



POLSKIE  
PISMO  
MUZYKOTERAPEUTYCZNE  
nr 10/11(2023/2024)

Redaktor naczelny:  
dr Sara Knapik-Szweda

Recenzenci:  
dr Katarzyna Turek  
dr Wojciech Strzelecki

Redakcja i korekta:  
SŁOWA NA WARSZTAT  
AGENCJA JĘZYKOWA

ISSN 2544-8455

Wydawca:  
Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego  
w Katowicach

Adres redakcji:  
Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego  
ul. Zacisze 3, 40-025 Katowice  
e-mail: [l.konieczna@am.katowice.pl](mailto:l.konieczna@am.katowice.pl)

## Spis treści

Agnieszka Sepiolo Rola rodzica dziecka z niepełnosprawnością intelektualną w muzykoterapii zdalnej. Rozważania praktyczne.....	4
Ludwika Konieczna-Nowak Muzykoterapia skoncentrowana na rodzinie w placówce opiekuńczo-wychowawczej „Korzyści i ryzyka. Perspektywa praktyczna.....	17
Aleksandra Malik Muzykoterapia skoncentrowana na rodzinie ( <i>Family-Centered Music Therapy</i> ) w Klinice Rehabilitacji w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” – refleksje rodzica dziecka w okresie wczesnego dzieciństwa związane z uczestnictwem w sesjach muzykoterapii podczas turnusu rehabilitacyjnego .....	28
Aleksandra Bykowska, Anna Jaworska Powrót do siebie – studium przypadku. Proces psychoterapii i muzykoterapii u osoby dorosłej z doświadczeniem traumy .....	42
Mariola Kokowska Identyfikacja aspektów tożsamości ( <i>Ja</i> ) w muzyce a doświadczenie muzyczne.....	59

## Rola rodzica dziecka z niepełnosprawnością intelektualną w muzykoterapii zdalnej. Rozważania praktyczne

Agnieszka Sepiolo  
Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego w Katowicach

### Streszczenie

Prowadzenie sesji muzykoterapii w formacie zdalnym jest wciąż nowym i niestandardowym polem oddziaływań muzykoterapeutycznych. Muzykoterapeuta, który przeprowadza indywidualne sesje online, staje się uczestnikiem środowiska domowego pacjenta i w szczególny sposób współpracuje z jego rodzicami. W tym artykule opisane zostały trzy krótkoterminowe procesy muzykoterapii online prowadzone według tej samej procedury z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Każdemu dziecku podczas tego procesu towarzyszył rodzic, a jego rola stała się inspiracją do podjęcia rozważań praktycznych. Przedstawione zostały wnioski z obserwacji postawy rodzica przybierającej formę aktywną, półaktywną bądź bierną. Świadomość potencjalnych korzyści i ograniczeń płynących z tych odmiennych ról wydaje się pomocnym elementem w organizacji i przebiegu sesji muzykoterapeutycznych podczas tego szczególnego formatu, jakim są spotkania online.

### Słowa kluczowe:

muzykoterapia online, rodzic i jego rola, proces krótkoterminowy

### Wstęp

W okresie pandemii COVID-19 na popularności zyskały spotkania przeprowadzane w formacie zdalnym. Podczas szczytowego rozprzestrzeniania się koronawirusa były one jedyną możliwą przestrzenią spotkania się „twarzą w twarz” z drugim człowiekiem bez wychodzenia z domu. Później forma ta stała się wygodną opcją, z której mogły korzystać na przykład stowarzyszenia i fundacje, by podejmować uchwały, dzięki specjalnie zmienionym przepisom w sprawie obradowania w trybie online (Prawo o stowarzyszeniach, art. 10, ust. 1a–1e, Polska).

W odpowiedzi na trwającą sytuację pandemiczną rynek pracy zmienił się diametralnie – wiele stanowisk pracy trzeba było w całości przeorganizować lub dostosować do nowych okoliczności. W tym czasie także muzykoterapeuci na całym świecie mierzyli się z wyzwaniami związanymi z prowadzeniem sesji w trybie zdalnym. Agres i in. (2021) stwierdzają, że we wrześniu 2020 r. aż 85,7% badanych certyfikowanych muzykoterapeutów użytkowało szeroko rozumianą technologię.

Pojawiły się działania muzykoterapeutyczne zmierzające do przeciwdziałania skutkom pandemii, skierowane do osób chorujących, personelu medycznego, a także całego społeczeństwa. Oprócz kontynuowania dotychczasowych procesów muzykoterapeutycznych odbywało się także wiele dodatkowych, niestandardowych przedsięwzięć, które miały na celu wsparcie społeczności w tym trudnym czasie. Turek (2022) zebrała polskie formy działań muzykoterapeutycznych online w czasie pandemii i wśród nich wymienia między innymi: wspólne śpiewanie (*sing-alongs*), chór online (*online choir*), zajęcia na żywo ze śpiewania piosenek (*Nordoff-Robbins Live!*), tworzenia muzyki (*music makers*) proponowane przez Fundację Nordoff-Robbins Polska, czy też cykl rozmów z muzykoterapeutami prowadzony przez Polskie Stowarzyszenie Muzykoterapeutów.

Dotychczas prowadzone procesy muzykoterapeutyczne również zostały przeniesione do przestrzeni internetowej i mogły przybrać różną formę. Knott i Block (2020) opisują trzy możliwości prowadzenia sesji muzykoterapii online:

- 1) korzystanie z wcześniej powstałych zasobów multimedialnych audio i video na stronach internetowych;
- 2) tworzenie autorskich pomocy do wykorzystania w terapii z użyciem przygotowanego materiału audio / video;
- 3) proponowanie pacjentom sesji zdalnych w czasie rzeczywistym, z wykorzystaniem różnorodnych dostępnych platform internetowych.

W tym artykule przedstawione zostaną rozważania praktyczne z indywidualnych sesji muzykoterapii w trybie online w czasie rzeczywistym z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim ze szczególnym uwzględnieniem roli, jaką odgrywali rodzice, i ich wpływu na całokształt zajęć w czasie trwania procesu. Na podstawie wyciągniętych wniosków z przeprowadzenia trzech krótkoterminowych procesów muzykoterapeutycznych online omówione zostaną możliwości i ograniczenia procesu muzykoterapii przy udziale rodzica w jednej z trzech form:

- a) aktywnej (rodzic z zaangażowaniem uczestniczy w zajęciach wraz z dzieckiem);

- b) pólaktywnej (rodzic obserwuje zajęcia z odległości i nie jest widoczny dla muzykoterapeuty; kieruje do dziecka podpowiedzi / wskazówki słowne);
- c) biernej (rodzic angażuje się w organizacyjne rozpoczęcie sesji, a później opuszcza miejsce prowadzonych zajęć).

## **Rodzic jako gospodarz i współterapeuta.**

### **Znaczenie środowiska rodzinnego podczas muzykoterapii online**

Środowisko rodzinne w swoim podstawowym założeniu powinno być dla dziecka przestrzenią, w której czuje się bezpiecznie, gdzie może być w pełni sobą, doświadczając przy tym akceptacji i miłości. Rodzina porównywana jest do bezpiecznej przystani – bazy, do której można wrócić, zawsze wtedy, gdy świat zewnętrzny staje się zbyt przytłaczający i męczący (Schaffer, 2005). Szczególna rodzicielska więź zawiązuje się jeszcze przed narodzinami dziecka, a u progu życia zmienia się wiele dotychczasowych sposobów funkcjonowania młodych rodziców. Obie strony – rodzice i dziecko – dopasowują się do swoich wzorów zachowań i aktywności (Twardowski, 2012). Dziecko, nim zacznie podążać własną ścieżką, uczy się tego, kim jest i kim pragnie być, a to właśnie środowisko rodzinne staje się wyznacznikiem sposobu myślenia i funkcjonowania. Znacząca rola rodziców we wspieraniu rozwoju maluszka jest nie do podważenia, tym bardziej, kiedy dziecko zmagają się z wyzwaniami rozwojowymi. Nie bez znaczenia jest fakt, że potwierdzono bezpośredni związek przyczynowy pomiędzy rodzicielskimi oddziaływaniami a rozwojem dziecka (Schaffer, 2006).

Podczas prowadzenia sesji muzykoterapii w trybie online rola rodziców staje się szczególnym aspektem obserwacji, nie tylko ze względu na niezastąpioną relację rodzic – dziecko, ale również z powodów logistycznych i organizacyjnych. Rodzic staje się gospodarzem miejsca, a także może wejść w rolę współterapeuty. Z kolei muzykoterapeuta dzięki możliwości prowadzenia sesji online staje się gościem „bezpiecznej przystani” dziecka—. Dlatego powinien być świadomy, że jest – w zupełnie inny sposób, niż ma to miejsce podczas prowadzenia sesji bezpośrednio – w kontakcie z uczestnikiem oraz obserwatorem domowego środowiska i sytuacji rodzinnej pomimo dzielących ich kilometrów. Słyszy, widzi i poznaje pozostałych domowników, obserwuje część mieszkania, w której przebywa pacjent. Proponując aktywności, kreatywnie wykorzystuje zasoby domu – nieraz plastikowa miska służy jako bębenek, a rytm wyznacza szeleszczący pojemnik z przyprawami. Kieruje się zasadą, że zawsze istnieje możliwość wspomaganie rozwoju dziecka, choć różne mogą być cele i efekty proponowanych działań (Serafin, 2005), a także sposoby oddziaływań. Dodatkowo sesje muzykoterapeutyczne prowadzone w formacie zdalnym mogą angażować nie

tylko docelowego uczestnika zajęć, ale również jego rodzeństwo, które znajduje się w pobliżu, bądź nawet samego rodzica. Ta sposobność pozwala na nawiązanie głębszej relacji, pomimo braku fizycznego kontaktu. Prowadzący jest zaproszony do poznania miejsca, które ma szczególne znaczenie w życiu dziecka i całej rodziny. To bogactwo uczestniczenia w domowej przestrzeni wiąże się też z szeregiem ograniczeń dotyczących prowadzenia zajęć, którymi mogą być: brak instrumentarium, trudności z przekazem obrazu bądź dźwięku czy stabilnością łącza oraz niemożność wspólnego przemieszczania się. Sesje online wymagają większej umiejętności skupienia się dziecka – ważnym aspektem jest kontakt wzrokowy – jeśli dziecko nie patrzy w ekran, to nie wie, co dzieje się podczas sesji, i może doświadczać trudności ze zrozumieniem prowadzącego. W takich momentach to właśnie rodzic jest tym, który wspiera muzykoterapeutę pod względem logistycznym: pochyli ekran laptopa, by dziecko lepiej widziało, zwiększy głośność czy przywróci stabilność łącza. Staje się współterapeutą – pomaga dziecku wykonać ćwiczenie, wspiera go werbalnie, czuwa nad przebiegiem całego procesu. Prowadzenie sesji w trybie zdalnym wymaga szczególnej współpracy w triadzie dziecko–rodzic–muzykoterapeuta. W tym kontekście wyjątkowo mogą wybrzmieć słowa: „wspomaganie dziecka w jego rozwoju to organizowanie procesu uczenia i czuwanie nad jego przebiegiem” (Gruszczyk-Kolczyńska i Zielińska, 2000, s. 11). Podczas sesji zdalnych rodzic staje się współodpowiedzialny za tok procesu i można stwierdzić, że jest przedłużeniem rąk nieobecnego fizycznie muzykoterapeuty.

Rola rodziny i środowiska rodzinnego wydaje się niezwykle istotna podczas prowadzenia sesji w formacie zdalnym. W związku z tym w trakcie trzech indywidualnych, krótkoterminowych muzykoterapii online zwrócono uwagę na rolę i postawę rodziców w toku całego procesu i wyciągnięto wnioski, które mogą być przydatne w dalszym eksplorowaniu takiej formy prowadzenia sesji muzykoterapeutycznych.

### **Procedura i przebieg sesji muzykoterapeutycznych online**

Sesje muzykoterapii online były przeznaczone dla dzieci w wieku sześciu lat z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Przez siedem tygodni z rzędu spotykano się raz w tygodniu na 30 minut na sesjach indywidualnych z trzema osobami. Każdy proces był krótkoterminowy i trwał tyle samo czasu – obejmował siedem spotkań rozłożonych na dwa miesiące. Przed rozpoczęciem zajęć stworzono ogólny protokół spotkań, który determinował przebieg wszystkich sesji. Starano się, aby przebieg spotkań pod względem doboru aktywności wyglądał zawsze dokładnie w taki sam sposób.

Każde z dzieci biorących udział w muzykoterapii nie poznało wcześniej prowadzącego muzykoterapeuty i nie miało dotychczas kontaktu z tą formą terapii. Rodzice zgłaszali dzieci poprzez wiadomość e-mail w reakcji na umieszczone w internecie ogłoszenie. W odpowiedzi otrzymywali informację zwrotną wraz z prośbą o przesłanie uzupełnionych dokumentów:

- zgody na nagrywanie sesji online;
- zgody na udział dziecka w badaniu – krótkoterminowym procesie muzykoterapeutycznym;
- kwestionariusza informacyjnego zawierającego dane kontaktowe wraz z podstawowymi informacjami o dziecku;
- akceptację regulaminu prowadzonych zajęć.

Po dopełnieniu wszelkich formalności muzykoterapeuta przekazywał rodzicom wyznaczone terminy spotkań.

Każda z sesji miała z góry ustalony ogólny przebieg, który odbywał się według następującego schematu:

- modul kontaktowy;
- modul aktywizujący;
- modul poznawczy;
- modul improwizacyjny;
- modul zakańczający.

Każdy z modułów zawierał konkretne, powtarzalne ćwiczenia, a ich kolejność porządkowała przebieg spotkania. Pierwszy modul miał za zadanie nawiązanie kontaktu poprzez krótką rozmowę wstępną, wspólny śpiew i grę na dostępnych instrumentach, pomimo dzielącego uczestników ekranu. Modul aktywizujący służył odreagowaniu – proponowano ćwiczenia ruchowe, które dzięki swojej energetycznej formule miały na celu przygotować dziecko do skupienia się i zatrzymania przed ekranem na następujący po tym czasie modul. Kolejny komponent skupiał się wokół procesów poznawczych: pamięci, uwagi i koncentracji. Proponowano ćwiczenia statyczne, dziecko w pozycji siedzącej przed ekranem wykonywało zadania i aktywności zaproponowane przez muzykoterapeutę. Kolejnym elementem była część improwizacyjna. Po czasie zwiększonego wysiłku intelektualnego wprowadzono elementy kreatywne i twórcze. Muzykoterapeuta podążał za dzieckiem i jego wyobraźnią – naśladował jego grę, śpiew i wzmacniał sugerowane przez nie pomysły. Ostatni modul obejmował werbalne podsumowanie dotychczasowych aktywności i piosenkę na pożegnanie z drobnymi modyfikacjami występującymi na każdym zajęciach.



Dokładano najwyższej staranności, by sesje odbywały się zawsze w takich samych warunkach technicznych, lokalowych, z wykorzystaniem tych samych instrumentów (z wyjątkiem modułu improwizacyjnego – tutaj muzykoterapeuta w całości podążał za dzieckiem) i ćwiczeń. W szczególny sposób zadbano o:

- tę samą jakość i stabilność połączenia internetowego;
- to samo miejsce odbywania się sesji (ten sam pokój, to samo oświetlenie, podobna pora zajęć);
- to samo instrumentarium (instrumenty perkusyjne, ukulele, gitara);
- te same warunki techniczne (platforma internetowa, wykorzystywany laptop, odległość muzykoterapeuty od mikrofonu).

Ćwiczenia proponowane w ramach wyszczególnionych modułów skupiały się wokół wyznaczonych celów, którymi były:

- w ramach rozwoju poznawczego: wydłużenie czasu koncentracji uwagi, poprawa pamięci;
- w ramach rozwoju emocjonalnego: zdolność do ekspresji emocji, nawiązanie komunikacji (werbalnej bądź niewerbalnej) i wspieranie postawy i ekspresji twórczej (kreatywnej);
- w ramach rozwoju ruchowego: kontrola ruchów i dostosowanie ich do zadań, poprawa sprawności motorycznej, zwiększenie świadomości własnego ciała i orientacji w przestrzeni.

Czynnikiem zmiennym podczas sesji, oprócz oczywistej zmiennej dotyczącej samych pacjentów, była rola rodzica. W tym miejscu należy podkreślić, że żaden z rodziców nigdy nie dostał instrukcji dotyczącej tego, jak ma postępować. Prezentowane postawy: aktywna, półaktywna i bierna były naturalnym i indywidualnym wyborem rodzica, w który muzykoterapeuta nie ingerował. Dopiero po zakończeniu sesji muzykoterapii obserwacja tych trzech różnorodnych postaw rodziców wobec prowadzonych zajęć według tego samego protokołu skłoniła autora do podzielenia się rozważaniami praktycznymi i refleksjami na ten temat. Wszystkie sformułowane wnioski mogą być przydatne do prowadzenia dalszych badań i obserwacji w tej dziedzinie.

### **Analiza obserwacji sesji muzykoterapeutycznych**

Poddane analizie zostały krótkoterminowe procesy muzykoterapeutyczne online trójki dzieci, które na potrzeby tego artykułu zostały nazwane Artur, Beata i Celina.

Każde dziecko uczestniczyło w zajęciach indywidualnie, łącząc się z terapeutą z pomocą rodzica poprzez platformę ZOOM.

Pierwsze dziecko – Artur – uczestniczyło we wszystkich spotkaniach muzykoterapeutycznych wraz z mamą. Mama była nie tylko uważnym obserwatorem, ale również aktywnym uczestnikiem, współterapeutą wszystkich proponowanych aktywności. Artur wykonywał ćwiczenia wspólnie z rodzicem, który był żywo zainteresowany przebiegiem sesji – wypowiadał się, śpiewał piosenki, grał na instrumentach, podsuwał modyfikacje proponowanych aktywności. Mama była widoczna w kamerze muzykoterapeuty i siedziała zawsze blisko dziecka.

Drugie dziecko – Beata – w spotkaniach muzykoterapeutycznych uczestniczyło samodzielnie, jednak mama zawsze przebywała w tym samym pokoju, jej udział można określić jako półaktywny. Była obserwatorem sesji, który czasem podpowiadał bądź powtarzał słowa muzykoterapeuty w celu ich lepszego zrozumienia przez dziecko i dzielił się różnymi wskazówkami z Beatą. Mama nie była widoczna na ekranie dla muzykoterapeuty, a jej słowa nie zawsze były dla niego zrozumiałe ze względu na odległość pomiędzy komputerem a położeniem rodzica.

Celina – trzecie dziecko – uczestniczyła w spotkaniach zupełnie samodzielnie, mama była nieobecna podczas spotkań, przebywała w innej części domu. Jej rola ograniczała się do włączenia spotkania na platformie internetowej.

Poniżej zamieszczono opis dokładnego przebiegu pierwszej i ostatniej (siódmej) sesji muzykoterapii. Obie te sesje zostały nagrane i poddane analizie. Szczególną uwagę zwrócono na zachowania dzieci w interakcji z muzykoterapeutą przy obecności rodzica aktywnej, półaktywnej lub biernej. Należy uwzględnić fakt, że wnioski z opisanych obserwacji nie świadczą o całościowej roli rodzica w procesie muzykoterapeutycznym, gdyż każda sesja przeprowadzona była z innym dzieckiem i w innym domu rodzinnym. Dokonana analiza ma jedynie wskazać możliwy potencjał i ograniczenia płynące z danej obecności rodzica podczas sesji na wciąż niestandardowym i nowym polu, jakim jest muzykoterapia prowadzona w trybie online.

Tabela 1

*Opis obserwacji podczas pierwszej sesji muzykoterapii*

	Artur	Beata	Celina
Moduł kontaktowy	Artur od początku wykazywał się dużą śmiałością: odpowiadał na pytania, rozgadywał się, śmiał, ochotczo śpiewał przy wsparciu mamy i utrzymywał kontakt wzrokowy z muzykoterapeutą.	Beata na początku nie odpowiadała na zadane pytania. Dopiero dochodzący zza ekranu głos mamy, który zachęcał do aktywności i odpowiedzi, ośmielił dziewczynkę.	Celina na początku przywitała się werbalnie z muzykoterapeutą, a potem konkretnie odpowiadała na pytania krótkimi zwrotami: „tak”, „nie”, „nie wiem”; odpowiedzi tych używała nawet przy pytaniach otwartych.

Moduł aktywizujący	Artur z mamą od razu zaczęli tańczyć, trzymając się za ręce i słuchając poleceń. Potrzebne było nawet wyregulowanie przez nich głośności urządzenia na maksymalny poziom w celu lepszego słyszenia muzyki.	Beatka na początku nie była pewna tego, co ma zrobić, później przy wskazówkach mamy zaczęła tańczyć, ciągle patrząc za ekran na mamę, jakby szukając potwierdzenia w jej oczach.	Celina wstała z miejsca dopiero po dłuższej chwili. Jej ruch był energiczny, jednak oddany w statycznej pozycji – Celina nie odrywała wzroku od ekranu, wydawało się, że czuje się niepewnie, kiedy traci kontakt wzrokowy z muzykoterapeutą.
Moduł poznawczy	Artur na początku miał trudność, żeby po energicznej aktywności skupić się na ekranie w pozycji siedzącej. Po interwencji mamy, która wzięła go na swoje kolana, dziecko skupiło uwagę na proponowanej aktywności.	Dziewczynka na początku zaczęła przynosić i pokazywać ulubione zabawki ze swojego pokoju, po tym czasie i prośbie mamy usiadła i skupiła uwagę na proponowanej aktywności.	Dziewczynka od razu usiadła i czekała na to, co wydarzy się dalej i co zaproponuje muzykoterapeuta.
Moduł improwizacyjny	Ten czas był bogaty w śpiewanie ulubionych piosenek i granie na przyborach kuchennych. Rytm wyznaczała mama – to ona proponowała przebieg części kreatywnej przy zgodzie dziecka na daną aktywność.	Dziewczynka na początku nie wiedziała, co ma zrobić, jednak po podpowiedziach mamy wybrała aktywność muzyczną (piosenkę z pokazywaniem) i później dodawała do niej różne elementy według własnego uznania.	Dziewczynka nie wiedziała, co mogłaby wymyślić. Po podpowiedziach muzykoterapeuty zgodziła się na jedną aktywność, jednak nie dodała do tego pomysłu żadnej zmiennej uzależnionej od siebie.
Moduł zakańczający	Chłopiec pożegnał się, ucząc się przy tym nowej piosenki, następnie pobiegł do innego pokoju, a muzykoterapeuta podsumował zajęcia z mamą, odpowiadając na pytania z jej strony.	Dziewczynka pożegnała się, ucząc się nowej piosenki, i przeszła do innego pomieszczenia, a muzykoterapeuta podsumował zajęcia z mamą, odpowiadając na pytania z jej strony.	Dziewczynka pożegnała się, ucząc się nowej piosenki, a następnie sama zaznaczyła przycisk „zakończ spotkanie” na ekranie i rozłączyła połączenie. Po tej sesji nie było przestrzeni na rozmowę z rodzicem.

<b>PODSUMOWANIE</b>	Zaangażowana obecność mamy podczas sesji była czynnikiem ośmielającym dziecko i otwierającym na nieznaną dotąd osobę muzykoterapeuty. Ograniczeniem był fakt, że dziecko było bardzo uzależnione od pomysłów rodzica – to on pierwszy podsuwał odpowiedzi na zadane pytania czy nowe pomysły na sposób poruszania się. Z jednej strony mogło to być dla dziecka wspierające, z drugiej, w pewien sposób, ograniczało poczucie sprawstwa, własne zdanie oraz przestrzeń wypowiedzi.	Postawa mamy podczas sesji była wspierająca – można było zauważyć, że jej instrukcje dają dziecku większe poczucie komfortu i bezpieczeństwa. W niektórych momentach Beata czekała, aż mama powtórzy to, co wcześniej powiedział muzykoterapeuta. Dziecko było bardziej zachęcane do działania, jednak widocznym ograniczeniem był fakt, że czasem nie było wiadomo, z kim dziewczynka rozmawia. Często jej wzrok skierowany był na mamę (która nie była widoczna w polu ekranu muzykoterapeuty) i przez to kontakt z prowadzącym był utrudniony.	Brak obecności rodzica przekładał się na większą statyczność dziecka i na widoczne poczucie zagubienia. Dziecko potrzebowało kilkukrotnego zachęcenia bądź wytłumaczenia danej aktywności, jednak miało dosyć duże pole do wyrażania swojego zdania, gdyż w pokoju przebywało tylko ono z muzykoterapeutą.
---------------------	--	---	--

Tabela 2

*Opis obserwacji podczas ostatniej (siódmej) sesji muzykoterapii*

	Artur	Beata	Celina
Moduł kontaktowy	Chłopiec, siedząc na kolanach mamy, opowiadał o swoim dniu, przy tym często zmieniał pozycję, w której się wypowiadał – raz stał, raz biegał. Gdy mówiąc, zbyt daleko odchodził od ekranu, wtedy mama stawała się pośrednikiem pomiędzy dzieckiem a muzykoterapeutą i powtarzała zdania chłopca, często dodając również jakiś komentarz od siebie.	Dziewczynka rozpoczęła zajęcia od pokazania ulubionych zabawek i z ochotą opowiedziała o minionym dniu, utrzymując kontakt wzrokowy z muzykoterapeutą.	Dziewczynka siedziała przy komputerze i pokazała swoją zabawkę, którą przyniosła na zajęcia, po czym odeszła od komputera do dalszej części pokoju i dopiero po chwili, po zachęceniach muzykoterapeuty wróciła do udziału w zajęciach.

Moduł aktywizujący	Chłopiec już sam poruszał się po pokoju, a mama przyglądała się mu i manipulowała ekranem komputera, by żywiołowe przemieszczanie się chłopca było widoczne dla muzykoterapeuty. Można było zauważyć, że chłopiec czuje się bardzo swobodnie.	Dziewczynka od razu wstała i zaczęła energicznie przemieszczać się po pokoju, dodając od siebie nowe pomysły i od czasu do czasu spoglądając na siedzącą za ekranem mamę.	Dziewczynka ochoczo wstała, jej ruchy były energiczne. Gdy patrzyła na muzykoterapeutę, wykonywała proponowane aktywności, jednak przy braku kontaktu wzrokowego szybko się rozpraszala, biegła w inną część pokoju, zajmując się jakąś zabawą, i dopiero po chwili wracała przed ekran, chcąc dalej uczestniczyć w zajęciach.
Moduł poznawczy	Chłopiec wykonywał wszystkie polecenia przy aprobacie mamy, podczas trudniejszych propozycji prosił o pomoc mamę i wykonywali aktywność wspólnie.	Dziewczynka wykonywała wszystkie polecenia, a podczas trudniejszych propozycji informowała, że tego „nie umie” i wtedy głos mamy zachęcał ją „spróbuj jeszcze raz, uda Ci się”. Po zachęceniach mamy dziewczynka podejmowała kolejne próby.	Dziewczynka powtarzała aktywności za muzykoterapeutą, jednak po chwili traciła koncentrację i zajmowała się czymś innym. Pomimo zachęceń muzykoterapeuty do podjęcia kolejnych prób bądź propozycji nowego, innego ćwiczenia dziewczynka długą chwilę spędziła na indywidualnej zabawie.
Moduł improwizacyjny	Chłopiec wybierał ulubione ćwiczenia z wcześniejszych sesji, ubogacając je o nowe pomysły. Podczas dodawania nowych komponentów prosił o powtarzanie za nim najpierw mamę, potem muzykoterapeutę.	Dziewczynka wybierała ulubione ćwiczenia z wcześniejszych sesji, ubogacając je o nowe pomysły. Na koniec skierowała do mamy pytanie: „fajnie wymyśliłam?” Odpowiedź mamy nie została usłyszana przez muzykoterapeutę, jednak widoczne było zadowolenie dziewczynki.	Dziewczynka wybierała ulubione ćwiczenia z wcześniejszej sesji, jednak w jednym momencie zupełnie przestała zwracać uwagę na muzykoterapeutę, tylko zaczęła bawić się „po swojemu” w dalszej części pokoju, nie mówiąc muzykoterapeutce o tym, co teraz robi. Czula się swobodnie.
Moduł zakańczający	Piosenka na zakończenie przerodziła się w improwizację, która trwała dłużej niż zazwyczaj. Chłopiec czuł, że to zamknięcie pewnego etapu, a potem nastąpiła rozmowa z nim wraz z mamą, która podsumowała dotychczasowe spotkanie.	Podczas piosenki na zakończenie w polu ekranu widocznym dla muzykoterapeuty pojawiła się również mama, która towarzyszyła córce, siedząc obok – później nastąpiło wspólne podsumowanie minionego czasu.	Tak jak podczas poprzedniej sesji dziewczynka się pożegnała i sama zamknęła spotkanie. Po tej sesji muzykoterapeuta zadzwonił do mamy i opowiedział o przebiegu sesji i procesu, dziękując za dotychczasowe spotkanie. Rodzic nie miał żadnych dodatkowych pytań.

<b>PODSUMOWANIE</b>	Zaangażowany rodzic był wsparciem zarówno w sferze technicznej, logistycznej, jak i emocjonalnej. Chłopiec mówił, że w zajęciach bierze udział wraz z mamą – nasze spotkania stały się dla nich bliskim i nowym sposobem na spędzanie ze sobą czasu. Mama była współterapeutą, który czuwał nad organizacyjnym przebiegiem sesji.	Pomimo że rodzic ingerował w zajęcia tylko w niektórych momentach, to jego obecność była dla dziecka wsparciem i dawała poczucie bezpieczeństwa podczas niezrozumiałych dla niego momentów.	Z biegiem czasu brak obecności rodzica był coraz bardziej odczuwalny. Wydaje się, że przy tego typu sesjach – w formacie zdalnym – rodzic odgrywa kluczową rolę, kompensując fizyczne niemożliwości muzykoterapeuty.
---------------------	---	---	--

## Wnioski

Po analizie trzech indywidualnych procesów krótkoterminowych muzykoterapii online można zaobserwować, że odmienne postawy rodziców wobec prowadzonych sesji prezentują szereg korzyści i ograniczeń, których świadomość istnienia może być cennym źródłem informacji przy planowaniu procesu dla muzykoterapeuty.

Korzyści płynące z aktywnej obecności rodzica podczas zdalnych sesji to między innymi:

- poczucie bezpieczeństwa – dziecko szybciej nawiązuje swobodny kontakt z muzykoterapeutą, przekonuje się, jak poruszać się w nowej formie kontaktu online, jest także bardziej zmotywowane do udziału w zajęciach;
- silna relacja i współpraca w triadzie rodzic–dziecko–muzykoterapeuta i proponowanie muzykoterapii zorientowanej na rodzinę;
- możliwa kontynuacja poznanych aktywności muzykoterapeutycznych przez rodzica i dziecko poza czasem spotkań z muzykoterapeutą;
- przy problemach technicznych rodzic reaguje na bieżąco, co znacznie skraca czas zakłóceń bądź tłumaczenia danego zadania.

