (2005). *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. III. Gdańsk: GWP.
- Szewczyk, L., Skowrońska, M. (red.). (2003). *Zaburzenia psychosomatyczne u dzieci i młodzieży. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Emu.
- Ścigała, E. (1993). *Poznanwsze uwarunkowania choroby wieńcowej i zawału serca*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Terelak, J. F. (2001). *Psychologia stresu*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.
- Terpe, A. (2008). *Der Aspekt des Spielens in der Musiktherapie: Beispiel einer Falldarstellung aus dem Bereich der Psychosomatik*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Timmermann, T. (2008). Improvisation. W: H.-H. Decker-Voigt (hrsg.), *Lehrbuch Musiktherapie* (s. 64–67). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Tonn, C. (2010). Das klang ja heute sogar harmonisch – Beziehungsgestaltung psychosomatischer Patienten in der Musiktherapie. W: Ch. Münzberg (hrsg.), *Musiktherapie in der Psychosomatik* (s. 23–37). Wiesbaden: Reicher Verlag.

- Tylka, A. (2000). *Psychosomatyka. Wybrane zagadnienia z teorii i praktyki*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Wigram, T. (2004). *Improvisation. Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators, and Students*. New York: Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T., Grocke, D. (2006). *Receptive Methods in Music Therapy: Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. New York: Jessica Kingsley Publishers.
- Wrześniewski, K. (2003). Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. III. Gdańsk: GWP.
- Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej im. K. Lipińskiego*. (1988), 45.

dr Stella Kaczmarek (Dr. Phil, M.A. – Master of Arts In Music Therapy) – adiunkt na Wydziale Kompozycji, Teorii Muzyki, Rytmiki i Edukacji Muzycznej Akademii Muzycznej im. Grażyny i Kiejstuta Bacewiczów w Łodzi. Jest absolwentką muzykoterapii na Fachhochschule Heidelberg (Victor Dulger Institute, Heidelberg, Niemcy) oraz psychologii muzyki na Uniwersytecie Muzycznym Fryderyka Chopina w Warszawie. Wykładowca na Uniwersytetach w Łodzi, Paderborn i Münster. W latach 2007–2011 doktorantka i asystent naukowy na Uniwersytecie Paderborn (Niemcy). W latach 2008–2012 muzykoterapeuta w klinice psychosomatycznej Klinik Rosenberg w Bad Driburg (Niemcy). Obroniła pracę doktorską z pedagogiki muzycznej (psychologii muzyki) u prof. Heinera Gembrisa na Uniwersytecie w Paderborn (Niemcy) w styczniu 2012 roku. Zainteresowania: muzykoterapia stosowana, terapia strukturalna w muzykoterapii, muzykoterapia pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi, psychologia muzyki.

MUZYKOTERAPIA JAKO WSPARCIE ROZWOJU DZIECI NIESŁYSZĄCYCH¹

Anna Flis

Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego w Katowicach

Streszczenie

Stosowanie muzyki w kontekście terapeutycznym może stanowić jeden z czynników wspierających rozwój dzieci z uszkodzonym narządem słuchu. W artykule zaprezentowany został opis badania skuteczności oddziaływań muzykoterapeutycznych w obszarze rozwoju psychospołecznego dzieci niesłyszących w wieku późnoprzedzkolnym. Badaniem objęto czteroosobową grupę dzieci z niedosłuchem głębokiego stopnia. Wyniki potwierdzają efektywność zastosowanych działań i wskazują na ogromny potencjał tkwiący w muzykoterapii dzieci niesłyszących.

Słowa kluczowe: muzykoterapia dzieci niesłyszących, surdopedagogika, surdomuzykoterapia, niesłyszący a muzyka.

Wprowadzenie

Uszkodzenie narządu słuchu nie jest jednoznaczne z niemożliwością odbioru muzyki. Osoby niesłyszące nie postrzegają konkretnej wysokości dźwięku, barwy i harmonii. Jednak odbiór wibracji oraz wyczuwanie drgań fal dźwiękowych różnymi częściami ciała (tony niskie – głównie w klatce piersiowej, tony wysokie – za pomocą zachowanych resztek słuchowych) pozwala niesłyszącym reagować na wszelkie zmiany agogiczne, dynamiczne, artykulacyjne, a przede wszystkim – na rytm.

Osoby z głębokim i znacznym odbiorczym ubytkiem słuchu dobrze odbierają niższe częstotliwości o średnim i dużym natężeniu, przede wszystkim z wyraźnie zaznaczonym rytmem, dlatego forma ćwiczeń powinna bazować na takich bodźcach akustycznych. Są one dla osób

¹ Treść artykułu stanowią fragmenty pracy dyplomowej Autorki.

niesłyszących czytelne i – co równie istotne – przyjemniejsze niż muzyka z wyraźnie podkreśloną warstwą melodyczną czy harmoniczną (Gfeller 1999, s. 187).

Dla osób, u których zachował się wystarczający poziom resztek słuchowych, rozróżnianie wysokości dźwięków poprawia się wraz ze wzrostem natężenia dźwięków. Przydatne jest użycie niższych dźwięków fortepianu i instrumentów takich jak na przykład puzon czy wiolonczela. Trudno jest niesłyszącym rozróżniać małe różnice wysokości dźwięków, jednak przy odpowiednim kształceniu nawet osoby ze znacznym ubytkiem słuchu są w stanie rozróżnić zmiany wysokościowe nie mniejsze niż tercja mała.

Badania przeprowadzone przez Alinę Kowalską-Pińczak potwierdzają tezę, że uszkodzenie narządu słuchu nie determinuje uszkodzenia słuchu muzycznego (za: Szymik 2010, s. 147). Słuch muzyczny występuje u 55 procent osób z uszkodzeniem słuchu, co przejawia się przede wszystkim w dobrym poczuciu rytmu i pamięci muzycznej (Szymik 2010, s. 147).

Muzykoterapia osób niesłyszących, która określana jest terminem surdomuzykoterapii, na pierwszy plan wysuwa czynnik rytmiczny, jako element muzyki dostępny w pełni osobom niesłyszącym.

Kate Gfeller wyróżnia kilka obszarów rozwojowych, w których muzykoterapia może przyczynić się do pozytywnych rezultatów (Gfeller 1999, s. 189–193):

Trening słuchowy (ang. *Auditory Training*)

- I. maksymalne wykorzystywanie resztek słuchowych, w celu poprawy rozumienia mowy i rozpoznawania dźwięków otoczenia;
- II. uwrażliwianie na obecność i brak dźwięku;
- III. rozróżnianie wysokości dźwięków;
- IV. rozpoznawanie źródła dźwięku.

Rozwój mowy (ang. *Speech Development*)

- wzrost częstotliwości używania głosu poprzez swobodną wokalizację;
- wzrost świadomości schematów mówienia (ang. *speech patterns*) i w dalszej kolejności ćwiczenie naturalnego rytmu i wysokości mowy.

Rozwój języka (ang. *Language Development*)

- wzbogacanie słownictwa;

- wzrost spontanicznego mówienia lub związanego z danym tematem wypowiedzenia się;
- złożoność i kompletność wypowiedzi (zdań).

Rozwój umiejętności społecznych (ang. *Social Skills Development*)

- podążanie za instrukcjami, rozumienie poleceń;
- czekanie na swoją kolej;
- współpraca z grupą;
- zwracanie uwagi na inne dzieci;
- dzielenie się pomysłami;
- wyrażanie emocji odpowiednio do sytuacji.

Omówione aspekty, związane z odbiorem muzyki przez osoby niesłyszące, stanowiły podstawę do przygotowania programu muzykoterapii z badaną grupą.

Problematyka podjętego badania i hipoteza badawcza

Obszar badania był ściśle związany z programem wychowania słuchowego, który stanowi stały i niezbędny punkt w edukacji przedszkolnej słabosłyszących i niesłyszących dzieci. Szeroko pojęte uwrażliwianie na dźwięk nie tylko pomaga w rozwijaniu własnych zasad i sposobów doświadczania muzyki, lecz także pełni rolę narzędzia wspomagającego ogólne funkcjonowanie dziecka.

Przeprowadzone badanie miało na celu wykazanie skuteczności oddziaływań muzykoterapeutycznych w obszarze rozwoju psychospołecznego niesłyszących dzieci w wieku późnoprzedzkolnym.

Problem główny podjętego badania zawiera się w pytaniu:

Czy i w jaki sposób oddziaływania muzykoterapeutyczne mają wpływ na rozwój psychospołeczny dzieci w późnym wieku przedszkolnym z głębokim uszkodzeniem słuchu?

Postawione pytanie, będące pytaniem rozstrzygnięcia i dopełnienia, pozwoliło na sformułowanie hipotezy głównej badania:

Oddziaływania muzykoterapeutyczne mają stymulujący wpływ na rozwój psychospołeczny dzieci w późnym wieku przedszkolnym z uszkodzeniem słuchu w stopniu głębokim.

Celowość wyżej postawionego pytania i hipotezy jest ściśle związana z badaniem weryfikacyjnym.

W podjętym badaniu mierzona była zależność między oddziaływaniem muzykoterapeutycznym (zmienna niezależna) a rozwojem psychospołecznym niesłyszących dzieci w wieku

przedszkolnym (zmienna zależna). Wskaźnikiem zmiennej zależnej, a więc oznaką rozwoju psychospołecznego dzieci, miały być potencjalne, ocenione w badaniu zmiany w tym obszarze rozwojowym.

Metody, techniki i narzędzia badawcze

Z uwagi na zastosowanie zarówno jakościowych, jak i ilościowych metod badawczych przeprowadzone badanie miało charakter mieszany. Wykorzystane metody wzajemnie się uzupełniały i dały możliwość szerokiego spojrzenia na problematykę badania.

Zastosowaną metodą ilościową była zmodyfikowana na potrzeby procesu muzykoterapeutycznego odmiana eksperymentu. Władysław Piotr Zaczyński definiuje eksperyment w następujący sposób:

Eksperyment jest metodą naukowego badania określonego wycinka rzeczywistości (wychowawczej), polegającą na wywołaniu lub tylko zmienianiu przebiegu procesów przez wprowadzenie do nich jakiegoś nowego czynnika i obserwowaniu zmian powstałych pod jego wpływem (za: Pilch, Bauman 2001, s. 73).

Wykorzystano technikę obserwacji. Niezależnie od tego, czy obserwacja potraktowana zostanie jako technika gromadzenia, analizowania i interpretowania danych podjętego eksperymentu, czy jako samodzielna metoda, została ona wykorzystana w podjętym badaniu jako istotna czynność badawcza o charakterze bezpośrednim, uczestniczącym i ukrytym. Sposób gromadzenia danych wskazuje, że wykorzystano zarówno obserwację standaryzowaną, jak i niestandaryzowaną.

W ramach obserwacji standaryzowanej wykorzystano Skalę obserwacji zachowania dzieci (SOZ-D) autorstwa Marty Bogdanowicz (2003) oraz Schemat obserwacji zachowania dziecka podczas zajęć muzykoterapeutycznych (załącznik 1), zaprojektowaną przez Autorkę specjalnie na potrzeby badania.

W ramach obserwacji niestandaryzowanej wykorzystano dzienniczek obserwacji oraz rejestrację wideo.

W celu wykazania potencjalnej skuteczności oddziaływań muzykoterapeutycznych w obszarze rozwoju psychospołecznego wykonano dwa pomiary, przy zastosowaniu pięciostopniowej Skali obserwacji zachowania dzieci (SOZ-D).

Z arkusza obserwacyjnego, składającego się z czterech podskal mierzących:

- rozwój poznawczy;
- rozwój emocjonalny;
- rozwój społeczny;

– rozwój ruchowy

wyeliminowano podskale dotyczącą rozwoju ruchowego, gdyż nie stanowi on przedmiotu badania.

Po trzech pierwszych spotkaniach wykonano pomiar zachowania dzieci, wykorzystując w tym celu Schemat obserwacji dziecka podczas zajęć muzykoterapeutycznych. Niektóre aspekty wyróżnione w schemacie opisują przede wszystkim częstotliwość zachowań związanych z czynnościami ściśle muzycznymi, inne pokrywają się z obszarami mierzonymi za pomocą SOZ-D.

Charakterystyka badanych dzieci

Przy wyborze osób badanych kierowano się kryteriami wiekowymi oraz stopniem uszkodzenia słuchu. Wybrano grupę dzieci w wieku późnoprzedzkolnym, reprezentującą populację dzieci z ubytkiem słuchu w stopniu głębokim. W badaniu wzięły udział cztery osoby, w tym: w wieku 6 lat (n=2) i 8 lat (n=2). Dobór dzieci był celowy, przede wszystkim z przyczyn organizacyjno-czasowych. Z uwagi na częstotliwość spotkań i prośbę o stałą porę odbywania się sesji terapeutycznych wybrano dzieci, które przebywają w tej samej grupie przedszkolnej.

Podczas pierwszych dwóch spotkań o charakterze informacyjno-obszernym otrzymano krótką charakterystykę dzieci, przygotowaną przez wychowawczynię grupy.

Kuba², rok urodzenia: 2006.

Chłopiec z niedosłuchem głębokiego stopnia. Reaguje na głośny sygnał akustyczny. Nosi regularnie dwa aparaty słuchowe. Skupia wzrok na nadawcy. Patrzy na gesty. Reaguje na etykiety. Rozumie kontekst sytuacyjny. Porozumiewa się przy pomocy gestów naturalnych oraz znaków języka migowego. Chętnie podejmuje próby artykulacyjne. Chętnie współpracuje z nauczycielem, jest zdyscyplinowany, dobrze koncentruje się na zadaniu.

Kasia, rok urodzenia: 2006.

Dziewczynka z głębokim, odbiorczym ubytkiem słuchu. Wszczepiony implant słuchowy w szóstym roku życia. Dzięki implantowi dziewczynka odzyskała wrażliwość słuchową, jednak mowa rozwija się bardzo wolno. Porozumiewa się przy pomocy gestów naturalnych. Jest pogodna, chętna do współpracy z nauczycielem i dziećmi, reaguje adekwatnie do sytuacji. Jest samodzielna i zaradna, koncentruje uwagę na zadaniu.

Maciek, rok urodzenia: 2008.

2. Imiona wszystkich dzieci zostały zmienione na potrzeby prezentacji badania.

Głęboki, obustronny niedosłuch odbiorczy. Chłopiec wychowuje się w środowisku osób niesłyszących. Posługuje się językiem migowym i często mową werbalną. Jest bardzo samodzielny, dociekliwy. Lubi funkcję dyżurnego i małego nauczyciela, przejmuje funkcję lidera w grupie.

Jaś, rok urodzenia: 2008.

Chłopiec z niepełnosprawnością sprzężoną (wada słuchu, wada wzroku, niepełnosprawność ruchowa). Komunikuje się głównie za pomocą dźwięków nieartykułowanych, mimiki i gestów naturalnych. Nosi dwa aparaty słuchowe. Odbiera dźwięki o dużym i średnim natężeniu. Dobra uwaga, motywacja zadaniowa, jednak często potrzebuje jeszcze uwag i wskazówek naprowadzających. Chętnie uczestniczy w zajęciach muzycznych.

Opis przebiegu badania

Specyfika podjętego badania wynika z faktu, że nie uwzględniono w nim grupy kontrolnej, a grupa eksperymentalna była jedynie „obszarem”, w którym mogły zaistnieć sytuacje świadczące o potencjalnym rozwoju psychospołecznym każdego z badanych dzieci. Ze względu na rozmiar badania pominięto opis danych dotyczących zmian w obszarze funkcjonowania interpersonalnego w kontekście całej grupy. Skupiono się jedynie na danych opisujących indywidualne funkcjonowanie każdego z uczestników badania.

Sesje muzykoterapeutyczne odbywały się dwa razy w tygodniu, od połowy lutego do końca kwietnia 2014 roku. Łącznie odbyło się 20 sesji muzykoterapeutycznych. Każde spotkanie trwało około 45 minut i zawsze odbywało się o tej samej porze.

Sesje muzykoterapeutyczne składały się z następujących elementów:

- Piosenka powitalna, śpiewana i prezentowana dzieciom za pomocą znaków migowych.
- Zadania związane z poprawą koncentracji uwagi i czekaniem na swoją kolej. W tym na przykład ćwiczenie *Uciekający bęben*, podczas którego terapeutka, improwizując wokalnie w wybranym metrum, trzyma bębenek i operuje nim w taki sposób, aby każde dziecko wiedziało kiedy i jak (delikatnie/mocno/jednym palcem/pięścią i tak dalej) ma uderzyć w bębenek.
- Uwrażliwianie na obecność i brak dźwięku z wykorzystaniem gitary i instrumentów perkusyjnych. W tym na przykład zabawy inhibicyjno-incytacyjne; „przepychanie” kolegi/koleżanki (siedząc plecami do siebie w parach) w trakcie trwania muzyki, odpoczynek w momencie następowania ciszy.

