



POLSKIE
PISMO
MUZYKOTERAPEUTYCZNE
nr 8/9(2021/2022)

Redaktor naczelny:
Wojciech Strzelecki

Redakcja i korekta:
Anna Lembicz

Recenzje: dr Sara Knapik-Szweda (UŚ)

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

Spis treści

Niedosłuch centralny w kontekście muzykoterapeutycznym Anna Konopacka	4
Możliwości zastosowania muzykoterapii w pracy z uprawomocnieniem emocji Bartłomiej Tarkowski.....	9
Muzykoterapia i możliwości technologiczne podczas pandemii COVID-19 – przeгляд badań Agnieszka Sepiolo.....	20
Oddziaływania muzykoterapeutyczne u pacjentów poddanych hospitalizacji w związku z COVID-19. Eksploracyjne, wielokrotne studium przypadku Grażyna Leja-Franczyk	25
Program relaksacji i wizualizacji jako metoda wspierania studentów pedagogiki w sytuacji pandemii COVID-19 Anita Łucjan-Kowalska.....	37
Spoleczne znaczenie muzyki i ruchu we wczesnym rozwoju dziecka Mirosława Cylkowska-Nowak.....	48
Wpływ oddziaływań muzykoterapeutycznych na poprawę jakości życia seniora – studium przypadku Kacper Trela.....	75

Niedosłuch centralny w kontekście muzykoterapeutycznym

Anna Konopacka

Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego w Katowicach

Zespół Szkół Specjalnych nr 42 w Zabrze

Streszczenie

Celem artykułu jest zarysowanie problematyki centralnych zaburzeń przetwarzania słuchowego, nazywanych również niedosłuchem centralnym oraz przedstawienie omawianego zagadnienia w perspektywie muzykoterapeutycznej. Autorka wyjaśnia proces przetwarzania słuchowego oraz omawia terminologię towarzyszącą problemowi. Następnie, nawiązując do najnowszych badań dotyczących wpływu muzyki na mechanizmy przetwarzania słuchowego, a także do własnej praktyki muzykoterapeutycznej, podkreśla korzyści płynące z aktywnego muzykowania z uczniami słabosłyszącymi.

Słowa kluczowe: centralne zaburzenia przetwarzania słuchowego, niedosłuch centralny, muzykoterapia, muzyka

Wprowadzenie

Prawidłowo funkcjonujący narząd słuchu nie zapewnia człowiekowi gwarancji pełnego i niezakłóconego procesu słuchania, czyli aktywnego analizowania i interpretowania informacji akustycznej. Zdarza się, że pomimo braku deficytów w budowie i/lub funkcjonowaniu obwodowych elementów układu słuchowego, sygnał dźwiękowy zostaje niepoprawnie zinterpretowany i zrozumiany. O ile słyszenie jest procesem biernym, to słuchanie wymaga pewnego rodzaju aktywności i jeśli w obrębie tego drugiego pojawiają się pewne niepokojące odstępstwa od przyjętego standardu, można podejrzewać zespół objawów, jakim są centralne zaburzenia przetwarzania słuchowego (Bieńkowska, Polok, 2018). Objawy te najczęściej pojawiają się wraz z rozpoczęciem przez dziecko edukacji szkolnej i pośród nich wyróżnia się:

- nierozumienie mowy w trudnych warunkach akustycznych np. w hałasie,
- nierozumienie mowy zniekształconej i niewyraźnej,
- trudności w lateralizacji źródła dźwięku,

- opóźnioną reakcję na informację słuchową,
- utrudnione uczenie się w oparciu o bodźce słuchowe,
- krótki czas utrzymania uwagi,
- nadwrażliwość słuchową,
- problemy z zapamiętywaniem informacji przekazanej drogą werbalną,
- brak umiejętności formułowania płynnych wypowiedzi,
- problemy z nabywaniem umiejętności czytania i pisanie,
- problemy z emocjonalnym funkcjonowaniem w grupie,
- opóźniony rozwój mowy i zaburzenia artykulacji (Skoczylas i in., 2012).