Możliwe trudności płynące z aktywnej obecności rodzica:

- rodzic może często wyręczać dziecko, nie pozostawiając mu przestrzeni na ciszę i namysł;
- aktywny rodzic zbyt bardzo przejmuje inicjatywę – odpowiada na pytanie za dziecko, komentuje jego działanie, czy wręcz „poprawia” jego grę.

Korzyści płynące z półaktywnej obecności rodzica:

- zwiększenie poczucia bezpieczeństwa dziecka, zwłaszcza na początku procesu;

- wzmacnianie słowne aktywności dziecka utwierdza go w przekonaniu, że prawidłowo zrozumiało polecenie muzykoterapeuty i że to, co robi, jest dobre;
- możliwa kontynuacja poznanych aktywności muzykoterapeutycznych przez rodzica i dziecko poza czasem spotkań z muzykoterapeutą;
- bieżąca pomoc przy problemach technicznych, co znacząco skraca czas występujących zakłóceń bądź tłumaczenia danego zadania.

Możliwe trudności płynące z półaktywnej obecności rodzica:

- postawa rodzica obecnego w pomieszczeniu, ale nie biorącego udziału w zajęciach może sprzyjać początkowemu zagubieniu dziecka, które nie jest pewne, czy ma patrzeć w ekran, na muzykoterapeutę czy na oddalonego rodzica;
- jeśli rodzic jest oddalony na znaczną odległość od komputera i kieruje jakieś słowa do dziecka, muzykoterapeuta nie jest w stanie ich usłyszeć. Rodzi to komplikacje na drodze porozumienia rodzic – dziecko – muzykoterapeuta.

Korzyści płynące z biernej obecności rodzica, ograniczającej się do włączenia sprzętu:

- dziecko ma pełną swobodę w działaniu i w odpowiedziach oraz nieskrępowany niczym czas na własną aktywność;
- dziecko może czuć się obdarzone zaufaniem ze strony rodzica przez otrzymanie przyzwolenia do samodzielnych spotkań z muzykoterapeutą.

Trudności płynące z biernej obecności rodzica, ograniczającej się do włączenia sprzętu:

- brak świadomości dziecka, jak mówić, by być słyszany, gdzie usiąść, by być widzianym;
- większa łatwość w „uciekaniu z kadru” oraz chowaniu się w innej części pokoju przy niechęci do wykonania danej aktywności;
- szybsze rozpraszanie się dziecka i skupianie na własnych pomysłach, które nie angażują muzykoterapeuty;
- widoczne większe zagubienie się dziecka podczas proponowania nowych aktywności;
- muzykoterapeuta, oprócz komunikatów słownych, nie ma możliwości podjęcia innej, bardziej adekwatnej reakcji w odpowiedzi na potrzeby dziecka i nie ma kogo o taką reakcję poprosić;
- brak możliwości wspólnej kontynuacji z rodzicem ćwiczeń, piosenek poza czasem zajęć;
- brak wsparcia przy możliwych problemach sprzętowych oraz trudnościach ze zrozumieniem muzykoterapeuty.

## Podsumowanie

Zaproszenie muzykoterapeuty do prowadzenia sesji online jest niecodzienną sytuacją, w której prowadzący otrzymuje możliwość wglądu w najbezpieczniejsze miejsce na ziemi dla dziecka – dom. Format zdalny wymaga od pacjenta i muzykoterapeuty zupełnie innego nastawienia się do sesji, rządzi się swoimi prawami, a świadomość roli rodzica w tym aspekcie wydaje się niezwykle pomocna. Po przeanalizowaniu omówionych powyżej obserwacji można stwierdzić, że w pracy zdalnej z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w wieku wczesnoszkolnym najbardziej pomocna i korzystna dla całego procesu muzykoterapeutycznego jest postawa rodzica aktywna bądź półaktywna. Ograniczenia płynące z kontaktu z muzykoterapeutą w formie zdalnej mogą być z powodzeniem kompensowane dzięki zaangażowanemu rodzicowi, który staje się nie tylko gospodarzem miejsca, ale także pełnoprawnym współterapeutą. Owocna współpraca i komunikacja w triadzie rodzic–dziecko–muzykoterapeuta sprzyja wzmocnieniu poczucia bezpieczeństwa i komfortu dziecka, które są ważnymi elementami podczas pracy online, w utrudnionych warunkach swobodnego porozumiewania się.

Świadomość potencjalnych korzyści i ograniczeń płynących z odmiennych postaw rodzica pacjenta może wpłynąć na efektywność prowadzonego procesu muzykoterapii online i pomóc w lepszym przygotowaniu się prowadzącego muzykoterapeuty na możliwe wyzwania związane z prowadzeniem sesji w formacie zdalnym.



## Bibliografia

Agres, R. K., Foubert, K., Sridhar, S. (2021). Music Therapy During COVID-19: Changes to the Practice, Use of Technology, and What to Carry Forward in the Future. *Frontiers in Psychology*, 12, 1–17. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.647790.

Gruszczyk-Kolczyńska, E., Zielińska, E. (2000). *Wspomaganie rozwoju umysłowego trzylatków i dzieci starszych wolniej rozwijających się. Książka dla rodziców, terapeutów i nauczycielek przedszkola*. Warszawa: WSIP Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Knott, D., Block, S. (2020). Virtual Music Therapy: Developing New Approaches to Service. *Music Therapy Perspectives*, 38, 151–156. DOI: 10.1093/mtp/miaa017.

Piszczyk, M. (2005). Ocena funkcjonowania dziecka i zasady prowadzenia zajęć wczesnego wspomagania rozwoju. W: T. Serafin (red.), *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do rozpoczęcia nauki w szkole* (s. 15). Warszawa: Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu.

Prawo o stowarzyszeniach. Art. 10 ustępy 1a–1e, Polska.

Schaffer, H. R. (2005). *Psychologia dziecka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.

Schaffer, H. R. (2006). *Rozwój społeczny. Dzieciństwo i młodość*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

Turek, K. (2022). Muzykoterapia w czasie pandemii COVID-19 – przegląd informacji oraz ogólne refleksje. W: P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Wrocławska Muzykoterapia* (s. 244–249). Wrocław: Wydawnictwo Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu.

Twardowski, A. (2012). *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami w środowisku rodzinnym*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

# Muzykoterapia skoncentrowana na rodzinie w placówce opiekuńczo-wychowawczej. Korzyści i ryzyka. Perspektywa praktyczna

Ludwika Konieczna-Nowak  
Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego w Katowicach

## Streszczenie

Muzykoterapia skoncentrowana na rodzinie to model pracy zdobywający coraz większe zainteresowanie wśród muzykoterapeutów jako koncepcja spójnie i przekonująco łącząca założenia teoretyczne z rozwiązaniami praktycznymi. Przedmiotem tekstu są rozważania dotyczące próby zastosowania modelu w placówce opiekuńczo-wychowawczej w odniesieniu do dzieci pozostających w pieczy zastępczej. Autorka dzieli się doświadczeniami z własnej praktyki i konfrontując teorię z codziennością formułuje wątpliwości i pytania.

## Słowa kluczowe:

piecza zastępcza, muzykoterapia skoncentrowana na rodzinie

## Wstęp

Znaczenie środowiska rodzinnego dla rozwoju dziecka jest przedmiotem wielu badań i rozważań różnego typu (Dunst, 2022; Kurasz i in., 2016). Podobnie różnorodnej refleksji poddawano wielokrotnie relacje między postawami rodzicielskimi a funkcjonowaniem dziecka na kolejnych etapach jego życia (Maccoby, 2000; Więclawska, 2018).

W sytuacji wystąpienia problemów czy trudności doświadczanych przez młodego człowieka nierzadko zaleca się więc psychoterapię realizowaną z udziałem całego systemu rodzinnego, jako skuteczną formę oddziaływań (Carr, 2020; Lelek i Adamczyk-Banach, 2020). Praca muzykoterapeutyczna z rodzinami (ang. *family-centered music therapy*) w różnych kontekstach jest także jedną z możliwych jej form, coraz częściej docenianą przez praktyków i uczestników (Jacobsen i Thompson, 2016).

Co jednak z chwilą, gdy sytuacja rodzinna dziecka staje się złożona i obciążona licznymi czynnikami ryzyka? Jak i czy można myśleć o perspektywie rodzinnej w muzykoterapii skierowanej do dzieci wychowywanych w instytucjonalnej pieczy zastępczej? Bieżący artykuł zawiera refleksje

powstałe na bazie wybranych doświadczeń z pracy muzykoterapeutycznej w placówkach opiekuńczo-wychowawczych.

### **Instytucjonalna piecza zastępcza a rodzina biologiczna dziecka**

Pieczka zastępcza to forma opieki nad dzieckiem sprawowana wtedy, gdy rodzice z różnych przyczyn nie są w stanie podolać zadaniom opiekuńczym i wychowawczym. System pieczy zastępczej w Polsce reguluje Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. Dokument ten podkreśla podmiotowość dziecka i rodziny oraz akcentuje stanowisko, że bez względu na sytuację dziecka przysługuje mu prawo do: wychowywania w rodzinie, jeśli tylko jest to możliwe, powrotu do rodziny, jeśli opieka sprawowana była poza nią, oraz utrzymywania osobistych kontaktów z rodzicami (chyba że sąd ich zakazał) podczas przebywania w pieczy zastępczej.

Dotyczy to zarówno rodzinnych, jak i instytucjonalnych form pieczy. Jednym z obowiązków placówek opiekuńczo-wychowawczych jest umożliwienie kontaktu dziecka z rodzicami i innymi osobami bliskimi oraz podejmowanie działań w celu powrotu dziecka do rodziny. Treści te spójne są z założenia Konwencji o prawach dziecka, która w artykule 8 punkt 3 także mówi o prawie dziecka, które zostało z jakichś przyczyn odseparowane od rodzica lub obojga rodziców, do „utrzymywania regularnych stosunków osobistych i bezpośrednich kontaktów [...], z wyjątkiem przypadków, gdy jest to sprzeczne z najlepiej pojętym interesem dziecka”. Jednocześnie w przypadku zawieszenia, ograniczenia bądź pozbawienia władzy rodzicielskiej wobec rodziców biologicznych dziecka ustanawia się mu opiekuna prawnego. W przypadku placówek opiekuńczo-wychowawczych najczęściej jest to pracownik placówki.

W praktyce zatem dziecko pozostające w instytucjonalnej pieczy zastępczej uwikłane jest w szereg różnorodnych relacji nasyconych emocjonalnie i mających realny wpływ na jego codzienność. Wśród nich w większości istotne pozostają nie tylko relacje z rodzicami i rodzeństwem biologicznym, lecz także nowe więzi, z opiekunem prawnym i wychowawcami oraz współwychowankami, koegzystującymi wspólnie w danej placówce. W sytuacjach indywidualnych różnie układają się zależności między tymi relacjami, nierzadko funkcjonowanie tak złożonych powiązań wywołuje napięcia, konflikty i wątpliwości, pośród których dziecko musi odnaleźć swoje miejsce i rolę (Chateaufneuf, Turcotte i Drapeau, 2018).

Wracając do wątku pracy terapeutycznej ukierunkowanej na rodzinę i biorąc pod uwagę komplikacje wynikające z sytuacji prawnej i przede wszystkim emocjonalnej podopiecznych placówek, można więc zadać sobie szereg pytań:

- Kto w tej sytuacji stanowi rodzinę dziecka?

- Czy któreś więzi mają charakter priorytetowy i wymagają szczególnego wsparcia?
- W jaki sposób wspomagać dziecko w gąszczu często wykluczających się potrzeb o charakterze relacyjnym?
- Wreszcie: czy poprzez muzykoterapię można i należy pracować nad wyżej wymienionymi relacjami i obszarami potrzeb?

Warto zastanowić się, jak na te pytania odpowiadają sami podopieczni podlegli różnym formom pieczy zastępczej. Metaanaliza Wulleman i in. (2023) wykazała, że:

- w opinii wychowanków pieczy zastępczej termin „rodzina” oznacza: 1) biologiczne pokrewieństwo, 2) proces tworzenia się więzi rodzinnych, lub 3) opisuje zjawisko określone jako dziwne i niezrozumiałe;
- dzieci wychowywane w pieczy zastępczej za rodzinę uznają: 1) jeden z systemów (biologiczny lub zastępczy), 2) oba te systemy, 3) więcej grup o charakterze rodzinnym, lub 4) deklarują brak poczucia przynależności to jakiegokolwiek rodziny.

Adekwatnie przyjmuje się w badaniach różne podejścia. Najczęściej są one dualne, gdzie przynależność dziecka przypisywana jest dwóm systemom, oraz pluralistyczne, włączające możliwość wielokrotnej przynależności.

W poniższych rozważaniach główny nacisk położony zostanie na praktykę muzykoterapeutyczną podejmującą próby włączenia członków rodzin biologicznych dzieci, rodziców oraz rodzeństwa. Placówki opiekuńczo-wychowawcze działają w grupach, które można uznać za społeczności rodzinne, jednak w wielu aspektach dalece odbiegające od sytuacji standardowych. W tym przypadku praca nad systemem zastępczym lub łączeniem obu środowisk nie jest wzięta pod uwagę, chociaż wątek ten niewątpliwie zasługuje na pogłębienie, a działania tego typu bywają prowadzone.

### **Doświadczenia praktyczne**

Bieżący artykuł nie ma charakteru badawczego, odnosi się do sytuacji praktycznych, które poddano pewnym uproszczeniom dla zilustrowania realnych zjawisk. Zatem poniższe opisy nie stanowią studiów przypadków, służą jedynie ukazaniu konkretnych sytuacji, bez wielowątkowego wnikania w okoliczności zdarzeń i charakterystykę wychowanków. Stanowią one punkty wyjścia do postawienia pytań i sformułowania odpowiedzi, niejednokrotnie nasyconych wątpliwościami.

**„Chciałbym zagrać z mamą!” – W. i jedna sesja**

W. ma 12 lat. Trafia do placówki wraz z młodszym bratem. Brak informacji o ojcu chłopca. Matka odwiedza dzieci początkowo dość często, potem coraz rzadziej. Jej prawa rodzicielskie zostają ograniczone. Chłopiec deklaruje tęsknotę za mamą. Jest zamknięty w sobie, bardzo ostrożny w relacjach. Na muzykoterapię uczęszcza chętnie, ale podczas zajęć początkowo podejmuje tylko wybrane aktywności w ograniczonym zakresie. Po kilku tygodniach widać większą otwartość w relacji, pojawiają się elementy spontanicznej improwizacji instrumentalnej. Chłopiec coraz lepiej czuje się w grze na instrumentach, zyskuje nieco pewności siebie, jest zaangażowany i wyraźnie dumny z pozyskiwania muzycznych kompetencji. Dzieli się z muzykoterapeutką wiadomością o zapowiedzianej wizycie mamy. Okazuje się, że chciałby pokazać jej, jak gra, a nawet wspólnie wykonać znaną piosenkę.

Muzykoterapeutka proponuje zaproszenie mamy na sesję i przekazuje jej taką informację. Mama nie pojawia się we wskazanym terminie. Obiecuje jednak swą obecność w kolejnym tygodniu i rzeczywiście przychodzi o wskazanej porze. Gdy do sali, w której prowadzone są zajęcia wchodzi jej syn, pojawia się wyczuwalne napięcie, zwłaszcza po jego stronie. Mama w zasadzie nie rozmawia z W. Jest zafascynowana instrumentami, opowiada terapeutce o swoich doświadczeniach muzycznych i ulubionych utworach. Chce śpiewać i grać. Przy próbach przekierowania uwagi na muzyczną aktywność syna jedynie powierzchownie koncentruje się na niej, by zaraz powrócić do perspektywy wynikającej z własnych potrzeb. W. nie patrzy ani na mamę, ani na terapeutkę. Wbija wzrok w podłogę, a jego zachowania muzyczne są nieliczne i noszą znamiona pierwotnej sztywności. Interakcje między matką i synem, zarówno werbalne, jak i muzyczne, mimo prób podejmowanych przez terapeutkę, są nieliczne. Przy zakończeniu sesji matka wyraża entuzjazm związany z zajęciami, deklaruje regularny w nich udział. Nie pojawia się jednak w kolejnym, umówionym terminie. Chłopiec podczas tej sesji niechętnie odnosi się do zajęć z mamą, nie komentuje wspólnego spotkania, zapytany o chęć kontynuacji zajęć z jej udziałem udziela odpowiedzi wymijających: jej obecność jest mu obojętna, „nie wie, wszystko mu jedno”. Wraca do postawy zamkniętej. Mama nie pojawia się tydzień później, przestaje także bywać w placówce i nie odpowiada na próby kontaktu, nie ma możliwości przedyskutowania sytuacji czy dalszych działań. Po pewnym czasie relacja między terapeutką i W. wraca na obiecujące tory, chłopiec otwiera się, w jego grze widoczna jest coraz większa spontaniczność. Pytany o mamę, stwierdza, że nie chce o tym rozmawiać ani myśleć, bo wtedy robi mu się smutno. Po kilku kolejnych miesiącach matce W. zostają odebrane prawa rodzicielskie.

W opisaney sytuacji próba działań zorientowanych na rodzinę zakończyła się nie tylko brakiem rozwoju relacji między synem i matką, lecz również pogorszeniem relacji między

terapeutką a wychowankiem. Obecność matki ukazała jej ogromną potrzebę uwagi i pracy terapeutycznej ukierunkowanej na jej osobiste potrzeby z brakiem mentalnej przestrzeni do pracy dotyczącej więzi z dzieckiem. Wydaje się, że przy własnym deficycie mamy w obszarze zainteresowania nią samą oraz jej doświadczeniami brak było gotowości do pracy o systemowym charakterze. Jakie błędy popełniono w opisanej sytuacji? Być może decyzja o włączeniu matki w proces podjęta została zbyt pochopnie. Z drugiej strony codzienność pokazuje, że o ile nierzadko rodzice biologiczni w początkowym czasie po rozdzieleniu z dzieckiem przejawiają zainteresowanie i troskę, o tyle z czasem częstotliwość kontaktu, zwłaszcza realizowanego na terenie placówki, spada, można by zatem założyć, że im szybciej zostanie wdrożone działanie, tym lepiej. Czy zatem warto było podjąć taką próbę? Być może tak, bo przecież zdarzenia mogły przybrać inny bieg, brak było przesłanek, które z góry skazywałyby wspólny proces terapeutyczny na porażkę. Z drugiej jednak strony, zdając sobie sprawę z przyczyn umieszczania dzieci w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, wiedząc, że w uogólnieniu relacje w ich rodzinach są obszarem problemowym, można spodziewać się trudności. Co powinno przeważać: nadzieja na pozytywny kierunek zmian czy obawa o ponowne skrzywdzenie dziecka?

### **„Mamo, musisz przyjść mnie posłuchać!”. D. i jej koncerty**

D. jest wychowanką placówki od ukończenia 5. roku życia. Obecnie ma lat 16. Na muzykoterapię zaczęła uczęszczać, mając lat 10, i z nielicznymi przerwami pozostaje w procesie. Jej relacje z mamą w całym tym okresie można nazwać, w pewnym uproszczeniu, „kumpelskimi”. Mama jest w stałym kontakcie z córką, głównie poprzez komunikatory i media społecznościowe. D. bywa do niej urlopowana i lubi te wizyty, chociaż z jej opowiadań wynika, że w większości spędza je na spotkaniach z koleżankami i włóczeniu się po mieście. Mama dobrze odnajduje się w przyjemnych aspektach rodzicielstwa, lubi, gdy okazywane jest jej przywiązanie i miłość, sama też wtedy wyraża pozytywny stosunek do dzieci (oprócz D. ma jeszcze trzech synów, z których dwaj pozostają w placówce, zaś najmłodszy jest z nią i ojcem), dobrze czuje się w wesołych rozmowach, gdy jednak pojawiają się zadania wymagające wysiłku i mierzenia się z trudnościami – wycofuje się. Podczas wieloletniego pobytu w placówce relacja między D. i mamą przechodziła wiele etapów. D. na poziomie poznawczym i emocjonalnym od dłuższego już czasu funkcjonuje wyżej i dojrzalej od mamy. Muzykoterapia D. polega głównie na wykonywaniu wybieranych przez nią piosenek z repertuaru popowego oraz tworzeniu własnych utworów. W całym procesie terapeutycznym utwory te towarzyszą różnym zmaganiom D., ale jednym z głównych wątków jest relacja z mamą, przepracowywana przez D. na wiele sposobów.

D. bardzo lubi występy publiczne, dobrze się czuje na scenie, jednocześnie to właśnie scena staje się dla niej przestrzenią budowania terapeutycznych doświadczeń, nierzadko o kataraktycznym charakterze. Na wszystkie swoje występy zaprasza mamę i z myślą o niej, z ukrytą dedykacją, wykonuje wybierane utwory. W wieku 11 lat śpiewa piosenkę będącą listem – pożegnaniem z matką, która umarła. D. śpiewa nasycone smutkiem teksty i z trudem powstrzymuje płacz na scenie. Jej mama szłocha w pierwszym rzędzie, ale nie ma danych, by uznać, że reakcję tę wywołało odniesienie do sytuacji własnej, raczej płacze poruszona „smutną piosenką”, może „zaraża się” nasyconą emocjonalnie atmosferą, może wpasowuje się w otoczenie. D. i mama nie rozmawiają o tym między sobą, jednak podczas sesji D. stwierdza, że bardzo chce, by mama usłyszała, jak się czuje, chociaż wątpi w jej zrozumienie. Dwa lata później D. pisze piosenkę o mamie, w której maluje jej wyidealizowany obraz. Fragment refrenu brzmi: „Ty codziennie wspierasz mnie, w tym, co robić chcę. Nie zostawiaj nigdy mnie, bo ja bardzo kocham Cię”. W rozmowach towarzyszących sesjom, na których powstaje utwór, nie ma gotowości na skonfrontowanie słów piosenki z codziennym, prawdziwym doświadczeniem. Mama dostaje nagranie piosenki jako prezent urodzinowy i okazuje zachwyt oraz wzruszenie. Kolejne lata przynoszą dalsze przemyślenia i zmiany w świadomości roli matki, jej kompetencji, możliwości i ograniczeń. D. integruje jej obraz, widząc zarówno krzywdę, której doświadcza w tej relacji, jak i jej znaczenie i pozytywne aspekty. Boli ją to, że nie może porozmawiać o tym z mamą, gdyż – jak sama stwierdza – „ona tego i tak nie skuma i powie, żebym przestała chrzanić”. Ponownie występuje na koncercie, śpiewa o swojej bezradności, o nieudanych próbach pogłębiania relacji, o potrzebie bliskości. Płacze na scenie, partię wokalną przejmują inni wykonawcy. Mama jest obecna, także płacze podczas wykonania. Po koncercie D. pisze do terapeutki wiadomość: „mama nic nie powiedziała, ale ja wiem, że ona wie, o czym i do kogo to było, w końcu musiała posłuchać mnie do końca”.

Czy opisaną sytuację możemy widzieć w kategoriach terapii skoncentrowanej na rodzinie? Raczej nie, chociaż przepracowanie rodzinnej relacji z udziałem diady matka–córka odbywało się podczas koncertów, stanowiących elementy procesu terapeutycznego, a także, a może przede wszystkim, w procesie przygotowań do nich i w refleksjach następujących po nich. Dla D., paradoksalnie, dopiero scena stwarzała warunki do komunikowania osobistych i głębokich treści, których wypowiedzenie w kontakcie bezpośrednim było bardzo trudne, wręcz niemożliwe. W przypadku wykonywania utworów popowych polegało ono na użyciu czyjś „głosu”, zapożyczonych słów i muzyki, by podzielić się własnymi emocjami i przeżyciami. Scena stwarzała bezpieczną przestrzeń pozwalającą na wybrzmienie komunikatu i podkreślenie, uwypuklenie go, może nawet społeczną walidację, gdyż obecność publiczności miała w tym akcie ogromne znaczenie. Czy jednak w jakikolwiek sposób można uznać, że terapią objęta została także matka

D.? Wydaje się, że przyjęcie takiego założenia byłoby już zbyt daleko posuniętym rozszerzeniem pojęcia „terapia”. Dzięki koncertom można jednak stwierdzić, że matka stała się świadkiem niektórych etapów procesu terapeutycznego córki i została do niego dopuszczona, a może nawet w pewnej mierze zmuszona do przyswojenia wyrażonych treści.

### **S. i maluchy**

S. trafiła do placówki, mając lat 11, wraz z trzema siostrami w wieku 4 lat (trojaczki). Przebywając przedtem w domu, pełniła wobec nich rolę głównego opiekuna. W placówce początkowo także starała się mieć kontrolę nad wszystkim, co dotyczyło dziewczynek, jednak jej wcześniejsze, „rodzicielskie” obowiązki przejęli wychowawcy, z przyczyn praktycznych (szkoła, przedszkole, zajęcia dodatkowe, osobne pokoje) relacje między siostrami nieco się rozluźniły. Na muzykoterapię indywidualną S. zaczęła uczęszczać zaraz po umieszczeniu w placówce, wyrażając duże zainteresowanie muzyką i sztuką w ogóle. Zaczęła uczyć się gry na gitarze oraz pisać własne teksty rapowane do elektronicznych podkładów. Jej siostry przejawiały wiele trudności rozwojowych oraz oznak traumatyzacji, a ich adaptacja do życia w nowym miejscu nie przebiegała dobrze. Podczas sesji S. wspominała czasem o nich i opowiadała o różnych wyzwaniach. Po kilku miesiącach oddziaływań, gdy relacja między S. i muzykoterapeutką była już dość stabilna, prowadząca zaproponowała zaplanowanie wspólnych spotkań muzycznych, w których udział brałaby S. i dziewczynki, mając na względzie potrzeby relacyjne. Kontakty całego rodzeństwa z rodzicami były sporadyczne, więc wydawało się, że takie sesje staną się czasem pogłębiania więzi rodzinnych między siostrami. S. dość niechętnie przystała na propozycję wspólnego spotkania. Gdy do niego doszło, S. przez większość czasu „dyscyplinowała” młodsze dziewczynki, negatywnie komentowała ich aktywność i wyrażała irytację, a nawet gniew. Każda z siostr funkcjonowała nieco inaczej, jednak wszystkie wykazywały dużą potrzebę uwagi ze strony S. Przebieg spotkania był chaotyczny i nasycony napięciem. Po nim S. wprost poprosiła muzykoterapeutkę, aby takich sesji już nie urządzać, bo „ona z tymi maluchami już nie wytrzyma”. Uszanowano jej potrzebę i kontynuowano proces w wyłączeniu indywidualnym formacie.

W obliczu zerwanych więzi z biologicznymi rodzicami praca nad podtrzymaniem i pogłębieniem relacji między rodzeństwem wydawała się uzasadnionym wyborem. Szybko jednak stało się oczywiste, że S. ma ogromne potrzeby własne, wymagające pełnej koncentracji na samej sobie. W kontekście jej wcześniejszych doświadczeń było to zrozumiałe. Jednak dla jej młodszych siostr utrata S. oznaczała być może kolejne doświadczenie porzucenia. Z ich strony obecna była nie tylko gotowość, ale ogromny deficyt bliskości starszej siostry. Jakie decyzje należało podjąć w tych okolicznościach? Kontynuować sesje wspólne, przymuszając w jakiejś mierze S. do



wypełniania roli, do której nie dorosła i której nie chciała już realizować? Pozwolić na oddalenie między nią a siostrami, które było potrzebne S., ale jednocześnie mogło być destrukcyjne dla młodszej trójki?

### **Podsumowanie**

Praca z rodziną w sytuacji rozłączenia jej członków (prawnego, emocjonalnego i praktycznego, codziennego) okazuje się ogromnym wyzwaniem, w którym korzyści i ryzyka tworzą sieci tak splątane, że odnalezienie dobrych rozwiązań o charakterze standardów okazuje się w praktyce niemal niemożliwe. Czy w związku z tym jest niewarta prób? Czy należy je podejmować ze świadomością, że prawdopodobnie konieczne będzie akceptowanie rozwiązań ryzykownych, potencjalnie krzywdzących?

Wydaje się, że istniejąca sytuacja prawna motywuje do aktywności w tym zakresie. Z drugiej strony doświadczenia praktyczne, jakkolwiek indywidualne i silnie zakorzenione w konkretnym kontekście, przynoszą głównie wątpliwości. Nie ma wątpliwości, że każdorazowo decyzja o włączeniu krewnych dziecka w proces terapeutyczny wymaga głębokiego namysłu i rozeznania, zaś od strony terapeuty swoistej kalkulacji ryzyka. Kluczowe staje się założenie, że wszelkie próby w tym zakresie mogą być podejmowane jedynie i dopiero w momencie, gdy relacja terapeutyczna jest już na tyle silna i stabilna, by stworzyć podopiecznemu możliwie bezpieczne środowisko.

## Bibliografia

- Carr, A. (2020). Evidence for the efficacy and effectiveness of systemic family therapy. W: K. S. Wampler, R. B. Miller, R. B. Seedall (red.), *The handbook of systemic family therapy: The profession of systemic family therapy* (s. 119–146). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119438519.ch6>.
- Chateauneuf, D., Turcotte, D., Drapeau, S. (2018). The relationship between foster care families and birth families in a child welfare context: The determining factors. *Child and Family Social Work*, 23(1), 71–79. <https://doi.org/10.1111/cfs.12385>.
- Dunst, C. J. (2022). Systematic review and meta-analysis of family needs studies: Relationships with parent, family and child functioning. *European Journal of Psychology and Educational Research*, 5(1), 11–32. <https://doi.org/10.12973/ejper.5.1.11>.
- Jacobsen, S., Thompson, G. (2016). *Music Therapy with Families: Therapeutic Approaches and Theoretical Perspectives*. Jessica Kingsley Publishers.
- Konwencja o prawach dziecka.
- Kurasz, J., Brukwicka, I., Kopański, Z., Kollar, R., Kollarova, M., Bajger, B., Bojanowska, E. (2016). Znaczenie rodziny w wychowaniu dziecka. *Journal of Clinical Healthcare*, 3(1), 1–8.
- Lelek, A., Adamczyk-Banach, M. (2020). Udział rodziców w terapii zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży. *Psychoterapia*, 4(195), 9–22. DOI: 10.12740/PT/130638.
- Maccoby, E. (2000). Parenting and its effects on children: on reading and misreading behavior genetics. *Annual Review of Psychology*, 51(1), 1–27.
- Skoglund, J., Thørnblad, R., Holtan, A. (2022). The meaning of biology in the foster family narratives of young adults. *Nordic Social Work Research*. DOI: 10.1080/2156857X.2022.2155216.
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. Dz.U. 2011 nr 149 poz. 887.
- Więclawska, A. (2018). Rodzice jako fundament rozwoju i wychowania dziecka ku dojrzałości. *Przegląd Pedagogiczny*, 1(22), 46–55.