- Rozpoznawanie liczby następujących po sobie dźwięków (z wykorzystaniem bębenka). W tym ćwiczeniu zadaniem dzieci jest odwzorowanie zaprezentowanej przez terapeutkę liczby uderzeń na bębnie. W początkowym etapie badania – patrząc na terapeutkę i na bębenek; docelowo – z wyłączeniem kanału wzrokowego. Wariację ćwiczenia stanowi wykonywanie przez badaną grupę tylu dużych lub małych kroków/podskoków, ile razy terapeutka lub wybrane dziecko uderzy w bębenek.
- Improwizacje wokalne-instrumentalne oraz piosenki z wykorzystaniem znaków migowych, których celem jest motywowanie dzieci do używania głosu.
- Improwizacje instrumentalne oraz dialogi instrumentalne z wykorzystaniem gitary (terapeutka) i dzwonków ręcznych lub instrumentów perkusyjnych (badana grupa).
- Zabawa *Dyrygent i orkiestra*, w której ochotnik lub wybrane przez terapeutkę dziecko przyjmuje rolę dyrygenta grupy, grającej na dowolnie wybranych instrumentach.
- Piosenka pożegnalna.

Oprócz wymienionych zadań troje badanych dzieci (Kasia, Kuba i Maciek) proponowało i realizowało swoje pomysły zabaw lub urozmaicało ćwiczenia różnymi wariantami. Jaś naśladował resztę grupy, nigdy sam nie zaproponował żadnej zabawy ani wariantu ćwiczenia.

Czynniki zakłócające badanie

Wśród czynników zakłócających przebieg badania na pierwszy plan wysuwa się przede wszystkim absencja dzieci na zajęciach, szczególnie w pierwszym etapie badania. Na pierwszych dwóch spotkaniach obecnych było tylko dwoje dzieci, co wynikało z niedyspozycji zdrowotnej pozostałej dwójki. Pierwszy pomiar zachowania każdego dziecka przeprowadzono w dniu, w którym dziecko po raz pierwszy uczestniczyło w sesji muzykoterapeutycznej. Z uwagi na fakt, że jednym z badanych obszarów było funkcjonowanie dzieci w grupie, aspekt ten został poddany pomiarowi dopiero w momencie, w którym w sesji uczestniczyło więcej niż dwoje dzieci (tabela 1).

Tabela 1. Zestawienie numerów sesji, na których odbył się pomiar pierwszy i pomiar aspektu Stosunek do grupy i zadań grupowych

Imię dziecka	Pierwszy pomiar	Pomiar aspektu Stosunek do grupy i zadań grupowych
Kuba	Sesja nr 1	Sesja nr 3

Kasia	Sesja nr 5	Sesja nr 5
Maciek	Sesja nr 1	Sesja nr 3
Jaś	Sesja nr 2	Sesja nr 3

Na pierwszej sesji obecny był Kuba i Maciek. Na drugiej sesji Kuba i Jaś. Dopiero podczas trzeciej sesji, na której obecni byli wszyscy chłopcy, można było ocenić indywidualne zachowania dzieci, związane z ich funkcjonowaniem w grupie. Potrzeba sytuacji grupowej wynikała z rozróżnienia w narzędziu badawczym dwóch aspektów rozwoju społecznego: „stosunek do partnera w parze” i „stosunek do grupy i zadań grupowych”. W sytuacji terapeutycznej, w której uczestniczyło tylko dwoje dzieci, nie można było ocenić indywidualnego zachowania każdego dziecka na tle całej grupy, na przykład: czy badany przejmuje rolę lidera grupy, czy rywalizuje z innym dzieckiem o pozycję lidera grupy, czy zadania grupowe (lub zadanie w parze) stanowią sytuację stresową dla badanego.

Z powodu długotrwałej choroby Kasia dołączyła do chłopców dopiero na piątej sesji, co miało duży wpływ na dynamikę grupy. Rywalizacja pomiędzy Kasią a Maćkiem o pozycję lidera w grupie powodowała liczne sytuacje konfliktowe, w których niezbędna była interwencja terapeutki.

Kolejnym czynnikiem zakłócającym badanie były problemy w komunikacji pomiędzy dziećmi a terapeutką, szczególnie w pierwszym etapie badania. Zdarzały się drobne nieporozumienia, dotyczące głównie sposobów realizowania zaproponowanych przez terapeutkę ćwiczeń.

Na przebieg badania miał również wpływ aktualny nastrój i poziom energii dzieci. Czasami zdarzało się, że grupa była zmęczona po intensywnym dniu (na przykład po wycieczce), co w dużym stopniu wpływało przede wszystkim na koncentrację i motywację dzieci.

Wyniki pomiaru pierwszego

Z uwagi na wymiar artykułu zaprezentowane kwestionariusze pomiarowe dotyczą danych uzyskanych tylko przez jedno badane dziecko. W taki sam sposób opisano pozostałe badane dzieci. Natomiast w dalszej części pracy uwzględniono analizę i interpretację wyników uzyskanych przez wszystkich badanych.

Imię dziecka:	Kasia
Wiek:	8 lat
Data pomiaru:	6.03.2014 roku

Data pomiaru aspektu nr 15:	6.03.2014 roku
-----------------------------	----------------

I. Podskala „Rozwój poznawczy”

1. Zdolność koncentrowania uwagi
2. Rozumienie komunikatów i zainteresowanie komunikacją
3. Świadomość własnego ciała i przestrzeni
4. Uczucie się wykonywania nowych zadań
5. Postawa twórcza (kreatywność)

Nr badanego aspektu:	1	2	3	4	5	Razem:	Średni wynik:
Uzyskany wynik	3/5 ³	3/5	3/5	4/5	3/5	16/25	3.2/5.0

Kasia zazwyczaj dobrze koncentruje uwagę na proponowanych ćwiczeniach, często jednak niezbędne są wskazówki terapeutki. Dziewczynka dobrze rozumie komunikaty, z niewielką pomocą terapeutki lub grupy. Wykazuje przejawy świadczące o tym, że jest świadoma swojego ciała w przestrzeni – potrafi nazwać większość części ciała. Dziewczynka chętnie podejmuje się nowych zadań, wykonuje je często samodzielnie i poprawnie. Zdarza się, że proponuje nowe urozmaicenia ćwiczeń.

II. Podskala „Rozwój emocjonalny”

6. Nastrój
7. Ekspresja emocji
8. Zdolność relaksowania się
9. Reakcja na kontakt fizyczny i pieszczoty
10. Reakcja na trudne ćwiczenia i niepowodzenia

³ Liczba uzyskanych punktów na liczbę punktów możliwych do uzyskania.

Nr badanego aspektu:	6	7	8	9	10	Razem:	Średni wynik:
Uzyskany wynik	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	14/25	2.8/5.0

Kasia wyraża emocje odpowiednio do sytuacji, jednak zdarza jej się reagować impulsywnie, co wynika z nieumiejętności czekania na swoją kolej lub jest efektem znudzenia dziewczynki danym ćwiczeniem. Kontrola własnych emocji jest jeszcze niewystarczająca. Stany odprężenia są krótkotrwałe, ale osiągane stosunkowo często. Na kontakt fizyczny dziewczynka odpowiada dobrze, jednak czasami zmniejszanie dystansu powoduje u Kasi niepewność, co sygnalizuje komunikatami niewerbalnymi, mimiką i mową nieartykułowaną. Przeważa nastrój pogodny, jednak w przypadku trudnych ćwiczeń, których realizacja skutkuje niepowodzeniem, następuje natychmiastowe wycofanie z udziału w danej aktywności z jednoczesnym obniżeniem nastroju.

III. Podskala „Rozwój społeczny”

11. Stosunek do zajęć
12. Stosunek do zadań
13. Stosunek do partnera w parze
14. Stosunek do innego dziecka
15. Stosunek do grupy i zadań grupowych

Nr badanego aspektu:	11	12	13	14	15	Razem:	Średni wynik:
Uzyskany wynik	3/5	2/5	3/5	3/5	3/5	14/25	2.8/5.0

Kasia bierze aktywny udział w zajęciach przy niewielkiej zachęcie ze strony terapeutki. Zdarza się, że na proponowane ćwiczenia dziewczynka reaguje niezadowolaniem, jednocześnie odsuwając się od grupy. Z reguły realizuje tylko swoje pomysły. W kontakcie z innym dzieckiem nawiązuje kontakt wzrokowy. Lubi pełnić funkcję lidera zarówno w parze, jak i w grupie. Dziewczynka chętnie uczestniczy w zabawach zbiorowych, szczególnie w ćwiczeniach ruchowych.

Scheduła obserwacji zachowania dziecka podczas zajęć muzykoterapeutycznych

Daty obserwacji: 6.03.2014 roku, 7.03. 2014 roku, 13.03.2014 roku

Imię dziecka: Kasia

Wiek: 8 lat

	Nigdy (1)	Rzadko (2)	Czasami (3)	Często (4)	Zawsze (5)
1. Dziecko chętnie uczestniczy w proponowanych ćwiczeniach.			x		
2. Dziecko jest skoncentrowane na zadaniu.			x		
3. Dziecko rozumie komunikaty dotyczące wykonania zadania.				x	
4. Dziecko samodzielnie wykonuje ćwiczenie (bez pomocy terapeuty i/lub innych dzieci).				x	
5. Dziecko pomaga innym dzieciom w zrozumieniu komunikatu dotyczącego wykonania zadania.			x		
6. Dziecko utrzymuje kontakt wzrokowy z terapeutą.			x		
7. Dziecko utrzymuje kontakt wzrokowy z innymi dziećmi.			x		
8. Dziecko cierpliwie czeka na swoją kolej.	x				
9. Dziecko samo proponuje nowe ćwiczenia lub nowe warianty ćwiczeń.				x	
10. Dziecko chętnie improwizuje na instrumentach.			x		
11. Dziecko chętnie improwizuje wokalnie.			x		

12. Dziecko spontanicznie używa głosu podczas improwizacji wokalne.			x		
---	--	--	----------	--	--

Kasia chętnie uczestniczy w zajęciach, ale niezbędna jest zachęta ze strony terapeutki.

Czasami potrafi dobrze skoncentrować się na zadaniu. Często rozumie komunikaty dotyczące wykonywania ćwiczeń, jednak i tutaj potrzebuje dodatkowych wskazówek. Zadania wykonuje przeważnie samodzielnie. Czasami wyraża chęć pomocy innym dzieciom, jednak robi to w sposób narzucający się; większość wskazówek jest wynikiem poirytowania i zniecierpliwienia dziewczynki faktem, że ktoś nie rozumie lub nie potrafi wykonać ćwiczenia. Kasia czasami utrzymuje kontakt wzrokowy z terapeutą i innymi dziećmi. Często „ucieka wzrokiem”, przeważnie w sytuacjach, w których jest upominana. Dużym wyzwaniem dla dziewczynki jest oczekiwanie na swoją kolej. Często zdarza się, że Kasia wyraża swoje niezadowolenie, jeśli nie jest wybrana do wykonania ćwiczenia jako pierwsza. Wpływa to na jej stosunek do dalszych ćwiczeń. Kiedy przychodzi jej kolej, często proponuje nowe zabawy oraz nowe warianty ćwiczeń. Zdarza się, że chętnie uczestniczy w improwizacjach oraz czasami spontanicznie używa swojego głosu.

Podsumowanie wyników pierwszego pomiaru

Zaprezentowane wyniki ukazują harmonijny rozwój dziewczynki w obszarze emocjonalnym i społecznym. Zarówno w podskali mierzącej rozwój emocjonalny dziecka, jak i w podskali badającej rozwój społeczny średni otrzymany wynik wynosi 2.8.

Pożądane zachowania występują dość często, jednak niezbędna jest interwencja terapeutki, zwłaszcza w kontekście kontrolowania emocji i umiejętności oczekiwania na własną kolej.

Nieco wyższy wynik uzyskano w podskali rozwoju poznawczego. Wynosi on 3.2.

Wynik ogólny wynosi 2.9, co świadczy o średnim funkcjonowaniu dziewczynki w tych obszarach rozwojowych.

Średni wynik uzyskany dzięki zastosowaniu Schematu obserwacji zachowania wynosi 3.1, co wskazuje na średnią częstotliwość pojawiania się pożądanych zachowań w trakcie zajęć muzykoterapeutycznych.

Wyniki pomiaru drugiego

Imię dziecka:	Kasia
Wiek:	8 lat
Data pomiaru:	25.04.2014 roku

I. Podskala „Rozwój poznawczy”

Nr badanego aspektu:	1	2	3	4	5	Razem:	Średni wynik:
Uzyskany wynik	3/5	3/5	3/5	4/5	4/5	17/25	3.4/5.0

W obszarze rozwoju poznawczego nie zaobserwowano znaczących zmian. Jedynie w aspekcie nr 4, odnoszącym się do uczenia się wykonywania nowych zadań, odnotowano wzrost o jeden stopień.

II. Podskala „Rozwój emocjonalny”

Nr badanego aspektu:	6	7	8	9	10	Razem:	Średni wynik:
Uzyskany wynik	4/5	4/5	3/5	3/5	3/5	17/25	3.4/5.0

Duże zmiany zaobserwowano w obszarze rozwoju emocjonalnego. W aspekcie nr 1 odnoszącym się do nastroju, w aspekcie nr 2 związanym z ekspresją emocji oraz w aspekcie nr 10 skupiającym się na reakcji dziecka na trudne ćwiczenia i niepowodzenia odnotowano wzrost zachowania o jeden punkt.

III. Podskala „Rozwój społeczny”

Nr badanego aspektu:	11	12	13	14	15	Razem:	Średni wynik:
Uzyskany wynik	4/5	3/5	4/5	3/5	4/5	18/25	3.6/5.0

Największe zmiany zaobserwowano w obszarze rozwoju społecznego. Jedyne aspekty nr 14, związane ze stosunkiem do innego dziecka, nie zmieniły się. W pozostałych aspektach odnotowano wzrost zachowania o jeden stopień.

Scheduła obserwacji zachowania dziecka podczas zajęć muzykoterapeutycznych

Data obserwacji: 18.04.2014 roku, 24.04.2014 roku, 25.04.2014 roku

Imię dziecka: Kasia

Wiek: 8 lat

	Nigdy (1)	Rzadko (2)	Czasami (3)	Często (4)	Zawsze (5)
1. Dziecko chętnie uczestniczy w proponowanych ćwiczeniach.				x	
2. Dziecko jest skoncentrowane na zadaniu.			x		
3. Dziecko rozumie komunikaty dotyczące wykonania zadania.				x	
4. Dziecko samodzielnie wykonuje ćwiczenie (bez pomocy terapeuty i/lub innych dzieci).				x	
5. Dziecko pomaga innym dzieciom w zrozumieniu komunikatu dotyczącego wykonania zadania.				x	
6. Dziecko utrzymuje kontakt wzrokowy z terapeutą.				x	
7. Dziecko utrzymuje kontakt wzrokowy z innymi dziećmi.				x	
8. Dziecko cierpliwie czeka na swoją kolej.			x		
9. Dziecko samo proponuje nowe ćwiczenia lub nowe warianty ćwiczeń.				x	

10. Dziecko chętnie improwizuje na instrumentach.				x	
11. Dziecko chętnie improwizuje wokalnie.				x	
12. Dziecko spontanicznie używa głosu podczas improwizacji wokalne.				x	

Kasia zaczęła chętniej uczestniczyć w zajęciach. Pomaga innym dzieciom w zrozumieniu poleceń. Częściej utrzymuje kontakt wzrokowy z terapeutą i dziećmi. Czasami udaje się jej cierpliwie czekać na swoją kolej, co jest dużym sukcesem, ponieważ na początku badania zachowanie to nie pojawiała się nigdy. Kasia zaczęła również chętniej brać udział w improwizacjach oraz częściej używa swojego głosu spontanicznie.

Podsumowanie wyników pomiaru drugiego

Wynik ogólny uzyskany w pomiarze aspektów SOZ-D wynosi: 3.5.