Problem ten dotyczy obecnie 2-3% dzieci i około 10% osób dorosłych (Zaborniak-Sobczak, Bieńkowska, Senderski, 2016, za: Fuente, McPherson 2007), a samo orzekanie niedosłuchu centralnego wciąż stanowi wyzwanie dla specjalistów, z uwagi na brak określonych wytycznych postępowania diagnostycznego (Zaborniak-Sobczak, Bieńkowska, Senderski, 2016).

Niedosłuch centralny

Zaburzenia przetwarzania słuchowego dotyczą osób, u których najczęściej nie stwierdza się deficytów w obrębie narządu słuchu obwodowego, co potwierdzają prawidłowe wyniki badań słuchu, jednak zauważalne są trudności i zachowania charakterystyczne dla osób niedosłyszących (Zaborniak-Sobczak, Bieńkowska, Senderski, 2016). Nieprawidłowości te wynikają z zaburzonych wyższych partii słuchowych. Przetwarzaniem słuchowym są zatem wszelkie procesy i mechanizmy odpowiedzialne za zjawiska, takie jak:

- lokalizacja i lateralizacja dźwięku,
- słuchowe różnicowanie dźwięków,
- przetwarzanie czasowe dźwięków, w tym: analizę (rozdzielczość) czasową, maskowanie czasowe, integrację czasową bodźców, percepcję kolejności bodźców,
- rozumienie sygnału (np. mowy) w obecności sygnału zagłuszającego,
- rozumienie sygnałów zniekształconych (Skoczylas i in., 2012, s. 51).

Jeśli jeden lub więcej procesów odpowiedzialnych za wymienione powyżej zjawiska jest zaburzony, wtedy zasadne jest stwierdzenie centralnych zaburzeń przetwarzania słuchowego.

Zainteresowanie problematyką centralnych zaburzeń przetwarzania słuchowego (ang. *Central Auditory Processing Disorders*, CAPD) nie jest zjawiskiem nowym – sięga lat 50. ubiegłego wieku. Początkowe badania skupiały się głównie na próbie zrozumieniu natury zagadnienia. Dopiero współczesna technologia umożliwia skuteczną i pełną diagnostykę w kierunku

niedosłuchu centralnego (Zaborniak-Sobczak, Bieńkowska, Senderski, 2016). Trwające w latach 90. dyskusje na temat cech różniących zaburzenia przetwarzania słuchowego od innych, takich jak np. afazja, dysleksja czy nadpobudliwość psychoruchowa, doprowadziły w 2005 roku do opublikowania przez Amerykańskie Towarzystwo Języka, Mowy i Słuchu (American Speech-Language-Hearing Association, ASHA) następującej definicji: „Centralne zaburzenia przetwarzania słuchowego są to nieprawidłowości w przetwarzaniu słuchowym na poziomie neuronalnym. Nie wynikają one z zaburzeń poznawczych i językowych, choć często z nimi współwystępują” (Kruczyńska-Werner 2018, s. 232, za: Kurkowski 2013; Zaborniak-Sobczak 2016). Warto również zaznaczyć, że „Zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób ICD-10, CAPD nie stanowią odrębnej jednostki chorobowej, ale są zespołem objawów, będących konsekwencją trudności w zakresie opracowania informacji akustycznej w ośrodkowej części układu słuchowego, pomimo prawidłowej czułości słuchu” (Zaborniak-Sobczak, Bieńkowska, Senderski, 2016, s. 119, za: Skoczylas i in., 2012).