Wulleman, L., Grietens, H., Noens I., Vliegen, N. (2023). (Re)defining family: A systematic review and meta-synthesis of foster children's views of family in non-kinship foster care. *Children and Youth Services Review*, 155(C). <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2023.107184>.

## Muzykoterapia skoncentrowana na rodzinie (*Family-Centered Music Therapy*)

w Klinice Rehabilitacji  
w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

– refleksje rodzica dziecka w okresie wczesnego dzieciństwa

związane z uczestnictwem w sesjach muzykoterapii  
podczas turnusu rehabilitacyjnego

Aleksandra Malik  
Akademia Muzyczna im. Grażyny i Kiejstuta Bacewiczów w Łodzi,

Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie

### **Streszczenie**

Niniejszy artykuł ma na celu przedstawienie zastosowania podejścia muzykoterapii skoncentrowanej na rodzinie (ang. *Family-Centered Music Therapy*) podczas sesji muzykoterapii pacjentki w okresie wczesnego dzieciństwa. Zasadniczą częścią tego artykułu jest podsumowanie wywiadu z rodzicem i zwrócenie uwagi na istotne elementy dla realizacji procesu terapeutycznego oraz transfer do życia codziennego po wyjściu ze szpitala. Temat rozmowy dotyczy refleksji mamy związanych z uczestnictwem jej córki Łucji w sesjach muzykoterapeutycznych w Klinice Rehabilitacji w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, realizowanych w ramach turnusu rehabilitacyjnego. Artykuł przybliży temat muzykoterapii skoncentrowanej na rodzinie osobom zainteresowanym, rodzicom, opiekunom, lekarzom i innym specjalistom pracującym w ochronie zdrowia, świadczącym usługi zdrowotne w ramach procesu leczenia i szeroko rozumianej rehabilitacji. Ponadto może stanowić wyobrażenie przebiegu sesji. W artykule zawarte zostały również przemyślenia autorki związane z jej niemalże dziesięcioletnim stażem pracy jako muzykoterapeutki. Warto zwrócić uwagę na potencjalne korzyści oraz istotne znaczenie zaangażowania rodzica podczas sesji muzykoterapeutycznych pacjentów w okresie wczesnego dzieciństwa.

### **Słowa kluczowe:**

muzykoterapia, klinika rehabilitacji, wczesne dzieciństwo, muzykoterapia skoncentrowana na rodzinie, *Family-Centered Music Therapy*

## Wstęp

Opieka skoncentrowana na rodzinie (ang. *Family-Centered Care*, FCC) obejmuje potrzeby zarówno dziecka, jak i rodziców, skupia się przy tym wokół dwóch najważniejszych zasad – uczestnictwa i współpracy. W opiece zdrowotnej nad dzieckiem to właśnie rodzina stanowi ogromną wartość. Postawiona jest ona w roli eksperta, z uwzględnieniem stałego zaangażowania i współpracy z personelem medycznym. Od lat 90. XX wieku koncepcja FCC jest częścią trwającej na całym świecie zmiany paradygmatu opieki nad noworodkami (Ullsten, 2020).

Muzykoterapia może być realizowana w ramach wspomagania rozwoju niemowląt i małych dzieci. Adekwatnie do potrzeb oraz z uwzględnieniem posiadanego potencjału stanowi skuteczne wsparcie dla dzieci i ich rodzin (Humpal, 2015).

Rozwój to proces, który składa się z wielu etapów o określonej charakterystyce, z zachowaniem etapu przejściowego do nabycia bardziej zaawansowanych umiejętności. Wczesne dzieciństwo to między innymi czas szybkiego uczenia się. Małe dzieci poznają świat i starają się go zrozumieć poprzez obserwację i doświadczanie go na różne sposoby. Dzieci z wyzwaniami rozwojowymi napotykają przeszkody, które mogą być zniechęcające dla nich samych, ale również dla ich rodzin. Odpowiednie wsparcie i wczesna interwencja terapeutyczna są wtedy kluczowe dla wspomagania rozwoju.

Różnorodne aktywności z zakresu muzykoterapii mogą być niezwykle motywujące. Muzykoterapia może wspierać i wzmacniać cele innych terapii, a także wspomagać proces leczenia i rehabilitacji. Zaobserwowane korzyści dotyczą nie tylko dziecka, ale również osób, które uczestniczą w jego świecie (Humpal, 2015).

Zadaniem muzykoterapeutów podczas sesji jest zaspokojenie potrzeb zarówno dzieci, jak i ich rodziców, a także zapewnienie możliwości zabawy i budowania relacji. Dziecko jako pacjent pediatryczny może nawiązywać relację z członkami rodziny i personelem medycznym poprzez muzykę. Muzykoterapia, niezależnie od wieku uczestników, będzie wspierać ich wewnętrzne zasoby, które są już obecne (Loewy, 2015).

Badanie jakościowe rodzin z hospitalizowanymi niemowlętami, przeprowadzone przez Shoemark i Dean (2008), zostało zrealizowane w celu pogłębienia dyskusji na temat muzykoterapii i opieki skoncentrowanej na rodzinie. Pozyskane informacje na temat doświadczeń rodziców w zakresie muzykoterapii zostały pogrupowane. Kategoryzują one tematy, w tym rozważania kliniczne i działania ważne dla produktywnej relacji z rodziną w szpitalu: (1) charakter

muzykoterapeuty, (2) muzykoterapia jako relacja na zasadzie triady (dziecko–rodzic–terapeuta), (3) wytrwałość – długa podróż (w odniesieniu do przedłużającej się hospitalizacji, ale także nadziei, strachu, zaprzeczenia, akceptacji, zaangażowania i wycofania), (4) doświadczenie radości podczas muzykoterapii, (5) wpływ muzykoterapii na całościowy rozwój dziecka, (6) związek warunkowy oraz (7) odniesienie do całego życia.

Jak podaje Thompson (2012), muzykoterapia skoncentrowana na rodzinie (*Family-Centered Music Therapy*) wskazuje podobieństwa do podstaw teoretycznych podejścia zorientowanego na zasobach (ang. *resource-oriented*). Elementy takie jak współpraca i równość w relacji terapeutycznej triady dziecko–rodzic–terapeuta zostały włączone do praktyki muzykoterapeutycznej. Ze szczególnym uwzględnieniem potencjału wszystkich uczestników. Podczas procesu terapeutycznego muzykoterapeuci skoncentrowani na rodzinie starają się dzielić swoimi umiejętnościami zawodowymi w ramach budowania relacji podczas sesji, a także dążyć do wykorzystania tego doświadczenia i przełożenia na życie codzienne. Otwarcie uznaje się odmienną, choć uzupełniającą się wiedzę specjalistyczną rodziców i terapeuty.

Model struktury muzykoterapii skoncentrowanej na rodzinie składa się z dwóch okręgów. Zewnętrzny, związany z (a) praktyką skoncentrowaną na rodzinie, przedstawia różne teorie, podejścia i wiedzę, z których korzysta muzykoterapeuta. Wyszczególnione zostały takie elementy: (b) dostosowanie do nastroju i zachowania dziecka, podążanie za jego wskazówkami, (c) zachęcające aktywności, (d) muzykoterapeuta charakteryzuje się pozytywnym oddziaływaniem, akceptacją i sympatią, (e) muzykoterapeuta przedstawia się jako partner do wspólnej gry, (f) próba utrzymania niepokoju dziecka na niskim poziomie, (g) dopasowanie możliwości do dziecka, (h) zrozumienie teorii rozwoju komunikacji społecznej. Wewnętrzny okrąg odnosi się do reakcji muzykoterapeuty lub rodzica w nawiązaniu do zaistniałej (i) interakcji ze strony dziecka. Istotne wtedy jest podtrzymanie i wydłużenie czasu jej trwania. Stworzenie sytuacji sprzyjających zaangażowaniu inicjowanemu przez dziecko stanowi wyzwanie dla rodziców i terapeutów. Można założyć, że świadomość dziecka w odniesieniu do zauważenia jego reakcji przez osobę dorosłą będzie motywacją do dalszego zaangażowania (Thompson, 2012).

### **Podsumowanie wywiadu**

Wywiad był przeprowadzony po zakończonym turnusie rehabilitacyjnym. Dotyczył refleksji rodzica związanych z uczestnictwem dziecka w sesjach muzykoterapeutycznych w Klinice Rehabilitacji w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, realizowanych w ramach turnusu rehabilitacyjnego. Rozmowa odbyła się online oraz została utrwalona w formie

audio. Na potrzebę niniejszego artykułu odpowiedzi te zostały podsumowane, a niektóre z nich zacytowano we fragmentach.

Podczas rozmowy uwzględnione zostały następujące zagadnienia: (1) informacje na temat uczestniczek sesji muzykoterapeutycznych – mamy i córki, (2) potrzeby i możliwości dziecka, (3) podążanie za dzieckiem, (4) zachowania muzyczne i niemuzyczne dziecka podczas sesji muzykoterapii, (5) zaobserwowane zmiany, które mają wpływ na funkcjonowanie dziecka, (6) wyobrażenia i oczekiwania wobec sesji muzykoterapii, (7) doświadczenie muzyczne dziecka do momentu rozpoczęcia sesji muzykoterapeutycznych.

Poniżej znajduje się opis obu uczestniczek sesji muzykoterapeutycznych – mamy i córki. Łucja była drugi raz hospitalizowana z uwagi na udział w turnusie rehabilitacyjnym. W 13. miesiącu życia uczestniczyła w sesjach muzykoterapeutycznych razem ze swoją mamą.

*Mam na imię Marta, moja córka to Łucja. Łucja jest naszą pierwszą narodzoną córeczką, która przez wiele, wiele miesięcy, dokładnie dzieńci ciągiem, spędziła w szpitalu. Potem jeszcze dokładając do tego różne operacje, czyli powroty do szpitala. Spędziła dużo, dużo czasu w szpitalu.*

*Jeśli chodzi o sytuację zdrowotną Łucji, to urodziła się ona jako wcześniak, w 29 tygodniu ciąży i już w pierwszych godzinach jej życia okazało się, że urodziła się z wadą przełyku (atrezją przełyku), która wymagała operacji w pierwszej dobie życia. Z racji, że urodziła się przedwcześnie i była niewydolna oddechowo i krążeniowo, to fakt operacji jej stan pogorszył. W stanie bardzo ciężkim trwała kolejne 4 miesiące. W tym czasie pojawiły się kolejne diagnozy i różne komplikacje: wada serca, perforacja jelita i inne problemy układu pokarmowego oraz retinopatia wcześniacza. Wyróżniam te największe, nie jedyne.*

*Przez 3 miesiące od urodzenia Łucja była pod respiratorem, kolejne 3 na mniej inwazyjnym wspomaganym oddechem. To wszystko spowodowało, że Łucja 9 miesięcy od urodzenia leżała w szpitalu, leżała dosłownie, podłączona do ogromnej ilości aparatur i kabelek, najpierw utrzymujących ją przy życiu, a potem komfort tego życia zwiększających. Przeszła 12 zabiegów, w tym 6 operacji z otwarciem klatki piersiowej i brzucha. Dwie z tych operacji były zabiegami kardiochirurgicznymi. Tym samym wyszła ze szpitala z dużymi zaległościami w rozwoju wszelakim, szczególnie ruchowym i ogromem wysiłku w postaci między innymi niekonwencjonalnego żywienia czy ślepoty lewego oka. I taką pacjentkę w jej 13 miesiącu życia Pani spotkała.*

*Przez 17 lat działałam w teatrze musicalowym, więc temat muzyki nie jest mi obcy. Później rozpoczęłam pracę w przedszkolach – równoległe i stopniowo się przebranżawiałam. Z wykształcenia jestem pedagogiem, animatorem społeczno-kulturalnym. Z racji wspomnianego doświadczenia muzycznego, które przez lata zdobywałam na scenie teatru, po ukończeniu różnych kursów prowadziłam zajęcia umuzykalniające w przedszkolach i żłobkach. Natomiast stricte muzykoterapia, jakby tego zakresu nigdy nie zgłębiałam. Choć samo muzykowanie obce mi nie jest, a wręcz przeciwnie.*

Przedstawiając potrzeby swojego dziecka, mama wymieniła między innymi ogólną aktywizację ciała i wspieranie rozwoju motorycznego. Działanie muzyką i w towarzyszeniu muzyki w tym zakresie określiła jako bardzo pomocne. Z uwagi na długą historię medyczną Łucja

potrzebuje wielospecjalistycznych konsultacji i rehabilitacji. Mama określiła możliwości dziecka jako duże, które obserwuje przede wszystkim po zakończonej hospitalizacji. Jak podkreśla,

*okazuje się, jak bardzo ten mały i bardzo już doświadczony organizm cały czas przeje do przodu i jaką ma potrzebę, żeby to wszystko nadgonić [...]. Ona jest ciekawa świata, z takich jej możliwości, jakby potencjału [...]. Myślę, że stanowi ona motor do tego, aby dalej się rozwijać [...]. Zatem możliwości są, a my potrzebujemy tylko działań.*

Mama Łucji opisała, że podczas sesji muzykoterapeutycznych wielokrotnie dostrzegła podejście związane z podążaniem za dzieckiem. Wspomniała, że obecnie podczas wspólnych aktywności w domu jeszcze bardziej zauważa potrzeby, które jej córka komunikuje całym swoim ciałem. Mama Łucji zwróciła szczególną uwagę na reakcję dziecka w sytuacji, kiedy zauważy ono, że dorosły za nim podąża. Opisała to w taki sposób, że początkowo dziecko jest zaskoczone, widzi i czuje, że ma kontrolę w tym momencie, ale również „jednocześnie to, co ono wyraża, jest ważne, ważne i dostrzeżone”. Podsumowała, że również jako pedagog z wykształcenia, ważnym dla niej elementem w wychowaniu jest dostrzeganie potrzeb dziecka, które jej zdaniem łączy się właśnie z podążaniem za dzieckiem.

*Podążanie odczytuje jako taką czujność na dziecko [...]. Dla mnie jest to wejście niejako w komunikację z dzieckiem, ale trochę na jego zasadach i warunkach. Uważam, że w dużej mierze i w różnych zakresach dziecko pokazuje, czego mu potrzeba, co jest też dla niego rozwijające i w danym momencie też potrzebne. To trochę taka pomoc w tym, by to zaspokoić, ale trochę też zrealizować jego pomysł. Właśnie to słowo „komunikacja” bardzo mi się tutaj podoba i najbardziej mi w duszy gra. [...] Jednocześnie jest to próba zrozumienia [...] i pozwala mi lepiej poznać moje dziecko.*

W dalszej rozmowie na temat podążania mama Łucji została zapytana o opinię, czy zgadza się ze stwierdzeniem, że jeśli podążamy, to jesteśmy na zasadach dziecka, wsluchujemy się w jego potrzeby, komunikujemy się i że dzięki temu dziecko łatwiej przyjmuje nasze propozycje. W odpowiedzi pokreśliła, że wtedy buduje się zaufanie:

*[...] dziecko czuje się rozumiane i wysłuchane, więc tworzy się przestrzeń do tego, aby ono też otworzyło się właśnie na nas i nasze propozycje. [...] Odpowiem na to, co dziecko proponuje, i ono za chwilę będzie słuchało tego, co ja zaproponuję.*

Podejście związane z podążaniem za dzieckiem było zauważalne podczas sesji muzykoterapeutycznych. Mama wskazuje na istotny element, jakim jest uświadomienie, uwrażliwienie i możliwość rozmowy na ten temat. Stanowi to również odniesienie do wspólnych działań muzycznych i pozostawiania przez rodzica odpowiedniej przestrzeni dziecku. Jak podkreśla, mimika jej córki wskazywała na zaangażowanie na poziomie obserwacji i oczekiwania na odzew ze strony pozostałych osób. Określa to w sposób następujący:



*Łucja faktycznie zaczęła coś i czekała też na naszą reakcję. To było fascynujące do obserwacji i bardzo mi się podobało. To też ją aktywizowało, to jej się podobało. [...] Ona była tym zafascynowana. Ja to dostrzegałam, że ona chętnie nawiązuje interakcję oraz inicjuje.*

Opisując muzyczne i niemuzyczne zachowania dziecka podczas sesji, mama zwróciła szczególną uwagę na jego postawę, podejście. Miała wrażenie, że jej córka była cały czas zaangażowana podczas zajęć i cechowało ją bardzo duże skupienie i zainteresowanie. W trakcie sesji używała różnych instrumentów, ale przede wszystkim „wyrażała się poprzez bębnienie”.

Jednym z celów terapeutycznych było doświadczenie tego, w jaki sposób możemy zaangażować dziecko do ćwiczeń w zakresie wspomagania funkcji motorycznych poprzez różne aktywności muzyczne. Mama Łucji opisuje to jako działanie w różnych pozycjach, w tym ćwiczenie podporu, ale także ogólne wzmacnianie ruchowe z uwzględnieniem elementów ćwiczonych w trakcie fizjoterapii (kinezyterapii). Było to możliwe dzięki odpowiednim instrukcjom od fizjoterapeuty, które mama uzyskiwała podczas zajęć w trakcie trwania turnusu rehabilitacyjnego.

*Często przy okazji zajęć z fizjoterapeutą śpiewam córce, czy też podgrywam, czasem jedno i drugie [...]. Faktycznie w pozytywnym znaczeniu odwraca to jej uwagę od ćwiczeń, a już w ogóle właśnie na naszej muzykoterapii to miałam wrażenie, że ona nigdy tak długo nie wytrzymała w podporze, na rękach. [...] Tutaj ona po prostu robiła to sama z siebie. Dlatego, że interesowało ją to, co dzieje się dookoła.*

Z uwagi na doświadczenie związane z wspieraniem funkcji motorycznych podczas muzykoterapii mama Łucji znacząco podkreśla, że wzrosła jej świadomość w tym zakresie. Dostrzega muzyczny potencjał jako element wspierający w takich działaniach. Ruch w pewien sposób był muzycznie odwzorowany i prowadzony. Mama odnosi się również do aktywności muzycznych w powiązaniu z ćwiczeniami motorycznymi wykonywanymi razem z mężem i córką w domu. Podsumowuje, że choć wcześniej nie zwracała aż takiej uwagi na podążanie, to teraz jest zdecydowanie bardziej czujna na to, co proponuje jej córka.

Kolejnym celem z obszaru wspierania funkcji motorycznych była aktywizacja jednej i drugiej strony ciała, ze szczególnym uwzględnieniem strony lewej. Następnym etapem miało być stymulowanie do pracy w linii środkowej ciała (stąd też na przykład dzwonki, chimesy trzymane z przodu, aby aktywizować pracę oburącz). Te dwa etapy nastąpiły niemalże jednocześnie, w sposób swobodny. Mama Łucji podsumowuje to następująco:

*[...] na początku zajęć wspominałam o tym, że Łucja bardzo dużo używa prawej ręki. Znacznie mniej lewej strony swojego ciała. Widzi na jedno, prawe oko i dostrzega znacznie bardziej to wszystko, co jest w prawym polu jej widzenia [...]. Było takie odczucie, jakby zdarzyło się to po prostu, tak naturalnie. Łucja zaczęła otwierać prawą rękę, którą często miała zamkniętą, oraz aktywizować też lewą stronę i faktycznie jakby działać w linii środkowej ciała obiema rękami. Teraz w domu bierze klawesy i stuka jednym o drugi. Obie ręce są aktywne i biorą udział w eksplorowaniu.*

Jednym z elementów sesji było ćwiczenie z bębenkiem, które z czasem zostało przekształcone. Bębenek nie był już widoczny, a położony pod pewnym kątem, pod nogami pacjentki. W pewnym momencie Łucja przyciągnęła stopy do siebie i zaczęła się nimi bawić. Można było wtedy zwrócić uwagę na intensywną pracę miednicy, nóg i mięśni brzucha. Podczas rozmowy mama przytoczyła doświadczenie związane z zajęciami realizowanymi w ramach prywatnej praktyki fizjoterapeutycznej:

*[...] dowiedziałam się, że to ćwiczenie z uderzaniem nogami o bębenek jest w ogóle super zawienny dla Łucji i wspierania jej mięśni nóg [...], z zastrzeżeniem, żeby ten bębenek był wyżej. [...] Ćwiczenie z bębenkiem w mojej głowie zostało jako super wzmacniacz mięśni nóg i brzucha. [...] Bardzo długo czekaliśmy na to, aż ona zacznie podnosić nogi. [...] Nagle okazuje się, że to, co wyszło Nam na zajęciach z muzykoterapii, bardzo, bardzo Nam się przystuguje, jeśli chodzi o ćwiczenie mięśni brzucha.*

Nawiązała również do innej wypowiedzi fizjoterapeutki, która czuła, jak pacjentka, słysząc śpiew mamy, rozluźnia się i mięśnie zaczynają inaczej pracować. Jak przekazała mama, fizjoterapeutka podkreśliła, że dopiero wtedy mogła dostrzec potencjał jej córki.

Wyobrażenia i oczekiwania mamy Łucji związane z uczestnictwem odnosiły się początkowo do mile spędzonego czasu z córką w towarzystwie muzyki, wspólnego muzykowania. W perspektywie czasu uległy one pewnym zmianom:

*[...] ufałam, że jest w tym coś więcej, ale nie wiedziałam, co to jest, i bardzo przyjemnie właśnie tym byłam zaskoczona. [...] Doświadczyłam tego, jak bardzo to jest przemyślane. To wszystko jest po coś, ma cel [...] jeśli tylko wszystkie strony na to się otworzą, po prostu. [...] Zupełnie nie myślałam o tym, ile może to dać mojemu dziecku, i nie spodziewałam się, że na przykład może to pomóc właśnie przy ćwiczeniach stricte fizjoterapeutycznych.*

Łucja razem z mamą pojawiły się na sesjach muzykoterapeutycznych, ponieważ inny terapeuta pracujący razem z Łucją zasugerował, że mogłyby być one dla nich korzystne. Wiedział o tym, że mama Łucji często śpiewa swojej córce. Początkowo zajęcia muzykoterapeutyczne nie zostały zlecone, ale zgodnie z sugestią mama porozmawiała z lekarzem prowadzącym i zostały one uwzględnione podczas drugiego turnusu rehabilitacyjnego.

Mama Łucji określiła sesje muzykoterapeutyczne jako pierwsze zajęcia w kontekście wielu miesięcy spędzonych w szpitalu, kiedy to jej córka pracowała i rozwijała się z przyjemnością dla samej siebie. Zauważa również swoją potrzebę uczestnictwa w zajęciach:

*[...] co też jest ważne, że dla mnie też. To były pierwsze zajęcia, które jednocześnie wpłynęły bardzo na jej rozwój [...], a na których obie mogłyśmy odetchnąć. Ja mogłam przestać być taka czujna [...] w tym sensie, że potrzebuje ją zachęcić jakoś, nakierować na coś, [...] albo trzymać czy przytulać, bo wiem, że będzie płakać, bo coś będzie dla niej nieprzyjemnego.*

Opisując swoją aktywność podczas sesji muzykoterapeutycznych, mama Łucji wspomniała, że początkowo słuchała i obserwowała. Przedstawiła również swoje obawy, które towarzyszyły jej na samym początku. Były one związane ze strachem przed oceną i brakiem jej aktywności podczas zajęć, pomimo doświadczenia muzycznego. Wspomniała także o możliwych trudnościach w adaptacji do nowej sytuacji w kontekście krótkiego czasu turnusu, który pozostał. Opowiedziała, że podczas trzecich zajęć miała wrażenie, jakby znajomość z prowadzącym trwała już bardzo długo. Wspomniała też, że każdorazowo niechętnie kończyła zajęcia oraz miała poczucie niedosytu. Podsumowała, że „trafiłyśmy w dobre miejsce, że potrzebowaliśmy tych zajęć”.

Podczas turnusu rehabilitacyjnego odbyło się 5 sesji, z których każda trwała około 40 minut. Mama stwierdziła, że jak na tak krótki wymiar czasu i niedużą liczbę spotkań to udało się wypracować pewne znaczące elementy. Poniżej wypunktowane zostały zmiany, które mama Łucji wymienia jako te, które wpłynęły na sposób funkcjonowania jej córki:

- *Dużo korzystnego wpływu na rozwój ruchowy;*
- *Otwarcie dłoni prawej ręki – pod sam koniec zajęć zaczęłyśmy nad tym pracować i ta dłoń od tamtej pory jest otwarta – jak bębni, nie bębni piąstką, tylko otwartą dłonią i to jest super widzieć, bo daje jej to nowe możliwości;*
- *Zaktywizowanie lewej strony ciała;*
- *Korzystamy z ćwiczenia, które „Nam nyszło” podczas muzykoterapii, czyli tego wzmacniającego miednicę, nogi i mięśnie brzucha, przy pomocy bebenka – widzę, że chętniej podnosi nogi;*
- *Podczas Naszych zajęć utwierdziłam się w przekonaniu, że lubi muzykowanie, i to się akurat nie zmieniło, bo lubiła od samego początku;*
- *Bardzo duża zmiana – mam wrażenie, że jest dużo mniej nadwrażliwa na nagłe, głośne dźwięki. Widzę to po spotkaniach rodzinnych, gdzie na początku to, że ktoś mówił, był hałas [...] było dla niej nie do zniesienia. Mam wrażenie, że właśnie po Naszych zajęciach w pozytywnym sensie stała się mniej wrażliwa na bodźce, na dźwięki.*

Podczas sesji muzykoterapeutycznych można było zaobserwować uśmiech i radość Łucji w odpowiedzi na zaangażowanie mamy. Z czasem wykazywała coraz większą gotowość i aktywność wobec bardziej złożonych aktywności. Zdecydowanie zauważalny był wydłużony czas koncentracji na zadaniu oraz wysoki poziom zaangażowania. Z uwagi na pojawiające się inicjatywy ze strony Łucji interakcje można określić jako bardzo częste i wzajemne.

Działania muzykoterapeutyczne były realizowane na podstawie współtworzenia muzyki. Uwzględniały wykorzystanie aktywności z zakresu technik improwizacji w celu wzmocnienia i

zaakcentowania samodzielności i sprawczości pacjentki. Podczas sesji wspierano budowanie relacji matki z dzieckiem poprzez wspólne muzykowanie. Działania muzykoterapeutyczne wspierające rozwój sfery motorycznej uwzględniały między innymi: ćwiczenia z wykorzystaniem różnorodnych instrumentów muzycznych zwiększające zakres ruchu w stawach kończyn górnych i dolnych, w tym jednoczesne i naprzemienne wykonywanie ruchów, kształtowanie świadomości schematu własnego ciała, stymulacja do pracy w linii środkowej ciała, ćwiczenia doskonalące chwyt oraz rozluźniające prawą dłoń.

Nieustanna współpraca, chęć zrozumienia tematu i zaangażowanie mamy Łucji mogą wskazywać na osiągnięcie długofalowych korzyści i rozwijanie nowych możliwości. Potwierdzeniem tego wniosku może być między innymi określana przez mamę większa świadomość podczas wspólnego muzykowania w domu, z wykorzystaniem elementów z zakresu muzykoterapii.

Mama wspomina czas, kiedy Łucja leżała w inkubatorze, a śpiew był jedyną rzeczą, jaką mogli jej dać razem z mężem. Głos terapeuty może zaciekać, ale nie da poczucia bezpieczeństwa, jakie może wywołać słyszany głos rodzica w mowie, a przede wszystkim w śpiewie. Potwierdzenie tych słów możemy znaleźć również w wypowiedzi mamy Łucji oraz obserwacji fizjoterapeutki współpracującej z rodziną w ramach prywatnej praktyki.

Jako podsumowanie warto przytoczyć słowa mamy Łucji, która w kontekście przedłużającej się hospitalizacji określa sesje muzykoterapii jako pierwsze wspólne zajęcia z córką. Zwraca uwagę na to, że czas spędzony w taki sposób był potrzebny im obu. Podkreśla, jak ważne jest to, że te zajęcia skierowane były również dla niej. Zaspokojenie wspomnianej potrzeby było możliwe dzięki realizacji sesji muzykoterapeutycznych w podejściu skoncentrowanym na rodzinie.

*Muzyka była w życiu Łucji obecna od samego początku, od początku wiedziałam, że to będzie ważny element naszego życia, bo jest to mój ukochany i bardzo naturalny język, natomiast w całej naszej historii okazało się, że ta muzyka była i jest nam bardzo przydatna w przetrwaniu wszystkiego, z czym przyszło nam się mierzyć.*

*Kiedy Łucja leżała w inkubatorze, to długo była to jedyna rzecz, którą mogliśmy z Mężem jej dać, nasz śpiew. Teraz śpiewanie jest z nami wszędzie, zwłaszcza tam, gdzie Łucja może nie chcieć sama z siebie współpracować: od zmiany pampersa, przez gabinety zabiegowe, na rehabilitacji skończywszy.*

*Dzięki naszym zajęciom korzystam z narzędzia, jakim jest muzyka, bardziej świadomie: przy rehabilitacji na przykład staram się, by muzyka nakierowywała Łucję na daną aktywność – Łucja ma za zadanie wstać, a ja odpowiednio ilustruję to dźwiękiem, by ją zachęcić. A w naszych swobodnych zabawach dużo muzycznie dialogujemy, wymieniamy się partiami, kończymy wzajemnie frazę, którą rozpoczęła druga czy to śpiewem, klaskaniem czy grą na instrumencie.*

*Przede wszystkim, po Naszych muzykoterapeutycznych spotkaniach w Centrum Zdrowia Dziecka, jestem dużo bardziej uważna na to, co Lucja proponuje, i staram się za tym podążać.*

*Mama Lucji*

## **Wnioski**

Material muzyczny, zaproponowany przez rodzica, terapeutę lub wypracowany na podstawie wspólnej improwizacji, stanowi motywację do aktywności i może być dowolnie modyfikowany. Repertuar zgodny jest z preferencjami, inspirowany podejmowanymi aktywnościami oraz z uwzględnieniem odpowiedniej stymulacji i elastyczności w działaniu. Zarówno w kontekście interakcji między dzieckiem, rodzicem i terapeutą oraz realizowanych celów terapeutycznych.

Zabawa głosem, zarówno śpiewem, mową i szeptem, może być czynnikiem atrakcyjnym i zachęcającym do współpracy. Wykorzystywane instrumenty mogą towarzyszyć wszelkim wokalizom, ale także być motywacją zewnętrzną do podjęcia aktywności. Może to dotyczyć na przykład wykonania ruchu w określonym kierunku, na zasadzie aktywizacji lub planowania motorycznego. Warto podkreślić, że instrument trzymany na konkretnej wysokości, w odpowiednim oddaleniu i ułożeniu adekwatnym do możliwości dziecka może pomóc w planowaniu ruchu. Dzięki stałemu umiejscowieniu instrumentu dziecko ma wpływ na głośność i sposób wydobywania dźwięku. Ponadto muzyka jako odniesienie do wszelkich muzycznych aktywności mogłaby prowadzić i odzwierciedlać wykonywany ruch. Dołączanie i towarzyszenie głosem, instrumentem może wtedy stanowić istotny element podtrzymania i przedłużenia czasu koncentracji na wykonywanej czynności.