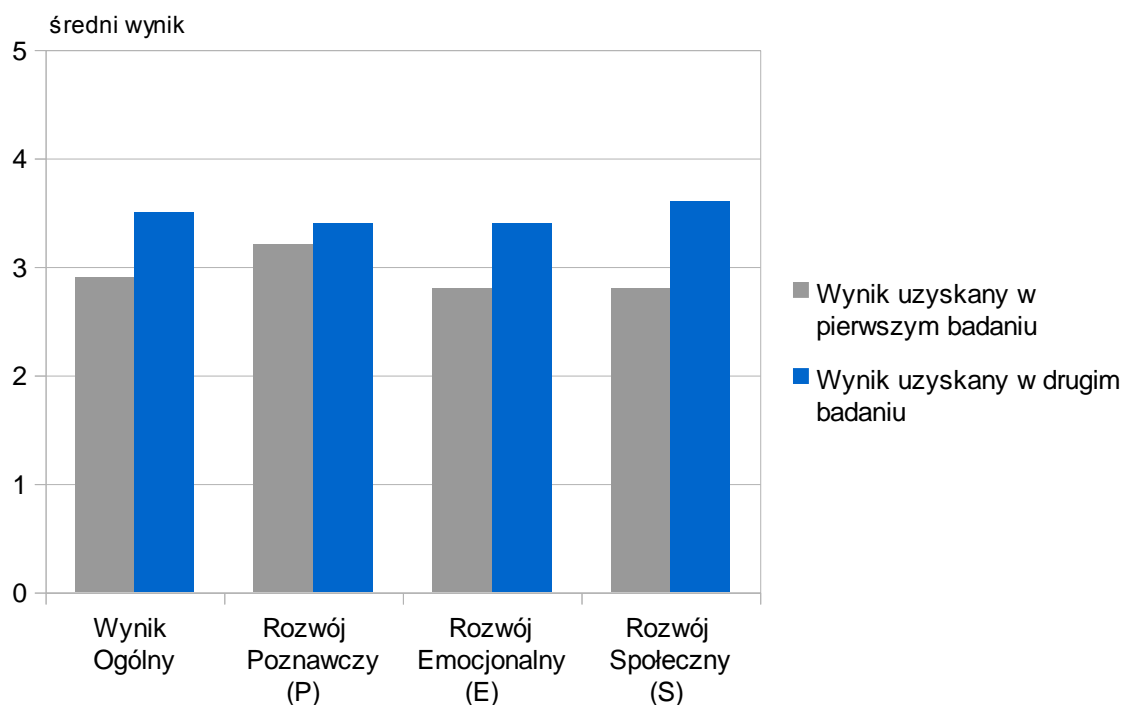
Średni wynik, uzyskany dzięki zastosowaniu Schematu obserwacji zachowania podczas zajęć muzykoterapeutycznych, wynosi: 3.8.

Analiza i interpretacja uzyskanych wyników

Porównując średnie wyniki uzyskane podczas pierwszego pomiaru oraz średnie wyniki uzyskane podczas drugiego pomiaru, można zaobserwować zmiany w poszczególnych obszarach rozwojowych u każdego dziecka. Analiza wyników potwierdza założenie, że oddziaływania muzykoterapeutyczne wpływają na rozwój psychospołeczny niesłyszących dzieci w wieku późnoprzedшкоlnym. Zmiany ilustrują wykresy 1–8.

Profil rozwoju SOZ-D

Kasia



Wykres 1. Zestawienie wyników uzyskanych przez Kasię w pierwszym i drugim pomiarze według SOZ-D

Można zaobserwować zmiany we wszystkich obszarach rozwojowych. Największa różnica pomiarów dotyczy rozwoju społecznego, wynosi ona 0.8 (pierwszy pomiar: 2.8, drugi pomiar: 3.6). Kasia aktywnie i chętnie uczestniczy w zajęciach i częściej wyraża zainteresowanie proponowanymi ćwiczeniami, wykonuje je niemal samodzielnie. Łatwiej i chętniej współpracuje z partnerem w parze oraz wykazuje dużą motywację podczas zadań grupowych.

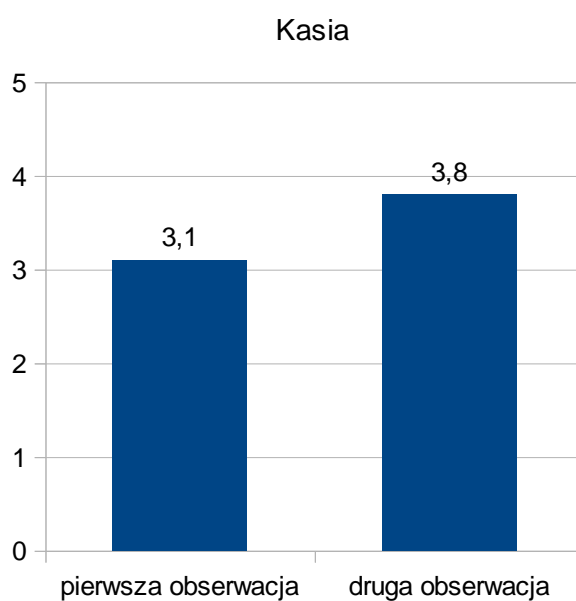
Nieco mniejsze, ale również stosunkowo duże zmiany można zaobserwować w obszarze rozwoju emocjonalnego. Różnica pomiaru pierwszego (2.8) i pomiaru drugiego (3.4) wynosi 0.6. Kasia jest częściej pogodna na zajęciach, zauważalna jest duża motywacja własna do kontrolowania swoich emocji. Częściej wykonuje trudniejsze ćwiczenia, przy niewielkiej pomocy terapeutki. Czasami zdarza jej się reagować bardzo emocjonalnie na niepowodzenia, jednak zdarza się to rzadziej.

Najmniejsze zmiany zaobserwowano w obszarze rozwoju poznawczego. W pierwszym pomiarze uzyskano wynik: 3.2, natomiast w drugim pomiarze: 3.4. Kasia chętniej podejmuje nowe zadania, częściej wykonuje je poprawnie i zauważalna jest lepsza motywacja własna.

Różnica pomiędzy pierwszym wynikiem ogólnym (2.9) a drugim wynikiem ogólnym (3.5) wynosi 0.6.

Różnica pomiędzy średnim wynikiem uzyskanym podczas pierwszej obserwacji zachowania w trakcie zajęć muzykoterapeutycznych a drugim średnim wynikiem jest stosunkowo duża i wynosi 0.7, co zaprezentowane zostało na wykresie 2:

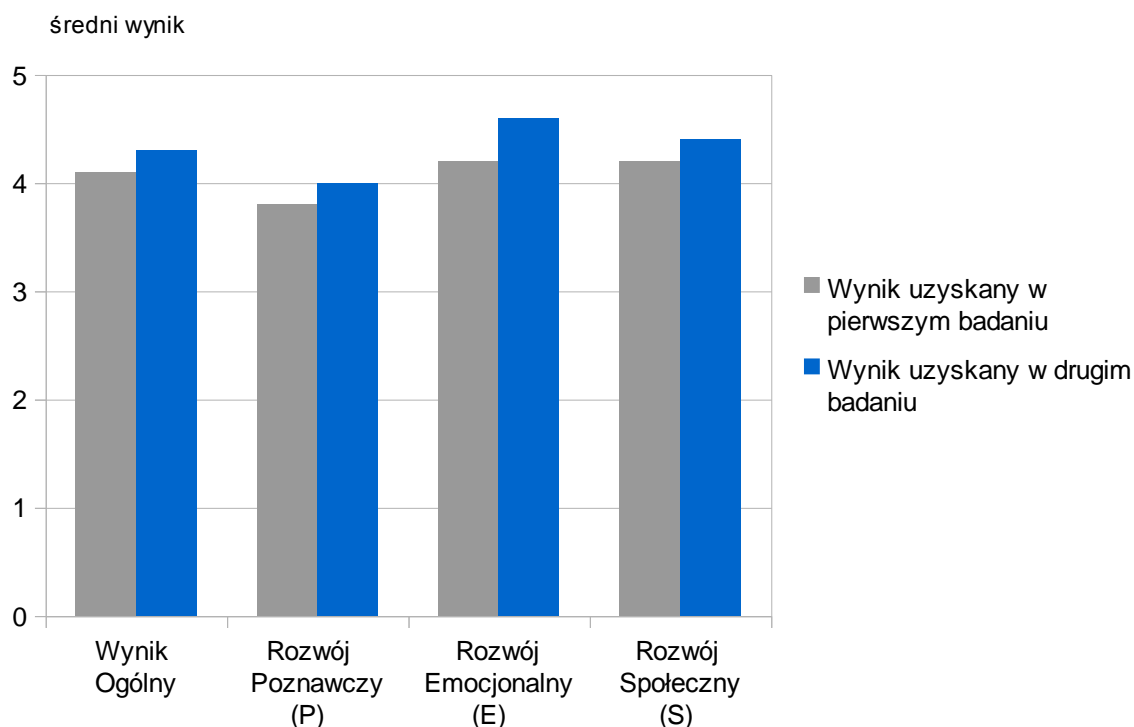
Profil dziecka według Schematu Obserwacji Zachowania podczas zajęć muzykoterapeutycznych



Wykres 2. Zestawienie wyników uzyskanych przez Kasię podczas pierwszej i drugiej obserwacji według Schematu obserwacji zachowania podczas zajęć muzykoterapeutycznych

Profil rozwoju SOZ-D

Kuba



Wykres 3. Zestawienie wyników uzyskanych przez Kubę w pierwszym i drugim pomiarze według SOZ-D

Zaprezentowane dane wskazują na postęp chłopca w każdym z badanych obszarów rozwojowych. Największe zmiany zaobserwowano w aspektach rozwoju emocjonalnego. W pierwszym pomiarze uzyskano wynik: 4.2, natomiast w drugim pomiarze: 4.6. Chłopiec wykazuje większą zdolność do relaksowania się, a także potrafi lepiej kontrolować swoje emocje. Najważniejszym osiągnięciem zaobserwowanym w końcowym etapie procesu muzykoterapeutycznego jest wzrost pewności siebie. Na początku badania chłopiec podczas niemalże każdej aktywności upewniał się, czy dobrze zrozumiał polecenie. W trakcie ostatnich sesji zachowania te pojawiały się rzadziej. Kuba zaczął również wyrażać chęć zaimponowania przed grupą i terapeutką, prosząc, aby mu nie pomagano w realizacji zadań.

Nieco mniejsze zmiany zaobserwowano w obszarze rozwoju poznawczego i społecznego. W pierwszym pomiarze zachowań związanych z rozwojem poznawczym uzyskano wynik: 3.8, natomiast w drugim pomiarze: 4.0. Chłopiec lepiej rozumie komunikaty zarówno werbalne, jak

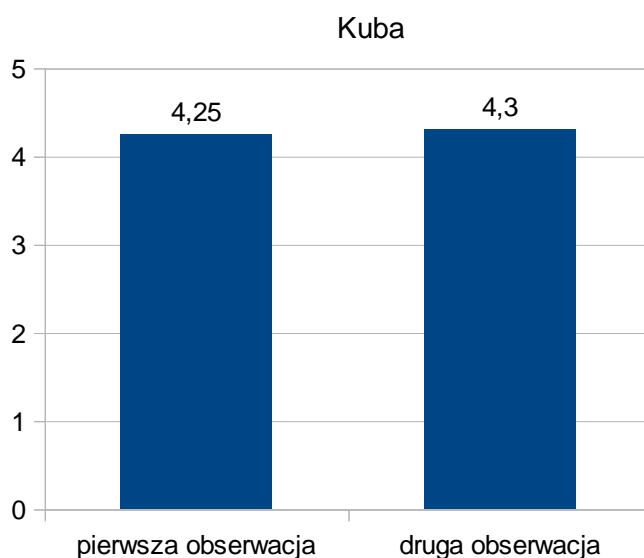
i niewerbalne. Zauważalna jest również duża motywacja własna do komunikowania się z grupą. Postawa twórcza, świadomość własnego ciała w przestrzeni oraz umiejętność koncentrowania uwagi pozostały bez zmian, będąc już na stosunkowo wysokim poziomie w momencie rozpoczęcia badań.

W przypadku obszaru związanego z rozwojem społecznym w pierwszym pomiarze otrzymano wynik: 4.2, natomiast w drugim pomiarze: 4.4. Zmiany dotyczą przede wszystkim pracy chłopca w parze. Kuba chętniej współpracuje z drugim dzieckiem, często inicjując kontakt.

Zarówno w przypadku rozwoju poznawczego, jak i społecznego różnica pomiarów wynosi stosunkowo niewiele, bo 0.2. Różnica ta dotyczy również średniego wyniku ogólnego – w pierwszym pomiarze wynik ogólny wynosił: 4.1, natomiast w drugim pomiarze: 4.3.

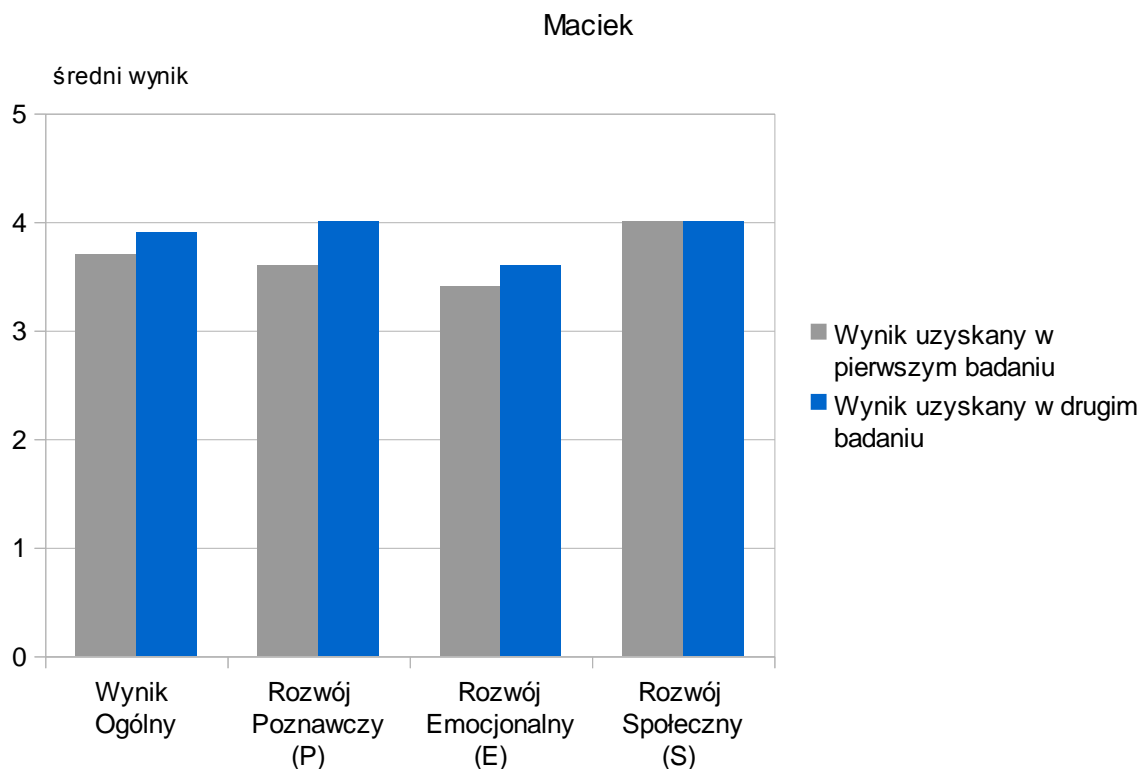
Różnica pomiędzy średnim wynikiem uzyskanym podczas pierwszej obserwacji zachowania w trakcie zajęć muzykoterapeutycznych a drugim średnim wynikiem jest stosunkowo niewielka i wynosi 0.05, co prezentuje wykres 4:

**Profil dziecka według Schematu Obserwacji Zachowania
podczas zajęć muzykoterapeutycznych**



Wykres 4. Zestawienie wyników uzyskanych przez Kubę podczas pierwszej i drugiej obserwacji według Schematu obserwacji zachowania podczas zajęć muzykoterapeutycznych

Profil rozwoju SOZ-D



Wykres 5. Zestawienie wyników uzyskanych przez Maćka w pierwszym i drugim pomiarze według SOZ-D

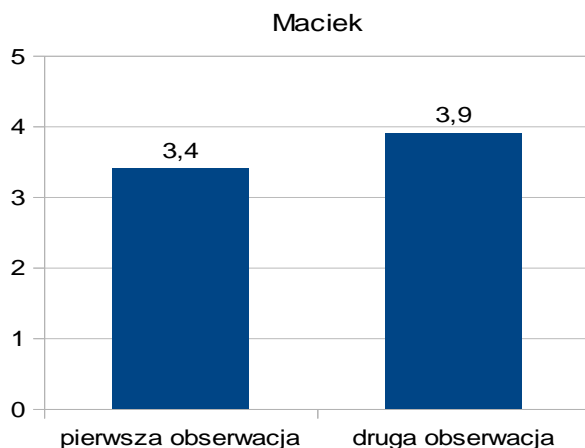
Podczas analizy średnich wyników uzyskanych w pierwszym i drugim pomiarze, charakterystyczny jest brak zmian w rozwoju społecznym chłopca. Zarówno w pierwszym, jak i w drugim pomiarze uzyskany wynik wynosi: 4.0.