Odnosnie do badań na temat rozwoju muzycznego dziecka i pozytywnego oddziaływania śpiewu na rozwój niemowląt Ilona Poćwierz-Marciniak podsumowuje, że „matczyne śpiewanie stanowi nieocenioną pomoc w nawiązywaniu więzi i tworzeniu bezpiecznego przywiązania, przynosząc korzyści emocjonalne zarówno niemowlęciu, jak i jego matce. Pozwala ono na wspólne odczuwanie przyjemności i radości, oferuje skuteczny sposób na ekspresję różnorodnych emocji, redukując poziom stresu” (Poćwierz-Marciniak, 2020, s. ).

W sytuacji przedłużającej się hospitalizacji strach i niepokój wpływają na jakość stale kształtującej się relacji między dzieckiem a rodzicami. Głos terapeuty może zaciekać, ale nie da poczucia bezpieczeństwa, jakie może wywołać słyszany głos rodzica w mowie, a przede wszystkim

w śpiewie. Dlatego, że śpiew ma znacząco większy wpływ na regulację poziomu stresu u niemowląt niż mowa matczyna<sup>1</sup> (Poćwierz-Marciniak, 2020).

Warto także przytoczyć słowa Alexandry Ullsten (2020), która śpiew definiuje jako miłość wyrażoną dźwiękiem. Przedstawia metodę rytm – oddech – kołysanka (*Rhythm, Breath, Lullaby*, RBL) jako przykład wykorzystania głosu podczas sesji jako wiodącego, głównego instrumentu. Autorka zwraca uwagę na ważny aspekt, że śpiew jest nie tylko istotnym bodźcem rozwojowym, ale również przejawem troski i miłości w relacji. Śpiew przedstawia jako zasób, który rodzice od zawsze mieli do dyspozycji i być może celowo go nie używali. W muzykoterapeucie widzi mentora, którego zadaniem jest zachęcenie do używania przez rodziców własnego głosu w komunikacji z niemowłkiem (Ullsten, 2020).

Podjęcie skoncentrowane na rodzinie angażuje rodziców w opiekę zdrowotną nad dzieckiem. Uwzględnia potrzeby wszystkich członków rodziny oraz funkcjonuje na zasadzie współpracy z personelem medycznym. Zapewnia odpowiednie wsparcie i edukację w tym zakresie, dzięki czemu kształtuje poczucie sprawczości u rodziców. Może być to pomocne na dalszych etapach życia dziecka oraz mieć realny wpływ na długoterminowe i bardziej efektywne korzyści płynące z wykorzystania elementów z obszaru muzykoterapii do stymulowania rozwoju dziecka. Najważniejsze dla procesu terapeutycznego jest wsłuchanie się w potrzeby rodziny oraz wskazanie różnych form muzycznego kontaktu i stymulacji. Zwykle termin opieka skoncentrowana na rodzinie dotyczy oddziałów neonatologicznych i pediatrycznych (Kwaśniok, 2020).

Krótkoterminowa terapia może z powodzeniem angażować rodzinę i uświadamiać wzorce komunikacji i relacji. Wspomagać w zakresie różnych sfer poprzez wspólne doświadczanie, dając jednocześnie poczucie spełnienia i radości. Dzięki muzyce i wszelkim muzycznym aktywnościom możliwy jest dostęp do doświadczeń pozawerbalnych oraz dostrzeżenie potencjalnie nieprzydatnych wzorców interakcji w rodzinie. Podczas sesji prawdopodobne jest otrzymanie natychmiastowej informacji zwrotnej, której wpływ może być widoczny w poprawie samooceny dziecka i rodziców, przekładając się na ich spontaniczność i zaangażowanie.

W tym kontekście sprawdza się stwierdzenie, że relatywnie niewielkie zmiany często są wystarczające do kontynuowania i wprowadzenia dalszych znaczących zmian w funkcjonowaniu. Ponieważ zauważalne „efekty terapeutyczne” pojawiają się z powodu nowych spostrzeżeń i doświadczeń, co wpływa na szybkie, niekoniecznie stopniowe zmiany (Molyneux, 2005).

---

<sup>1</sup> Mowa matczyna, mowa kierowana do niemowląt (ang. *motherese* lub *infant-direct speech*) – charakteryzuje się śpiewnym stylem, wyższymi częstotliwościami, wolniejszym tempem i wydłużonymi samogłoskami (Poćwierz-Marciniak, 2020, s. 80).

Rodzic jest ekspertem w dziedzinie rozwoju swojego dziecka. Zaangażowanie w proces terapeutyczny oraz stała współpraca rodzica z personelem medycznym wpływają na efektywność realizowanych świadczeń zdrowotnych, również podczas sesji muzykoterapeutycznych. Przy jednoczesnej otwartości na doświadczanie tego, jak za pomocą muzycznych środków można wpływać na rozwój sfery emocjonalnej, społecznej i poznawczej. To właśnie poprzez aktywne uczestnictwo można zrozumieć zależność między wykorzystaniem muzyki lub jej elementów w odniesieniu do wspomagania rozwoju i budowania relacji.

Zdobyte lub rozwijane posiadane wcześniej umiejętności mogą okazać się przydatne po zakończonej hospitalizacji. Rodzice wyposażeni w odpowiednią wiedzę, wskazówki i doświadczenie mogą dzięki temu czuć się pewnie i komfortowo. Wykorzystując elementy z zakresu muzykoterapii, można dalej wspomagać proces leczenia i rehabilitacji oraz budować świadomą relację poprzez muzykę. Osiągnięcie długofalowych korzyści i kształtowanie nowych umiejętności może dokonać się za pośrednictwem wzajemnej uważności oraz podążania za możliwościami i potrzebami pacjenta. Szczególnie istotne jest poczucie bezpieczeństwa i akceptacji, realizowane na podstawie interakcji i więzi emocjonalnej.

W nawiązaniu do zaleceń dotyczących pracy z noworodkiem lub niemowlęciem w podejściu muzykoterapii skoncentrowanej na rodzinie warto podkreślić istotne znaczenie tego, że zmiany zachodzące w jednym obszarze funkcjonowania dziecka lub rodzica mają wpływ na pozostałe. Zauważane są one jako ogólna korzyść dla systemu rodzinnego na zasadzie wzajemnej zależności. Możliwe, że stabilny stan dziecka będzie regulować poczucie rozluźnienia u rodziców, natomiast ich wewnętrzny spokój i równowaga mogą przyczynić się do gotowości dziecka w zakresie nawiązywania interakcji (Bielenik i Konieczna-Nowak, 2020).

Mając na uwadze opisany powyżej przebieg muzykoterapii oraz odczucia i refleksje przekazane przez uczestniczkę, zdecydowanie można podkreślić wagę tej współzależności. W czasie obserwacji zachowania córki jej mama, zachęcona aktywnością dziecka, chętnie wchodziła z nim w interakcję oraz odwrotnie. Zauważyła, że jej uczestnictwo podczas sesji miało znaczący wpływ na zdecydowanie większe zainteresowanie i zaangażowanie ze strony córki. Zatem kluczowym czynnikiem w podejściu skoncentrowanym na rodzinie jest wzajemność interakcji triady terapeuta–rodzic–dziecko, która stanowi podstawę i motywację do działania.

## Bibliografia

Abad, V., Williams, K. (2006). Early Intervention Music Therapy for Adolescent Mothers and Their Children. *British Journal of Music Therapy*, 20(1), 31–38. DOI:10.1177/135945750602000106.

Bielenik, Ł., Konieczna-Nowak, L. (2020). Muzykoterapia dla dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodzin w warunkach szpitalnych oraz po wypisie do domu – zalecenia. W: Ł. Bielenik, L. Konieczna-Nowak (red.), *Muzykoterapia dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodzin. Teoria i praktyka* (s. 239–252). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

Garncarz, E. (2010). Wpływ działań muzykoterapeutycznych na rozwój dziecka w okresie poniemowlęcym, W: J. Ryk, A. Łuczak (red.), *Muzyka. Edukacja. Terapia. Przekraczanie barier* (s. 163–177). Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego.

Houde, M., Narendran, N. (2018). A Literature Review of the Influence of Early Childhood Music Education and Music Therapy on Child Development. *Canadian Journal of Music Therapy*, 24, 27–39.

Humpal, M. (2015). Music Therapy for Developmental Issues in Early Childhood. W: B. Wheeler (red.), *Music therapy handbook* (s. 265–276). New York: Guilford Press.

Kwaśniok, J. (2020). Muzykoterapia dziecka przedwcześnie urodzonego w okresie prohospitalizacyjnym jako forma wsparcia dla rodziny. Studium przypadku. W: Ł. Bielenik, L. Konieczna-Nowak (red.), *Muzykoterapia dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodzin. Teoria i praktyka* (s. 204–224). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

Loewy, J. (2015). Medial Music Therapy for Children. W: B. Wheeler (red.), *Music therapy handbook* (s. 425–440). New York: Guilford Press.

Molyneux, C. (2005). Music Therapy as a short-term intervention with individuals and families in a Child and Adolescent Mental Health Service. *British Journal of Music Therapy*, 19(2), 59–66. <https://doi.org/10.1177/135945750501900204>.

Oldfield, A., Bunce, L. (2001) 'Mummy can play too...?' Short-term music therapy with mothers and young children. *British Journal of Music Therapy*, 15(1), 27–36. <https://doi.org/10.1177/135945750101500107>.

Poćwierz-Marciniak, I. (2020). W świecie dźwięków: rozwój muzyczny w okresie prenatalnym, niemowlęcym i poniemowlęcym. W: Ł. Bielenik, L. Konieczna-Nowak (red.), *Muzykoterapia dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodzin. Teoria i praktyka* (s. 72–88). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.



Shoemark, H., Dean, T. (2008). Keeping Parents at the Centre of Family-Centered Music Therapy with Hospitalized Infants. *Australian Journal of Music Therapy*, 19, 3–26.

Thompson, G. (2012). Family-Centered Music Therapy in the Home Environment: Promoting Interpersonal Engagement between Children with Autism Spectrum Disorder and Their Parents. *Music Therapy Perspectives*, 30(2), 109–116. <https://doi.org/10.1093/mtp/30.2.109>.

Ullsten, A. (2020). Muzykoterapia z muzyką na żywo i śpiewaniem kołysanek jako wsparcie emocjonalne podczas bolesnych zabiegów. Uzasadnienie dla śpiewania piosenek w ramach leczenia bólu u noworodków. W: Ł. Bielenik, L. Konieczna-Nowak (red.), *Muzykoterapia dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodzin. Teoria i praktyka* (s. 132–147). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

## Powrót do siebie – studium przypadku. Proces psychoterapii i muzykoterapii u osoby dorosłej z doświadczeniem traumy

Aleksandra Bykowska

Anna Jaworska

### Streszczenie

Niniejszy artykuł jest wynikiem badań i obserwacji przeprowadzonych w ramach pracy magisterskiej zatytułowanej *Muzyka skoncentrowana na emocjach u osób dorosłych z doświadczeniem traumy* (Bykowska, 2022). Przedstawiony w niej zapis procesu terapeutycznego posłużył do analizy oraz prezentacji refleksji dotyczącej sensowności i skuteczności prowadzenia muzykoterapii u osób dorosłych z doświadczeniem traumy w celu ujawniania i nazywania emocji. Praca zawiera również opis historii życia pacjentki i procesu jej psychoterapii, a także krótkie podsumowanie wykonanych badań psychologicznych po ukończeniu 12 sesji muzykoterapii indywidualnej.

### Słowa kluczowe:

trauma, psychoterapia, muzykoterapia, emocje

### Wstęp

Trauma to przede wszystkim bolesny, niemożliwy do zniesienia stan afektywny. Wydarzenia traumatyczne naruszają możliwości adaptacyjne jednostki. Trauma dotyczy nie tylko sfery emocjonalnej, ale także reakcji ciała, które staje się jakby „odrętwiałe” (Herman, 2015 i van der Kolk i in., 1996 za: Scrine, 2021) i jest jak tornado: przynosi strach, zniszczenie oraz ból, zaburza trwający porządek i zachęca do postawienia sobie wielu pytań. Traumatyczne wydarzenia powodują u człowieka utratę poczucia swojej wewnętrznej mocy i sprawczości. Tym samym czuje on, że nie ma kontroli nad daną sytuacją. Towarzyszy mu zaburzone poczucie bezpieczeństwa i uczucie bezbronności. Doświadczenie traumy ma wpływ nie tylko na sferę uczuć, ale również na myśli, zachowania, relacje, a także sny (Ahonen, 2015). Klasyfikacja zaburzeń psychicznych Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV opisuje traumę jako destabilizujące wydarzenie, które wywołuje emocjonalne, psychiczne oraz fizyczne cierpienie. Osoba nie jest w stanie poradzić sobie z wielkością zagrożenia, czego rezultatem jest strach i poczucie bezradności (Felsenstein, 2012).

## **Psychoterapia**

Psychoterapia staje się przestrzenią do nowego doświadczenia, innego niż to, które doprowadziło pacjenta do zakłóceń w życiu psychicznym. Psychoterapeuta, idąc za myślą Biona (2014), staje się niczym matka, która przetwarza uczucia oraz myśli pacjenta i zwraca mu je w formie przyswajalnej dla niego. Staje się ramą, na której pacjent może się oprzeć. Winnicot (2010) natomiast pisze o „holdingu”, czyli psychicznym trzymaniu, pierwotnie przez ramiona matki, w psychoterapii – przez ramiona terapeuty.

## **Muzyka**

Muzyka jest jednym z języków komunikacji, którym mogą posługiwać się w procesie muzykoterapii wszyscy jego uczestnicy. Jest w stanie opisać rzeczywistość inaczej niż słowa. Muzyka daje przestrzeń doświadczenia (Stachyra, 2014). Umożliwia też prowokowanie i przywoływanie trudnych emocji, czyniąc to w bezpieczny sposób. Proces muzykoterapeutyczny pomaga rozumieć emocje i je zracjonalizować. Pozwala również komunikować się tam, gdzie słowa już nie są w stanie więcej powiedzieć lub zawodzą. Muzyka może okazać się środkiem niezbędnym do stworzenia relacji terapeutycznej, a także sama w sobie prowadzić proces terapeutyczny. Muzykoterapia jest możliwa bez słów, gdyż często to właśnie muzyka lepiej je wyraża. Brak rozmowy pozostawia przesłania w ukryciu.

## **Muzykoterapia zorientowana analitycznie**

Jedną z form psychoterapii muzycznej jest muzykoterapia zorientowana analitycznie Benedikte B. Scheiby. Muzyka, która jest wykorzystywana podczas terapii, może być improwizowana lub skomponowana jako metoda interwencji, aby wywołać terapeutyczną zmianę. W procesie terapeutycznym ważne są wzbudzone przez muzykę przeżycia oraz relacja muzyczna pacjenta z muzykoterapeutą, gdyż stanowią one ważne czynniki dynamiczne w procesie muzykoterapii. Słuchanie i tworzenie muzyki to przestrzenie do przepracowywania, a także rozwiązywania problemów fizycznych, umysłowych czy duchowych. Wpływ muzyki może zachęcić pacjenta do rozmowy dotyczącej samego procesu muzykoterapii, a także spostrzeżeń, które się nasunęły w jego trakcie (Scheiby, 2001 za: Stachyra, 2012). Muzyka jest stosowana do symbolicznego przedstawiania myśli, emocji, obrazów, które są trudne do zwerbalizowania. Improwizacja wokół symbolu może pomóc pacjentowi dotrzeć do swobodnych skojarzeń związanych z danym symbolem, łącząc wewnętrzny świat pacjenta z zewnętrznym. Warto dodać, że improwizacja w muzykoterapii zorientowanej analitycznie nie zawsze wymaga werbalizacji.

Muzyka może wystarczyć, aby w bezpieczny dla pacjenta sposób spowodować wspomniane wcześniej spotkanie świata wewnętrznego z zewnętrznym (Scheiby, 2001 za: Stachyra, 2012).

Na samym początku procesu terapeutycznego muzykoterapeuta nie zakłada celu terapii, ale pozwala na jego wspólne odkrywanie w trakcie trwania procesu, omawiając go z pacjentem. Podejście analityczne w muzykoterapii zakłada dynamiczny rozwój pacjenta, a tym samym możliwość zmian i dostosowanie procesu terapeutycznego do naznaczonych rozwojem potrzeb pacjenta. Podejście analityczne wyklucza podawanie pacjentowi przez terapeutę gotowych odpowiedzi i rozwiązań problemów, zakłada natomiast towarzyszenie pacjentowi w drodze do rozwiązania problemu (Scheiby, 2001 za: Stachyra, 2012). Interwencje w muzykoterapii analitycznej można podzielić na terapię wspierającą i terapię wglądową. Muzyka może być wykorzystywana w terapii oraz traktowana jako terapia. Często to właśnie muzyka jest narzędziem do przemiany (Scheiby, 2001 za: Stachyra, 2012).

Muzykoterapia zorientowana analitycznie opiera się na konkretnych technikach wykorzystywanych również w psychoterapii, między innymi technice holdingu, podziału, swobodnego skojarzenia. Nazywana jest „formą dwukierunkowej relacji”, w której muzykoterapeuta i pacjent odnajdują ukryte głęboko znaczenia i wzajemnie siebie motywują w dziedzinie rozwoju osobistego, umiejętności, duchowości czy zdrowia (Scheiby, 2001 za: Stachyra, 2012).

### **Portret muzyczny**

Portret muzyczny jest formą psychoterapii muzycznej opracowaną przez Elżbietę Galińską. Znajduje zastosowanie w terapii osób z zaburzeniami nerwicowymi, odżywiania, a także osobowości, w tym borderline (Galińska, 2012). Portret muzyczny opiera się na założeniach społeczno-poznawczych. Muzyka jest nośnikiem emocji i znaczeń, które służą *do poznawania, dawania wzorów i przekształcania człowieka*. Celem tej metody jest diagnoza i terapia tożsamości, która jest zaburzona. Kluczowa jest regulacja treści i struktury „ja”. Pojęcie „ja” Elżbieta Galińska rozumie jako proces konstruowania znaczeń, odczytywanych na podstawie teorii wartościowania, jaką nosi w sobie pacjent (Galińska, 2012).

Portret muzyczny wykorzystywany jest zazwyczaj w muzykoterapii grupowej, ale istnieją cztery jego wersje, które mogą być wykorzystywane samodzielnie, jako cztery metody muzykoterapii, także oparte na koncepcji „ja”. Wśród nich można wymienić: kolaż muzyczny – lustro „ja”, wykorzystujący nagrane utwory, technikę ekspresyjno-improwizacyjną, w której medium ekspresji własnego „ja” i komunikacji emocjonalnej stanowią instrumentalne improwizacje na zadany temat pozamuzyczny; forma łączona percepcyjno-improwizacyjna; forma

muzykoterapii łączona z psychodramą Morenowską oraz portret muzyczny bez wykorzystywanego w terapii grupowej „lustra muzycznego” (Galińska, 2012). Portret muzyczny przygląda się mechanizmom osobowościowym i funkcjom choroby. Wpływa na naprawę doświadczeń urazowych, a także integruje osobowość pacjenta przy zastosowaniu psychodramy w „poszerzonej rzeczywistości” (Galińska, 2012). Podobnie jak w muzykoterapii zorientowanej analitycznie, w portrecie muzycznym muzykę wykorzystuje się zarówno jako formę terapii, jak i jej element (Stachyra, 2012).

### **Muzykoterapia skoncentrowana na pracy z traumą**

Muzykoterapia jako dziedzina terapeutyczna może okazać się terapią wspomagającą u osób, które w swoim życiu doświadczyły różnego rodzaju traumy. Pacjenci potrzebują często czasu, aby poczuć się bezpiecznie w obecności terapeuty i móc słowami opowiedzieć swoje doświadczenie traumy. Podczas sesji muzykoterapeutycznych terapeuta skupia się głównie na doświadczeniach muzycznych, ale może także rozmawiać z pacjentem o doświadczeniu towarzyszącym mu podczas danej aktywności, w tym uczuciach, myślach, obrazach, a także o tym, co działo się w jego ciele (Ahonen, 2016). Muzykoterapia jest możliwa bez słów, gdyż często to właśnie muzyka lepiej je wyraża, jednak brak rozmowy pozostawia przesłania w ukryciu. Sam proces muzyczny ma charakter terapeutyczny, ale słowo mówione może często dodatkowo wspomóc ten proces. Zwerbalizowanie emocji pozwala pacjentowi na ugruntowanie w danym przeżyciu, ale ważne jest uszanowanie granic bądź niechęci do rozmowy.

Zadaniem muzykoterapeuty jest towarzyszenie pacjentowi w danym doświadczeniu i pomoc w zrozumieniu procesów, które uruchamiają się podczas aktywności muzycznych (Ahonen-Eerikäinen, 2007). Należy podkreślić znaczenie wiedzy dotyczącej prowadzenia muzykoterapii z osobami doświadczonymi traumą, a także – aby uniknąć retraumatyzacji – wiedzy na temat skutków traumy (Heiderscheit, Murphy, 2021).

### **Preferencje muzyczne**

Historia życia, a także upodobania muzyczne i znajomość tej dziedziny sztuki rzutują na muzykę, którą pacjent wybiera bądź wykonuje, w szczególności podczas pierwszych sesji muzykoterapii (Bruscia, 1998). Znajomość utworów przez pacjenta i wykorzystanie właśnie ich podczas sesji tworzy ważną na samym początku spotkań strefę bezpieczeństwa. Proponowanie pacjentowi na pierwszych spotkaniach nowych utworów bądź improwizacji może wprowadzać dyskomfort i być odbierane jako niezrozumiałe, a więc pozbawione sensu narzucanie czegoś, prowadząc do uczucia osaczenia obecnością terapeuty. Warto jednak brać pod uwagę fakt, że

wspólne poszukiwanie takich utworów może w procesie terapeutycznym prowadzić do wydobycia odczuć i przeżyć pacjenta.

### **Muzykoterapia a emocje**

Muzyka wypełniona emocjami zachęca do otworzenia się i odblokowania uczuć, w szczególności u osób, które mają z tym problem. Daje możliwość rozpoznania ich istnienia i dopuszczenia do świadomości. Czasami są to emocje kumulujące się przez wiele lat. Tworzenie muzyki, w tym improwizacja, pozwala pacjentowi poczuć siebie w muzyce. Stworzenie swojego muzycznego „ja” jest okazją, by na nowo poczuć swoją obecność w świecie i wyrażać to głośno, w tym przypadku głosem dźwięków (Bensimon, 2020).

Kolejną aktywnością wspierającą muzykoterapię osoby z doświadczeniem traumy jest tworzenie playlist, które mogą stać się pomocne również poza gabinetem, w celu odnajdywania, zatrzymania i nazywania emocji (Heiderscheit i Madson, 2015). Muzykoterapeuta powinien przede wszystkim wykazać się dużą elastycznością, współpracować z pacjentem, słuchać i obserwować oraz dawać mu pozytywne wzmocnienie (Heiderscheit i Murphy, 2021). Pozytywne wzmocnienie daje siłę do zmiany, podjęcia decyzji, walki o własne życie, a tym samym wspiera proces terapeutyczny i leczenie. Dzięki muzykoterapii pacjent próbuje uczyć się nazywania, tolerowania i wyrażania różnych emocji poprzez improwizację instrumentalną i wokalną, a także dyskusję na temat słuchanych, śpiewanych i komponowanych piosenek (Heiderscheit i Murphy, 2021). Badania naukowe wykazują duże możliwości w zakresie pracy muzykoterapeutycznej nad przeżywaniem, wyrażaniem, nazywaniem i co najważniejsze – dopuszczaniem emocji. Ponieważ każdy utwór posiada określony ładunek emocjonalny, pacjent może zidentyfikować się z nim lub samemu nazwać to, co się w nim dzieje. Muzyka ten proces może przyspieszyć i ułatwić. Konsultacje z psychoterapeutą lub superwizorem albo równoczesne prowadzenie psychoterapii i muzykoterapii jest niezwykle pomocne w celu zagwarantowania odpowiedniego wsparcia dla pacjenta. Współpraca terapeutyczna pozwala na szersze spojrzenie i szukanie nowych perspektyw prowadzonych terapii.

### **Historia życia pacjentki**

Pacjentka w czasie prowadzonych badań miała 44 lata. Urodziła się przedwcześnie, jako pierwsza z dwojga dzieci swoich rodziców. Miała młodszą siostrę. Jej dzieciństwo było pasmem traumatycznych wydarzeń. Ojciec pacjentki znęcał się nad nimi fizycznie, psychicznie i emocjonalnie przez okres ponad 20 lat. W domu były ciągle awantury, ojciec rzucał różnymi rzeczami, rozstawiał w domu słoiki z moczem, żeby był nieprzyjemny zapach, nie pozwalał im

palić w piecu, żeby marzły. Pacjentka była przez niego wyzywana, bita i kopana. Ojciec z zawodu był strażakiem, przez ludzi w mieście postrzegany był jako pomocny człowiek, ale w pamięci pacjentki nie zapisały się żadne dobre chwile z nim związane. Matka przez długi czas pracowała. Próbowwała chronić pacjentkę i jej siostrę przed zachowaniami ojca. Relacje z matką pacjentka określa jako bliskie. Niestety trudne wydarzenia w domu doprowadziły mamę do depresji, na którą chorowała przez wiele lat. Choroba ta utrudniała wzajemne kontakty. Mama stała się wycofana, leżała w łóżku, nie miała siły walczyć z ojcem ani zajmować się domem. Kiedy pacjentka miała 23 lata, jej matka popełniła samobójstwo. W tym czasie pacjentka była na studiach w innym mieście, co spowodowało, że przez długi czas czuła się winna, że nie dopilnowała mamy. Po śmierci matki ojciec został skazany na karę pozbawienia wolności za znęcanie się na członkami rodziny ze skutkiem śmiertelnym. Od tego momentu pacjentka nie miała z nim żadnego kontaktu.

Bardzo trudna sytuacja w domu spowodowała, że pacjentka od najmłodszych lat „zajadała” rodzinne stresy, co w konsekwencji znacznie wpłynęło na jej relacje z rówieśnikami, którzy ciągle dokuczali jej z powodu otyłości. Nieobliczalne zachowania ojca wpłynęły u pacjentki na trudności w nauce. Wspominała również, że nie mogła liczyć na pomoc ani od mamy, ani od taty. Jako starsza siostra czuła się odpowiedzialna za dom, pomagała w gotowaniu, sprzątanii. Sytuacja domowa zdeterminowała całą jej młodość. Pacjentka nie miała żadnych bliskich koleżanek, z którymi mogłaby spędzać czas. Bała się o dom, o mamę. Mimo trudności udało jej się skończyć technikum i dostać na studia. Początkowo dojeżdżała na nie z domu, ale operacja zmniejszenia żołądka, którą przeszła, spowodowała, że zamieszkała w akademiku. To był moment, kiedy mogła uwolnić się od problemów, jakie miała w domu. Pacjentka wspomina, że była osobą milczącą. W trakcie studiów pojawiły się u niej pierwsze stany depresyjne. Ważnym miejscem była dla niej wspólnota studencka, do której zaczęła chodzić. Tam czuła się bezpieczna i akceptowana. Z czasem zaczęła się otwierać na ludzi, została animatorem wspólnoty religijnej i przemawiała w czasie konferencji. To był dla niej dobry czas. Niestety w trakcie trwania studiów doszło do tragicznej śmierci mamy. Pacjentka musiała zaopiekować się siostrą, która zamieszkała wraz z nią. Po studiach pacjentka pracowała w wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego, gdzie – jak sama stwierdziła – radziła sobie dobrze. Pracę przerwał jej pierwszy epizod choroby, który pojawił się w wieku 31 lat. Po pierwszej hospitalizacji została zwolniona z miejsca pracy ze względu na niezdolność do jej wykonywania. Już po pierwszej hospitalizacji zdiagnozowano u niej schizofrenię paranoidalną. Pierwsze objawy choroby pojawiły się na dworcu, na którym matka popełniła samobójstwo, co mogło wskazywać na związek między pojawieniem się choroby a traumatycznymi przeżyciami pacjentki. Przez kolejne sześć lat wielokrotnie trafiała do szpitala. Aktualnie (od ośmiu lat) pracuje w ośrodku dla osób

niepełnosprawnych jako osoba sprzątająca. Raz była w związku przez rok. Nie ma przyjaciół, sporadycznie spotyka się z koleżankami.

## **Psychoterapia**

Pacjentka psychoterapię rozpoczęła w wieku 38 lat. Przyczyną zgłoszenia był kłopot ze związkiem, w którym wówczas była. Po przeprowadzonym wywiadzie zaproponowano pacjentce psychoterapię psychodynamiczną opartą na pracy z traumą. Podczas wywiadu pacjentka wyznała, że do tej pory, pomimo licznych hospitalizacji, nie miała możliwości porozmawiania o trudnych wydarzeniach z jej dzieciństwa. Można przypuszczać, że postawiona diagnoza schizofrenii paranoidalnej spowodowała zbyt schematyczne podejście do sytuacji pacjentki. Przez długi czas bowiem uważano, że psychoterapia osób z diagnozą schizofrenii nie jest możliwa. Sam Freud był zdania, że osoby chorujące nie są w stanie wejść w relację terapeutyczną, potrzebną do przeprowadzenia psychoterapii (Bielańska, 2006). Współczesna nauka wskazuje na użyteczność psychoterapii dla tych pacjentów, lecz wymaga ona od psychoterapeuty dużych umiejętności osobistych oraz elastyczności, ponieważ pacjenci są wewnętrznie bardzo zdeorganizowani, charakteryzuje ich wewnętrzny chaos, często pustka. Trudnością jest dla nich zakotwiczenie w rzeczywistości. Są szczególnie wyczuleni na szczerość terapeuty. Ich wnętrze jest bardzo kruche, co wymaga ogromnej delikatności i doświadczenia psychoterapeuty (McWilliams, 2009).

Analiza badań w literaturze przedmiotu w sposób jednoznaczny dowodzi, że istnieje istotny związek między traumą a psychozą. W pracy z traumą psychoterapia jest kluczowym elementem całego procesu leczenia. Jest okazją do nowego doświadczenia, innego niż traumatyczne dzieciństwo. Idąc za myślą Winnicota (2010), psychoterapeuta staje się niczym ramiona matki, które podtrzymują („holdingują”) psychicznie pacjenta.

Już na początku psychoterapii pacjentka połamala obie nogi, co z dużym prawdopodobieństwem mogło być znakiem oporu i lęku przed wejściem w proces leczenia. Początkowo podczas sesji nie potrafiła wypowiedzieć zdania. Zauważalne były zaburzenia pamięci, szczególnie dotyczące jej życia. W trakcie rozmów terapeutycznych dzwoniła do rodziny i dopytywała o różne wydarzenia, których nie mogła sobie przypomnieć. Prowadząca terapię psychoterapeutka starała się wczuć w jej przeżycia, aby w bezpieczny sposób, w tempie odpowiednim dla pacjentki, układać i łączyć historię jej życia w niej samej. Ważnym momentem było odczytanie pism sądowych, zawierających opisy różnych trudnych wydarzeń z życia pacjentki aż do momentu śmierci jej mamy. Dzięki pracy psychoterapeutycznej pacjentka zaczęła bardzo powoli łączyć zdysocjowane części jej doświadczenia i opisywać swój świat. Uczyla się rozpoznawać i przeżywać swoje emocje, zarówno dotyczące bieżących wydarzeń, jak i przeszłości.



Psychoterapia pozwoliła pacjentce powrócić do funkcjonowania społecznego i zawodowego. Podczas psychoterapii rozpoczęła pracę, zaczęła radzić sobie z rozpoznawaniem i kontrolowaniem swoich emocji. Zamieszkała sama, co wcześniej było dla niej niemożliwe. Symbolicznym momentem był czas, kiedy po 20 latach uporządkowała rzeczy, które miała po mamie. Walczyła, aby jak najlepiej, psychicznie i społecznie, funkcjonować samodzielnie. Pacjentka powiedziała, że aktualnie przeżywa najszcześniejszy okres życia. Aby wspomóc proces powrotu do zdrowia, zaproponowano jej udział w muzykoterapii, na którą bardzo chętnie się zgodziła.

### **Opis sesji muzykoterapii indywidualnej<sup>2</sup>**

Terapia dostosowana była do możliwości, potrzeb, potencjału i chęci pacjentki. Priorytetem każdej sesji muzykoterapeutycznej było pytanie pacjentki o zdanie i chęć angażowania się w daną aktywność, a także odpowiadanie na wszystkie pytania dotyczące danej aktywności. Ważnym etapem każdego spotkania była rozmowa dotycząca doświadczeń emocjonalnych ostatnich kilku dni, zarówno ze sfery życia zawodowego, jak i osobistego. Pacjentka mogła zatem na samym początku podzielić się z terapeutą tym, co było dla niej w konkretnym momencie ważne bądź trudne, aby przebieg sesji uwzględniał również aktualne problemy i trudności. Badana w każdej chwili mogła przerwać daną aktywność, komunikując terapeutę powód niechęci, a czasami rezygnacji z aktywności. Ważnym aspektem było staranie się towarzyszenia pacjentce w doświadczeniu bez namawiania do zmiany zdania bądź podejmowania aktywności niezgodnych z jej aktualnym stanem.

Podczas pierwszego spotkania znaczną jego część zajęło poznanie ulubionych i ważnych dla kobiety utworów muzycznych, preferencji dotyczących gatunków muzycznych i instrumentów, a także zainteresowań muzycznych. Wśród ulubionych artystów i gatunków pacjentka wymieniła polskich wykonawców, m.in.: Piotra Rubika, Mietka Szcześniaka, Zbigniewa Wodeckiego, muzykę religijną i klasyczną. Zaznaczyła zamiłowanie do dźwięku skrzypiec.

Pierwsze cztery spotkania skoncentrowane były na słuchaniu utworów bliskich pacjentce i omówieniu towarzyszących temu wrażeń i emocji. Podczas trzeciej sesji pacjentka ogromnie wzruszyła się podczas słuchania utworu *Niech mówią, że to nie jest miłość* Piotra Rubika oraz opowiedziała o swoich obawach, o smutku związanym z brakiem partnera i jednoczesnym lęku przed związaniem się z kimś. Muzykoterapeuta zaproponował pacjentce wspólne zaśpiewanie refrenu piosenki, aby pomóc zlokalizować sedno emocji i lez. Pacjentka wyraziła ból związany ze swoim wyglądem (otyłością) i wiekiem, a także strach przed oceną najbliższej rodziny w chwili poznania osoby, z którą będzie chciała się związać. Kolejną aktywnością było towarzyszenie

---

<sup>2</sup> Bykowska, 2012, s. 58–62.

spokojną i cichą grą na ukulele pacjentce w jej płaczu, który zamienił się w improwizowany wspólny śpiew trudnych słów, zmieniający się po chwili w słowa „to będzie miłość” zamiast „to nie jest miłość” oraz „to się dzieje tutaj nam” zamiast „to się tylko zdaje nam”. Finalnie podczas improwizacji powstał nowy refren znanej piosenki brzmiący następująco:

*Niech mówią, że to będzie miłość,  
Że to się dzieje tutaj nam.  
Że radowanie ze wszystkiego,  
Spotyka tutaj nas.*

Po trwającej kilkanaście minut improwizacji pacjentka zakomunikowała poprawę swojego stanu, w tym pozbycie się ciężaru, który czuła, oraz spięcia w okolicy gardła. Na koniec sesji muzykoterapeuta zaproponował kobiecie relaksację prowadzoną, skoncentrowaną na oddechu, ewentualnych spięciach bądź poczuciu rozluźnienia w dotychczas spiętych miejscach w ciele.

W tygodniu poprzedzającym kolejną sesję terapeuta uzyskał od pacjentki informację, że w chwilach, w których czuła smutek i stres związany z brakiem miłości, śpiewała sobie stworzony refren, znajdując w nim ukojenie.

Podczas kolejnych sesji pacjentka była zapraszana do improwizacji wokalne i instrumentalnej tworzonej wspólnie z terapeutą na pianinie. Uwaga nastawiona była na odczucia kobiety „tu i teraz”. Nowe doświadczenie umocniło pacjentkę w otwartości na nowe, bez lęku i oceny, a także pozwoliło uwolnić jej głos, który – jak sama przyznawała – był często spięty. Kolejne dwie sesje skoncentrowane były na poczuciu smutku i opuszczenia, którego doświadczała pacjentka, a także na braku zrozumienia ze strony najbliższej osoby, czyli siostry. Aktywności podejmowane na tych sesjach opierały się na pracy z oddechem oraz uważnością nastawioną na poczucie i nazwanie towarzyszących kobiecie emocji, w tym mieszających się smutku, radości, beznadziei. W improwizacji muzykoterapeuta towarzyszył pacjentce grą na ukulele, podczas gdy ona grała na bębnie, wyrażając w sposób rytmiczny, a także poprzez dynamikę różne towarzyszące jej uczucia. Pacjentka komunikowała słownie chęć zmiany tonacji gry terapeuty (bardziej wesoło lub smutno) lub, grając w różnym tempie, zaznaczała swój głos, swoje prawo do decydowania o sobie. Doświadczenie to było dla kobiety niezwykle ważne ze względu na problemy z decyzywnością i wyrażaniem własnego zdania kilka lat wcześniej.

Podczas kolejnych sesji muzykoterapeuta zaproponował pacjentce stworzenie playlisty stanowiącej możliwość zatrzymania się przy sobie i swoich emocjach w chwili zamętu oraz trudności z ich określeniem i nazwaniem. Playlista zakładała wybór trzech utworów o charakterze pozytywnym, nastawionym na wyjście z chaosu myśli, przy czym pierwszy (zgodnie z zasadą ISO)

miał być utworem zatrzymującym pacjenta, ale także dość żywym, zgodnym z nagromadzeniem emocji, drugi pozwalał na uspokojenie i nazwanie towarzyszących emocji, a trzeci zachęcał pacjentkę do działania z nowymi siłami i akceptacją aktualnego stanu, własnych uczuć i emocji.

Po wielokrotnym przesłuchaniu utworów, a także sprawdzeniu ich w warunkach domowych pacjentka wybrała następujące utwory w podanej poniżej kolejności słuchania:

1. Kayah & Zbigniew Wodecki *Chmytaj dzień*,
1. Anna Jantar *Żeby szczęśliwym być*,
2. Mietek Szcześniak *O niebo lepiej*.

Kolejne trzy utwory miały wspomóc proces nazywania i dopuszczenia do siebie trudnych emocji, dać przestrzeń na nazwanie tego, co aktualnie dzieje się w sferze emocjonalnej pacjenta. Utwory miały pozwolić na łzy, krzyk oraz znalezienie w nich ukojenia i uspokojenia. Po wysłuchaniu wielu utworów pacjentka wybrała następujące:

1. Ludovico Einaudi *Fly*,
2. Fryderyk Chopin *Nokturn cis-moll nr 20, opus pośmiertne*,
3. Hans Zimmer *Time*.

Z rozmów podczas następnych sesji wiadomo, że pacjentka powracała do stworzonych przez siebie playlist i korzystała z nich w warunkach domowych.

Kolejne sesje skoncentrowane były na historii życia pacjentki. Jej spisanie – niezależnie od przepracowania wielu kwestii związanych z traumą na wcześniejszych sesjach terapeutycznych – miało zwrócić uwagę na obecnie towarzyszące pacjentce emocje i uczucia. Z zebranych danych wynikało, że pacjentce towarzyszył lęk związany z przyszłością, ułożeniem sobie życia, oceną innych, ingerowaniem w jej życie rodziny, w tym siostry. Podczas sesji pacjentka była zapraszana do wyrażania własnego (muzycznego) zdania, decydowania i przejmowania inicjatywy w improwizacji. Ważnym aspektem było muzyczne towarzyszenie pacjentce, słuchanie jej prowadzenia muzycznego w grze na instrumentach perkusyjnych przy zachowaniu zasady pełnej akceptacji i poważaniu jej zdania. Odczucia pacjentki na koniec sesji związane były z odczuciami somatycznymi, w tym mocnym kręgosłupem, wyprostowaną szyją. Spotkania kończyły się relaksacją skoncentrowaną na odczuciach związanych z emocjami towarzyszącymi w trakcie sesji, a także fizycznymi, o których wspomniano wcześniej. Przed zakończeniem kobieta komunikowała wolę walki o siebie, mówiąc: „jestem dorosła, mogę decydować o sobie”.

Podczas trzech ostatnich spotkań pacjentka została poproszona o napisanie piosenki opisującej historię jej życia i uczuć, a także stan obecny i towarzyszące temu emocje. Sesje związane z tworzeniem utworu były dla pacjentki wymagającym doświadczeniem. Często kończyły się

relaksacją prowadzoną, dającą zatrzymanie na „tu i teraz”, na akceptacji i przytuleniu siebie, na osadzeniu dającym poczucie bezpieczeństwa.

Poniżej przedstawione są słowa powstałej podczas kilku spotkań piosenki:

*1. Lęk i strach cały czas we mnie był,  
a ciało wylewało ten stres.  
Niepewność o krzyk i wrzask  
w płaczu ujawniał się.*

*Ref. Misia to jej imię.  
Oczy, aż błyszczą jak perły.  
Głowa w niebo spogląda.  
Jego odwaga, nadzieja przyszłości.*

*2. Jak zbity pies na pogrzebie czułam się.  
Tłumiłam mój płacz, emocji na zewnątrz brak.  
Niepamięć i chaos ciężarem dla mnie był.  
A we mnie wciąż akceptacji było brak.*

Pacjentka podczas sesji muzykoterapeutycznych często odnosiła się do kwestii przebaczenia rodzicom, która wynikała z jej wiary. Obecnie proces akceptacji historii życia wiąże się z modlitwą za zmarłych rodziców.

Ważnym doświadczeniem pacjentki pomiędzy sesjami, na których powstawał utwór, było według niej usłyszenie w modlitwie bardzo ważnych słów i doświadczenie ukochania przez Boga, który jako pełen akceptacji ojciec zwrócił się do niej imieniem „Misia”. Dla pacjentki było to ważne doświadczenie ojca, który nie zwraca się do niej wulgaryzmem bądź innym obraźliwym słowem, ale pełnym ciepła imieniem „Misia”, wykorzystanym w refrenie. Refren utworu jest muzycznym opisem doświadczenia modlitwy. Uzyskanie poczucia akceptacji i ciepła, którego nie doświadczyła w domu ze strony ojca, aktualnie dało kobiecie siłę, uśmiech i wiarę w jej przyszłe życie. Zwrotki, które powstawały podczas muzykoterapii, wywoływały u pacjentki wspomnienia i odczucia związane z trudnymi doświadczeniami, ale jednocześnie pozwalały na stanięcie obok własnego doświadczenia, z dużą świadomością bycia „tu i teraz”, doświadczenia traumy, która jest już za nią.

Podczas trwania procesu muzykoterapeutycznego kobieta udała się na portretową sesję fotograficzną, otwierając się na nowe doświadczenie i wyrażając tym samym akceptację siebie.

Podsumowując, pacjentka określała swoje doświadczenia związane z muzykoterapią jako niezwykle uświadamiające i pozwalające skoncentrować się na swoim ciele i umyśle, a także dające przestrzeń do przyjmowania nowych doświadczeń, a sam proces muzykoterapeutyczny określała następująco: „Jakbym głębiej oddychała. Nie wiem, czy już pełną piersią, ale czuję, że coś się zmieniło”. Muzykoterapia zachęciła ją do wspomnianej wcześniej sesji fotograficznej. Pacjentka zaczęła z większą odwagą patrzeć w przyszłość, otwierać się na nowe doświadczenia oraz pomysły, akceptując to, co czuje, i potrafiąc to nazwać.

### **Analiza materiałów – ankieta<sup>3</sup>**

Do przeprowadzenia badań wykorzystano model jakościowy w formie wielokrotnego studium przypadku, w którym zastosowano metodę obserwacji uczestniczącej. Użyto również narzędzi badawczych, takich jak: analiza wytworu pacjenta, ankieta i wywiad. Wykonane na potrzeby pracy badania dotyczą podejścia jakościowego. W ramach przeprowadzonych badań pacjentka trzykrotnie wypełniała ankietę stworzoną na potrzeby pracy dyplomowej. Pomiar był wykonany na pierwszej sesji, szóstej i dwunastej – podsumowującej proces muzykoterapeutyczny.

Ankieta wykazała poprawę w zakresie wyrażania przez pacjentkę emocji i uczuć, a także lepszego samopoczucia. Pacjentka zwróciła uwagę na to, że czuje się mniej spięta. Analiza trzech kolejnych ankiet pacjentki wskazuje na postępującą chęć wyrażania swoich emocji w szczególności przy pomocy śpiewu lub za pomocą muzyki. Zwiększyła się chęć przebywania wśród ludzi. Badania wykazały zwiększoną energię do działania, a także częstsze słuchanie muzyki oraz spontaniczne śpiewanie.

### **Omówienie procesu muzykoterapii<sup>4</sup>**

Obserwacja procesu muzykoterapeutycznego pozwalała zobaczyć proces odkrywania własnego „ja” w nowym – muzycznym doświadczeniu. Dla pacjentki możliwość poznawania swoich uczuć i emocji za pośrednictwem muzyki, a także angażowanie się w improwizację wokalną i instrumentalną – mimo że stanowiły dla niej nowość – były ważnym doświadczeniem.

Różnorodne techniki muzykoterapeutyczne, począwszy od improwizacji, a na słuchaniu muzyki skończywszy, pozwoliły na subiektywne szukanie, wydobywanie, przeżywanie i nazywanie emocji.

<sup>3</sup> Bykowska, 2012, s. 55, 72–73.

<sup>4</sup> Bykowska, 2012, s. 71–74.

Proces pisania piosenki dotyczącej traumy był możliwy ze względu na przepracowaną wcześniej i zaakceptowaną jako zamkniętą kartę historii własnego życia. Tworzenie utworu pozwoliło ponownie ją zobaczyć i już świadomie mówić o tym na poziomie przeżywanych i doświadczanych emocji.

Aktywności muzyczne – takie jak słuchanie, tworzenie, improwizacja muzyczna – sprzyjały otwartości i zachęcały do rozmowy na temat tego doświadczenia, a także pozwalały na chwilę się rozluźnić, na przykład podczas relaksacji. Prowadzona relaksacja pobudzała samoświadomość pacjentki, powodowała zatrzymanie się i skoncentrowanie na swoim ciele, dawała możliwość odczucia oraz zlokalizowania spięcia i bólu w ciele, a także osadzenia w byciu „tu i teraz”. Bardzo często przynosiła ukojenie na sam koniec sesji.

## **Refleksje**

Badania i sesje z wykorzystaniem muzyki pokazały, że muzykoterapia jest terapią wspomagającą proces pracy z emocjami osób z doświadczeniem traumy, jednak kolejne etapy tego procesu – nazywanie, przeżywanie i uzewnętrznianie, a także zwiększanie świadomości własnych uczuć – są możliwe tylko wtedy, gdy pacjent wyrazi na nie zgodę i zechce spróbować otworzyć się na nowe doświadczenie, tak jak zrobiła to pacjentka w przedstawionym procesie. Doświadczenie muzykoterapii pozwoliło jej wyrażać własne zdanie i komunikować swoje potrzeby, a także przejmować inicjatywę podczas improwizacji, tworzenia playlisty lub komponowania piosenki. Własna lista ulubionych utworów okazała się pomocna i wykorzystywana zaraz po jej stworzeniu w celu uświadamiania emocji, a także regulowania ich w warunkach domowych. Pacjentka z dużą świadomością przyglądała się, również poza gabinetem muzykoterapii, swoim uczuciom i emocjom, akceptując je.

Krótkie prowadzenie terapii (w tym przypadku 12 sesji) pozwoliło pracować jedynie z częścią traumy, porównywaną do góry lodowej, której większa część znajduje się pod powierzchnią wody. Muzykoterapia, dzięki zastosowaniu w niej muzyki, daje niezliczone możliwości, a przede wszystkim pozwala na modyfikację działań. Dzięki temu muzykoterapia osób z doświadczeniem traumy może stawać się procesem drogi przemierzanej wspólnie z pacjentem, a nie przed nim. Doświadczenie emocjonalnej bliskości i zrozumienia może okazać się kluczem do zgłębienia trudnych i traumatycznych emocji. Osoby z doświadczeniem traumy często czują się skrupowane, żyją w ciągłym strachu przed światem, a nawet w lęku przed samym sobą. Muzykoterapia pozwala im zbliżyć się do świata, a przede wszystkim do własnego „ja”. Celem wszelkich działań muzykoterapeutycznych skoncentrowanych na osobach z doświadczeniem traumy jest wspieranie ich zdrowia fizycznego i psychicznego.

## Wyniki badań psychologicznych

Na potrzeby pracy dyplomowej badanie ankietowe uzupełniono testami psychologicznymi w celu oceny zmian uzyskanych w okresie muzykoterapii. Badanie przeprowadzono dwukrotnie, na początku i na końcu procesu muzykoterapii. Jego celem była próba uchwycenia sposobu postrzegania siebie przez pacjentkę i zmiany na przestrzeni trwania muzykoterapii. Wykorzystano narzędzia: Test przymiotnikowy ACL (H. G. Gough, A. B. Heilbrun, adaptacja: Zespół Pracowni Testów Psychologicznych PTP); Wielowymiarowy kwestionariusz samooceny MSEI (E. J. O'Brien, S. Epstein, polska adaptacja: D. Fecenec), Inwentarz osobowości NEO-PI-R (P. T. Costa Jr., R. R. McCrae, adaptacja J. Siuta). Wszystkie testy były testami samoopisu. Pacjentka bardzo chętnie uczestniczyła w badaniu, była zainteresowana uzyskanymi wynikami. Przez cały okres trwania zarówno psychoterapii, jak i muzykoterapii zaznaczała, że bardzo zależy jej na znacznej poprawie swojego funkcjonowania.

Uzyskane wyniki wskazują na fakt, że pacjentka w wyniku pracy wykonanej z muzykoterapeutą stała się nieco bardziej otwarta na nowe doświadczenia, dzieliła się nowymi pomysłami, zaczęła próbować nowych rzeczy. Analiza badań potwierdza również, że pacjentka zaczęła bardziej mobilizować się do obowiązków i stawiać sobie nowe cele. W jej życiu pojawiło się więcej pozytywnych emocji, nieco lepiej radziła sobie z przeżywaną frustracją. Dodatkowo wzrosła w niej wytrwałość oraz przekonanie, że potrafi poradzić sobie w różnych sytuacjach. Pacjentka poczuła, że jest bardziej kompetentna. Wzrosły jej zdolności przywódcze, poczuła, że ma wpływ na otoczenie, oraz zaczęła lepiej kontrolować swoje emocje. Równocześnie wzrosła jej wrażliwość na aprobatę społeczną.

Należy zaznaczyć, że wykonane testy psychologiczne były jedynie próbą uchwycenia łagodnych zmian w zakresie samopoczucia oraz funkcjonowania pacjentki, na który widoczny wpływ miały spotkania muzykoterapeutyczne. Zmiany w funkcjonowaniu osobowości zachodzą w dłuższym czasie niż okres trwania muzykoterapii prowadzonej w ramach pracy dyplomowej. Niemniej jednak przedstawione studium przypadku wskazuje na wartość prowadzenia badań nad wpływem muzykoterapii na psychologiczne funkcjonowanie pacjentów z doświadczeniem traumy.

## Podsumowanie

Anthony de Mello, autor książki *Węzwanie do miłości*, zauważa, że „gdy nie akceptujemy i nie podążamy ślepo, ale pytamy, badamy, przenikamy – mamy wgląd, z którego przychodzi twórczość, radość”. Często poszukiwanie siebie i wgląd we własne emocje oraz życie po doświadczeniu traumy nie są łatwe, wręcz przeciwnie – bolesne i trudne, ale w trosce o własne zdrowie warto ten wysiłek

podjąć. Kluczowe jest wsparcie na etapie przywracania u pacjenta wiary w możliwość czerpania z życia satysfakcji, a przede wszystkim możliwość odbudowania poczucia własnej wartości. W literaturze przedmiotu spotykane są badania dowodzące słuszności muzykoterapii, a także osobno psychoterapii u osób dorosłych z doświadczeniem traumy, jednakże współpraca tych dwóch dziedzin może przynieść większe korzyści terapeutyczne. Analiza wyników badań muzykoterapeutycznych i psychologicznych przedstawiona w artykule pozwala na wysnucie wniosku, że prowadzenie terapii w sposób interdyscyplinarny ma sens i jest potrzebne. Warto zaznaczyć słuszność prowadzenia dalszych dociekań naukowych w zakresie integracji i współpracy psychoterapii i muzykoterapii.



## Bibliografia

- Ahonen, H. (2015). *Adult Trauma Work in Music Therapy*, The Oxford Handbook of Music Therapy.
- Ahonen-Eerikäinen, H. (2007). *Group Analytic Music Therapy*, Barcelona Publishers.
- Bensimon, M. (2020). Relational needs in music therapy with trauma victims: The perspective of music therapists. *Nordic Journal of Music Therapy*, 29(3), 240–254. <https://doi.org/10.1080/08098131.2019.1703209>.
- Bieleńska, A. (2006). Psychoterapia indywidualna osób z diagnozą schizofrenii. *Psychoterapia*, 3(138), 75–86.
- Bion, W. R. (2014). *Po namyśle*, przeł. Danuta Golec. Warszawa: Oficyna Ingenium.
- Bruscia, K. (1998). *The Dynamics of Music Psychotherapy*, Barcelona Publishers.
- Bykowska, A. (2022) *Muzykoterapia skoncentrowana na emocjach u osób dorosłych z doświadczeniem traumy*, praca dyplomowa, promotor: dr hab. Ludwika Konieczna-Nowak, prof. AM, Akademia Muzyczna im. K. Szymanowskiego w Katowicach.
- Felsenstein, R. (2012). From uprooting to replanting: on post-trauma group music therapy for pre-school children. *Nordic Journal of Music Therapy*, 22(1), 69–85. <https://doi.org/10.1080/08098131.2012.667824>.
- Galińska, E. (2012). Portret muzyczny jako forma psychoterapii. W: Modele, metody i podejścia w muzykoterapii, K. Stachyra (red). Wydawnictwo UMCS.
- Gravestock, J. (2021), *Music Therapy in Adoption and Trauma. Therapy that Makes a Difference after Placement*. Jessica Kingsley Publishers.
- Heiderscheid, A., Madson, A. (2015). Use of the ISO principle as a central method in mood management: A music psychotherapy clinical case study. *Music Therapy Perspectives*, 33(1), 45–62. <https://doi.org/10.1093/mtp/miu042>.
- Heiderscheid, A., Murphy, K. M. (2021). Trauma-Informed Care in Music Therapy: Principles, Guidelines, and a Clinical Case Illustration. *Music Therapy Perspectives*, 39(2), 142–151. <https://doi.org/10.1093/mtp/miab011>.
- Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. UK: Hachette.
- Kolk, B. van der, McFarlane, A. C., Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press.

McWilliams, N. (2009). *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańsk: Wydawnictwo GWP.

Scrine, E. (2021). The Limits of Resilience and the Need for Resistance: Articulating the Role of Music Therapy With Young People Within a Shifting Trauma Paradigm. *Front. Psychol.* 12:600245. doi: 10.3389/fpsyg.2021.600245.

Scheiby, B. B. (2001). *Music Psychotherapy in a Medical setting. A demonstration of key concepts and techniques in group and individual music psychotherapy with a wide variety of populations.*

Stachyra, K. (2014). *Podstawy muzykoterapii*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Stachyra, K. (red.) (2012). *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Sutton, J. P. (2002). *Music, Music Therapy and Trauma, International Perspective*. Jessica Kingsley Publishers.

Wciórka, J. (red.) (2008). *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.

Winnicott, D. W. (2010). *Dom jest punktem wyjścia*, przeł. A. Czownicka. Gdańsk: Imago.

## Identyfikacja aspektów tożsamości (*Ja*) w muzyce a doświadczenie muzyczne

Mariola Kokowska

### Streszczenie

Zastosowanie muzyki do poszukiwania aspektów tożsamości (*Ja*) identyfikowanych w muzyce oraz łączenie jej z doświadczeniem muzycznym opisują ludzi pod względem indywidualnych różnic, teorii i praktyki muzykoterapii oraz psychoterapii muzycznej. Rozpatrywane zagadnienia dotyczą badania, którego celem jest empiryczna weryfikacja hipotetycznego związku między aspektami tożsamościowego schematu *Ja* – identyfikowanymi w muzyce testu MIT – a doświadczeniem muzycznym w jego odrębnych wymiarach. Przedmiot badania opiera się na założeniach modelu portretu muzycznego (PM), w którym dokonuje się weryfikacji wymiarów tożsamości (*Ja*) techniką wyobrażenia postaci oraz badaniem testem MIT (oryg. j. pol. Muzyczny Test Tożsamości, MIT; ang. *Musical Identity Test*, MIT). Artykuł opisuje poszukiwanie związków metodą korelacyjną. Powstał, aby poszukując współzależności między zmiennymi, skłonić do refleksji nad przenikaniem ludzkiego doświadczenia do pryzmatu złożonego świata muzyki, w jaki włączony został projekcyjny materiał psychologiczno-muzyczny.

### Słowa kluczowe:

doświadczenie muzyczne, aspekty tożsamości identyfikowane w muzyce, psychoterapia muzyczna, muzykoterapia

### Wprowadzenie

Muzyka jest medium komunikacji, zapewniającym sposób porozumiewania się ludziom. Jest też potężnym narzędziem, umożliwiającym im wyrażanie siebie i/lub samoidentyfikację o podłożu psychologiczno-muzycznym. Ściśle powiązana z kulturą, osobowością i tożsamością jednostkową (*Ja*), muzyka jest integralną częścią oddziaływań terapeutycznych, stosujących ją do celu użytkowej projekcji terapeutycznej i diagnozy klinicznej w psychoterapii muzycznej. Zdolność muzyki do przekazywania znaczeń pozamuzycznych, wyrażania emocji i ludzkich doświadczeń podczas projekcyjnej recepcji muzyki ma swój potencjał. W nurcie *muzykoterapii poznawczej* i/lub *psychoterapii muzycznej* wieloaspektowa złożoność muzyki z jej czynnikami strukturalnymi obejmują przestrzeń, której szczególny zakres dotyczy odniesień terapeutycznych i diagnostycznych. Muzyka

jest w nim rozumiana jako medium informacji i znaczeń (Galińska, 1989, 1995, 2008), które pojawiają się w związku z ludzkim doświadczeniem. Muzyka jest bodźcem słuchowym, powiązany z procesami poznawczymi, afektywnymi, wartościami estetycznymi i środowiskiem, który może wносить nietypowy wkład w kształtowanie poczucia tożsamości poprzez identyfikacje. Podstawą doświadczania siebie i otoczenia są zmysły, a dane z tych środowisk uczestniczą w procesach przetwarzania, inicjujących zbiór procesów umysłowych. Uchwycenie sensu tych informacji pozwala zarządzać własnymi procesami intelektualnymi i poznawczymi (Sternberg, 1984), spostrzeganiem i wrażeniami, percepcją, rozpoznawaniem, uwagą, pamięcią (Doherty, 2009). Poziom zmysłowy i myślenie pojęciowe są odnoszone do zewnętrznego bodźca muzycznego, który jest podstawą odbioru, rozróżnień i zrozumienia. W muzyce operującej dźwiękami i złożonym materiałem muzycznym stosuje się formy ich kategoryzacji. Odbiór muzyki zawierającej elementy strukturalne (np. metrum, fraza, temat, sekwencja, zdanie, kontrapunkt, harmonia), aspekty semiotyczne (Galińska, 2008), regulacyjne i narracyjne (Kokowska, 2019; Saarikallio i Erkkilä, 2007), dramaturgię napięć / odprężeń (Temperley, 2001) podlega przetwarzaniu przez umysł i interpretacji. Struktury muzyczne, w paraleli ze strukturami psychicznymi, aktywizują projekcję i wyobrażenia, odnosząc je do poczucia tożsamości. Obraz własny osoby i proces identyfikacji *self* są przedmiotem teoretycznych rozważań w praktyce klinicznej w dziedzinie psychoterapii muzycznej / muzykoterapii psychoterapeutycznej, posługującej się metodą portretu muzycznego (PM) (Galińska i Kozińska, 2005).