Największa różnica (0.4) zauważalna jest w obszarze rozwoju poznawczego, gdzie w pierwszym pomiarze uzyskano wynik: 3.6, natomiast w drugim pomiarze: 4.0. Chłopiec rozumie większość komunikatów i wyraża motywację własną do komunikowania się z grupą. Wzrost motywacji widoczny jest również w podejmowaniu się nowych zadań.

W obszarze rozwoju emocjonalnego różnica pomiarów wynosi 0.2 (pierwszy pomiar: 3.4, drugi pomiar: 3.6). Zauważalna jest większa kontrola emocji w przypadku niepowodzeń i trudnych ćwiczeń, które chłopiec wykonuje zawsze samodzielnie.

Różnica pomiędzy pierwszym wynikiem ogólnym (3.7) a drugim wynikiem ogólnym (3.9) wynosi: 0.2.

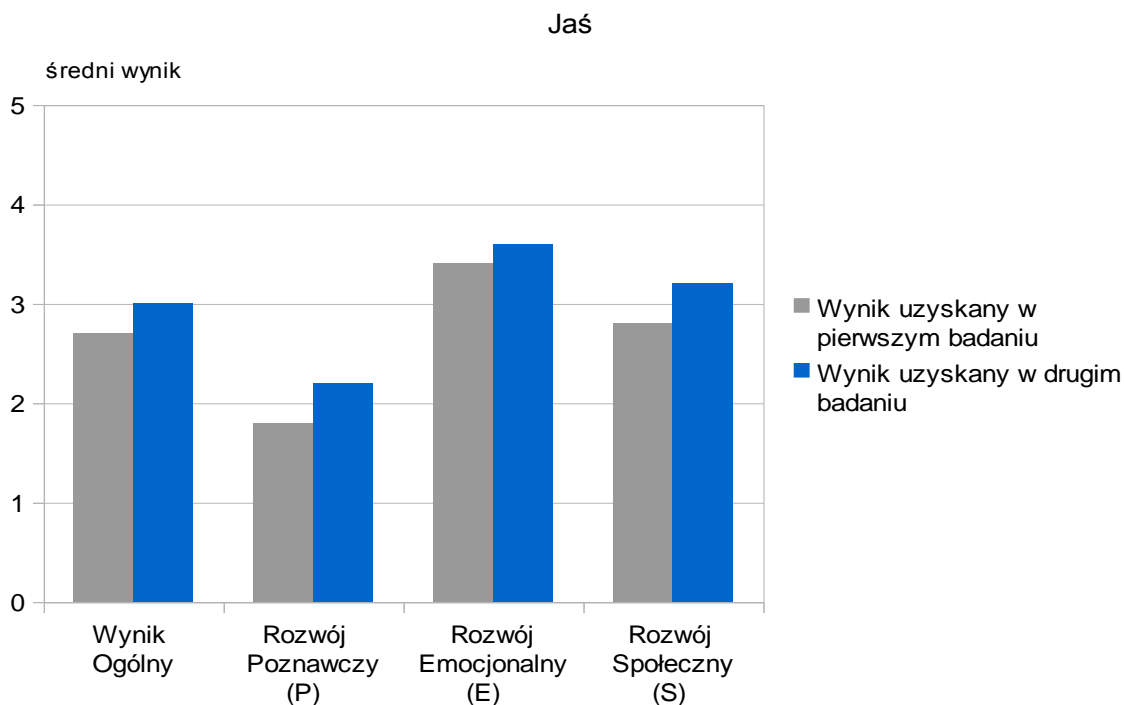
Profil dziecka według Schematu Obserwacji Zachowania podczas zajęć muzykoterapeutycznych



Różnica pomiędzy średnim wynikiem uzyskanym podczas pierwszej obserwacji zachowania w trakcie zajęć muzykoterapeutycznych a drugim średnim wynikiem jest stosunkowo niewielka i wynosi: 0,5, co zaprezentowane zostało na wykresie 6:

Wykres 6. Zestawienie wyników uzyskanych przez Maćka podczas pierwszej i drugiej obserwacji

Profil rozwoju SOZ-D



według Schematu obserwacji zachowania podczas zajęć muzykoterapeutycznych

Wykres 7. Zestawienie wyników uzyskanych przez Jasia w pierwszym i drugim pomiarze według SOZ-D

Największe zmiany zaobserwowano w obszarze rozwoju poznawczego oraz społecznego. W przypadku rozwoju poznawczego różnica pomiaru pierwszego (1.8) i pomiaru drugiego (2.2) wynosi 0.4. Taką samą różnicę uzyskano w obszarze rozwoju społecznego, gdzie w pierwszym pomiarze uzyskano wynik: 2.8, natomiast w drugim pomiarze: 3.2.

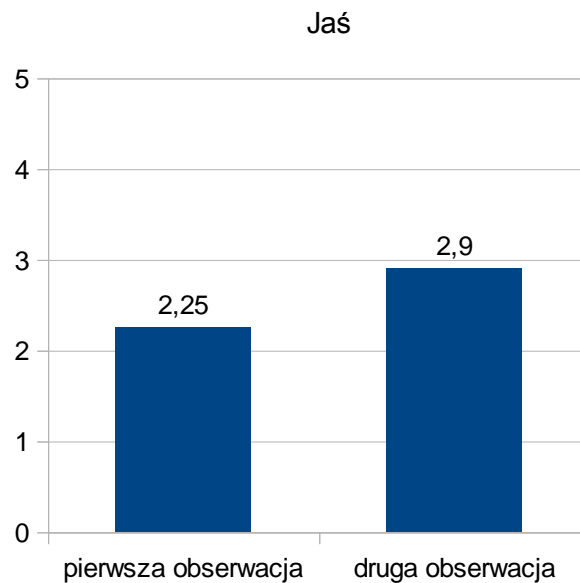
W obszarze rozwoju poznawczego największe zmiany obserwuje się w rozumieniu komunikatów zarówno werbalnych, jak i niewerbalnych. Chłopiec zaczyna inicjować kontakt z grupą, uwidacznia się motywacja własna w tym aspekcie. Zaczyna rozumieć polecenia po pierwszej demonstracji ćwiczenia oraz potrafi poprawić swój błąd w przypadku niepowodzenia. Zauważalna jest również poprawa koncentracji. Potrzebna jest niewielka zachęta terapeuty w tym aspekcie.

W obszarze rozwoju emocjonalnego pomiędzy wynikiem pierwszego pomiaru (3.4) a wynikiem drugiego pomiaru (3.6) różnica wynosi 0.2. Chłopiec nie wykazuje żadnych zaburzeń nastroju podczas zajęć.

Różnica pomiędzy pierwszym wynikiem ogólnym (2.7) a drugim wynikiem ogólnym (3.0) wynosi: 0.3.

Różnica pomiędzy średnim wynikiem uzyskanym podczas pierwszej obserwacji zachowania w trakcie zajęć muzykoterapeutycznych a drugim średnim wynikiem wynosi: 0.65, co zaprezentowane zostało na wykresie 8:

Profil dziecka według Schematu Obserwacji Zachowania podczas zajęć muzykoterapeutycznych



Wykres 8. Zestawienie wyników uzyskanych przez Jasia podczas pierwszej i drugiej obserwacji według Schematu obserwacji zachowania podczas zajęć muzykoterapeutycznych

Wnioski

Wyniki badania wskazują na wpływ zastosowanych oddziaływań muzykoterapeutycznych na obszar rozwoju psychospołecznego dzieci niesłyszących. Nie można jednak wykluczyć, że na rezultaty badania miały również wpływ inne czynniki, takie jak terapia logopedyczna, psychologiczna czy wreszcie zajęcia muzykoterapeutyczne, które stanowią element programu wychowawczego, oferowanego przez placówkę przedszkolną. Niestety nie można potwierdzić tego, czy charakter zajęć muzykoterapeutycznych, prowadzonych w placówce, pokrywał się z oddziaływaniami zastosowanymi w badaniu. Osoba realizująca w przedszkolu program muzykoterapii nie zgodziła się, aby terapeutka prowadząca badanie uzyskała jakiegokolwiek informacje dotyczące charakteru zajęć.

Na rezultaty badań miały również wpływ wymienione czynniki zakłócające, takie jak absencja dzieci na zajęciach (szczególnie w pierwszym etapie badania) oraz problemy na drodze komunikacji interpersonalnej pomiędzy terapeutką a dziećmi (również głównie w pierwszym etapie badania).

Przeprowadzone badanie miało na celu ocenę skuteczności oddziaływań muzykoterapeutycznych w obszarze rozwoju psychospołecznego niesłyszących dzieci w wieku późnoprzedzkolnym.

Opisane wyniki badania potwierdzają efektywność zastosowanych działań, jednak z uwagi na wymienione czynniki zakłócające istnieje potrzeba dalszych badań w tym obszarze.

Problematyka badania skupiona była przede wszystkim na rozwoju psychospołecznym dzieci niesłyszących, jednak zastosowane metody pracy skupiały się również na innych aspektach rewalidacyjnych, takich jak poprawa odczytywania mowy z ust oraz korygowanie jakości mowy. Obszary te nie zostały ujęte w badaniu, dlatego nie sposób powiedzieć o efektywności zastosowanych oddziaływań muzykoterapeutycznych w tych aspektach. Nie można jednak takiej zależności wykluczyć, stąd warto zwrócić uwagę na zaistniałą potrzebę badań ukierunkowanych na zmierzenie efektywności oddziaływań muzykoterapeutycznych w obszarze poprawy odczytywania mowy z ust i/lub poprawy jakości mowy.

Nasuwa się także pytanie: Czy zastosowanie takich samych oddziaływań muzykoterapeutycznych mogłoby przynieść podobne rezultaty w pracy z innymi grupami dzieci z uszkodzonym słuchem? Interesujące byłoby zatem przeprowadzenie podobnych badań w grupie niesłyszących dzieci młodszych, niesłyszących dzieci w wieku szkolnym, a także w grupach dzieci z różnym stopniem ubytku słuchu.

Bibliografia

- Bogdanowicz, M. (2003). Skala Obserwacji Zachowania Dzieci (SOZ-D) do oceny efektywności zajęć prowadzonych Metodą Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne. W: M. Bogdanowicz, *Skale Obserwacji Zachowania Dzieci i Rodziców uczestniczących w zajęciach Ruchu Rozwijającego* (s. 5-20). Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Csanyi, Y. (1994). *Słuchowo-werbalne wychowanie dzieci z uszkodzonym narządem słuchu*. Warszawa: WSiP.
- Darrow, A. (2006). The Role of Music in Deaf Culture: Deaf Students' perception of emotion in Music. *Journal of Music Therapy*, XLIII (1), s. 2–15.
- Darrow, A., Grohe, H. (2002). Music therapy for learners who are deaf or hard-of-hearing. W: B. Wilson (red.), *Models of Music Therapy interventions in school settings* (s. 291– 304). Silver Spring: American Music Therapy Association.
- Eckert, U. (2006). Pedagogika niesłyszących i niedosłyszących – surdopedagogika. W: W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna* (s. 167-177). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

- Gfeller, K. E. (1999). Music therapy in the treatment of sensory disorders. W: W. B. Davis, K. E. Gfeller, M. H. Thaut (red.), *An Introduction to Music Therapy: Theory and Practice* (s. 187–193), Dubuque: McGraw-Hill College.
- Hoffman, B. (2001). *Surdopedagogika w teorii i praktyce*. Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej Towarzystwa Wiedzy Powszechnej.
- Karzewska, B. (2007). *Kształtowanie zdolności koordynacji zmysłowo-ruchowej u dzieci głuchych w wieku przedszkolnym*. Warszawa: Instytut Informacji Naukowej i Studiów Bibliologicznych.
- Łobocki, M. (2005). *Metody i techniki badań pedagogicznych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Pilch, T., Bauman T. (2001). *Zasady badań pedagogicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Spicknall, H. W. (1968). Music for deaf and hard-of-hearing children in public schools. W: E. T. Gaston (red.), *Music in therapy* (s. 314–316). London: Collier Macmillan Publishers.
- Szymik, A. (2010). Przez rytm do Świata Ciszy. Wykorzystanie rytmiki w surdomuzykoterapii dzieci. W: P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia: tożsamość – transgresja – transdyscyplinarność* (s. 147–153). Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, Stowarzyszenie Muzykoterapeutów Polskich.

Załącznik 1.

Scheduła obserwacji zachowania dziecka podczas zajęć muzykoterapeutycznych

Data obserwacji:

Imię dziecka:

Wiek:

	Nigdy (1)	Rzadko (2)	Czasami (3)	Często (4)	Zawsze (5)
1. Dziecko chętnie uczestniczy w proponowanych ćwiczeniach.					
2. Dziecko jest skoncentrowane na zadaniu.					
3. Dziecko rozumie komunikaty dotyczące wykonania zadania.					
4. Dziecko samodzielnie wykonuje ćwiczenie (bez pomocy terapeuty i/lub innych dzieci).					
5. Dziecko pomaga innym dzieciom w zrozumieniu komunikatu dotyczącego wykonania zadania.					
6. Dziecko utrzymuje kontakt wzrokowy z terapeutą.					
7. Dziecko utrzymuje kontakt wzrokowy z innymi dziećmi.					
8. Dziecko cierpliwie czeka na swoją kolej.					
9. Dziecko samo proponuje nowe ćwiczenia lub nowe warianty ćwiczeń.					

10. Dziecko chętnie improwizuje na instrumentach.					
11. Dziecko chętnie improwizuje wokalnie.					
12. Dziecko spontanicznie używa głosu podczas improwizacji wokalne.					

mgr Anna Flis – muzykoterapeutka, absolwentka Akademii Muzycznej im. Karola Szymanowskiego w Katowicach. Zajmuje się muzykoterapią dziecięcą, ze szczególnym uwzględnieniem surdomuzykoterapii. Współpracuje z Centrum Terapeutycznym Stamina w Gliwicach, Żłobkiem i przedszkolem z oddziałami integracyjnymi Bajkowa Kraina w Katowicach i Chorzowie oraz Szkołą Muzyczną Yamaha w Zabrze, w której prowadzi muzykoterapię dla dzieci z zaburzeniami rozwojowymi oraz jest nauczycielem programów wczesnodziecięcych.

ROZPOZNANIE W MUZYKOTERAPII⁴

Martyna Rau

Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego w Katowicach (studentka studiów II st.)

Streszczenie

Rozpoznanie w muzykoterapii to temat nieczęsto poruszany w literaturze polskiej. Pierwsza część artykułu wykorzystuje zatem teksty anglojęzyczne; zawiera definicje, ukazuje różnice pomiędzy rozpoznaniem a ewaluacją, przedstawia fragment regulaminu AMTA (*American Music Therapy Association*) dotyczący tego procesu. W części drugiej pokrótce opisane jest zagadnienie rozpoznania we wczesnej muzykoterapii polskiej na podstawie tekstów T. Natansona i A. Metery. We fragmencie ostatnim autorka prezentuje wyniki badania dotyczącego stanu wiedzy o rozpoznaniu i jego narzędziach, przeprowadzonego wśród certyfikowanych muzykoterapeutów polskich.

Słowa kluczowe: rozpoznanie, ewaluacja, diagnoza w muzykoterapii.

Wprowadzenie

Czym jest rozpoznanie? Choć niniejszy tekst zawiera, oczywiście, odpowiedź na to pytanie, warto uprzednio zastanowić się nad nią samemu. W literaturze polskojęzycznej trudno znaleźć definicję muzykoterapeutycznego rozpoznania – dlatego autorka w poszukiwaniu odpowiedzi sięgnęła po źródła zagraniczne. Artykuł rozpoczyna się więc definicją oraz informacjami o rozpoznaniu, pochodzącymi z publikacji anglojęzycznych (Davis, Gfeller, Thaut 1999; Wheeler, Shultis, Polen 2005), a następnie zawiera fragment regulaminu AMTA dotyczącego rozpoznania. Opisane zostały także różnice pomiędzy rozpoznaniem a ewaluacją, a pierwszą część artykułu zamyka opis procesu rozpoznania oraz jego roli w muzykoterapii.

⁴ Treść artykułu stanowią fragmenty pracy dyplomowej Autorki.

Część druga artykułu poświęcona jest tematowi rozpoznania w muzykoterapii polskiej. Autorka cytuje tu więc fragmenty książek T. Natanson (1979) i A. Metery (2002), dotyczące badań z zakresu rozpoznania we wczesnej polskiej muzykoterapii. Następnie przedstawiona jest ankieta przeprowadzona wśród certyfikowanych muzykoterapeutów polskich na początku bieżącego roku, dotycząca wiedzy o rozpoznaniu i narzędziach do jego przeprowadzania, a także opinii ankietowanych na temat ilości informacji o rozpoznaniu w literaturze polskiej. Ankieta składała się z czterech pytań o charakterze otwartym. Wnioski z przeprowadzonego badania przedstawione są na końcu pracy i stanowią jej zakończenie.