### **Opis teoretycznych założeń**

Zgodnie z teoretycznymi założeniami autorki testu MTT (polska nazwa oryginalna: Muzyczny Test Tożsamości; ang. *Musical Identity Test*) (Galińska, 2008) – stosowanego w metodzie portretu muzycznego (PM), w procesie poznawczego korzystania z muzyki w celu projekcji terapeutycznej – istnieje możliwość odwoływania się do koncepcji *społecznego uczenia się* oraz nawiązania do modeli rozwojowych (Galińska, 2008; Przetacznik-Gierowska i Tyszkowa, 2004). Zmiany rozwojowe w doświadczeniach jednostki przebiegają z udziałem zjawiska *sojalizacji*, której mechanizmy poznawczo-afektywno-behawioralne wyznaczają poszukiwanie i rozwój tożsamości (*Ja*), na którą mają wpływ znaczące osoby – ważne dla rozwoju jednostki. W postępowanie zaangażowane są różnorodne procesy i mechanizmy, jak: (a) modelowanie lub naśladowanie (tj. odwzorowywanie czyjś zachowania); (b) identyfikacja (tj. odwzorowywanie cudzych stanów psychicznych); (c) internalizacja (uwewnętrznianie uznawanych norm, poglądów i wartości przekazywanych przez znaczące osoby jako własne); (d) wpływ społecznej kontroli (interakcje jednostek są regulowane przez system norm oraz wzorców zachowań i reagowania, który jest

wyznaczony przez innych (aprobata vs dezaprobata); (e) wzmacnianie wewnętrzne (po uwewnętrznieniu norm i reguł postępowania osoba sama reguluje swoje zachowanie i reakcje, niezależnie od otoczenia) (Muszyński, 1976). Przekształcenia te pojawiają się w przebiegu wzajemnych oddziaływań dziecka i znaczących osób, tworząc warunki społecznej zmiany (Mead, 1934) i więzi emocjonalnej (Bee, 1998). W procesie socjalizacji są przejmowane i uwewnętrzniane role i postawy osób znaczących. Identyfikując się i przyjmując za własne przekazy i schematy ról, stajemy się zdolni do identyfikacji siebie, co służy osiągnięciu spójnej tożsamości (Senejko, 2010) i wyposaża w modele i wzory postępowania (Galińska, 2008). W procesie rozwoju osoba nabywa umiejętności, uczy się wartości i przyjmowania ról społeczno-rozwojowych, obowiązujących w środowisku (Bem, 2000; Kuczyńska, 1992). Dla portretu psychologicznego osoby (Brzezińska, 2021) rozpoznawanie aspektów tożsamościowego schematu *Ja* w muzyce jest komponentem procesu terapeutycznego (Galińska, 1989, 2003, 2008) z udziałem percepcji bodźca muzycznego. Opisane procesy są czynnikiem istotnym w muzykoterapii, ukierunkowanej na poszukiwanie rozwiązań problemów. Doznawanie wrażeń i specyficznych doświadczeń płynących z muzyki może pobudzać u jednostki procesy psychiczne, prowadzące do rozpoznawania w muzyce samoświadomości i poczucia tożsamości (*Ja*) (Galińska, 2008; Spychiger, 2017). Przyjmując terapeutyczny kontekst projekcyjnej percepcji muzyki i z nią kontakt, można aktywować emocje i generować refleksję dotyczącą własnej osoby w konstrukcji psychologicznej *self*. Projekcyjna recepcja muzyki wiąże się ze złożoną interakcją właściwości osoby z jej życiowym doświadczeniem, przekładając się na doświadczenie współbrzmiające z muzyką. Symboliczna reprezentacja rzeczywistości i atrybutów jednostki spoza obszaru muzyki (Galińska, 1995, 2008) umożliwia odbiorcy w kontakcie z muzyką doświadczanie wrażeń sensorycznych, przeżyć i procesów myślenia. Doświadczanie doznań związanych z muzyką daje przestrzeń do poszukiwania profilu słuchacza, który potrafi recypować muzykę i samorzutnie włączać w materiał muzyczny projekcję, aby otrzymać osobowe atrybuty spoza obszaru muzyki i rozpoznawać w nim wymiary tożsamości (Galińska, 2008).

Zagadnienie terapeutycznego oddziaływania muzyki w psychoterapii muzycznej / muzykoterapii psychoterapeutycznej, która występuje w roli medium poruszającego treści dotyczące tożsamości (Galińska, 2008) – pojawia się w zestawieniu z zagadnieniem *doświadczenia muzycznego* (Spychiger, 2017; Werner i in., 2006). Pojęcie „doświadczenie muzyczne” (ang. *musical experience*) dotyczy szeregu tematów związanych z miejscem muzyki w życiu człowieka. Bodźce muzyczne są okazją do doświadczania różnych form aktywności muzycznej, które mogą zachodzić w życiu codziennym oraz w kontakcie osoby z muzyką. We współczesnych koncepcjach doświadczenia muzycznego zakłada się, że muzyczna koncepcja siebie to struktura psychologiczna,

która przekształca osobiste doświadczenia muzyczne w tożsamość muzyczną (*Ja*) (Spychiger, 2017). Charakter postrzegania zjawisk muzycznych sugeruje, że muzyka jest środkiem komunikacji mentalnej, społecznej i emocjonalnej, a złożony materiał muzyczny stanowi skuteczny sposób na koordynację poczynań, mających funkcję postrzegania siebie (samoświadomość osobista / muzyczna). Ewolucyjny charakter postrzegania sugeruje, że muzyka powstała między innymi z komunikacji między matką a niemowlęciem (np. wokalizacje: buczenie, śpiew/ kołysanki) (Dalla i in., 2007). Wczesne doświadczenia muzyczne mogą oddziaływać na sposoby przetwarzania muzyki u słuchacza (Münste i in., 2002), a zjawisko *projekcji muzycznej* – pozwala je uzewnętrznić i dotrzeć do ich źródeł. Koncentrując się na sposobach, w jakich ludzie korzystają z muzyki – muzykoterapia dostrzega potencjał muzyki, tkwiący w jej ładunku emocjonalno-afektywnym. Służy ona nie tylko rozrywce, ale i możliwościom projekcyjnego rozpoznawania konstrukcji psychicznej w aspekcie tożsamościowego schematu *Ja*. Złożoność i potencjał muzyki (w teście MTT) używanej w metodzie portretu muzycznego (PM) w procesie samookreślenia siebie i tożsamości w schemacie *Ja* pomaga poszukiwać odpowiedzi na temat związku osobistego doświadczenia (muzycznego) z poczuciem tożsamości wzbudzanej muzyką, określanej strukturalnymi własnościami muzyki. Występują one w analogii do struktur psychicznych człowieka i jego cech (Galińska, 2008). Badając relacje między muzyką a tożsamością (Frith, 1996), proponuje się, żeby muzyka tworzyła ludzi, konstruuje ona bowiem doświadczenie muzyczne / estetyczne, pozwalające im zobaczyć siebie w inny sposób. Doniesienia o wpływie zaburzeń psychicznych na percepcję i doświadczanie emocji (muzycznych) są niespójne (Kerkova, 2018). Jednak podkreśla się w nich rolę doświadczeń muzycznych o negatywnej emocjonalności (percypowanej w muzyce) i emocji, jakie mogą uaktywniać receptory dopaminy w ośrodkach nagrody (Kerkova, 2018). Jeśli uzna się język muzyczny za podporę komunikacji w schizofrenii, to może ucho „zamknięte” na komunikat werbalny będzie bardziej „otwarte” na komunikat niewerbalny – na muzykę (Galińska, 2000, s. 476).

### **Model wymiarów tożsamości (schematu *Ja*) w muzyce (Galińska, 2008)**

Model wymiarów tożsamości, identyfikowanych w muzyce (MTT) (Galińska, 2004, 2008) powstał jako wynik wieloletnich doświadczeń znanej przedstawicielki polskiej muzykoterapii, pracującej w nurcie poznawczym imienną metodą portretu muzycznego (PM). Uwzględniając w swojej metodzie portretu muzycznego (złożonej ze zbioru różnorodnych technik terapeutycznych, np. wyobrażenie postaci, collage muzyczny) ukierunkowanie na rozpoznanie i modyfikację poczucia tożsamości (*Ja*), E. Galińska opracowała narzędzie diagnostyczne w obszarze osobowości, któremu nadała nazwę Muzyczny Test Tożsamości (MTT). W założeniu metoda

portretu muzycznego (PM) i zintegrowany z nią test MTT mają za zadanie sprawdzenie, czy osoba badana posiada subiektywne poczucie odrębnej tożsamości w aspektach schematu (*Ja*). Tożsamościowe aspekty schematu *Ja*, proponowane przez autorkę w teście MTT, możliwe są do identyfikacji z udziałem specjalnie wyselekcjonowanego materiału muzycznego, który osadzony jest w europejskim kręgu kulturowym. Test MTT zawiera łącznie 12 ścieżek dźwiękowych, na które składają się fragmenty 24 utworów muzycznych w różnym stylu (muzyka klasyczna – np. Debussy, Rachmaninow, Brahms, Saint-Saëns; jazz, pop) – przeznaczonych dla 5 skal, badających muzycznie tożsamość w aspektach schematu *Ja*.

Do pomiaru skojarzeń muzycznych w celach diagnostycznych przyjmuje się założenie, że niektóre z fragmentów utworów (zadań) testu MTT będą się powtarzać (np. Debussy, Brahms, jazz, pop) we wszystkich 5 skalach. Materiał muzyczny stosowany w celu projekcyjnej percepcji muzyki, zasilający test MTT, charakteryzują atrybuty specyficzne dla muzyki, które różnicują fragmenty wybranych utworów. Zaliczają się do nich: struktura okresowa i ewolucyjna, jednorodna / różnorodna dynamika, jednorodny / różnorodny rytm, wolne / umiarkowane / szybkie tempo, konsonanse / dysonanse, muzyka stymulująca / uspokajająca (Dymnikowa i Galińska, 2022).

Podstawowe założenie, towarzyszące tej metodzie, a związane z testem MTT, uwzględnia mechanizm projekcji i identyfikacji własnego *Ja* z muzyką. Złożony proces muzyczny, odbywający się na podstawie słuchanego fragmentu utworu, umożliwia u osoby badanej nie tylko uruchomienie fenomenu wyobrażenia postaci, ale pozwala również na uruchomienie procesu identyfikacji z obrazem osobistego schematu *Ja*. Posługując się hipotezą, sugerującą, że istnieje relacja między psychologiczną reakcją na muzykę a reakcją na osobę oraz analogia między organizacją psychiczną a muzyczną, stworzono model wymiarów tożsamości (*Ja*) człowieka wzbudzany muzyką. Jest on ściśle związany z procesem odczytywania znaczeń muzycznych w teście MTT, opracowywanym z myślą o praktyce muzykoterapii w kontekście diagnozy psychologiczno-muzycznej. Izomorfizm zjawisk muzycznych i psychicznych, oparty na analogiach – procesie rozumowania bazującym na podobieństwach między dwoma pozornie odrębnymi przedmiotami / zjawiskami, stał się podstawą klinicznych działań ukierunkowanych na diagnozę struktury psychicznej człowieka, której składnikiem jest tożsamość psychologiczna. Na podstawie – relacyjnie strukturalnych i funkcjonalnych – podobieństw między obiektem muzycznym (np. utwór, motyw, fraza) a osobą, można wyprowadzać wniosek o strukturze *ja*, odnoszącej się do aspektów tożsamości (Galińska, 1989, 1995), eksplorowanych techniką *projekcyjnej recepcji muzyki*. Zestawienie cech i struktury osobowości, identyfikowanej tożsamościowym schematem *ja*, z właściwościami i strukturą materiału muzycznego za pomocą analogii jest środkiem łączenia ze sobą kategoryzowanych pojęć, będących kluczem do postrzegania, przetwarzania i komunikowania określonych treści w

muzykoterapii. Teoretyczny konstrukt, jaki powstał z użyciem metody portretu muzycznego (PM) i testu MTT (zawierających się w dwóch etapach muzykoterapii: I. eksploracyjnym i II. regulacyjnym), jest zintegrowany z nurtem muzykoterapii poznawczej / analitycznej i psychoterapii muzycznej (Galińska, 2004). W muzyce, kulturowo związanej z Europą, dostrzega się medium indywidualnych skojarzeń jednostki z jej osobowymi atrybutami i schematem (*Ja*), które można identyfikować w odpowiednio dobranym materiale muzycznym (w melodii, harmonii, brzmieniu, fakturze itp.) (Galińska i Aranowska, 2004; Gabrielsson, 2001). Narzędzie portret muzyczny (PM) i zintegrowany z nim test muzyki MTT, wyrosłe na gruncie polskiej muzykoterapii i psychoterapii muzycznej, mają pomóc harmonizować strukturę *ja* i różnicować wgląd emocjonalny z intelektualnym. Pojęcie *Ja* w PM i teście MTT jest rozumiane jako proces formowania znaczeń, stworzonych na podstawie idei wartościowania przypisanej do każdej osoby. Struktura osobowości, podlegając eksploracji, umożliwia z pomocą środków muzycznych metody PM i testu MTT zidentyfikowanie spektrum treści psychicznych: *ja ukryte / jawne / na przyszłość*. Za pomocą metody PM odwzorowywana jest muzycznie tożsamościowa struktura *Ja*, której celem nadrzędnym jest jej harmonizacja (Galińska, 1989, 1995, 1978, 2003), a test muzyki MTT pozwala ją ilościowo diagnozować przy użyciu mechanizmu projekcji psychologiczno-muzycznej. Znaczenie w tym procesie ma założenie, że muzyka w warunkach psychoterapii muzycznej może stanowić obiekt reprezentacji cech człowieka. Metoda PM (o znaczeniu psychoterapeutycznym w muzykoterapii) adresowana jest do osób z wieloma zaburzeniami psychicznymi: odżywiania, osobowości, nerwowymi (lękowymi), łagodną/umiarkowaną schizofrenią.

Rozpoznawanie aspektów tożsamości (*Ja*) w muzyce testu MTT jest procesem, w którym pomocne są: a) kontekst spoza obszaru muzyki, tj. zdolność do identyfikacji cech postaci ludzkiej; b) emocjonalna reakcja osoby na strukturę muzyczną; c) mechanizm projekcji. Model tożsamości w teście MTT, identyfikowanej przez osobę w materiale muzycznym (symbolizującym człowieka), obejmuje pięć aspektów. Pogrupowane w kategorie, zmienne te określają tożsamościowe schematy *Ja*, do których należą: *Płeć, Wiek, Emocjonalność, Głębina uczuciowa (GU), Zmysłowość/erotyzm/seksualność (ZES)*. Ich pomiar ilościowy następuje na podstawie papierowego kwestionariusza samoopisu, określającego subiektywne poczucie i rozpoznawanie atrybutów siebie w muzyce. Zmienne przedstawiane są w skali Likerta w przedziale <1,5>. Wymiary tożsamości, rozumiane jako aspekty tożsamościowego schematu *Ja* identyfikowane w muzyce testu MTT, zawierają następujące kategorie pojęć (za: Galińska, 2004, 2008, 2017<sup>5</sup>):

---

<sup>5</sup> Wymienione w artykule wymiary tożsamości w schemacie *Ja*, identyfikowane w muzyce testu MTT, zawarte w metodzie portretu muzycznego, zostały opisane przez E. Galińską w jej licznych artykułach oraz podczas specjalistycznego, 2-, 3-letniego szkolenia z muzykoterapii klinicznej / psychoterapii muzycznej, funkcjonującego w ramach Roboczej Grupy Muzykoterapia Sekcji Naukowej Psychoterapii PTP (SNPPTP), a także w czasie stażu w klinice IPiN w Warszawie, w których uczestniczyła autorka niniejszego artykułu.



□ **Płeć:** identyfikacja aspektu tożsamości *Płeć* (rozumianej jako psychologiczna [Kuczyńska, 1992], tj. spontaniczna gotowość do posługiwania się wymiarem płci do siebie i świata) przez osobę, która wiąże się ze stopniem internalizacji ról społeczno-kulturowych jednostki. Określane są one przez subkategorie (cechy): *kobieta*, *mężczyzna*, *nieokreślona* lub *obie płci* (Galińska, 1987, 2003, 2008; Bem, 1975). Wzorce kobiecości i męskości są pochodną wpływu kultury, znaczą role i zadania jednostki w społeczeństwie (Bem, 2000; Eaton i Bradley, 2008). Odczytywanie schematów *Ja* w obszarze płci (Bem, 1985, 1997) odbywa się przez osobę w 24 słuchanych fragmentach odpowiednio dobranej muzyki testu MTT, pochodzącej z europejskiego kręgu kulturowego. Istotną rolę w kształtowaniu się tożsamościowego schematu *Ja*, który w dużej mierze organizuje i ukierunkowuje proces spostrzegania i rozwoju tożsamości, odgrywa kultura, dostarczająca definicji męskości i kobiecości. Role płciowe odnoszące się do zachowań dotyczą cech uważanych w danej kulturze za odpowiednie dla kobiety lub mężczyzny, stanowiąc etykietę społeczną (tzw. płeć społeczna), która nie zawsze odnosi się do biologicznych aspektów płci, przypisywanych kobietom lub mężczyznom (tzw. płeć biologiczna). W teorii społecznego uczenia się płeć kulturowa nabywana jest przez nagradzanie zachowań odpowiednich dla swojej płci lub przez naśladowanie wzorów w okresie dzieciństwa. W teorii rozwoju poznawczego dzieci uczą się płci społeczno-kulturowej i stereotypów – rozwijają w sobie schematy płci psychologicznej (za: Kuczyńska, 1992, 2002).

□ **Wiek:** identyfikacja wieku łączy się z odtworzeniem stopnia internalizacji roli, jaką system rodzinny przypisuje jednostce. Uwzględnia ona w utworach testu MTT następujące kategorie wiekowe: a) *dziecko*, b) *nastolatek*, c) *dorosły*, d) *stary człowiek*, e) *nieokreślony wiek*. W modelu identyfikacji tożsamości (schemat *Ja*) w ramach wymiaru *Wiek* funkcjonuje refleksja, która nieprawidłowości w obszarze psychiki i przeżyć upatruje w niezgodności płci biologicznej z wiekiem.

□ **Emocjonalność:** tożsamościowy wymiar identyfikacji emocjonalności w muzyce przez osobę koncentruje się na rozpoznawaniu emocji (*pozytywne*, *negatywne*, *mieszane*, *pełnia emocji*). Ocena emocji dotyczy dopasowania ich rozpoznawanej reprezentacji w słuchanym fragmencie muzyki testu MTT i określenia ich walencji (znaku).

□ **Głębia uczuciowa (GU):** tożsamościowy wymiar identyfikacji (*Ja*) – *uczuciowość*, która nazywana jest w teście MTT *Głębią uczuciową (GU)* w muzyce, jest wyznaczana przez stopień zbieżności lub rozbieżności przeżywania złożonych emocji i uczuć wyższych przez odbiorcę muzyki.

□ **Zmysłowość/erotyzm/seksualność (ZES):** tożsamościowy aspekt identyfikacji *Ja* koncentruje się na rozpoznawaniu w muzyce *cielesnej* postaci *płci psychologicznej*, która jest różnicowana z *płcią biologiczną*.

Płeć stanowi podstawową informację kategoryjną. Płeć biologiczna – przejawia się odmiennymi cechami, związanymi z budową i zróżnicowaniem cech płciowych, predysponujących do pełnienia ról płciowych. Kobiecość i męskość – służą za podstawowe odniesienie dla koncepcji płci psychologicznej Sandry Bem. Ludzki umysł ma tendencję do tworzenia reprezentacji tego, czego doświadcza (Macrae i Bodenhausen, 2000), nadając swemu doświadczeniu w procesach przetwarzania stereotyp społeczny (tj. społecznie zdefiniowany schemat płci). Z punktu widzenia treści płeć psychologiczna może przyjmować cztery kategorie postaci: a) osoby określone seksualnie<sup>6</sup>; b) osoby nieokreślone seksualnie<sup>7</sup>; c) osoby androgyniczne<sup>8</sup>; d) osoby krzyżowo określone seksualnie<sup>9</sup>. Płeć biologiczna i psychologiczna nie są konstruktami jednorodnymi, lecz różnią się między sobą, zatem zakłada się, że nie muszą być tożsame u tej samej osoby. Koncepcja S. Bem proponuje odmiennność indywidualnego zróżnicowania płci i rozróżnia ją pomiędzy: 1) wizerunkiem kobiet i mężczyzn, 2) poznawczym schematem kobiecości i męskości. Opisywany model tożsamościowego schematu *Ja*, identyfikowanego w muzyce testu MIT, jest nawiązaniem do podejścia, w którym proces identyfikacji *Ja* z emocjami skojarzonymi w muzyce wyraża stopień rozwoju i dojrzałości sfery emocjonalnej osoby na przestrzeni jej życia (Galińska, 2008).

### **Model doświadczenia muzycznego i jego aspekty (MEQ, Werner i in., 2006)**

Model doświadczenia muzycznego (ang. *The Music Experience*) (Werner i in., 2006) jest kombinacją znaczenia aspektów muzyki, które nadają jej określone miejsce w życiu i doświadczeniu człowieka. Określenie to zawiera znaczenia odnoszone do wartości muzyki i uznaniowych stanów psychicznych osoby. Termin „doświadczenie muzyczne” rozumiany jest jako określone miejsce przypisane muzyce przez ludzi, które wiąże się z ich codziennym doświadczeniem. Doznawanie muzyki wymaga od osoby umiejętności dostrzegania w niej zdarzeń dźwiękowych zawierających się w relacjach i strukturach, złożonych z elementów muzycznych. Są one wbudowane w czynności związane ze słuchaniem i wykonywaniem muzyki. Zgodnie z założeniem doświadczenie muzyczne jest powiązane z muzyczną aktywnością człowieka, której podstawę realizacji stanowią: słuchanie muzyki, gra na instrumentach, improwizacja i komponowanie. Wymienione składniki muzycznej aktywności podmiotu współtworzą sześć wymiarów doświadczenia muzycznego:

1. Reaktywność emocjonalna na muzykę (A).

---

<sup>6</sup> Osoby określone seksualnie to takie, których cechy psychiczne odpowiadają ich płci biologicznej (zwane potocznie „kobietami” i „mężczyznami”).

<sup>7</sup> Osoby nieokreślone seksualnie to takie, u których zarówno cechy kobiece, jak i męskie nie są wyraźnie ukształtowane, niezależnie od płci biologicznej.

<sup>8</sup> Osoby androgyniczne to takie, które charakteryzują się wyraźnymi cechami zarówno kobiecymi, jak i męskimi, niezależnie od płci biologicznej.

<sup>9</sup> Osoby krzyżowo określone seksualnie to takie, które odznaczają się cechami psychicznymi odpowiadającymi płci przeciwnej do ich płci biologicznej (zwane potocznie „kobietami” i „mężczyznami”).

2. Reaktywność behawioralna na muzykę (tj. Reaktywne zachowanie muzyczne) (R);
3. Oddziaływanie muzyki na ludzką psychikę (tj. Pozytywne efekty psychotropowe) (P).
4. Zaangażowanie w życie muzyczne (Zaangażowanie w muzykę) (C).
5. Integracyjna rola muzyki (tj. Poprawa społeczna) (I).
6. Innowacyjne zdolności muzyczne (M).

Doświadczenie muzyczne łączone jest ze sferą percepcji, gdzie muzyka postrzegana jest jako obiekt. Doświadczenia muzyczne – odbierane przez zmysły i interpretowane podczas wykonywania konkretnych czynności – są powiązane z codziennością, muzyką i muzyczną aktywnością. Zasadniczym doświadczeniem muzycznym jest *sluchanie muzyki* i *improwizacja*, które odgrywają kluczową rolę w terapeutycznych oddziaływaniach posługujących się muzyką (Orff, 1988; Galińska, 2004; Nordoff i Robbins, 2008). Improwizacja obejmuje ludzkie doświadczenie w ogólnym kontekście muzycznym, opierające się na grze na instrumentach, śpiewie i wokalizacjach, na ruchu przy użyciu muzyki i instrumentarium Orffa. Z doświadczeń tego rodzaju korzysta rozbudowana, polskiego pochodzenia metoda portretu muzycznego E. Galińskiej (1999, 2001). Doświadczenie muzyczne jest oparte na komponentach, rozumianych jako wymiary, które odwołują się do indywidualnych ludzkich reakcji i związku z muzyką. W modelu Paula Wenera (2006 za: Kantor-Martynuska, 2015), składniki te reprezentuje sześć wymiarów doświadczenia muzycznego, określanych przez skale:

1. Reaktywność behawioralną na muzykę (R),
2. Reaktywność emocjonalną na muzykę (A),
3. Stopień zaangażowania w życie muzyczne (C),
4. Integracyjną funkcję muzyki (I),
5. Innowacyjne zdolności muzyczne (M).

**Reaktywność behawioralna na muzykę (R)** – to aspekt doświadczenia, który obejmuje obserwowane zachowania człowieka pod wpływem oddziaływania muzyki (np. „pewien rodzaj muzyki zachęca mnie do tańca”). Zachowania muzyczne typu behawioralnego zawierają komponent ruchu dowolnego (np. kołysanie się z muzyką) i wokalizacje. Przypominają one reakcje ciała na działanie muzyki, które określane są jako „ucieleśnione emocje muzyczne”. **Reaktywność emocjonalna na muzykę (A)** oznacza w koncepcji Wenera (2006) uczuciowe i duchowe reakcje osoby na ulubiony rodzaj muzyki (preferencje: np. „kocham pewne rodzaje muzyki”). Przyjmuje się, że proces powstawania reakcji emocjonalnych na działanie muzyki jest efektem interakcji między słuchaczem a muzyką (Werner, 2006 za: Kantor-Martynuska, 2015). W kontekście reakcji emocjonalnych na muzykę przywoływane bywa pojęcie emocji (Scherer, 2005), nastroju (Kokowska, 2019; Saarikallio i Erkkilä, 2007, 2013) i preferencji muzycznych (Posłuszna, 2014).

**Oddziaływania na psychikę (P)** to aspekt doświadczenia muzycznego, które wiąże się z reakcjami integrującymi stan psyche i soma (np. „muzyka jednoczy mój umysł i ciało”). Procesowi temu towarzyszy uczucie energetyzowania i uspokojenia osoby poddawanej oddziaływaniu muzyki. Takie działanie sprzyja osiągnięciu pożądanego stanu między psychiczną i somatyczną jednością człowieka doświadczającego kontaktu z muzyką. **Zaangażowanie w życie muzyczne (C)** – dotyczy różnorodnych form kontaktu z muzyką: a) aktywnej (czynne wykonywanie muzyki) i b) receptywnej (słuchanie muzyki). Zaangażowanie w życie muzyczne jest bardziej związane z czynnym wykonywaniem muzyki niż z jej słuchaniem i odnoszone jest do wszelkich form zaangażowania w muzykę, niezależnie od ich charakteru. Sposób, w jaki społeczeństwa angażują się w muzykę, różni się między kulturami. **Integracyjna rola muzyki (I)** – jest stosowana w odniesieniu do muzyki, która łączy się z więziami społecznymi (Panksepp i Bernatzky, 2002). Są one wzmacniane przez czynności związane z muzyką, które zorientowane są na grupę i mają odniesienia do rodzinnych form wykonywania muzyki, np. wspólnego śpiewania i muzykowania w okresie dorastania. Partycypowanie muzyki może dokonywać się jako sposób doświadczania sytuacji muzycznych, które współtworzą więzi między jej uczestnikami podczas koncertów i festiwali muzycznych oraz okazjonalnego lub świadomego uczestnictwa w grupowych wydarzeniach muzycznych. Integrująca rola muzyki może być też związana z osobistymi przeżyciami jednostki, na które wywiera bezpośredni wpływ otoczenie znaczących dla niej osób (np. rodzina). **Innowacyjne zdolności muzyczne (M)** – zawiera w sobie kreatywny komponent doświadczenia, którego istota jest skupiona na możliwościach związanych ze zdolnością osoby do prezentacji muzyki przed publicznością. Ten aspekt doświadczenia muzycznego dotyczy nie tylko wykonywania muzyki, ale odnosi się także do procesu powstawania i generowania nowych tematów muzycznych oraz tworzenia muzycznych dzieł sztuki. Improwizacja i komponowanie muzyki łączone są z wytwarzaniem złożonych dźwięków i aktywnym doświadczaniem ich natury. Bezpośrednio wiąże się z nim wyobraźnia i kreatywny potencjał osób zaangażowanych w ich powstawanie.

## **Badania własne**

### **Problematyka badań**

Problem badawczy dotyczy sprawdzenia związków między aspektami tożsamości w schemacie *Ja*, identyfikowanymi w muzyce testu MIT według modelu E. Galińskiej (2006), a doświadczeniem muzycznym rozumianym według koncepcji P. D. Wenera (2006). Chcąc sprawdzić, w jaki sposób są ze sobą powiązane poszczególne zmienne, do badania przyjęto model

korelacyjny (pilotaż), którego zadaniem jest sprawdzenie współzmienności poszczególnych zmiennych. **Celem badania** było ustalenie związku między aspektami tożsamościowymi w schemacie *Ja*, rozpoznawanymi w słuchanych utworach polskiego testu MTT, a aspektami doświadczenia muzycznego. **Pytania badawcze i hipotezy:** 1) Czy istnieje związek między aspektami tożsamościowymi w schemacie *Ja*, identyfikowanymi w muzyce (testu MTT), a aspektami doświadczenia muzycznego? 2) Czy związek między aspektami tożsamościowymi w schemacie *Ja*, identyfikowanymi w muzyce (testu MTT), a doświadczeniem muzycznym różni grupy badanych (osoby ze schizofrenią vs zdrowe)?

**Hipotezy badawcze: H1:** Istnieje związek między aspektami tożsamościowymi w schemacie *Ja*, rozpoznawanymi w słuchanych utworach testu MTT, a doświadczeniem muzycznym polegający na tym, że: H 1.1. Im wyższa występuje tendencja do rozpoznawania aspektu tożsamości *Ja* w skali *Płeć* w utworach MTT, tym wyższy poziom doświadczenia muzycznego. H 1.2: Im wyższa występuje tendencja do rozpoznawania wymiaru tożsamości *Wiek* (dziecko, nastolatek, dorosły, stary, nieokreślony wiek) i *nasilenie wieku* w utworach MTT, tym wyższy poziom doświadczenia muzycznego. H 1.3: Wysokiemu poziomowi rozpoznawania w utworach MTT wymiarów tożsamości – *Emocjonalność* oraz *Zmysłowość (ZES)* i *Głębka uczuć (GU)* towarzyszy wysoki poziom doświadczenia muzycznego. **H2:** Istnieje związek między wymiarami tożsamości człowieka, identyfikowanymi w utworach MTT, a doświadczeniem muzycznym różniący grupy badanych (osoby ze schizofrenią vs zdrowe).

**Badane zmienne:** przez zmienną niezależną – rozumie się aspekty tożsamości w schemacie *Ja*, identyfikowane w muzyce testu MTT (1. *Płeć*, 2. *Wiek*, 3. *Emocjonalność / uczuciowość*, 4. *Zmysłowość/erotyzm/seksualność [ZES]* / 5. *Głębka uczuć [GU]*), zaś przez zmienną zależną – doświadczenie muzyczne. Za zmienne kontrolowane przyjmuje się: choroba (schizofrenia) / brak choroby u osób badanych.

## Metoda

### Uczestnicy badania – grupa kliniczna i kontrolna

Badanie odbyło się w 2016 roku na terenie woj. mazowieckiego i miało status badania pilotażowego. Uczestniczyły w nim ogółem 62 osoby: 30 z grupy klinicznej (N = 30) (IPiN<sup>10</sup>)<sup>11</sup> i 32 z grupy kontrolnej (N = 32). Przed przystąpieniem do badania osoby były informowane o celu i charakterze badań oraz o przebiegu procedury badawczej i metodyce badań. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. **Materiał bodźcowy:** stanowiły go 24 fragmenty utworów muzyki

<sup>10</sup> IPiN – Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

<sup>11</sup> Wyniki tego badania były prezentowane podczas V Ogólnopolskiego Kongresu Studentów Muzykoterapii „Siła muzyki, dźwięku” w Akademii Muzycznej im. K. Lipińskiego we Wrocławiu, 6–7 kwietnia 2017 r.

ze ścieżki dźwiękowej MIT, reprezentujące różne style muzyczne: klasyczny, jazz i pop. Zostały zaczerpnięte z europejskiego kręgu kulturowego, tworząc strukturę Muzycznego Testu Tożsamości (MIT, ang. MIT). Ich przydatność do testu MIT została odpowiednio dobrana i zbadana (Galińska, 2008), a cel materiału bodźcowego był ukierunkowany na komplementarną diagnozę psychologiczno-muzyczną z obszaru psychoterapii muzycznej, muzykoterapii w nurcie psychoterapeutycznym.

### Zastosowane narzędzia badawcze

Indywidualny / grupowy charakter badań został przyjęty w zgodzie z planem korelacyjnym. Pomiar zmiennych do analiz następował z wykorzystaniem kwestionariuszy typu „papier-olówek”. Podstawę pomiaru stanowiły dwa narzędzia samoopisowe, z których jeden (test MIT E. Galińskiej) zawierał materiał bodźcowy w postaci wyselekcjonowanej muzyki, nagranej na ścieżce dźwiękowej.

Do oszacowania aspektów tożsamości (schemat *Ja*) osoby w muzyce wykorzystano Muzyczny Test Tożsamości (MIT) – E. Galińskiej, który zawiera muzyczny materiał bodźcowy z kulturowego obszaru Europy. Dwadzieścia cztery utwory wchodzące w skład MIT zostały odpowiednio dobrane i zbadane pod względem ich przydatności do testu przez E. Galińską (2006). Wymiary tożsamości ujęte są w cztery grupy zmiennych:

□ *Płeć* – rozumiana jest jako płeć psychologiczna, odwzorowująca schematy społeczno-kulturowe ról płciowych. Rozpoznaniu płci podlegają tu cztery kategorie: *kobiecość, męskość, cechy obu płci i płeć nieokreślona*.

□ *Wiek* – to subiektywny wymiar tożsamości, identyfikujący role rozwojowe: *dziecko, nastolatka, dorosłego, starego człowieka, osoby nieokreślonej pod względem wieku*. Uwzględnia czynniki: *biologiczny, metrykalny, emocjonalny i funkcjonalny* (Galińska, 2008).

□ *Emocjonalność* – jest wymiarem tożsamościowego schematu *Ja*, który odnosi się do wartościowania (walencja) emocji, rozpoznawanych w muzyce. Skala obejmuje cztery kategorie emocji (cech) i ich nasilenie: *emocje pozytywne, negatywne, mieszane i pełnia emocjonalna* (bogactwo emocji i poczucie bezpieczeństwa).

□ *Uczuciowość / Głębia uczuciowa (GU)* – to subiektywny aspekt tożsamości (*Ja*), dotyczący emocjonalności: *głębia uczuciowości*.

□ *Zmysłowość, erotyzm, seksualność (ZES)* – to cielesny wymiar tożsamości lub cielesny aspekt płci psychologicznej, uwzględniający teorie rozwoju seksualnego (Kuczyńska, 1992).

Do oszacowania doświadczenia muzycznego zastosowano samoopisowy kwestionariusz *Music Experience Questionnaire* (MEQ) (Werner i in., 2006) (polskie tłum. *Kwestionariusz doświadczenia*

*muzycznego*, KDM za: J. Kantor-Martynuska, 2015). Skala służy pomiarowi osobowych różnic w badaniu stosunku osoby do muzyki i jej reakcji na muzykę w kontekście doświadczeń życiowych. Skala KDM dotyczy obszarów funkcjonowania jednostki, które łączone są z emocjonalno-poznawczym i fizjologicznym oddziaływaniem muzyki. Ocenie podlega sześć wymiarów doświadczenia muzycznego, których strukturę tworzą czynniki opisane przez skale: 1) Reaktywność emocjonalna na muzykę (A), 2) Oddziaływania na psychikę (P), 3) Zaangażowanie w życie muzyczne (C), 4) Reaktywność behawioralna na muzykę (R), 5) Integracyjna rola muzyki (I), 6) Innowacyjne zdolności muzyczne (M). Kwestionariusz zawiera 5-stopnową skalę Likerta, gdzie 1 – oznacza „zdecydowanie nie”, a 5 – „zdecydowanie tak”. KDM jest przeznaczony do badania zarówno muzyków, jak i niemuzyków.

## Wyniki badań

Do przeprowadzenia analizy danych i określenia wyników posłużono się pakietem statystycznym IBM SPSS Statistics 21. Sprawdzeniu poddano normalność rozkładów badanych zmiennych w grupie badanych. Do oceny normalności został wykorzystany test nieparametryczny – U Manna-Whitneya.

### Analiza wyników badań

Przedmiotem badania było określenie związku między wymiarami tożsamości (schemat *Ja*) osoby, rozpoznawanych w muzyce, a doświadczeniem muzycznym. Sprawdzenie hipotez głównych i pomocniczych nastąpiło po przeprowadzeniu analizy korelacji z obliczeniami za pomocą współczynnika korelacji *rho*-Spearmana. W celu weryfikacji zasadniczej hipotezy (H1), dotyczącej związku między wymiarami tożsamości człowieka identyfikowanymi w utworach testu MITT, a doświadczeniem muzycznym posłużono się zasadą sprawdzania kolejnych hipotez szczegółowych.

Przewidywano (H1.1), że: im występuje wyższa tendencja do identyfikowania wymiaru tożsamości *Płeć* i/lub jej nasilenie w muzyce, tym wyższy jest poziom doświadczenia muzycznego u osoby badanej. Nie wykazano istotnego statystycznie związku między wymiarem tożsamości *Płeć* (*kobieta, mężczyzna, nieokreślona płeć, obie płci*), rozpoznawanym w muzyce MITT, a doświadczeniem muzycznym.

Przewidywano (H1.2), że: im wyższa występuje tendencja do rozpoznawania w muzyce testu MITT wymiaru tożsamości *Wiek* (*dziecko, nastolatek, dorosły, stary, nieokreślony wiek*) i jego nasilenia, tym wyższy jest poziom doświadczenia muzycznego. Wyniki analiz korelacji przedstawia Tabela 1:

Tabela 1

*Związek zmiennej nasilenie wieku, rozpoznawanej w muzyce z doświadczeniem muzycznym*

Kategoria wymiaru	Wskaźnik	Skala A	Skala P	Skala C	Skala R	Skala I	Skala M
Wiek w muzyce (N=62)							
dorosły	rho	<b>0,271*</b>	0,199	0,108	<b>0,255*</b>	0,068	0,081
	p	<b>0,033</b>	0,122	0,403	<b>0,045</b>	0,598	0,530
stary	rho	0,209	0,050	-0,172	-0,048	<b>-0,319*</b>	-0,028
	p	0,103	0,700	0,182	0,711	<b>0,012</b>	0,826
Nasilenie wieku							
	rho	0,070	0,206	<b>0,299*</b>	0,169	<b>0,322*</b>	0,107
	p	0,590	0,112	<b>0,019</b>	0,192	<b>0,011</b>	0,411

Źródło: opracowanie własne, 2017 r.

W analizie danych potwierdzony został istotny związek ( $p < 0,01$ ) między dwoma kategoriami aspektu tożsamości *Wiek /nasilenie wieku* w utworach MTT a doświadczeniem muzycznym ( $p < 0,05$ ) i ( $p < 0,01$ ). Rezultaty dotyczące tego związku są częściowo zgodne z hipotezą. Ogólny wynik zmiennej *nasilenie wieku*, rozpoznawane w muzyce MTT, dodatnio umiarkowanie koreluje ze skalami doświadczenia muzycznego: zaangażowanie w życie muzyczne (C) ( $r_s = 0,299$ ;  $p = 0,019$ ) i integracyjna rola muzyki (I) ( $r_s = 0,322$ ;  $p = 0,011$ ). Im występuje wyższa tendencja do identyfikowania nasilenia wieku w wymiarze tożsamości *Wiek* w utworach testu MTT, tym wyższa jest skłonność do zaangażowania w życie muzyczne i integracyjnej roli muzyki. Nie stwierdzono istotnego statystycznie związku między *nasileniem wieku* a podskalami doświadczenia muzycznego: reakcja emocjonalna na muzykę (A), oddziaływania na psychikę (P), reakcja behawioralna na muzykę (R), innowacyjne zdolności muzyczne (M).

Rezultaty analiz potwierdzają, że podkategorie aspektu tożsamości *Wiek* (*dorosły* i *stary człowiek*), dodatnio koreluje ze skalami doświadczenia muzycznego: reaktywność emocjonalna na muzykę (A) ( $r_s = 0,271$ ;  $p = 0,033$ ) i reaktywność behawioralna na muzykę (R) ( $r_s = 0,255$ ;  $p = 0,045$ ). Słabemu wzrostowi skłonności do rozpoznawania w muzyce testu MTT wymiaru tożsamości *Wiek* (w kategoriach *dorosły* i *stary człowiek*), towarzyszy wzrost tendencji do pojawiania się dwóch rodzajów reaktywności na muzykę: a) emocjonalnej (A) i b) behawioralnej (R) ( $p < 0,05$ ). Otrzymano też słabą, ujemną korelację kategorii *Wiek* (*stary człowiek*) z podskala: integracyjna rola muzyki (I) ( $r_s = -0,319$ ;  $p = 0,012$ ). Słabej, rzadszej tendencji do identyfikowania w utworach MTT kategorii aspektu tożsamości *stary człowiek* towarzyszy rosnąca tendencja do używania muzyki w celu wzmocnienia jej integrującej roli w relacjach międzyludzkich.

Przewidywano, że im występuje wyższa tendencja do rozpoznawania w utworach MTT wymiaru tożsamości *Wiek* w kategoriach: *dziecko*, *nastolatek*, *dorosły*, *stary*, *nieokreślony wiek*, tym wyższa jest gotowość do doświadczenia muzycznego. Wyniki analiz przedstawia Tabela 2:



Tabela 2

*Związek wymiaru tożsamości wiek, rozpoznawanego w utworach MIT, z doświadczeniem muzycznym*

Wymiar tożsamości WIEK w utworach MIT (N=60)	Wskaźnik	Skala A	Skala P	Skala C	Skala R	Skala I	Skala M
Utwór nr 1	rho-S	0,048	-0,227	<b>-,385**</b>	-0,164	<b>-0,327*</b>	-0,153
	p	0,717	0,081	<b>0,002</b>	0,211	<b>0,011</b>	0,243
Utwór nr 2	rho-S	<b>0,359**</b>	0,079	-0,093	0,191	-0,113	0,040
	p	<b>0,005</b>	0,550	0,480	0,143	0,388	0,760

*Źródło: opracowanie własne, 2017 r.*

Analiza danych potwierdza istotny statystycznie związek ( $p < 0,01$ ) ( $p < 0,001$ ) między wymiarem tożsamości *Wiek* (rozpoznawany w utworach nr 1 i nr 2) a trzema skalami doświadczenia muzycznego: Zaangażowanie w życie muzyczne (C), Integracyjna rola muzyki (I), Reaktywność emocjonalna na muzykę (A). Z oceny analizy korelacji wynika (tab. 2 w MIT), że w utworze nr 1 testu MIT wymiar tożsamości *Wiek* jest umiarkowanie, negatywnie skorelowany ze skalami: Zaangażowanie w życie muzyczne (C) ( $r_s = -0,385$ ;  $p = 0,002$ ) oraz Integracyjna rola muzyki (I) ( $r_s = -0,327$ ;  $p = 0,011$ ). Umiarkowanej, zmniejszającej się tendencji do rozpoznawania wymiaru tożsamości *Wiek* w utworze nr 1 (MIT) odpowiada rosnąca gotowość do wykorzystywania muzyki jako medium doświadczenia muzycznego w jego dwóch aspektach: zaangażowaniu się w życie muzyczne (centralne miejsce dążenia do doświadczeń muzycznych w życiu osoby) oraz integrująca rola muzyki (wzmacniająca więzi międzyludzkie, dająca efekt o wydźwięku pozytywnym).

Wymiar tożsamości *Wiek (emocjonalny)* identyfikowany we fragmencie utworu nr 1 testu MIT koreluje umiarkowanie ujemnie z zaangażowaniem w życie muzyczne. Umiarkowanej, malejącej gotowości do wyczuwania aspektu tożsamościowego schematu *Ja – Wiek (emocjonalny)* w muzyce utworu nr 1 testu MIT (o cechach: *dziecko, nastolatek, dorosły, stary człowiek, nieokreślony wiek*) odpowiada rosnąca gotowość do aspektu doświadczenia muzycznego – zaangażowanie w życie muzyczne. Z oceny analizy korelacji wynika również (tab. 2), że w utworze nr 2 testu MIT tożsamościowy aspekt schematu *Ja – Wiek (emocjonalny)* jest umiarkowanie, dodatnio skorelowany ze skalą: Reaktywność emocjonalna na muzykę (A) ( $r_s = 0,359$ ;  $p = 0,005$ ). Umiarkowanej, rosnącej tendencji do identyfikowania tożsamościowego aspektu *Ja* jako *Wiek* (w utworze nr 2 MIT) odpowiada rosnąca tendencja do wykorzystywania muzyki jako medium doświadczenia muzycznego w aspekcie emocjonalnego reagowania na muzykę.

Przewidywano (H1.3), że wysokiemu poziomowi rozpoznawania w utworach MIT tożsamościowego aspektu schematu *Ja – Emocjonalność, Zmysłowość (ZES)* lub *Głębka uczuć (GU)*

towarzyszy wysoki poziom doświadczenia muzycznego. Nie uzyskano statystycznie istotnego związku między aspektem tożsamości *Emocjonalność (nasilenie emocji)* w muzyce a doświadczeniem muzycznym w aspektach: reaktywność emocjonalna, zaangażowanie w życie muzyczne, oddziaływanie na psychikę, reaktywność behawioralna na muzykę, integracyjna rola muzyki. Nie potwierdzono też związku między wymiarem tożsamości *Erotyzm (ZES)*, a doświadczeniem muzycznym.

Analiza wyników badania potwierdziła jednak istotny statystycznie związek ( $p < 0,05$ ) między tożsamościowym aspektem schematu *Ja – Głębia uczuciowa (GU)* (w utworze nr 2 testu MTT) a doświadczeniem muzycznym w aspekcie Reaktywność emocjonalna na muzykę (A). Wykazano istotną słabą, ujemną korelację *Głębi uczuciowej* z aspektem doświadczenia muzycznego reaktywność emocjonalna na muzykę ( $r_s = -0,278$ ;  $p = 0,032$ ). Słabemu, niskiemu poziomowi identyfikacji *Głębi uczuciowej (GU)* w utworze nr 2 (MTT) odpowiada rosnąca gotowość do aspektu doświadczenia muzycznego, który wiąże się z emocjonalną reaktywnością na muzykę.

### Związek wymiarów tożsamości człowieka, rozpoznawanych w muzyce z doświadczeniem muzycznym w grupach badanych

Kolejne przewidywanie (H2) dotyczyło związku między wymiarami tożsamości, identyfikowanymi w utworach MTT, a aspektami doświadczenia muzycznego, który będzie różnił grupy badanych (osoby ze schizofrenią vs zdrowe). Porównanie wyników nie potwierdziło istotnego statystycznie związku między wymiarem tożsamości *Płeć*, rozpoznawaną w utworach testu MTT, a doświadczeniem muzycznym w grupach badanych.

Wynik analizy danych wykazał jednak istotny statystycznie związek ( $p < 0,01$ ) między tożsamościowym aspektem schematu *Ja – Emocje i nasilenie emocji*, identyfikowanych w muzyce testu MTT, a aspektem doświadczenia muzycznego, określanym jako *Oddziaływanie na psychikę (P)* ( $r_s = 0,425$ ;  $p = 0,019$ ). Wynik analiz przedstawia tabela.

Tabela 3

*Związek między aspektami tożsamości – nasilenie emocji, rozpoznawanymi w muzyce MTT, a skalami doświadczenia muzycznego*

Grupa	Zmienna	Wskaźnik	Skala A	Skala C	Skala P	Skala R	Skala I	Skala M
Kliniczna (N=30)	Nasilenie emocji	<i>rbo-S</i>	-0,122	<b>0,425*</b>	0,171	0,021	0,230	0,186
		p	0,525	0,019	0,368	0,911	0,221	0,325
	Emocje negatywne	<i>rbo-S</i>	0,293	<b>0,484**</b>	-0,271	-0,174	-0,109	<b>-0,400*</b>
		p	0,116	0,007	0,148	0,357	0,565	0,028
	Pełnia emocjonalna	<i>rbo-S</i>	-0,167	<b>0,567**</b>	<b>0,525**</b>	0,243	<b>0,366*</b>	<b>0,421*</b>
		p						

		p	0,376	0,001	0,003	0,195	0,047	0,020
Kontrolna	Pełnia emocjonalna	<i>rho-S</i>	-0,314	-0,144	-0,142	-0,236	<b>-0,387*</b>	0,013
(N=32)		p	0,081	0,432	0,438	0,194	0,029	0,944

Źródło: opracowanie własne, 2017 r.

W grupie klinicznej wykazano istotny statystycznie związek ( $p < 0,01$ ) między tożsamościowym aspektem schematu *Ja – nasilenie emocji* a aspektem doświadczenia muzycznego – *Zaangażowanie w życie muzyczne (C)*. U osób chorych na schizofrenię wynik porównań wykazał, że wraz ze wzrostem gotowości do identyfikowania wymiaru *Emocje* w podkategorii *nasilenie emocji* (w muzyce testu MTT) wzrasta gotowość do doznawania aspektu doświadczenia muzycznego, polegającego na zaangażowaniu się w życie muzyczne ( $r_s = 0,425$ ;  $p = 0,019$ ), co umiejscawia muzykę w centrum życia przez dążenie do doświadczeń muzycznych.

Wykazano istotny statystycznie związek ( $p < 0,001$ ) rozpoznawania przez osoby ze schizofrenią w muzyce MTT podkategorii *emocje (negatywne)* w wymiarze tożsamości *Emocje*, z dwoma aspektami doświadczenia muzycznego: *Zaangażowanie w życie muzyczne (C)* i *Innowacyjne zdolności muzyczne (M)*. Wykazano umiarkowaną, dodatnią korelację *emocji negatywnych* z zaangażowaniem w życie muzyczne ( $r_s = 0,484$ ;  $p = 0,007$ ), a także umiarkowaną, ujemną korelację *emocji negatywnych* z innowacyjnymi zdolnościami muzycznymi ( $r_s = -0,400$ ;  $p = 0,028$ ). Umiarkowanemu słabszemu rozpoznawaniu w muzyce emocji negatywnych współtowarzyszyła wyższa tendencja do doświadczenia muzycznego w aspekcie innowacyjnych zdolności muzycznych.

Wynik analizy porównań wykazał istotny związek ( $p < 0,001$ ) ( $p < 0,05$ ) między *pełnią emocjonalną*, identyfikowaną w muzyce testu MTT, a czterema aspektami doświadczenia muzycznego. Potwierdzono umiarkowaną, dodatnią korelację *pełni emocjonalnej* z zaangażowaniem w życie muzyczne (C) ( $r_s = 0,567$ ;  $p = 0,001$ ), oddziaływaniem na psychikę (P) ( $r_s = 0,525$ ;  $p = 0,003$ ), integracyjną rolą muzyki (I) ( $r_s = 0,366$ ;  $p = 0,047$ ) i innowacyjnymi zdolnościami muzycznymi (M) ( $r_s = 0,421$ ;  $p = 0,020$ ) u osób z grupy klinicznej. Osoby ze schizofrenią – identyfikując umiarkowanie wyżej w utworach MTT *pełnię emocjonalną* (wyrażającą m.in. poczucie bezpieczeństwa i muzyczną formę macierzyństwa) (Galińska, 2008, s. 437), wykazywały gotowość do wyższego poziomu czterech aspektów muzyki w doświadczeniu muzycznym: zaangażowanie w życie muzyczne, oddziaływanie na psychikę, integracyjna rola muzyki<sup>12</sup>, innowacyjne zdolności muzyczne.

<sup>12</sup> Zgodnie z sugestią Wernera i in. (2006), jest to pozycja mierząca wspomnienia, np. „usłyszenie piosenki czasami przywodzi na myśl pewien okres mojego życia” w podskali „reakcje afektywne”.

W grupie kontrolnej wykazano istotny statystycznie związek ( $p < 0,05$ ) między *pełnią emocjonalną*, identyfikowaną w utworach testu MTT, a aspektem doświadczenia muzycznego integracyjna rola muzyki (I). Umiarkowana, ujemna korelacja zmiennych sugeruje, że malejącej skłonności do identyfikowania w utworach MTT pełni emocjonalnej odpowiada rosnąca skłonność do uznawania integrującej roli muzyki w relacjach międzyludzkich.

Wynik analiz wykazał istotny związek ( $p < 0,01$ ) między wymiarem tożsamości – *Głębia uczuciowa (GU)* w utworach MTT a aspektami doświadczenia muzycznego w dwóch podskalach: *Oddziaływanie na Psychikę (P)* ( $p < 0,05$ ) oraz *Zaangażowanie w życie muzyczne (C)* ( $p < 0,001$ ). Wynik analiz przedstawia tabela.

Tabela 5

*Związek między wymiarem tożsamości – głębia uczuciowa, rozpoznawana w muzyce MTT w grupach badanych (gr. kliniczna)*

Grupa	Zmienna	Wskaźnik Spearmana	Skala A	Skala P	Skala C	Skala R	Skala I	Skala M
Kliniczna (N=30)	Erotyzm	<i>r<sub>bo</sub></i>	0,128	0,186	-0,027	0,299	0,010	0,186
		p	0,500	0,325	0,889	0,108	0,958	0,325
	Głębia uczuć	<i>r<sub>bo</sub></i>	-0,136	<b>0,368*</b>	<b>0,568**</b>	0,148	0,310	0,199
		p	0,473	<b>0,046</b>	<b>0,001</b>	0,435	0,096	0,293

Źródło: opracowanie własne, 2017 r.

W przeprowadzonej analizie wyników ujawniono umiarkowaną, dodatnią korelację *głębi uczuciowej* z doświadczeniem muzycznym w dwóch aspektach: *oddziaływanie na psychikę* ( $r_s = 0,368$ ;  $p = 0,046$ ) i *zaangażowanie w życie muzyczne* ( $r_s = 0,568$ ;  $p = 0,001$ ). W grupie klinicznej, wraz ze wzrostem *głębi uczuciowej*, rośnie również tendencja do występowania aspektu doświadczenia muzycznego, polegającego na oddziaływaniu muzyki na psychikę osoby oraz zaangażowania w życie muzyczne.

W wyniku analiz w grupie kontrolnej nie wykazano istotnego związku między badanymi zmiennymi, co sugeruje, że prawdopodobnie związek ten nie istnieje. Ponadto nie został potwierdzony istotny związek erotyzmu (ZES) w grupie klinicznej.

## Wnioski i dyskusja wyników

Badanie (pilotażowe) miało pozwolić na wyjaśnienie, czy istnieje współzależność zmiennej tożsamości (schemat *Ja*), identyfikowanej w utworach testu MTT, ze zmienną doświadczenie

muzyczne, oraz czy taka współzależność między zmiennymi, oparta na tendencji, różni się w grupach badanych (osoby zdrowe vs osoby ze schizofrenią).

**Wniosek 1.** Istnieją częściowo potwierdzone związki między wymiarami tożsamości człowieka, identyfikowanymi w muzyce, a wymiarami doświadczenia muzycznego, które ma charakter powszechny. **1.1.** Przewidywania związku między wymiarem tożsamości *Płeć / nasilenie płci* (*kobieta, mężczyzna, nieokreślona płeć, obie płci*), identyfikowanego w utworach testu MTT, a doświadczeniem muzycznym – nie potwierdziły współwystępowania związku między zmiennymi w wynikach tego konkretnego badania. Nie znaczy to, że oczekiwana współzależność nie wystąpi, jeśli zestawia się w badaniu inne zmienne, eksplorujące inne konstrukty przy zwiększonej grupie badanych.

**1.2.** Przewidywanie związku między wymiarem tożsamości *Wiek* (*dziecko, nastolatek/adolescent, dorosły, stary, nieokreślony wiek*) w kontekście jego nasilenia a doświadczeniem muzycznym pokazuje, że ujawniła się współzależność:

a) Uzyskano umiarkowaną, rosnącą tendencję do rozpoznawania wymiaru tożsamości *Wiek* (w utworze nr 2 MTT), odpowiadającą rosnącej tendencji do korzystania z muzyki jako medium doświadczenia muzycznego w aspekcie: emocjonalnego przeżywania muzyki i emocjonalnej reakcji na muzykę. Wynik badania wskazuje, że zmienna *Wiek* (o znaczeniu emocjonalno-rozwojowym dla schematu *Ja*) w podkategoriach *dziecko, nastolatek, dorosły, stary człowiek, nieokreślony wiek*, identyfikowany w muzyce testu MTT, współwystępuje ze zmienną doświadczenie muzyczne. Podążając za refleksją, upatrującą nieprawidłowości w obszarze psychiki w niezgodności wieku *biologicznego* z poczuciem wieku *emocjonalnego*, interesująca wydaje się eksploracja tej kategorii pojęć i procesów jako ważnych w kontekście projekcji tożsamościowej siebie. Identyfikowanie i odczytywanie pozamuzycznych znaczeń w materiale muzycznym, na który są rzutowane procesy afektywno-mentalne, pozwoli być może poznać pośrednio źródło i mechanizm aktualnych trudności u osób badanych oraz wdrożyć odpowiednie oddziaływania terapeutyczne z muzyką. Analiza identyfikacji i zmian w tożsamościowym schemacie *Ja* pod względem wieku *biologicznego*, w zestawieniu z wiekiem *emocjonalnym* jako konstruktem odnoszonym do emocjonalności, może mieć znaczenie z punktu widzenia procesu terapeutycznego w muzykoterapii.

b) Otrzymano umiarkowaną, dodatnią korelację wymiaru *Wiek / nasilenie wieku (emocjonalnego)* z 2 podskalami doświadczenia muzycznego: zaangażowanie w życie muzyczne i integracyjna rola muzyki. Im umiarkowanie wyższa gotowość do identyfikowania *nasilenia wieku* w wymiarze tożsamościowym *Wiek / nasilenie wieku* w utworach testu MTT, tym wyższa jest skłonność do zaangażowania w życie muzyczne i integracyjna rola muzyki. W przyszłych badaniach, analizując kwestię wieku *emocjonalnego* w muzyce, warto uwzględnić porównanie go z wiekiem *biologicznym* pod

względem potencjalnych różnic indywidualnych. Badania wskazują, że wiek biologiczny i wiedza muzyczna są czynnikami empirycznymi, wyjaśniającymi indywidualną zmienność w rozpoznawaniu emocji w muzyce. Różnice w wieku mają wpływ na indywidualną ocenę wartościowości i pobudzenia słuchanej muzyki (Castro i Lima, 2014; Vieillard i in., 2008, 2013). Pogląd, że z wiekiem zmiany w reakcjach emocjonalnych na muzykę zmierzają w kierunku pozytywnym, a nie negatywnym (Vieillard i in., 2013), warto porównać z wiekiem emocjonalnym wyczuwanym tożsamościowo w muzyce, sprawdzając pod kątem możliwych zależności z doświadczeniem muzycznym, mając na względzie wiek w procesie terapeutycznym.

Biorąc pod uwagę doświadczenie muzyczne w aspekcie zaangażowania w życie muzyczne oraz relacje między muzyką a tożsamością (Frith, 1996), gdy muzyka pozwala konstruować doświadczenie muzyczne / estetyczne pozwalające zobaczyć siebie i tożsamość w procesie – to tendencja do wyczuwania wieku emocjonalnego, współlistniejąc z zaangażowaniem w życie muzyczne i integracyjną rolą muzyki stwarza pewne możliwości ukierunkowania przyszłych planów badawczych i analiz. Mogłyby pójść one w stronę empirycznego sprawdzenia (zależności), na ile doświadczenie muzyczne rozumiane jako upatrywanie w muzyce centrum i dążenia jednostki do doświadczania muzyki w jej życiu, a także na ile integracyjna rola muzyki o pozytywnej konotacji mogą wpływać na odwzorowywanie stanów psychicznych w muzyce pod kątem tożsamościowego schematu (*Ja*) jako wyczuwania nasilenia wieku (emocjonalnego), aby można na tej podstawie modelować przekonania i zachowanie. Warto zaznaczyć, że w badaniu Wernera i in. (2006) aktywne zaangażowanie w życie muzyczne i reakcje behawioralne / emocjonalne na muzykę stały się głównymi czynnikami doświadczenia muzycznego. W niniejszym badaniu korelują dodatnio z nasileniem wieku emocjonalnego, będącym tożsamościowym aspektem schematu *Ja* wyczuwanym przez osobę w muzyce.

c) Uzyskano słabą, dodatnią współzależność wymiaru tożsamości *Wiek (emocjonalny)* w podkategorii *dorosły* oraz *stary człowiek* rozpoznawany w muzyce z dwoma aspektami doświadczenia muzycznego: reaktywność emocjonalna na muzykę i reaktywność behawioralna na muzykę. Wykazana w badaniu niewielka, ale pozytywna gotowość do odwzorowywania tożsamościowego schematu *Ja* w aspekcie *wieku* emocjonalnego (*dorosły* i *stary człowiek*) w muzyce testu MTT, współlistniejąca z gotowością do reaktywności emocjonalnej i behawioralnej na muzykę w doświadczeniu muzycznym, stwarza możliwość ustalenia przyszłych kierunków badań. Badania wskazują, że przetwarzanie muzyki może prowadzić do zarządzania behawioralnymi lub motorycznymi aspektami doświadczenia w odpowiedzi na muzykę (Levitin i Menon, 2003). Psychoanalityczna teoria muzyki opiera się na *libido* jako źródle energii, a inne sugestie podają, że wszelka muzyka sięga do przedwerbalnej sfery słuchacza i w pewnym stopniu angażuje jego życie

emocjonalne oraz aktywuje reakcje behawioralne, muzyka bowiem jest czynnikiem napędzającym energię włożoną w reakcję na muzykę (Goodman, 1981).

d) Otrzymano słabą, ujemną korelację kategorii *Wiek (emocjonalnego) – stary człowiek* ze skalą doświadczenia muzycznego: *integracyjna rola muzyki (I)*. Słabej, rzadszej tendencji do identyfikowania w muzyce MTT kategorii wymiaru tożsamości *stary człowiek* towarzyszy rosnąca tendencja do doświadczenia muzycznego w aspekcie integracyjna rola muzyki, jakie muzyka buduje więzi społeczne (Werner i in., 2006) i promuje zmianę zachowania (Panksepp i Bernatzky, 2002).