Czym jest rozpoznanie?

Rozpoznanie (ang. *assessment*) to analiza umiejętności, potrzeb i poziomu funkcjonowania klienta, przeprowadzana przed rozpoczęciem terapii. Dostarcza informacji o przeszłym i obecnym stanie danej osoby i służy określeniu celów terapii oraz wykorzystywanych w niej metod i podejść, a także do zaplanowania jej w czasie.

Czynnikiem rozróżniającym rozpoznanie muzykoterapeutyczne od innych (na przykład psychologicznego czy edukacyjnego) jest muzyka: rozpoznanie i diagnoza muzykoterapeutyczna skupiają się głównie na muzycznych preferencjach, zdolnościach i umiejętnościach (oraz ich przełożeniu na funkcjonowanie klienta). Muzykoterapeuta może dodatkowo sprawdzać czynniki mniej związane z samą muzyką, lecz mierzalne w badaniu muzykoterapeutycznym (i mogące ulec poprawie poprzez zastosowanie muzykoterapii), na przykład: percepcję słuchową, pamięć, dużą i małą motorykę, emocjonalność, umiejętności społeczne (Davis, Gfeller, Thaut 1999).

Podczas przeprowadzania rozpoznania informacje należy pozyskiwać z możliwie jak największej liczby źródeł: obserwując klienta podczas wykonywania zadań poznawczych, fizycznych, muzycznych i innych, przeprowadzając wywiad z klientem i jego rodziną/opiekunem, zapoznając się z jego dokumentacją medyczną, a także konsultując się z członkami zespołu terapeutycznego. Niekiedy jednak sytuacja nie pozwala muzykoterapeucie na przeprowadzenie tak dokładnego rozpoznania. Dzieje się tak na przykład w szpitalach, gdzie czas trwania muzykoterapii jest różny (niekiedy jest to tylko jedna sesja) i nie da się dokładnie zaplanować całego procesu. Wtedy rozpoznanie przybiera zazwyczaj formę krótkiej rozmowy, podczas której muzykoterapeuta określa stan klienta i jego potrzeby na dany moment (na przykład potrzebę bezpieczeństwa). Może dzięki temu tak pokierować sesją, by te potrzeby zaspokoić – o ile jest to możliwe – poprzez działania muzykoterapeutyczne.

Niezależnie od tego, czy rozpoznanie przeprowadza się w przeciągu kilku spotkań, czy tylko kilku pierwszych minut konkretnej sesji, powinno ono zostać udokumentowane, a jego wyniki –

zinterpretowane (w wielu sytuacjach wyniki rozpoznania powinny być przekazane klientowi lub jego rodzinie/opiekunowi, a także członkom zespołu terapeutycznego, na przykład po to, aby ustalić wspólny cel terapii). Dopiero wtedy można przejść do rozpoczęcia muzykoterapii – chyba że rozpoznanie wykaże, że nie jest ona dla klienta właściwą formą.

Naturalną rzeczą jest więc, że rozpoznanie to jedna z pierwszych czynności, które przeprowadza muzykoterapeuta, rozpoczynając proces terapii z klientem – poprzedza je jedynie skierowanie klienta na muzykoterapię.

Ponieważ nie ma jeszcze w Polsce norm dotyczących rozpoznania muzykoterapeutycznego, warto znać pochodzącą z regulaminu AMTA (*American Music Therapy Association*) sekcję poświęconą rozpoznaniu:

Klient zostanie poddany rozpoznaniu przez muzykoterapeutę na początku procesu muzykoterapii.

2.1. Rozpoznanie muzykoterapeutyczne zawierać będzie ogólny opis funkcjonowania psychologicznego, poznawczego, komunikacyjnego, społecznego i fizycznego, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb i atutów klienta. Będzie także określało reakcje klienta na muzykę, jego preferencje i umiejętności muzyczne.

2.2. Rozpoznanie muzykoterapeutyczne będzie badało kulturę klienta. Może zawierać informacje o jego rasie, pochodzeniu etnicznym, języku, wyznaniu, klasie społecznej, przeżyciach związanych z rodziną, orientacji seksualnej, tożsamości płciowej i organizacjach społecznych, do których należy klient (lecz nie ogranicza się wyłącznie do tych informacji).

2.3. Wszystkie metody przeprowadzania rozpoznania muzykoterapeutycznego będą odpowiednie dla wieku klienta, jego diagnozy, poziomu funkcjonowania i kultury. Metody te mogą zawierać: obserwację w sytuacjach muzycznych i innych, rozmowę-wywiad, działania werbalne i niewerbalne oraz badanie. Informacje mogą być także zdobywane z innych źródeł i dyscyplin, na przykład przeszłej i obecnej historii medycznej i społecznej (zgodnie z rozporządzeniem HIPPA).

2.4. Wszystkie interpretacje wyników badania będą oparte na odpowiednich badaniach.

2.5. Proces i wyniki rozpoznania muzykoterapeutycznego będą zawarte w dokumentacji klienta.

2.6. Ostateczna decyzja odnośnie do przyjęcia klienta na muzykoterapię (zarówno bezpośrednio, jak i konsultacyjnie) będzie podjęta przez muzykoterapeutę i w miarę możliwości spójna z programem zespołu terapeutycznego. Rozmowa wstępna (screening) może być częścią tego procesu.

2.7. *Wyniki, konkluzje i implikacje rozpoznania muzykoterapeutycznego staną się podstawą dla programu terapii klienta i będą przedstawione osobom związanym ze świadczeniem mu usług terapeutycznych. Stosowne wyniki będą przedstawione klientowi.*

2.8. *Jeżeli rozpoznanie wykaże u klienta potrzebę innego rodzaju terapii, muzykoterapeuta napisze stosowne skierowanie (AMTA 2013)⁵.*

Rozpoznanie a ewaluacja

Wielu muzykoterapeutów przeprowadza – oprócz rozpoznania jako jednej z pierwszych faz procesu terapii – rozpoznanie na początku i końcu każdej sesji. Często jest to bowiem zwykła rozmowa, podczas której terapeuta dowiaduje się o nastroju klienta i, ewentualnie, istotnych dla niego wydarzeniach, które miały miejsce od ostatniej sesji. Dzięki temu terapeuta jest w stanie odpowiednio pokierować sesją i – na przykład – odstąpić od niektórych zaplanowanych aktywności, jeśli okażą się nieadekwatne do stanu pacjenta. Podobnie wygląda też rozpoznanie (ewaluacja) na końcu sesji.

Rozpoznanie i ewaluacja mogą także przybrać charakter ilościowy, bardziej sformalizowany: terapeuta może mieć przygotowany krótki formularz, określający na przykład poziom strachu, złości, zadowolenia i innych istotnych dla toku sesji emocji, które klient określa w skali na przykład 1–5. Nie daje to wprawdzie wiedzy o konkretnych wydarzeniach mających wpływ na samopoczucie klienta, ale pozwala na ogólne rozeznanie. Ten sam formularz może być następnie użyty na końcu sesji, podczas ewaluacji – dzięki temu terapeuta nie tylko jest w stanie określić, jak dane aktywności wpłynęły na klienta, lecz także może później takie porównanie stanu „przed” i „po” okazać pracodawcy – jako namacalny, liczbowy dowód na to, że muzykoterapia jest odpowiednią dla danej osoby formą terapii (lub przeciwnie – że skierowanie okazało się nietrafione).

Czym więc różni się rozpoznanie od ewaluacji, skoro używane są w nich dokładnie te same narzędzia? Sedno tkwi w celach obu tych działań: celem rozpoznania jest „zdobycie informacji o kliencie lub populacji, której świadczone są usługi muzykoterapeutyczne – o stanie i problemach klinicznych, charakterystyce muzycznej, ich własnych zasobach i doświadczeniach oraz o potrzebach terapeutycznych” (Wheeler 2005, s. 81). Ma ono miejsce przed rozpoczęciem terapii i jest punktem wyjścia do formułowania jej celów. W przypadku rozpoznania przeprowadzanego na początku każdej sesji istotą jest zebranie informacji o aktualnym stanie klienta i czynnikach, które mogą mieć wpływ na przebieg sesji terapeutycznej.

⁵ Tłum. – M. R.

Celem ewaluacji jest natomiast sprawdzanie rezultatów działań podejmowanych w trakcie terapii, monitorowanie zmian (o charakterze muzycznym lub pozamuzycznym) powstałych w efekcie muzykoterapii. Badanie ewaluacyjne powinno dawać odpowiedzi na dwa podstawowe pytania: o efektywność użytych metod oraz o poprawę stanu klienta poprzez te metody (Wheeler 2005). Ewaluacja może następować po każdej sesji, a z całą pewnością powinno się ją przeprowadzać co jakiś czas, w celu weryfikacji skuteczności używanych technik oraz sprawdzania postępów, jakie osiągnął klient od momentu rozpoczęcia terapii. Kiedy praca z klientem dobiega końca, powinna zostać przeprowadzona ewaluacja końcowa, której wyniki mogą być następnie porównane ze wstępnym rozpoznaniem i przekazane klientowi lub jego rodzinie.

Mimo że źródła zagraniczne mogą łatwo wprowadzać w błąd (*assessment* to pojęcie bardzo ogólne i dopiero w dalszej kolejności wyróżnia się jego różne odmiany – między innymi *evaluative assessment*, czyli „rozpoznanie ewaluacyjne”), rozróżnianie pojęć „rozpoznanie” i „ewaluacji” w języku polskim jest istotne, by zachować poprawność terminologiczną.

Proces rozpoznania

Rozpoznanie muzykoterapeutyczne powinno przebiegać według określonych etapów. Pierwszym z nich jest **otrzymanie skierowania** – skierować klienta na muzykoterapię może członek jego rodziny, zespołu terapeutycznego lub też on sam. Niezależnie od tego, muzykoterapeuta powinien sam określić, czy muzykoterapia jest odpowiednią formą terapii dla danej osoby.

Kolejnym krokiem jest **zbieranie wstępnych informacji o kliencie**. Może to być zapoznanie się z dostępną dokumentacją klienta, rozmowa-wywiad z klientem, rozmowa-wywiad z członkami jego rodziny (lub z opiekunem), rozmowa z członkami zespołu terapeutycznego. Celem zdobywania tych informacji jest osiągnięcie:

- lepszego zrozumienia klienta;
- wiedzy o ważnych dla niego wydarzeniach i ich wpływie na życie i stan klienta;
- wiedzy o stanie medycznym klienta i zażywanych przez niego lekach;
- wiedzy o programach (terapeutycznych, edukacyjnych i tym podobne), w których klient brał udział i o efektach tych działań;
- wiedzy o związku klienta z muzyką, jego muzycznych doświadczeniach, preferencjach i tak dalej;
- wiedzy o przekonaniach klienta (religijnych, moralnych i tym podobne);
- wiedzy o obecnych potrzebach klienta i jego osobistych celach.

Zakres zdobywanych informacji zależy między innymi od szacowanego czasu terapii: jeżeli terapeuta spodziewa się, że będzie to dłuższy czas, warto dowiedzieć się o kliencie jak najwięcej. W sytuacjach jednorazowych sesji (na przykład w szpitalach) wystarczą informacje o obecnych potrzebach klienta.

Im lepiej poznamy klienta i im lepiej będziemy go rozumieć, tym dokładniej określimy cel terapii i techniki, które posłużą jego realizacji.

Kiedy już zasięgnemy wstępnych informacji o kliencie, kolejnym etapem jest **określenie celu i zakresu rozpoznania**. Rozpoznanie nie może skupiać się na wszystkich aspektach funkcjonowania klienta – proces taki trwałby długo, a jego rezultaty nie pomogłyby w określeniu szczegółowego celu terapii. W zależności od nadrzędnego celu przeprowadzania rozpoznania używamy różnych jego typów i narzędzi. Kenneth Bruscia (2003) zdefiniował zatem pięć ogólnych celów rozpoznania:

- diagnostyczny – aby „wykryć, zdefiniować, wyjaśnić i sklasyfikować defekt klienta, skupiając się głównie na jego przyczynach, symptomach, częstotliwości i prognozie” (Bruscia 1993). Działania muzyczne służą tu określeniu stanu klienta i sposobu, w jaki doświadcza tego stanu;
- interpretacyjny – polega na zebraniu fragmentów reakcji i wypowiedzi muzycznych klienta i zinterpretowaniu ich poprzez wybrane teorie naukowe. Przykładem może być rozpoznanie używane przez Mary Priestley, która improwizacje muzyczne swoich klientów interpretowała na podstawie koncepcji psychoanalitycznych Freuda, Klein i Junga (Wheeler, Shultis, Polen 2005);
- deskryptywny – aby zrozumieć klienta i jego świat (w odniesieniu do jego umiejętności i potrzeb). Doświadczenia muzyczne klienta są tu niezwykle istotne i przekładają się na inne aspekty jego życia;
- preskryptywny – rozpoznanie poświęcone jest określeniu potrzeb terapeutycznych klienta i dostarczeniu bazy do formułowania celów, umieszczenia klienta w odpowiednim programie terapeutycznym i zidentyfikowania metod, które będą dla niego najbardziej efektywne. Ten typ rozpoznania pomaga odpowiedzieć na pytania: Czy klientowi potrzebna jest muzykoterapia i czy chce w niej uczestniczyć? Czy istnieją jakiegokolwiek przeciwwskazania do uczestniczenia klienta w sesjach muzykoterapeutycznych? Które metody muzykoterapii są najodpowiedniejsze dla klienta? Jakie materiały będą odpowiadały wiekowi, poziomowi dojrzałości i poglądom klienta? Czy klient ma wstępne

wymagania co do uczestniczenia w istniejącym programie muzykoterapeutycznym? (Wheeler, Shultis, Polen 2005, s. 32–33);

- ewaluacyjny – zgromadzone przed rozpoczęciem terapii informacje o kliencie służą jako baza do mierzenia postępów.

Różnice między tymi pięcioma punktami są dość subtelne, ale dostrzegalne i niekiedy określenie takiego ogólnego celu przeprowadzenia rozpoznania pomaga maksymalnie skupić się na informacjach, których najbardziej potrzebuje terapeuta. Cel taki zależy oczywiście od czasu, jaki terapeuta ma na przeprowadzenie rozpoznania oraz modelu/techniki muzykoterapeutycznej, którą stosuje w pracy (przykładowo: muzykoterapeuta, którego praca opiera się na nurcie psychodynamicznym, będzie zapewne przeprowadzał głównie rozpoznanie o celu interpretacyjnym; natomiast terapeuta, którego podejście jest bardziej eklektyczne, może dostosować rozpoznanie do własnego osądu w kwestii tego, jaki cel/kierunek będzie najlepszy w danej sytuacji).

Kiedy już muzykoterapeuta zna odpowiedź na pytanie „*Po co* (w jakim celu) przeprowadzam rozpoznanie?”, kolejne pytanie powinno brzmieć: „*Co* (jakie aspekty funkcjonowania klienta) chcę zgłębić dzięki rozpoznaniu?”. Wyróżnia się zatem siedem zakresów funkcjonowania, które można badać podczas przeprowadzania rozpoznania i które w efekcie pomagają terapeutę określić dokładny cel terapii:

1. Zakres biograficzny

Terapeuta skupia się na gromadzeniu informacji o wykształceniu klienta, jego zainteresowaniach, ważnych wydarzeniach z jego życia, stosunku klienta do muzyki, lekach, które zażywa, diagnozach klinicznych, wcześniejszych doświadczeniach z jakąkolwiek formą terapii oraz innych czynnikach. W miarę możliwości należy korzystać z jak największej liczby dostępnych źródeł. Informacje istotne dla terapeuty zależą od powodu, z jakiego klient został skierowany na muzykoterapię.

2. Zakres somatyczny

Terapeuta gromadzi informacje o fizjologicznych i psychofizjologicznych reakcjach klienta na muzykę, między innymi: tempie oddychania, pulsie, ciśnieniu krwi, pomiarach EEG (elektroencefalogram – mierzy częstotliwość fal mózgowych) i EMG (elektromiografia – mierzy funkcjonowanie mięśni), poziomie odczuwania bólu, napięcia, zmęczenia i niepokoju. Badania takie mogą być przydatne na przykład w pracy w szpitalach lub innych placówkach medycznych i paramedycznych.

3. Zakres behawioralny

Terapeuta skupia się na obserwacji i analizie zachowań klienta, między innymi reakcji na stymulację czy możliwej do zaobserwowania przez terapeutę interakcji ze środowiskiem.