**1.3.** Przewidywanie wysokiego, dodatniego związku między rozpoznawaniem w utworach testu MTT wymiarów tożsamości – *Emocjonalność, Zmysłowość (ZES)* vs *Głębia uczuć (GU)* a doświadczeniem muzycznym wskazuje, że istnieje / nie istnieje współzależność, jak poniżej:

a) Nie uzyskano związku między wymiarem tożsamości *Emocjonalność* (nasilenie emocji, ładunek emocjonalny) a doświadczeniem muzycznym w aspektach: reaktywność emocjonalna, zaangażowanie w życie muzyczne, oddziaływanie na psychikę<sup>13</sup>, reaktywność behawioralna na muzykę, integracyjna rola muzyki.

b) Nie został potwierdzony związek między wymiarem tożsamości *Zmysłowość / Erotyzm i Seksualność (ZES)* a doświadczeniem muzycznym w żadnym z aspektów. Warto dodać, że muzyczny test MTT uwzględnia użycie w utworze manieri wykonawczej, polegającej na wokalizacjach (przydech, szept, dyszenie, barwa głosu i śmiech (np. w piosence Gilberta Becaud pt. *Ma chatelaine*), która nie jest odnoszona do muzyki instrumentalnej. Badanie aspektu cielesnego płci psychologicznej testem MTT pod kątem zintensyfikowania go zmysłowością (ZES) oraz doznawania w nim głębi uczuciowej (GU) zachodzi przy zastosowaniu pięciu utworów, ocenianych w skali od 0 do 25, przy zachowaniu skali Likerta <1,5> (Galińska, 2008, s. 429).

c) Potwierdzono związek ( $p < 0,05$ ) między wymiarem tożsamości *Głębia uczuciowa (GU)* (w utworze nr 2 MTT, jazz) (Galińska, 2008) a doświadczeniem muzycznym w aspekcie reaktywność emocjonalna na muzykę. Słabej, niskiej gotowości do identyfikacji /wyczuwania głębi uczuciowej (ukierunkowanej na obraz własnej osoby w utworze nr 2 testu MTT – jazz) odpowiada rosnąca gotowość do doświadczenia muzycznego aspektu, rozumianego jako reaktywność emocjonalna na muzykę. Głębia uczuciowa, z założenia konfrontowana z cielesnym aspektem płci psychologicznej (*Zmysłowość / erotyzm / seksualność (ZES)* w utworze nr 2 testu MTT), ujemnie nisko koreluje z reaktywnością emocjonalną na muzykę. Im mniejsza wartość zmiennej głębia uczuciowa, tym większa wartość zmiennej reaktywność emocjonalna na muzykę w doświadczeniu muzycznym.

Warto przypomnieć, że *głębia emocjonalna / uczuciowa* – jako wskaźnik stopnia zbieżności i/lub rozbieżności identyfikowania tożsamościowego schematu *Ja* w muzyce – jest wyrazem

<sup>13</sup> Oddziaływanie na psychikę (P) – podskala zawiera pozytywne efekty: uspokajające, energetyzujące, integrujące.

dojrzałości emocjonalnej, ujawniając pełnię bogactwa uczuciowego lub jego spłylenie. Ujemny wynik korelacji zmiennych oznacza, że zmienne podążają w przeciwnych kierunkach, ujawniając intensywność. Zatem warto dalej badawczo sprawdzić ten związek, wiadomo bowiem, że reakcje emocjonalne na muzykę stanowią element dyskursu, w którym pojawiają się sprzeczne ze sobą poglądy [Kivy (2002), Kreutz i in. (2008) vs Werner i in. (2009), Gabrielsson (2002), Saarikallio i in. (2013), Chelkowska-Zacharewicz (2017)].

**Wniosek 2.** Istnieją częściowo potwierdzone związki między wymiarami tożsamości człowieka, identyfikowanymi w muzyce, a wymiarami doświadczenia muzycznego, różniące grupy badanych (osoby ze schizofrenią vs osoby zdrowe).

**1.1.** Przewidywanie związku między wymiarami tożsamości, identyfikowanymi w utworach MTT, a aspektami doświadczenia muzycznego, mogącego *różnić grupy badanych* (osoby ze schizofrenią vs zdrowe), wskazuje, że w grupie klinicznej (osoby ze schizofrenią):

a) Nie potwierdzono istotnego statystycznie związku między wymiarem tożsamości *Płeć*, rozpoznawaną w utworach testu MTT, a doświadczeniem muzycznym w grupach badanych.

b) Wykazano dodatni, umiarkowany związek wymiaru tożsamości *Emocje i nasilenie emocji*, identyfikowanych w utworach testu MTT, z aspektem doświadczenia muzycznego – oddziaływanie na psychikę (P). Mechanizm projekcji i identyfikacji schematu *Ja* z muzyką to złożony proces wzbudzania emocji w muzykoterapii, bazujący na możliwości uruchamiania fenomenu analogii między organizacją psychiczną a muzyczną. Muzyka redukuje udział czynnika racjonalnego (Natanson, 1978), a dzięki swojej abstrakcyjnej naturze – omija kontrolę intelektualną, docierając do ukrytych aspektów *Ja*, i aktywizuje emocje (Galińska, 1978, 2008), co prowadzi do przyspieszenia procesu wyobrażeniowego. Wykazany związek jest o tyle istotny, że w przypadku osób ze schizofrenią pozwala na myślenie o dalszych ukierunkowaniach pracy terapeutycznej z użyciem materiału muzycznego w celu pobudzania procesu wyobrażeniowego, eksplorującego ukryte treści, zwłaszcza o charakterze emocjonalnym, pozostające pod kontrolą. Emocjonalny aspekt tożsamości (*nasilenie emocji*), wzbudzany muzyką testu MTT, powiązany z aspektem doświadczenia muzycznego oddziaływanie na psychikę – ukazuje relację, łączącą obydwie sfery możliwych współoddziaływań do zastosowania w muzykoterapii osób z zaburzeniami psychicznymi. Należy je zweryfikować w sposób przyczynowo-skutkowy. U osób chorych gotowość do identyfikacji *Ja* z nasilonym, emocjonalnym obrazem siebie, pobudzany przez potencjał muzyki, współlistnieje z gotowością do ujawniania się aspektu doświadczenia muzycznego oddziaływanie na psychikę. Oddziaływanie na psychikę jest przypisywane pozytywnym efektom w sferze psychicznych oddziaływań jednostki – ma działanie uspokajające, energetyzujące, integrujące stan psyche i soma (Werner i in., 2006, 2009).



c) Wykazano związek ( $p < 0,01$ ) między wymiarem tożsamości *nasilenie emocji* a aspektem doświadczenia muzycznego – zaangażowanie w życie muzyczne. U osób ze schizofrenią umiarkowanemu wzrostowi gotowości do identyfikowania wymiaru *Emocje* w podkategorii *nasilenie emocji* w muzyce testu MTT odpowiada wzrastająca gotowość do doznawania aspektu doświadczenia muzycznego, polegającego na zaangażowaniu się w życie muzyczne. Zaangażowanie w życie muzyczne polega na umiejscowieniu muzyki w swoim życiu jako dążenie do doświadczeń muzycznych. Możliwość zestawienia obydwu kategorii potencjalnie współwystępujących ze sobą na zasadzie analogii – doświadczenia muzycznego (w aspekcie zaangażowania w życie muzyczne) ze strukturą osobowości, identyfikowaną tożsamościowym schematem *Ja / nasilenie emocji* – może być przyczynkiem do łączenia kategoryzowanych treści i pojęć, jakie pojawiają się w muzykoterapii i psychologii muzyki. Percepcja i przeżywanie emocji przez osoby ze schizofrenią (przetwarzanie afektywne, pobudzenie i wartościowość emocji, w tym muzycznych) są w dużej mierze podporządkowane zaburzeniom obecnym w chorobie. Jednak badania pokazują, że emocje muzyczne i pozamuzyczne różnią się tym, że: a) emocje muzyczne są bardziej pobudzające, b) negatywne emocje muzyczne stymulują gotowość do zbliżania się, c) zarówno percepcja, jak i doświadczenie emocji muzycznych mają te same / podobne cechy (Kerkova, 2018), co jest wyjaśniane i wymaga dalszych badań. Identyfikacja i wartościowość emocjonalna (np. w dysocjacji), aspekt poznawczy oraz społeczny w schizofrenii mają swoje deficyty (Tremeau, 2006). Zjawiska percepcyjne – są wolne od reakcji emocjonalnej, a doświadczenia – są modulowane przez procesy percepcyjne i poznawcze (Gabrielsson, 2001, 2010). Interakcje specyficzne dla muzyki, jakie mogą pojawiać się u osób ze schizofrenią, są ważne dla badań nad chorobą i procesu terapeutycznego w muzykoterapii. Dodatni związek między percepcją a doświadczeniem, gotowością do identyfikowania tożsamościowego schematu *Ja* w kontekście przeżywania nasilonych emocji w muzyce a gotowością do doświadczenia aspektu zaangażowania w życie muzyczne – rozbudza nadzieje badawcze na przyszłość w muzykoterapii.

d) W grupie klinicznej ujawniono dodatni oraz ujemny związek wymiaru tożsamości *Emocje* w kategorii *emocje (negatywne)* z dwoma aspektami doświadczenia muzycznego: zaangażowanie w życie muzyczne i innowacyjne zdolności muzyczne. Warto nadmienić, że innowacyjne zdolności muzyczne w badaniu (Kokowska, 2019) korelowały umiarkowanie dodatnio ze strategią regulacji nastroju muzyką Oderwanie (*Diversion*), ukierunkowaną na ekspresję emocji i pozbycie się emocji negatywnych (Saarikallio i Erkkilä, 2007).

U osób ze schizofrenią gotowości do umiarkowanie rosnącego rozpoznawania w muzyce MTT *emocji negatywnych* jako aspektu tożsamościowego schematu *Ja* współtowarzyszy gotowość do rosnącego udziału aspektu doświadczenia muzycznego, polegającego na *zaangażowaniu się w życie*

*muzyczne*. Możliwość wyczuwania w muzyce i rzutowania na nią struktury *Ja* pod kątem emocji negatywnych przez osoby ze schizofrenią łączy się z doniesieniami o wpływie choroby na percepcję i doświadczanie emocji w sposób niespójny (Kerkova, 2018), podkreślając jednak trudności z identyfikacją wartościowości emocjonalnych, które towarzyszą tym zaburzeniom. W muzyce testu MITT osoby chore wyczuwały bardziej emocje negatywne w aspekcie tożsamości, co prowadzi do refleksji, że należałoby sprawdzić, czy istnieje rozdźwięk między emocjami postrzeganymi a odczuwanymi. Współtowarzyszenie *emocji negatywnych* identyfikowanych w bodźcu muzycznym ze zmienną *zaangażowanie się w życie muzyczne* (polegające na umiejscowieniu muzyki w swoim życiu jako dążenie do doświadczeń muzycznych) – wskazuje, że warto pójść tą ścieżką badawczą dalej, poszukując możliwych zależności.

U osób ze schizofrenią umiarkowanie słabej gotowości do identyfikowania w muzyce *emocji negatywnych* współtowarzyszy rosnąca gotowość do doświadczenia muzycznego w aspekcie innowacyjnych zdolności muzycznych. W grupie klinicznej umiarkowanie niskim wartościom zmiennej aspekt tożsamości *Emocje* w kategorii *emocje negatywne* (identyfikowane w muzyce testu MITT), odpowiadają wysokie wartości zmiennej gotowości do innowacyjnych zdolności muzycznych. Wykazany w badaniu ujemny związek wartości zmiennej emocje negatywne z wartością zmiennej innowacyjne zdolności muzyczne może mieć znaczenie w planowaniu interwencji muzykoterapeutycznych, uwzględniających negatywną korelację między tymi zmiennymi.

e) Wykazano związek ( $p < 0,001$ ) ( $p < 0,05$ ) między wymiarem tożsamości *Pełnia emocjonalna*, identyfikowana w muzyce testu MITT, a czterema aspektami doświadczenia muzycznego: zaangażowanie w życie muzyczne, oddziaływanie na psychikę, integracyjna rola muzyki oraz innowacyjne zdolności muzyczne. W grupie klinicznej umiarkowanie wysokim wartościom zmiennej *Emocje* w kategorii *pełnia emocjonalna* (wyrażająca poczucie bezpieczeństwa i muzyczną formę macierzyństwa<sup>14</sup>) (Galińska, 2008, s. 437) identyfikowana w muzyce odpowiadają wyższe wartości zmiennej doświadczenie muzyczne w czterech aspektach: gotowość do zaangażowania w życie muzyczne, oddziaływania na psychikę, integracyjna rola muzyki (Panksepp i Bernatzky, 2002), innowacyjne zdolności muzyczne.

Z założenia pełnia emocjonalna jest indukowana w teście MITT przez dwa utwory: a) muzykę rozrywkową (jazz) (jest wskaźnikiem identyfikacji ze schematem cielesnego *Ja*, tj. zdolności do przeżywania erotyzmu, ZES), b) muzykę poważną (Rachmaninow) (jest wskaźnikiem identyfikacji ze schematem cielesnego *Ja*, pojawiającym się w kontekście zdolności do przeżywania

<sup>14</sup> Zgodnie z sugestią D. Wernera jest to pozycja mierząca wspomnienia, np. „usłyszenie piosenki czasami przywodzi na myśl pewien okres mojego życia” w podskali „reakcje afektywne”.

pozytywnej emocjonalności bądź zdolności do przeżywania pierwotnego poczucia bezpieczeństwa, jakie wiąże się ze znaczącą osobą z dzieciństwa i jej bliskością (np. matka.) (Galińska, 2008, s. 437). W grupie klinicznej umiarkowane, dodatnie współwystępowanie zmiennej pełnia emocjonalna ze zmienną doświadczenie muzyczne (w aspekcie gotowości do zaangażowania się w życie muzyczne) wskazuje na rolę centralnego znaczenia podążania za doświadczeniami muzycznymi w życiu człowieka, pojawiającego się w relacji z gotowością do identyfikowania w muzyce tożsamościowego schematu *Ja* jako pełnia emocjonalna. Ma to znaczenie dla przyszłych badań w zakresie możliwości harmonizacji tożsamościowej struktury *Ja* podczas procesu terapeutycznego i diagnostycznego z udziałem muzyki w muzykoterapii.

U chorych na schizofrenię ujawniono umiarkowanie wysoką korelację zmiennych aspektu doświadczenia muzycznego (integracyjna rola muzyki i oddziaływania na psychikę) z *pełnią emocjonalną* wyczuwaną w muzyce, co pozwala dalej eksplorować te związki w kierunku poszukiwania właściwych zależności przyczynowo-skutkowych. Zwłaszcza że w kontekście osób chorych – oddziaływanie na psychikę dotyczy efektów związanych z muzyką o charakterze uspokajającym, energetyzującym i integrującym reakcje, a integrująca rola muzyki prowadzi do zawierania i pogłębiania więzi z innymi (Werner i in., 2006).

U osób ze schizofrenią umiarkowanie wysokim wartościom zmiennej *pełnia emocjonalna* odpowiadają wyższe wartości *innowacyjne zdolności muzyczne* w aspekcie doświadczenia muzycznego. Schizofrenia wiąże się ze zmianami strukturalnymi i funkcjonalnymi w układzie słuchowym (Javitt i Sweet, 2015), zmniejszoną reaktywnością na dźwięki nieoczekiwane i nieignorowaniem dźwięków przewidywanych (O'Donnell, 2012). Orientacja przestrzeni i wysokości tonów oraz melodii jest w schizofrenii zaburzona (Kantrowitz i in., 2014), a występuje tendencja do zacierania się wartościowości emocjonalnych i skłonność do negatywnych doświadczeń w niektórych jej stanach (Kerkova, 2018). Wykazany związek wymaga więc dalszych wyjaśnień i badań. Możliwość identyfikacji tożsamościowego aspektu w schemacie *Ja* w kategorii *pełnia emocjonalna* w muzyce przez osoby ze schizofrenią (mające deficyty słuchowe i afektywne) jest interesującym spostrzeżeniem, zwłaszcza kiedy badania wskazują, że emocje muzyczne (vs pozamuzyczne) są bardziej pobudzające. Innowacyjne zdolności muzyczne dotyczą samooceny zdolności muzycznych oraz zdolności do generowania tematów i utworów muzycznych. Traktować należy je jako kreatywny aspekt doświadczenia muzycznego, ukierunkowanego na tworzenie muzyki i powstawanie nowych jakości. Muzykoterapia, posługując się w modelu portret muzyczny E. Galińskiej technikami kreatywnymi z zakresu improwizacji (na instrumentach C. Orffa), korzysta z potencjału relacji łączących muzykę z osobą, co ukierunkowuje działania na eksplorowanie i modelowanie tożsamości (zaburzonego schematu *Ja*). Kreatywny komponent skali, rozumianej

jako innowacyjny aspekt doświadczenia muzycznego, odnosi się do możliwości związanych ze zdolnością jednostki do prezentacji muzyki przed publicznością – może nią być dowolne wykonanie muzyki improwizowanej (np. z instrumentarium Orffa), aktywne doświadczanie natury dźwięków, komponowanie.

**1.2.** Przewidywanie związku między wymiarami tożsamości, identyfikowanymi w utworach MTT, a aspektami doświadczenia muzycznego, mogącego różnić grupy badanych (osoby ze schizofrenią vs zdrowe), wskazuje, że w grupie kontrolnej:

a) Wykazano związek między wymiarem tożsamości *Emocje / pełnia emocjonalna* (identyfikowana w muzyce testu MTT) a aspektem doświadczenia muzycznego – integracyjna rola muzyki<sup>15</sup>.

b) W grupie kontrolnej: wykazany wysoki, pozytywny związek *pełni emocjonalnej* z doświadczeniem muzycznym w kontekście integrującej roli muzyki – pozwala wspomnieć o badaniu, w którym doświadczenie muzyczne traktowane było jako surowiec tożsamości muzycznej (koncepcji siebie), uwzględniającej rolę muzycznej samoświadomości (Spychiger, 2017). W refleksji nad tym zagadnieniem zastanawia to, na ile muzyczna samoświadomość jest strukturą psychologiczną, która przekształca osobiste doświadczenia muzyczne w tożsamość muzyczną, a ta mogłaby w szczególny sposób łączyć się z tendencją do integrującej roli muzyki, sprzyjającej budowaniu więzi z innymi.

c) Wykazano związek między wymiarem tożsamości *głębia uczuciowa* (identyfikowana w utworach MTT) z podskalami: oddziaływania na psychikę oraz zaangażowanie w życie muzyczne. W grupie klinicznej umiarkowanie wysokim wartościom zmiennej *głębia uczuciowa* w kategorii *emocje negatywne* (identyfikowane w muzyce testu MTT) odpowiadają wysokie wartości zmiennej innowacyjne zdolności muzyczne.

d) Nie został potwierdzony w grupie klinicznej, istotny związek wymiaru *Erotyzmu / Zmysłowości (ZES)* z doświadczeniem muzycznym.

## Podsumowanie

Wyniki prezentowanego badania pilotażowego miały wykazać związki między modelami, w których za podstawę projekcyjnej recepcji psychologiczno-muzycznej uważa się aspekt tożsamości (w schemacie *Ja*) identyfikowany w muzyce, a także doświadczenie muzyczne, z jakim mamy do czynienia w życiu. Model możliwych współzależności nie został w pełni potwierdzony, niemniej uzyskano ważne informacje o zaistniałych związkach dla dalszych eksploracji i badań w

---

<sup>15</sup> Zgodnie z sugestią D. Wernera jest to pozycja mierząca wspomnienia, np. „usłyszenie piosenki czasami przywodzi na myśl pewien okres mojego życia” w podskali „reakcje afektywne”.

kontekście muzyki. Brak kilku związków w pilotażu może wynikać z dobrania mało licznej grupy badawczej, co może, choć nie musi, być powodem braku pewnych relacji między zmiennymi. Jak wskazują wyniki badania, współzmiennność wybranych aspektów tożsamości w muzyce i doświadczenia muzycznego ma miejsce w określonych konfiguracjach, co różni grupy badanych. W obliczu otrzymanych wyników można stwierdzić, że model badawczy wymaga dalszej weryfikacji ujawnionych związków, które są obiecujące na przyszłość. Otrzymane wyniki pozwalają na postawienie kolejnych pytań i skłaniają do refleksji nad innymi rozwiązaniami eksperymentalnymi, które prowadzą w stronę zwiększenia grupy badawczej i badania zależności przyczynowo-skutkowej. Badaczy natomiast przybliżą do odpowiedzi o możliwość komplementarnego diagnozowania tożsamościowej struktury *Ja* w muzyce oraz w kontekście życiowego doświadczenia muzycznego, jakie są pomocne w muzykoterapii i psychoterapii muzycznej, posługującej się projekcyjną recepcją bodźca muzycznego.

## Bibliografia

- Bee, H. (1998). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i Spółka.
- Bem, S. L. (1975). Sex role adaptability: One consequence of psychological androgyny. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 634–643.
- Bem, S. L. (1985). Androgyny and gender schema theory: A conceptual and empirical integration. W: T. B. Sonderegger (red.), *Nebraska symposium on motivation, 1984. Psychology and gender* (s. 179–226). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Bem, S. L. (1997). Androgynia psychiczna a tożsamość płciowa. W: Ph. G. Zimbardo, F.L. Ruch (red.), *Psychologia i życie*. Warszawa: PWN.
- Bem, S. L. (2000). *Męskość, kobiecość. O różnicach wynikających z płci*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Brzezińska, A. I. (red.) (2021). *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Castro, S. L., Lima, C. (2014). Age and Musical Expertise Influence Emotion Recognition in Music. *Music Perception*, 32(2), 125–142. <https://doi.org/10.1525/mp.2014.32.2.125>.
- Chelkowska-Zacharewicz, M. (2017). *Reagowanie na muzykę – afektywne podstawy i rola kontekstu poznawczego*, rozprawa doktorska pod kierunkiem dr. hab. Zbigniewa Spendela. Katowice: Uniwersytet Śląski, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Instytut Psychologii.
- Dalla, B. S., Giguère, J. F., Peretz, I. (2007). Singing proficiency in the general population. *Journal Acoust. Soc. A.*, 121(2), 1182–1189.
- Dymnikowa, M., Galińska, E. (2022). Research of Psychometric Characteristics of Inventory of Psychological Gender Estimation and Thematic Validity Analysis with Musical Identity Test in Population with Mental Disorders. *Asian Journal of Pharmacy, Nursing and Medical Sciences*, 10(4), 38–53.
- Eaton, R. J., Bradley, G. (2008). The role of gender and negative affectivity in stressor appraisal and coping selection. *International Journal of Stress Management*, 15(1), 94–115.
- Erikson, E. H. (2002). *Dopełniony cykl życia*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Frith, S. (1996). Music and identity. W: S. Hall, P. Du Gay (red.), *Questions of cultural identity* (s. 108–128). Sage Publications, Inc.
- Gabrielsson, A. (2001). Emotions in strong experiences with music. W: P. N. Juslin, J. A. Sloboda (red.), *Music and emotion: Theory and research* (s. 431–449). New York: Oxford University Press.
- Gabrielsson, A. (2010). *Strong experiences with music*. W: P.N. Juslin, J.A. Sloboda (red.), *Handbook of music and emotion: Theory, research, applications* (s. 547–574). New York: Oxford University Press.

- Galińska, E. (1978). Podstawy teoretyczne muzykoterapii. *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 17, 81–98.
- Galińska, E. (1987). Symboliczna reprezentacja człowieka w muzyce, *Biuletyn Jubileuszowy Warszawskiej Jesieni*, 10, 6–11.
- Galińska, E. (1989). La musicothérapie cognitive: le portrait musical du patient. *La Revue de Musicothérapie (Paris)*, 1, 33–63.
- Galińska, E. (1991). Muzykoterapia w kompleksowym leczeniu schizofrenii w warunkach oddziału dziennego, *Psychoterapia*, 3(78), 39–50.
- Galińska, E. (1995). Analiza mechanizmów poznawczych muzykoterapii nerwic. *Psychoterapia*, 2(93), 27–60.
- Galińska, E. (1999). Doświadczenia muzyczne pacjenta a jego ocena efektów terapeutycznych metody „Portretu Muzycznego”, *Psychoterapia*, 4, 83–91.
- Galińska, E. (2000). *Muzyka w terapii. Psychologiczne i fizjologiczne mechanizmy jej działania*. W: W. Jankowski, B. Kamińska, A. Miśkiewicz (red.), *Człowiek – muzyka – psychologia* (s. 473–486). Warszawa: Wyd. Akademii Muzycznej im. F. Chopina.
- Galińska, E. (2001). Portret muzyczny jako metoda harmonizacji struktury „ja” pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, *Problemy Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego*, 1(14), 55–67.
- Galińska, E. (2003a). Doświadczenia urazowe i ich terapia metodą portretu muzycznego (PM). *Psychoterapia*, 1(124), 19–40.
- Galińska, E. (2003b). Muzykoterapia poczucia tożsamości. „Kodowanie muzyczne” – instalacja ego, *Psychoterapia*, 3(126), 61–72.
- Galińska, E. (2003). Elementy reparacji w psychodramie i w muzykoterapii według teorii Melanii Klein. *Psychoterapia*, 4, 17–28.
- Galińska, E. (2008). Muzyka jako nośnik cech człowieka – Muzyczny Test Tożsamości (MTT), *Przegląd Psychologiczny*, 51(4), 423–441.
- Galińska, E., Aranowska, E. (2004). Metodologiczne podstawy analizy stylu komunikacji muzycznej. *Przegląd Psychologiczny*, 4, 327–344.
- Galińska, E., Kozińska, J. (2005). Wpływ muzyki na symboliczny i diagnostyczny wymiar procesu wyobraźniowego. *Muzyka (Instytut Sztuki PAN)*, 4, 3–29.
- Goodman, K. D. (1981). Music therapy. W: S. Arieti, H. K. Brodie (red.), *American Handbook of Psychiatry* (s. 564–585). New York: Basic Books Inc.
- Javitt, D. C., Sweet, R. A. (2015). Auditory dysfunction in schizophrenia: Integrating clinical and basic features. *Nature Reviews Neuroscience*, 16, 535–550.

- Kantor-Martynuska, J. (2015). Emocjonalne reakcje na muzykę i jej czynniki muzyczne, indywidualne i sytuacyjne: podejście integracyjne. *Studia Psychologiczne*, 53(1), 35–40.
- Kantrowitz, J. T., Scaramello, N., Jakubovitz, A., Lehrfeld, J. M., Laukka, P., Elfenbein, H. A., Silipo G., Javitt, D. C. (2014). Amusia and protolanguage impairments in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 44(13), 2739–2748. doi: 10.1017/S003329171400037.
- Kerkova, B. (2018). Perception and experience of musical emotions in schizophrenia, *Psychology of Music*, 48(2), 1–16. DOI:10.1177/0305735618792427.
- Kivy, P. (2002). *Introduction to Philosophy of Music*. Oxford: Oxford University Press.
- Kreutz, G., Ott, U., Teichmann, D., Osawa, P., Vatil, D. (2008). *Using music to induce emotions: Influences of musical preference and absorption*. *Psychology of Music*, 36(1), 101–126. <https://doi.org/10.1177/0305735607082623>.
- Kokowska, M. (2019). Odbiór pieśni *Słopiewni* i *Pieśni Kurpiowskich* Karola Szymanowskiego przez dzieci w aspekcie emocjonalnym, doświadczeniowym i narracyjnym, *Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal*, 25(1), 117–129. DOI: 10.14691/CPJ.25.1.117.
- Kuczyńska, A. (1992). *Inwentarz do oceny płci psychologicznej. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Kuczyńska, A. (2002). Płeć psychologiczna idealnego i rzeczywistego partnera życiowego oraz jej wpływ na jakość realnie utworzonych związków. *Przegląd Psychologiczny*, 45(4), 385–399.
- Macrae, C. N., Bodenhausen, G. V. (2000). Thinking categorically about others. *Annual Review of Psychology*, 69, 397–407.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, Self and Society: From the Standpoint of a Social Behaviorist*. Chicago: University of Chicago Press.
- Muszyński, H. (1976). *Zarys teorii wychowania*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Naukowe.
- Münste, T., Altenmüller, E., Jäncke, L. (2002). The musician's brain as a model of neuroplasticity. *Nature Reviews Neuroscience*, 3, 473–478.
- Natanson, T. (1978). Dzieło muzyczne jako niewerbalny komunikat. *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 17, 119–133.
- Nordoff, P., Robbins, C. (2008). *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- O'Donnell, B. F., Salisbury, D. F., Niznikiewicz, M. A., Brenner, C. A., Vohs, J. L. (2012). Abnormalities of event-related potential components in schizophrenia. W: S. J. Luck, E. S. Kappenman (red.), *The Oxford handbook of event-related potential components* (s. 537–562). New York: Oxford University Press.
- Orff, G. D. (1988). *The Orff Music Therapy*. New York: Schott Music Corporation.



- Panksepp, J., Bernatzky, G. (2002). Emotional Sounds and the Brain: the Neuro-affective Foundations of Musical Appreciation. *Behavioural Processes*, 60(2), 133–155.
- Posłuszna, J. (2014). *Osobowość a preferencje muzyczne*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Przetacznik-Gierowska, M., Tyszkowa M. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka. Zagadnienia ogólne*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Naukowe.
- Saarikallio, S., Erkkilä, J. (2007). The role of music in adolescents' mood regulation. *Psychology of Music*, 35(1), 88–109.
- Saarikallio, S., Nieminen, S., Brattico, E. (2013). Affective reactions to musical stimuli reflect emotional use of music in everyday life. *Musicae Scientiae*, 17(1), 27–39.
- Scherer, K. R. (2005). What are emotions? And how can they be measured? *Social Science Information*, 44, 695–729.
- Senejko, A. (2010). Inwentarz Stylów Tożsamości (ISI) Michaela D. Berzonsky'ego – dane psychometryczne polskiej adaptacji kwestionariusza, *Psychologia Rozwojowa*, 15(4), 31–48.
- Spychiger, M. (2017). *From Musical Experience to Musical Identity: Musical Self-Concept as a Mediating Psychological Structure*. W: R. MacDonald, D. J. Hargreaves, D. Miell (red.), *Handbook of musical identities* (s. 267–287). Oxford University Press.
- Temperley, D. (2001). *The Cognition of Basic Musical Structures*. Massachusetts: The MIT Press.
- Tremeau, F. (2006). A review of emotion deficits in schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(1), 59–70.
- Vieillard, S., Gilet, A.-L. (2013). Age-related differences in affective responses to and memory for emotions conveyed by music: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, 711(4), 285–294. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00711>.
- Vieillard, S., Peretz, I., Khalfa, S., Gagnon, L., Bouchard, B. (2008). Happy, sad, scary and peaceful musical excerpts for research on emotions. *Cognition & Emotion*, 22(4), 720–752. <https://doi.org/10.1080/02699930701503567>.
- Werner, P. D., Swope, A. J., Heide, F. J. (2006). The Music Experience Questionnaire: Development and Correlates. *The Journal of Psychology*, 140(4), 329–345.
- Werner, P., Swope, A. J., Heide, F. J. (2009). Ethnicity, music experience, and depression. *Journal Music Therapy*, 46(4), 339–358.