4. Zakres umiejętności

Chodzi tu o obserwację muzycznych i niemuzycznych umiejętności, które klient wykorzystuje podczas aktywności muzycznych (na przykład koordynacja, percepcja, umiejętności poznawcze, kreatywność i tak dalej).

5. Zakres osobowości i samoświadomości

Obejmuje psychologiczne „ja” klienta: jego samoocenę, poczucie tożsamości, podświadome aspekty osobowości. Rozpoznanie tego typu może polegać na przykład na interpretowaniu przez klienta muzyki w kontekście własnej osobowości lub na odgrywaniu ról (na przykład roli matki, ojca) w muzycznej psychodramie. Ten rodzaj rozpoznania można z całą pewnością spotkać w modelu Portretu Muzycznego (autorstwa E. Galińskiej), osadzonym w nurcie psychoterapii. Jak pisze autorka metody: „Cel PM to diagnoza i terapia zaburzonej tożsamości, polegająca na regulacji treści i struktur »ja«” (Galińska 2012).

6. Zakres afektów

Terapeuta skupia się na emocjonalnych reakcjach klienta na słuchanie lub tworzenie muzyki, a także na jego muzycznych preferencjach (piosenkach lub gatunkach muzycznych, które korespondują z emocjami pacjenta).

7. Zakres interakcji

Obejmuje relację klienta z terapeutą oraz z rodziną i rówieśnikami, a także ogół umiejętności komunikacyjnych klienta.

Inny możliwy podział określa dziewięć obszarów, w których muzykoterapeuta może zasięgać informacji: medyczny, poznawczy, społeczny, somatyczny, zawodowy/edukacyjny, emocjonalny, komunikacyjny, obszar relacji z członkami rodziny oraz obszar rekreacyjny (Davis, Gfeller, Thaut 1999).

Doświadczenia muzyczne, których dostarcza się klientowi podczas sesji muzykoterapeutycznych, mogą także służyć rozpoznaniu. Dlatego też następnym krokiem jest **określenie źródła informacji muzycznej**. Niektóre narzędzia służące do przeprowadzania rozpoznania używają jednego, inne – dwóch lub więcej elementów. Doświadczenia te dzielimy więc na:

- Improwizowanie – podczas rozpoznania terapeuta skupia się na sposobach, w jakie klient tworzy muzykę podczas grania lub śpiewania, z odniesieniem lub bez odniesień, ze słowami lub bez. Rozpoznanie za pomocą improwizacji uważa się za szczególnie odpowiednie dla osób mających problemy z werbalną ekspresją, poczuciem samoświadomości, komunikacją i relacjami interpersonalnymi oraz dla osób mało spontanicznych.
- Wykonywanie lub odtwarzanie – służy określeniu sposobu, w jaki klient uczy się i wykonuje wokalną lub instrumentalną muzykę lub w jaki sposób powtarza (naśladuje) różnego rodzaju dźwięki i schematy muzyczne. Terapeuta ma możliwość zaobserwowania całego wachlarza umiejętności, jakie potrzebne są w tego typu doświadczeniach muzycznych. Służą one między innymi określeniu poziomu głębokości niepełnosprawności i identyfikacji stopnia utraty funkcjonowania na przykład przez urazy mechaniczne, postępujące schorzenia, opóźnienie w rozwoju (Bruscia 1993).
- Tworzenie – bada się tu sposoby, w jakie klient (zwykle z pomocą terapeuty) komponuje piosenkę lub utwór instrumentalny oraz jak organizuje sobie proces tworzenia. Jest to przydatne w pracy z osobami mającymi problemy z koncentracją, podejmowaniem decyzji (i braniem za nie odpowiedzialności), organizacją i sekwencjonowaniem idei, a także z osobami, które mają trudność w komunikacji werbalnej, ale potrafią przekazać myśli i uczucia poprzez piosenkę lub instrumentalną formę muzyczną (Bruscia 1993).
- Słuchanie – jest to metoda receptywna, w której terapeuta skupia się na tym, w jaki sposób klient słyszy, odbiera i reaguje na bodźce dźwiękowe. Muzyka może być tu odtwarzana lub wykonywana na żywo przez muzykoterapeutę. Tego typu rozpoznanie przeznaczone jest między innymi dla osób z potrzebą aktywizacji/relaksacji emocjonalnej lub fizycznej oraz w celu nauczania świadomego słuchania, refleksji, identyfikacji własnych emocji i myśli, a także aby dostarczyć klientowi wrażeń duchowych (Bruscia 2003).

Kiedy są już określone cele, zakres i źródła informacji muzycznej, terapeuta może **przeprowadzić rozpoznanie**. Proces ten dzieli się na trzy części:

1. Zbieranie danych – obejmuje wszystkie wymienione już wcześniej działania (rozmowę, obserwację klienta, rozpoznanie z użyciem konkretnego narzędzia pomiarowego, na przykład skali).
2. Podsumowanie i interpretacja wyników – czyli wnioski płynące z rozpoznania. Zawiera się w tym punkcie także określenie tego, czy muzykoterapia jest – na podstawie

przeprowadzonego badania – odpowiednią pod względem możliwych efektów formą terapii dla klienta.

3. Dokumentacja wyników – niezależnie od tego, czy zapadnie decyzja o kontynuowaniu muzykoterapii, czy nie, z badania rozpoznawczego powinien zostać sporządzony raport. Może on następnie zostać przekazany członkom zespołu terapeutycznego lub rodzinie klienta.

Rola rozpoznania w muzykoterapii

Podsumowując powyższe punkty – jaka jest rola rozpoznania w muzykoterapii? Stanowi ono swego rodzaju kłamy spinające cały proces: na początku, jako „rozpoznanie właściwe”, jest punktem wyjścia do zaplanowania celów terapii; na końcu, jako ewaluacja, stanowi jej podsumowanie, pomaga określić, czy terapia przynosi efekty – a jeśli nie przynosi, wtedy ewaluacja jest przydatna w ustalaniu koniecznych zmian w podejściu terapeuty. Jest ono działaniem usystematyzowanym, dającym jednak terapeutcie pewną swobodę w odpowiednim wyborze narzędzia do jego przeprowadzenia (lub poprowadzenia go wedle własnego schematu, na podstawie swojej wiedzy i doświadczenia). Bez rozpoznania – choćby i krótkiego – nie można rozpocząć procesu terapii – jak bowiem pomagać komuś, o kim nic się nie wie? Odpowiedź na to pytanie powinna stanowić również odpowiedź na wszelkie wątpliwości dotyczące roli rozpoznania w muzykoterapii.

Rozpoznanie we wczesnej muzykoterapii polskiej

Niewiele można znaleźć w polskich źródłach na temat rozpoznania muzykoterapeutycznego w naszym kraju. Tadeusz Natanson wymienił we *Wstępie do nauki o muzykoterapii* część osób, które ówczasie, to jest pod koniec lat 70. XX wieku, prowadziły działalność z zakresu muzykoterapii (Natanson 1979, s. 40–46). Obok wykształconych muzykoterapeutów i muzyków, na tej liście znaleźli się także psychologowie, psychiatry i lekarze różnych specjalizacji (między innymi kardiologii, chirurgii, anestezjologii, ginekologii i innych). Z uwagi na brak polskojęzycznych narzędzi do przeprowadzania muzykoterapeutycznego rozpoznania oraz ograniczony w tych czasach dostęp do źródeł zagranicznych można przypuszczać, że głównym źródłem informacji były dla nich diagnozy kliniczne pacjentów, ich preferencje muzyczne pierwotnie stanowiły zaś rzecz raczej drugorzędną.

Natanson, choć nie proponował konkretnych narzędzi czy metod muzycznego diagnozowania pacjenta, zaznaczał, że istotny dla muzykoterapeuty powinien być emocjonalny stosunek człowieka do muzyki, co określił pojęciem „muzykalności” (Natanson 1979, s. 65). Łączył w tym nie tylko zdolności muzyczne danej osoby, lecz także jej gust muzyczny. Określenie stopnia tej

indywidualnej dla każdego człowieka muzykalności stanowiło dalej punkt wyjścia do ustalenia metod pracy z pacjentem, ewaluacji postępów, doboru odpowiedniego materiału muzycznego oraz ustalenia celów terapii. I chociaż nie padło nigdzie słowo „diagnoza” czy „rozpoznanie”, dostrzec można podobieństwo założeń Natansona do tych obecnych, opisanych w rozdziale pierwszej części niniejszego artykułu, a przyjętych z Zachodu.

Dobór materiału muzycznego

Już od czasów starożytnych łączono muzykę z emocjami oraz psychicznym i fizycznym stanem człowieka. Wiadomo było, że w określony sposób wpływa ona na pewne aspekty funkcjonowania. W toku historii muzyki, idąc za założeniami greckiej teorii ethosu badano wpływ konkretnych tonacji na ludzki organizm i psychikę i określano „pozytywne” i „negatywne” tonacje i współbrzmienia. Owe teorie i badania przyczyniły się w muzykoterapii do rozwoju technik receptywnych (Grocke, Wigram 2007, s. 13), choć oczywiście sięgają do nich także inne nurty muzykoterapii. W XX wieku to, czego w starożytnej Grecji nie dało się zmierzyć, było już mierzalne – T. Natanson we własnym zakresie prowadził badania wpływu określonej muzyki na ludzi. Wspierało go w tym grono specjalistów: lekarzy i informatyków. Choć we *Wstępie...* wyraźnie zaznaczono, że czas trwania badań przewidziany był na okres 15–20 lat, przedstawione zostały następujące spostrzeżenia ze wczesnych badań nad percepcją muzyki u różnych grup pacjentów:

- a) niektóre z utworów muzycznych, odtwarzanych pacjentom skarżącym się na omamy słuchowe, powodowały całkowite ich zniesienie, niektóre – złagodzenie, inne wreszcie nie miały wpływu na ich występowanie, ani na nasilenie;
- b) w przebiegu słuchania utworów muzycznych, określanych przez badanych jako przyjemne, zmiany w zachowaniu się obserwowanych wskaźników biomedycznych miały przeciwny wyraz niż w przebiegu słuchania utworów określanych jako drażniące;
- c) u większości badanych charakterystyczne zmiany w zapisie EKG w przebiegu słuchania utworów muzycznych synchronizowały się z tymi samymi fazami przebiegu eksponowanych utworów (Natanson 1979, s. 47–48).

Jasno widać więc, że mimo początkowej fazy badań można było wysnuć z nich oczywiste wnioski. Zostały one także wymienione przez autora i przedstawiają się następująco:

- a) pewne utwory muzyczne, a nawet pewne fazy ich przebiegu zdolne są do wywierania określonego, jednakowego u większości badanych wpływu na zachowanie się pewnych objawów chorobowych oraz na zachowanie się obserwowanych wskaźników

biomedycznych, należy więc dążyć do wykrycia i znalezienia sposobu oznaczania tych cech muzyki, aby jej działaniem móc świadomie sterować;

- b) subiektywna ocena percypowanej muzyki, uwarunkowana licznymi czynnikami, może wpływać w dość znaczący sposób na rodzaj i jakość wzbudzanych przez nią reakcji;
- c) silne zabarwienie subiektywizmem wszelkich form kontaktu człowieka z muzyką wskazuje na konieczną ostrożność w ocenie roli obiektywnych cech muzyki w procesie oddziaływania nią na psychosomatyczny ustrój człowieka; wykrycie i zbadanie tych cech jest jednak dla postępu nauki o muzykoterapii nieodzowne (Natanson 1979, s. 48).

Oczywiście były to jedynie badania wstępne, jednak miały wpływ na świadomość polskich muzykoterapeutów o odpowiednim doborze muzyki dla klientów. Szeroko na ten temat rozpisala się później Anna Metera, która w swojej książce wymieniła już konkretne testy mierzące upodobania muzyczne klienta, znane w Polsce: *The IPAT Music Preference Test of Personality* Cattella – test standaryzowany powstały w 1953 roku oraz *Test inteligencji muzycznej* Winga i *Profil zdolności muzycznych* Gordona – testy niestandaryzowane stworzone odpowiednio w 1961 i 1965 roku (Metera 2002, s. 49). Autorka zwróciła uwagę także na problem deklarowania przez badanych nieprawdziwych preferencji muzycznych – głównie pod wpływem presji rówieśników lub chęci sprostanania wymaganiom osoby prowadzącej badania. Badaczka uczula jednak czytelnika na istotę poznania upodobań muzycznych klienta przed rozpoczęciem procesu terapii – ma ona bowiem znaczący wpływ na sterowanie reakcjami emocjonalnymi i psychomotorycznymi oraz motywacją danej osoby.

Sytuacja bieżąca

Aby poznać stan wiedzy o przeprowadzaniu rozpoznania, jego narzędziach i istocie stosowania tego elementu przez polskich muzykoterapeutów, a tym samym zaznajomić się z ich zdaniem na temat obecności tego zagadnienia w literaturze polskojęzycznej, postanowiono przeprowadzić niewielkie badanie ankietowe. Celem badania było zatem pozyskanie informacji na temat świadomości polskich muzykoterapeutów w zakresie problematyki rozpoznania. Adresatami ankiety byli certyfikowani muzykoterapeuci polscy z różnych miast, stąd też kwestionariusze przesyłane były drogą mailową. Ankieta składała się z czterech pytań o charakterze otwartym, mających na celu zdobycie jak najwięcej informacji na temat:

- a) przeprowadzania przez respondentów rozpoznania oraz narzędzi, z jakich przy tym korzystają (pytanie 1);

- b) momentu terapii, w którym przeprowadzane jest przez respondentów rozpoznanie (pytanie 2);
- c) wagi rozpoznania w procesie terapii (pytanie 3);
- d) ilości informacji o rozpoznaniu i narzędziach do jego przeprowadzania w źródłach polskojęzycznych (pytanie 4).

Adresaci ankiety

Adresatami ankiety byli muzykoterapeuci posiadający Certyfikat Polskiego Stowarzyszenia Muzykoterapeutów.

Data prowadzenia badań

Badania rozpoczęto w dniu 12 lutego 2015 roku (data wysłania ankiety do adresatów) i zakończono w dniu 5 kwietnia 2015 roku (data zakończenia przyjmowania wypełnionych ankiet).

Omówienie wyników ankiety

W badaniu wzięło udział siedem osób.

PYTANIE 1.

Czy w swojej praktyce stosujesz rozpoznanie? Jeśli tak – opisz, w jaki sposób je przeprowadzasz (czy poświęcasz na to całą sesję; czy używasz jakichś narzędzi pomiarowych – i jakich – lub wyłącznie w formie rozmowy i tak dalej). Jeśli nie – napisz, dlaczego.

Z odpowiedzi wynika, że wszyscy ankietowani stosują rozpoznanie. Wśród wymienionych narzędzi pojawiły się następujące:

- skale Nordoff-Robbins⁶;
- The Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP)⁷;
- „Muzyczna biografia”⁸;
- „Karta zachowania się pacjenta w trakcie muzykoterapii”⁹;
- rozpoznanie stosowane w modelu Guided Imagery and Music (GIM)¹⁰;

⁶ Zob. *Creative Music Therapy: A Guide to Fostering Clinical Musicianship* (s. 367–457), P. Nordoff, C. Robbins, 2007, Barcelona Publishers: Gilsum, NH.

⁷ Zob. *The Individualized Music Therapy Assessment Profile*, H. Baxter, J. Berghofer, L. MacEwan, J. Nelson, K. Peters, P. Roberts, 2007, London: Jessica Kingsley Publishers.

⁸ Zob. *Na Temat. Zeszyty Dla Profesjonalnie Pomagających*, 2012, 1: *Muzykoterapia dla seniora z demencją*.

⁹ Zob. *Podstawy muzykoterapii* (s. 288–291), K. Stachyra [red.], 2014, Lublin: Wydawnictwo UMCS.

¹⁰ Zob. *Client assessment in the Bonny Method of Guided Imagery and Music* (s. 273–295). K. Bruscia, 2002. W: *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond*, K. Bruscia, D. Grocke [red.], Gilsum: Barcelona Publishers.

- scheduły obserwacyjne ogólnego funkcjonowania;
- inne skale pomiarowe.

Ponadto czworo ankietowanych stosuje własne scheduły i kwestionariusze, zależne od miejsca pracy. Opisywane przez nich działania przeprowadzane w trakcie rozpoznania obejmują między innymi: zbieranie informacji o kliencie (na przykład dokumentacji medycznej, opinii innych terapeutów), rozmowę-wywiad z klientem i/lub jego opiekunem, obserwację klienta w sytuacjach muzycznych i pozamuzycznych.

PYTANIE 2

Czy rozpoznanie przeprowadzasz wyłącznie na początku pracy z klientem, jako uzupełnienie diagnozy, czy też krótko podczas każdej sesji?

Troje ankietowanych stosuje rozpoznanie na pierwszej sesji z klientem oraz krótko na początku każdej kolejnej sesji (zwykle w formie rozmowy). Dwoje poświęca rozpoznaniu wyłącznie pierwszą (lub kilka pierwszych) sesji. Jedna osoba odpowiedziała, że stosuje je z reguły na początku pracy z klientem, ale czasem też na każdej sesji, a jedna zbiera informacje o kliencie przed rozpoczęciem z nim pracy, dodatkowo stosuje krótkie rozpoznanie na każdej sesji.

Ponadto dwoje ankietowanych przeprowadza rodzaj rozpoznania na końcu każdej sesji – nie pada jednak słowo „ewaluacja” (choć jedna z osób pisze: „Być może nie nazywam tego stricte rozpoznaniem, ale po każdej sesji staram się oceniać postępy, zmiany zachowania itp. pacjenta”).

PYTANIE 3

Czy uważasz rozpoznanie za istotną część procesu terapeutycznego? Jeśli tak, napisz, dlaczego.

Wszyscy ankietowani odpowiedzieli, że uważają rozpoznanie za istotną, nieodłączną część procesu terapeutycznego. Wśród argumentów przemawiających za tym wymienili:

- nadawanie terapii celu (siedem osób);
- poznanie klienta, określenie jego stanu przed rozpoczęciem terapii (cztery osoby);
- dobieranie technik/metod (trzy osoby).

Warto zaznaczyć, że wszyscy ankietowani łączą rozpoznanie z wyznaczaniem celu terapii.

PYTANIE 4

Czy uważasz, że powinno być więcej informacji w języku polskim na temat sposobów i narzędzi do przeprowadzania rozpoznania? Krótko uzasadnij.

Ankietowani uważają, że powinno być więcej informacji nie tylko o rozpoznaniu (100 procent odpowiedzi), lecz także ogólnie o muzykoterapii (dwoje ankietowanych), podając następujące argumenty:

- poszerzanie wiedzy na temat prowadzenia i działania muzykoterapii;
- lepszy dobór technik/metod w wyniku poprawnie przeprowadzonego rozpoznania;
- ułatwienie pracy (praktyki);
- większa skuteczność muzykoterapii;
- pomoc w przeprowadzaniu badań;
- ułatwienie prezentacji progresu/zmian zachodzących w wyniku muzykoterapii;
- możliwość kształtowania własnej metody rozpoznania na podstawie istniejących narzędzi;
- motywacja do samodoskonalenia.

Jak słusznie zauważa jedna z ankietowanych osób, na podstawie istniejących narzędzi pomiarowych można stworzyć własny model rozpoznania – a dzięki temu przyczynić się do rozwoju samej muzykoterapii oraz udoskonalenia przeprowadzania rozpoznania na polskim gruncie. Poszerzanie wiedzy na temat muzykoterapii może także pomóc w postrzeganiu jej jako dziedziny naukowej (na przykład w środowisku medycznym).

Analiza odpowiedzi i wnioski

Jak wynika z przeprowadzonej ankiety, u polskich certyfikowanych muzykoterapeutów stan wiedzy o rozpoznaniu jest dość dobry: wszyscy respondenci przeprowadzają rozpoznanie muzykoterapeutyczne, używając do tego zróżnicowanych narzędzi pomiarowych, określają je także jako istotny element procesu terapii. Wskazują na zależność pomiędzy rozpoznaniem a wyznaczaniem celów terapii oraz na pierwszeństwo tego pierwszego, co w kontekście organizacji procesu muzykoterapii jest właściwą kolejnością postępowania. Prawie połowa ankietowanych dostrzega także przydatność rozpoznania w doborze odpowiednich technik terapeutycznych, a więcej niż połowa określa rozpoznanie jako pomocne podczas ogólnego poznawania klienta. Choć w ankiecie wzięło udział zaledwie siedem osób, są to dane budujące – widać bowiem wysoki poziom wiedzy i praktyki certyfikowanych polskich muzykoterapeutów.

Respondenci zwracają jednak uwagę na niewielką ilość materiałów w języku polskim, co utrudnia dostęp do szerokiej gamy narzędzi pomiarowych – oraz po prostu do wiedzy o rozpoznaniu. Jedna z osób ankietowanych uznała wprost, że brakuje w Polsce odpowiedniego przygotowania muzykoterapeutów – studentów i innych osób kształcących się w tej dziedzinie – w zakresie metod prowadzenia rozpoznania. W odpowiedziach został poruszony problem bariery językowej

oraz kosztów sprowadzania literatury obcojęzycznej głównie w tym zakresie, choć część ankietowanych określiła, że problem ten jest ogólny dla wszystkich obszarów muzykoterapii.

Wnioski zatem nasuwają się same: choć stan wiedzy ogólnej na temat rozpoznania jest wśród polskich certyfikowanych muzykoterapeutów wysoki (zdają sobie sprawę z wagi rozpoznania w procesie muzykoterapii, stosują różnorodne, popularne na świecie narzędzia do jego przeprowadzania), powinni rozpocząć tworzenie własnych schedułów obserwacyjnych i modeli przeprowadzania rozpoznania oraz tłumaczenie istniejących już skal i narzędzi – by rozwiązać problem językowej bariery, wysokich kosztów sprowadzania obcojęzycznych publikacji i idącej za tym niewielkiej wiedzy wśród studentów.

Podsumowanie

Na podstawie książek Natansona (1979) i Metery (2002) oraz zamieszczonej ankiety można zobaczyć, jak w przeciągu kilku zaledwie dziesięcioleci zmienił się w Polsce stan wiedzy o muzykoterapii oraz – w szczególności – o rozpoznaniu: od wstępnych badań do szerokiej i wykorzystywanej w praktyce wiedzy. Przedstawione tu badanie było zaledwie próbnym załącznikiem, który należy zacząć rozwijać: można poszerzyć kwestionariusz o kilka dodatkowych pytań, które nasuwają się po zapoznaniu z materiałem ankiety. Z całą pewnością jednym z nich jest: skąd i kiedy respondenci dowiadują się o rozpoznaniu, skoro – jak sami przyznają – źródeł jest tak niewiele? Podobne badanie można byłoby zatem przeprowadzić wśród studentów muzykoterapii i porównać wiedzę, jaką w tym temacie mają poszczególne roczniki. Liczba adresatów ankiety mogłaby też zostać poszerzona o absolwentów dziennych studiów muzykoterapii z Katowic i Wrocławia, a nie ograniczona wyłącznie do certyfikowanych muzykoterapeutów. A nawet jeśli to kryterium pozostałoby niezmiennym, oczywistą rzeczą jest, że należy powtarzać badanie cyklicznie co kilka lat – kiedy potencjalnych respondentów będzie więcej. Pozostaje tylko mieć nadzieję na to, że jego wyniki będą równie zadowalające, o ile nie lepsze, od obecnych – a żeby tak się stało, należy dolożyć wszelkich starań do rozwijania wiedzy o rozpoznaniu poprzez tłumaczenie istniejących narzędzi na język polski oraz tworzenie nowych, odpowiadających polskim realiom i warunkom.

Bibliografia

American Music Therapy Association. (2013). *AMTA Standards of Practice*. Pobrane z: <http://www.musictherapy.org/about/standards/> [data dostępu: 15.02.2015].

- Baxter, H., Berghofer, J., MacEwan, L., Nelson, J., Peters, K., Roberts, P. (2007). *The Individualized Music Therapy Assessment Profile*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bruscia, K. (1993). *Client assessment in music therapy*. Manuskrypt nieopublikowany. Za: B. L. Wheeler, C. L. Shultis, D. W. Polen. (2005). *Clinical Training Guide for the Student Music Therapist*, Gilsum: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. (2002). Client assessment in the Bonny Method of Guided Imagery and Music. W: K. Bruscia, D. Grocke [red.], *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. (2003). *Client Assessment in Music Therapy*. Presentation at the conference of the AMTA, St. Louis, MO. Za: B. L. Wheeler, C. L. Shultis, D. W. Polen. (2005). *Clinical Training Guide for the Student Music Therapist*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Davis, W. B., Gfeller, K. E., Thaut, M. H. (1999). *An Introduction to Music Therapy: Theory and Practice* [2nd ed.]. Dubuque: McGraw-Hill.
- Galińska, E. (2012). Portret Muzyczny. W: K. Stachyra [red.], *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii* (s. 97-113). Lublin: UMCS.
- Grocke, D., Wigram, T. (2007). *Receptive Methods in Music Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Meadows, A. (2005). Client Assessment. W: B. L. Wheeler, C. L. Shultis, D. W. Polen, *Clinical Training Guide for the Student Music Therapist* (s. 27-54). Gilsum: Barcelona Publishers.
- Metera, A. (2002). *Muzykoterapia. Muzyka w medycynie i edukacji*. Leszno: WCTN Metronom.
- Na Temat. Zeszyty Dla Profesjonalnie Pomagających*, 2012, 1: *Muzykoterapia dla seniora z demencją*.
- Natanson, T. (1979). *Wstęp do nauki o muzykoterapii*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Nordoff, P., Robbins, C. (2007). *Creative Music Therapy: A Guide to Fostering Clinical Musicianship*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Stachyra, K. [red.]. (2014). *Podstany muzykoterapii*. Lublin: UMCS.
- Wheeler, B. L. [red.]. (2005). *Music Therapy Research*, (2nd ed.). Gilsum: Barcelona Publishers.

lic. Martyna Rau – absolwentka studiów licencjackich w specjalności muzykoterapia w Akademii Muzycznej im. Karola Szymanowskiego w Katowicach; obecnie kontynuuje naukę na

studiach magisterskich na tej samej uczelni. Osoba o szerokich zainteresowaniach: od muzyki, przez rytmikę i muzykoterapię, aż po taniec z ogniem.

OD „KIM JESTEŚMY?” DO „JAK SIĘ STAJEMY?”
– POSZUKIWANIA TOŻSAMOŚCI I GRANIC KOMPETENCJI
MUZYKOTERAPEUTY

Dominika Dopierała

Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego w Katowicach

Streszczenie

Artykuł stanowi próbę odpowiedzi na pytania dotyczące granic kompetencji i tożsamości muzykoterapeutów. Podkreślając złożoność problemu, opisuje szerokie spektrum podejść i metod, które wykształciły się w ramach tej stosunkowo młodej profesji. Zarys wspólnego zakresu działalności muzykoterapeutów oraz specjalistów z dziedzin pokrewnych nadaje przestrzeni między poszczególnymi dyscyplinami postać kontinuum. Autorka traktuje profesje jako jedynie umowne obszary pracy specjalistów. Kreśli tym samym symboliczny obraz granic będących ruchomymi wyznacznikami pola odpowiedzialności muzykoterapeutów i innych profesjonalistów.

Słowa kluczowe: profesja, granice, kompetencje, tożsamość.

Wstęp

Często słyszymy pytania o kompetencje i cechy osobowości potrzebne do wykonywania zawodu muzykoterapeuty. Zastanawiamy się nad tym, jak ukazać to, co odróżnia nas od profesjonalistów z dziedzin pokrewnych. Dążąc do wprowadzenia ustawy o zawodzie muzykoterapeuty w Polsce, usiłujemy rozwiać niejasności dotyczące różnic pomiędzy naszą pracą a działaniami osób, które wykorzystują muzykę w celach zdrowotnych i edukacyjnych. Kim jest muzykoterapeuta i jak rysuje się obszar jego działalności na tej interdyscyplinarnej mapie? W poszukiwaniu odpowiedzi staramy się określić granice naszej profesji. Czy to możliwe? – oto jest pytanie! Mówiąc o granicach kompetencji i tożsamości, warto rozpocząć od źródła, czyli od rozważań na temat tego, jak widzi siebie sam muzykoterapeuta.

Muzyk czy terapeuta?

Trudności z określeniem tożsamości muzykoterapeuty kryją się w samej naturze naszej profesji. Wielość podejść w muzykoterapii, różniących się tym, jaką rolę przypisuje się muzyce, każe zastanowić się nad tym, czy nasza praktyka bliższa jest profesjom medycznym, czy muzycznym (Aigen 2014). Jako dość młoda dyscyplina muzykoterapia kształtuje się dwutorowo. Z jednej strony wspieramy się na teoriach zapożyczonych z rozwiniętych już dyscyplin pokrewnych – psychologii, medycyny, pedagogiki specjalnej. Z drugiej, staramy się o rozwój teorii właściwej tylko dla muzykoterapii, potwierdzonej systematycznymi badaniami doświadczeń klinicznych. Walczymy o status i autonomię naszej profesji na dwa różne sposoby. Jedni – wierząc, że status pociągnie za sobą samodzielność – starają się znaleźć wspólny język z innymi dyscyplinami, bazując na fundamentach teorii dziedzin pokrewnych. Są też tacy, którzy wierzą, że procesów zachodzących podczas wspólnego tworzenia muzyki nie da się opisać teorią niewynikającą z samego doświadczenia muzycznego. W trosce o samodzielność profesji, która miałaby budować nasz status, rozwijają teorię muzykoterapeutyczną opartą na terminologii muzycznej. Według nich wspólne tworzenie muzyki staje się celem samym w sobie, a terapia zawiera się w procesach wewnątrzmuzycznych. Kenneth Aigen (2014, s. 29) dzieli muzykoterapeutów (symbolicznie – jako że trudno tu o jednoznaczne rozgraniczenie) na tych, którzy uważają się za „terapeutów używających muzyki”, oraz tych, którzy myślą o sobie jako o „muzykach prowadzących terapię” [tłum. własne]. Opisując skrajne podejścia, Aigen obrazuje szerokie spektrum pracy, po którym poruszają się muzykoterapeuci. To, w jakim miejscu spektrum się znajdziemy, określa naszą praktykę, kompetencje oraz charakter relacji terapeuta – klient.

Praktyka „terapeuty używającego muzyki” opiera się na naukowych fundamentach dziedzin pokrewnych takich jak psychologia, medycyna czy edukacja specjalna. Celem terapii staje się wyeliminowanie negatywnych skutków choroby, urazu lub niepełnosprawności klienta. W efekcie muzykoterapia rozumiana jest jako terapia wspomagająca równoległe procesy edukacji, leczenia i terapii, a muzyka staje się narzędziem na drodze do celów pozamuzycznych. Praca ukierunkowana na poprawę konkretnych aspektów funkcjonowania klienta jest poparta ugruntowaną wiedzą naukową. Zapożyczone teorie i koncepcje stanowią terytorium, po którym muzykoterapeuci i inni profesjonaliści mogą się razem poruszać. W tej interdyscyplinarnej przestrzeni muzykoterapeuta wyróżnia się narzędziem, którym się posługuje: muzyką lub jej elementami – wspólny pozostaje jednak cel działań. Podobnie jak w ogólnie przyjętym systemie edukacji czy opieki zdrowotnej, charakter relacji terapeuta – klient oparty jest na wyraźnym podziale pomiędzy osobą prowadzącą proces a osobą, która mu się poddaje. Rolą

muzykoterapeuty jest więc ukierunkowanie z góry założonego procesu terapii, którego klient staje się przedmiotem.

W przypadku „muzyka prowadzącego terapię” terytoria dzielone z innymi dziedzinami to zgoła odmienne rejony. W odróżnieniu od „terapeuty używającego muzyki”, elementy wiedzy z dziedzin pozamuzycznych służą raczej zrozumieniu kontekstu pracy w różnych środowiskach, uświadamiają o konsekwencjach chorób, niepełnosprawności lub sytuacji społecznej klientów. Dzięki temu muzyk-terapeuta świadomie określa swoje położenie względem innych procesów terapii, edukacji czy leczenia, którym poddawani są jego klienci. Teorie i koncepcje pozamuzyczne nie determinują jednak kierunku terapii. Ponieważ udział w muzycznym doświadczeniu jest celem samym w sobie, muzycy-terapeuci szukają sposobów na stworzenie warunków odpowiadających potrzebom coraz bardziej zróżnicowanej populacji osób, z którymi pracują. Podejmują się nowych ról, które są nie tylko strategią w osiąganiu założonych celów terapii, lecz także uwzględniają preferencje i możliwości uczestników – słowem zaangażują we wspólne doświadczenie muzyki. „Podążamy tam, gdzie prowadzą nas ludzie i muzyka” [tłum. własne] – pisał Ansdell (2010, s. 12). Obszar działań terapeuty często wykracza więc poza ramy sesji indywidualnych i grupowych. Coraz szerszy kontekst pracy muzyka-terapeuty sprawia, że obejmuje on role producenta, dyrygenta chóru, nauczyciela muzyki, kompozytora, organizatora imprez społecznych, koncertów (Aigen 2014). W tak pojmowanej przestrzeni terapeutycznej terapeuta i klient stają się partnerami, którzy są jednakowo odpowiedzialni za wynik wspólnych działań muzycznych i przebieg terapii.

Różnice pomiędzy oboma wizerunkami – rolami, które obiera muzykoterapeuta – ukazują jak rozległy jest zakres działań muzykoterapeuty. Wielowymiarowość naszej pracy wymaga od nas nie tylko szerokich umiejętności muzycznych, lecz także odpowiedniego zakresu wiedzy z dziedzin pokrewnych – medycyny, psychologii, socjologii, muzykologii, edukacji. Wizerunek muzykoterapeuty w samej swej naturze jest więc koncepcją elastyczną, zależną od jego podejścia oraz okoliczności, w których pracuje (Ruud 2010). Czy takim stwierdzeniem nie narażamy się jednak na podejrzliwe spojrzenia innych specjalistów? Czy w ten sposób nie ułatwiamy zadania „muzykoterapeutom”, którzy nie lubią nazywać rzeczy po imieniu? Jeśli chcemy zdefiniować to, kim jesteśmy – a droga do usankcjonowania profesji muzykoterapeuty w Polsce jeszcze przed nami – warto zastanowić się, jak zapobiec scenariuszowi, w którym tak rozległe pole działania utrudni określenie naszej tożsamości jako profesjonalistów. Przed nami wyzwanie zbudowania wiarygodnego obrazu działalności muzykoterapeutów, podkreślenia istoty naszej roli pośród

innych dyscyplin. Z uwagi na tak szerokie spektrum pracy warto podjąć próbę nakreślenia umownych granic naszych kompetencji, mówienia o tym, kim z natury rzeczy nie jesteśmy.

Mapa a terytorium

Zakres i charakter pracy muzykoterapeuty różnią się w zależności od podejścia, w jakim on pracuje. Dlatego też stawiając sobie pytanie o granice naszych działań, poszukujemy również niejednoznacznej odpowiedzi. Pytanie postawione jest tylko pośrednio z myślą o nas samych. Chcąc zobrazować złożoną naturę naszej profesji, powinniśmy odnaleźć się (a tym samym pozwolić się odnaleźć) w kontekście interdyscyplinarnym: ukazać istotę i efekty naszej pracy osobom, z którymi, wokół których i dla których pracujemy. To z myślą o nich szukamy jasnego opisu profesji, która – mimo że stosunkowo młoda – rozwinęła się w wielu kierunkach.

Praca muzykoterapeutów dzieli cechy wspólne z działaniami innych specjalistów. Nierzadko słyszy się o psychoterapeutach, fizjoterapeutach, nauczycielach, którzy używają muzyki lub jej elementów w swojej pracy. Podobnie wygląda sytuacja w przypadku profesjonalistów z pokrewnych dziedzin muzycznych, których efekty pracy mogą zbiegać się ze skutkami działań muzykoterapeutów. Nie dalej jak w zeszłym roku, na Pierwszej Międzynarodowej Konferencji Naukowej w Katowicach, byliśmy świadkami tego, jak muzycy, muzykolodzy i nauczyciele muzyki coraz częściej rozważają i starają się oddziaływać na psychologiczny i społeczny kontekst swojej pracy. Widoczny staje się fakt, że łączą nas nie tylko podstawy teoretyczne, lecz także cele pracy oraz metody, które stosujemy na drodze do ich osiągnięcia. Czy wobec takiego stanu rzeczy próba odgórnego określania granic pomiędzy naszymi działaniami nie wydaje się zadaniem mało realnym?

Brynjulf Stige (2001, akapit 11) zdaje się odkrywać podłoże dylematu: „granice są konieczne, ale niekoniecznie są naturalne” [tłum. własne]. Podkreśla przy tym, że dzięki regularnej ich obserwacji jesteśmy w stanie określić, kiedy zapewniają, a kiedy hamują nasz rozwój. Biorąc pod uwagę fakt, że rozgraniczenie pomiędzy poszczególnymi dyscyplinami jest uwarunkowane kulturowo (por. Schön 1991), zauważymy holistyczną naturę wspólnego terytorium. Profesje nie wyznaczają zakresu działań, lecz podkreślają szczególne możliwości specjalistów, ich sposób i zdolność orientacji w znanym im terenie. Taki obraz interdyscyplinarnej płaszczyzny zobowiązuje. Jeśli potraktujemy rozgraniczenie pomiędzy profesjami jako płynne, to w rękach specjalisty spocznie odpowiedzialność określania granic własnych kompetencji – umiejętnego rozpoznawania obszarów, po których nie powinien on poruszać się samodzielnie.

Granice to rzecz zależna zarówno od jednostki, jak i jej otoczenia. Przymiotem profesjonalisty jest nie tylko posiadana wiedza i umiejętności, lecz także świadome rozpoznanie tego, co poza

jego możliwościami. Znaczącą rolę odgrywa więc obserwacja własnego otoczenia. Winnicott (1971) twierdził, że dialog ze światem zewnętrznym pozwala nam kształtować własną tożsamość, dostrzec odrębność pomiędzy tym, co w nas, a tym, co poza nami. Innymi słowy: aby móc dostrzec siebie potrzebujemy innych. Podobnie, dzięki współpracy i dialogowi z innymi profesjonalistami dochodzimy do szczególnej istoty naszej roli w procesie leczenia, terapii czy edukacji. Dostrzegając znaczenie i charakter pracy innych, stajemy się świadomi tego, co szczególne dla nas samych. Nie znaczy to, że naszym celem jest podkreślanie własnej odrębności lub traktowanie pola swojej działalności na wyłączność, ale raczej ukazywanie cech, które wyróżniają nas spośród dziedzin pokrewnych. Jeśli przyrzeć się działalności innych specjalistów jasnym staje się, że – mimo iż często dzielimy wspólną przestrzeń – nie jesteśmy tak jak oni specjalistami od edukacji, fachowcami w dziedzinie psychologii, nie prowadzimy fizjoterapii, nie jesteśmy też znawcami w zakresie kompozycji czy produkcji muzycznej. Możemy za to powiedzieć z pewnością, że jesteśmy ekspertami od strategicznego wykorzystywania muzyki w celach terapeutycznych. Muzyka – nasze główne narzędzie – jest tym, co odróżnia nas od specjalistów z dziedzin pozamuzycznych, z kolei strategia, w której ją wykorzystujemy zapewnia nam szczególne miejsce wśród innych muzyków. Postrzegane w taki sposób profesje stają się w ten sposób punktem wyjścia do rzeczywistego definiowania pola naszej działalności.

Jednak, jak stwierdził Korzybski, mapa to jeszcze nie terytorium (Kendig 1990). Profesje reprezentują umowne obszary działalności specjalistów na interdyscyplinarnej mapie. Stanowią jedynie obraz rzeczywistości. Terytorium tymczasem jawi się w codziennej praktyce. Istota pracy specjalistów leży w ich szczególnych kompetencjach, ich potencjał z kolei rozwija się podczas odkrywania nowych, często wspólnych, horyzontów. Granice nie muszą stanowić progu nie do przekroczenia. Przeciwnie, zapewnią nasz rozwój wtedy, gdy będąc ich świadomi, z rozwagą zdecydujemy się wyjść poza nie. Podsumowując swoje rozważania na temat granic pomiędzy profesjami, Stige (2001) stwierdza, że granice „tańczą”, nieprzerwanie się zmieniają. Nie powinniśmy się przed tym wzbraniać. Traktując przestrzeń pomiędzy dyscyplinami jako kontinuum, które w swojej naturze zakłada wzajemne przenikanie się sfery naszej odpowiedzialności, dostrzeżemy nie tylko szczególne znaczenie naszej pracy, lecz także możliwy zakres jej oddziaływania. W tak pojętej przestrzeni nie zostajemy sami. Odkrywając nowe horyzonty, odnajdujemy źródło inspiracji w innych, którzy mogą stać się naszym wsparciem lub – jeśli uznamy to za stosowne – alternatywą. Możemy uczyć się od siebie nawzajem, negocjować płaszczyzny wspólne, zachowując jednocześnie świadomość specyfiki własnej roli wśród innych dyscyplin.

Podsumowanie

Muzykoterapia nie jest odosobniona w swojej wielostronności. Różnorodność stanowisk i tendencji, które obecnie rozwijają się w ramach – lub poza ramami – bliskich nam dziedzin, wymaga ponownego spojrzenia na rolę granic między nimi. Trudne to zadanie, jeśli z jednej strony potrzebujemy jasnego określenia własnej tożsamości wobec siebie i innych, a z drugiej – obrazu profesji wystarczająco elastycznego, aby uwzględniał wielość podejść umożliwiających dostosowanie swoich działań do różnorodnych sytuacji klinicznych. Granice spełnią oba te cele, gdy – potraktowane symbolicznie – staną się ruchomym wyznacznikiem obszarów, na które wchodzić należy ze szczególną ostrożnością i wsparciem ze strony właściwych specjalistów. Kluczem w tym mocno złożonym problemie wydaje się być świadomość, a mówiąc dokładniej: uświadamianie. Podsumowując, pozwólmy sobie na odrobinę idealizmu i przyjrzyjmy się obrazowi, w którym tak rozumiane granice byłyby czynnikiem łączącym, a nie dzielącym.

Uświadamianie mogłoby odbywać się na kilku poziomach jednocześnie:

1. Wymiana pomiędzy profesjonalistami byłaby jednym z podstawowych elementów kształtujących obraz wzajemnej i własnej tożsamości. Pozwoliłaby na trafniejszą ocenę i obserwację tego, co aktualnie znajduje się w ramach, a co poza ramami naszych zobowiązań jako specjalistów. Świadomość własnego potencjału i ograniczeń byłaby wówczas podstawą przemyślanej i odpowiedzialnej praktyki, a każdy kolejny krok „poza” stawiany byłby na podstawie konsultacji i z pomocą osób kompetentnych. Dzięki otrzymanemu wsparciu z większą pewnością włączalibyśmy nowe elementy do swojej praktyki, a ich wartość byłaby wsparta doświadczeniem odpowiednich osób. Z drugiej strony, będąc specjalistami od używania muzyki jako narzędzia pracy, przyczynilibyśmy się do bardziej świadomego jej wprowadzania do praktyki innych profesjonalistów. Nie traktując jej na własną wyłączność, przedstawilibyśmy im istotę naszych działań oraz znaczenie sposobu, w którym posługują się muzyką lub jej elementami w swojej pracy.
2. Jako muzykoterapeuci jesteśmy na początkowym etapie negocjowania swojego miejsca na mapie. Aktywne działanie na rzecz usankcjonowania zawodu muzykoterapeuty, podkreślanie istoty naszej pracy – nie tylko wśród specjalistów innych dyscyplin, lecz także wśród potencjalnych pracodawców oraz osób bez odpowiednich kwalifikacji, bezpodstawnie pretendujących do miana

muzykoterapeuty – mogłoby przyczynić się do stopniowej zmiany tego stanu rzeczy. Zaznaczając swoją obecność, wykazywalibyśmy różnice pomiędzy pracą muzykoterapeuty a działaniami z pozoru podobnymi. Nie ograniczając możliwości pracy z muzyką osobom niebędącym muzykoterapeutami, podkreślilibyśmy odmienną naturę naszych działań, określilibyśmy nasze wzajemne wobec siebie położenie. Takie starania z jednej strony przyczyniałyby się do poczucia większej odpowiedzialności za podejmowane stanowiska, z drugiej natomiast pomagałyby osobom je powierzającym w dokonaniu bardziej świadomego wyboru opartego na choćby wstępnej wiedzy dotyczącej kompetencji kandydatów.

3. Wreszcie, uświadamianie mogłoby polegać na ukazywaniu klientom lub osobom za nich odpowiedzialnym możliwości, które przed owymi klientami stoją. Orientując się w przedstawionej im mapie, zyskaliby sposobność bardziej świadomego wyboru podejmowanych działań. To, jaką rolę klient lub jego opiekun odgrywaliby w wyborze oraz kształtowaniu przebiegu wspólnej pracy, zależałoby zatem w dużej mierze od profesjonalistów. Większa autonomiczność ze strony klienta zwiększałaby szansę prawidłowego dopasowania rodzaju interwencji do jego potrzeb, a co za tym idzie, stałaby się czynnikiem wspierającym proces terapii, edukacji czy leczenia. Profesjonalista przekazywałby tym samym pewien zakres kompetencji w ręce klienta lub jego bliskich, którzy – wiedząc, czego mogą oczekiwać – mogliby w miarę własnych możliwości stać się kolejnym ogniwem weryfikującym jakość otrzymywanego wsparcia.

Istnieje swoista zależność między granicami a przestrzenią, którą wyznaczają: im bardziej jesteśmy ich świadomi, tym większa nasza swoboda w poruszaniu się pomiędzy nimi. Paradoksalnie więc nasza działalność wymaga od nas działań o dwojakiej naturze. Chcąc odnaleźć swoje miejsce pośród innych profesji, a tym samym określić wzajemną relację wobec siebie, powinniśmy podkreślać to, co w naszej pracy szczególne. Jednocześnie, odpowiadając na często złożone i zróżnicowane potrzeby klientów, możemy wraz z innymi specjalistami tworzyć spójną przestrzeń międzydyscyplinarną, w której wzajemnie dzielimy się i korzystamy z własnych kompetencji. Stała wymiana pomiędzy specjalistami przyczyniałaby się w ten sposób do zwiększenia świadomości własnego i wspólnego pola odpowiedzialności.

Nadanie granicom umownego znaczenia każe ponownie spojrzeć na pojęcie profesji. Stige i współpracownicy (2010) podkreślają, że utożsamianie profesjonalizmu wyłącznie z autorytetem i

autonomią specjalisty niesie ze sobą ryzyko nadmiernego skupienia się na jego wizerunku, a nie na dobru klienta. Ukazują znaczenie „polifonicznego dialogu” – negocjowania ról i odpowiedzialności profesjonalistów oraz klientów w zależności od potrzeb konkretnej sytuacji. Takie podejście wymagałoby uznania i otwartości wobec punktu widzenia innych osób, z którymi współpracujemy. Podkreślają przy tym, że wzajemna chęć budowania powszechnej wiedzy i wartości opartych na różnorodnych perspektywach nie musiałaby się wiązać z deprofesjonalizacją, ale raczej z ciągłą „re-profesjonalizacją” (Stige i in. 2010, s. 304). Wobec takiej wizji działalności profesjonalistów zamiast pytać o to, „kim jesteśmy?”, moglibyśmy zastanowić się nad tym, „jak się stajemy?”. Formułując pytanie w ten sposób, nasza uwaga skierowana byłaby nie tylko na posiadane kwalifikacje, lecz także na sposób dzielenia się nimi i ich zdobywania. Rolą profesjonalisty byłaby wówczas pozycja moderatora, który znajdując miejsce na mapie dla siebie i innych, nie pozostaje wyłącznie autonomicznym ekspertem, ale bierze udział w ciągłym procesie kształtowania wspólnego terytorium.

Bibliografia

- Aigen, K. S. (2014). *The Study of Music Therapy. Current Issues and Concepts*. New York: Routledge.
- Kendig, M. (1990). *Alfred Korzybski: Collected Writings. 1920–1950*. Chicago: Institute of General Semantics.
- Ruud, E. (2010). *Music Therapy: A Perspective from the Humanities*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Schön, D. A. (1991). *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*. Hampshire: Ashgate.
- Stige, B., Ansdell, G., Elefant, C., Pavlicevic, M. (2010). *Where Music Helps. Community Music Therapy in Action and Reflection*. Surrey: Ashgate.
- Stige, B., (2001). *Dancing Interfaces: Response to Even Ruud's paper New Musicology', Music Education and Music Therapy*. Archival material by Nordic Journal of Music Therapy. Pobrane z: <http://njmt.b.uib.no/2001/01/01/dancing-interfaces-response-to-even-ruuds-paper-new-musicology-music-education-and-music-therapy/> [data dostępu: 8.11.2015].
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and Reality*. Harmondsworth: Penguin.

mgr Dominika Dopierała – jest absolwentką studiów licencjackich w Katedrze Fortepianu w Royal College of Music oraz studiów magisterskich w Nordoff Robbins Music Therapy Centre w Londynie. Jako muzykoterapeutka pracuje z dziećmi i młodzieżą z autyzmem, zespołem Downa i

niepełnosprawnością sprzężoną, a także z dorosłymi z zaburzeniami psychicznymi. Ponadto prowadzi zajęcia z osobami zdrowymi – dziećmi w wieku przedszkolnym i ich rodzicami oraz seniorami w ramach Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Realizuje zajęcia dla studentów specjalności muzykoterapia w Akademii Muzycznej im. Karola Szymanowskiego w Katowicach.