W nomenklaturze medycznej omawiane zaburzenie figuruje najczęściej jako niedosłuch centralny, co jest istotne m.in. w zapewnianiu dzieciom z CAPD odpowiedniego wsparcia edukacyjnego i terapeutycznego, w tym wydawania orzeczeń o potrzebie kształcenia specjalnego. Dzieci z niedosłuchem centralnym w warunkach lekcyjnych funkcjonują jak uczniowie słabosłyszący i również taką nomenklaturą najczęściej posługuje się społeczność szkolna. Chociaż kojarzenie niedosłuchu centralnego z formą niepełnosprawności słuchowej wciąż bywa tematem budzącym kontrowersje (wielu specjalistów, w tym lekarzy, powołując się na prawidłowy wynik uzyskany w badaniu słuchu nie stwierdza niepełnosprawności – Zaborniak-Sobczak, Bieńkowska, Senderski, 2016) to nie budzi wątpliwości fakt, że dzieci z CAPD wymagają odpowiedniego, dostosowanego wsparcia edukacyjno-terapeutycznego.

Obok zaopatrzenia dziecka w specjalne systemy FM, czyli urządzenia, których celem jest wzmocnienie głosu osoby mówiącej, przy jednoczesnym zredukowaniu odgłosów otoczenia, formy pomocy koncentrują się na trzech obszarach:

rozwijanie umiejętności słuchowych,

rozwijanie języka, komunikacji i stymulowanie możliwości poznawczych dziecka,

poprawa jakości bodźców akustycznych (Skoczylas i in., 2012, s. 52, za: Shminky i Baran, 1999).

W ramach rozwijania umiejętności słuchowych, dużą popularnością cieszą się treningi słuchowe takie jak: metoda Alfreda Tomatisa, Indywidualna Stymulacja Słuchu Kjelda Johansena IAS, Auricula TM, metoda Samonas wg Ingo Steinbacha, Listening Fitness wg Paula Madaule, Trening Integracji Słuchowej (ang. *Auditory Integration Training* – AIT) wg Guya Berarda,

terapeutyczne słuchanie, *Fast For Word*, metoda Freda Warnkego, Interaktywny Metronom, logopedyczne i pedagogiczne treningi słuchowe (Skoczylas i in., 2012, s. 53).

Powszechnie stosowane formy treningu słuchowego nie uwzględniają jednak stanu emocjonalnego dziecka i jego rodziny (Skoczylas i in., 2012). Wydaje się być zasadne podkreślenie możliwości, jakie mogłaby w tym kontekście zaoferować muzykoterapia.

Muzykoterapia dzieci z niedosłuchem centralnym

Kierując się założeniami nurtu teoretycznego, który podkreśla wpływ muzyki na sferę neurofizjologiczną człowieka, można założyć, że oddziaływania muzykoterapeutyczne mogą być potencjalnie efektywne w przypadku osób z niedosłuchem centralnym.

„W tej (neurofizjologicznej) perspektywie T. Hillecke, A. Nickel, H.V. Bolay (2005) wskazali pięć czynników, które przyczyniają się do efektywności muzykoterapii. Są to:

zdolność muzyki do automatycznego przykuwania uwagi (tym samym do przekierowania jej z rejonów niepożądanych na pożądane);

zdolność muzyki do wpływania na emocje, widoczne w zmianach aktywności układu limbicznego i obszaru paralimbicznego;

wpływ muzyki na procesy poznawcze, szczególnie na pamięć;

możliwość warunkowania zachowań przez bodźce muzyczne (z uwzględnieniem zjawisk wynikających z obecności neuronów lustrzanych, które aktywizują się zarówno podczas obserwacji działania, jak i w trakcie samego działania);

komunikacyjny potencjał muzyki” (Konieczna-Nowak, 2013, s. 23).

Autorka artykułu prowadzi muzykoterapię w szkole specjalnej, do której uczęszczają uczniowie z różnymi deficytami w obrębie narządu słuchu, a także dzieci z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego. Zajęcia odbywają się najczęściej raz lub dwa razy w tygodniu. W ramach spotkań, które prowadzone są zwykle grupowo, realizowane są aktywności, takie jak: szeroko rozumiana praca z piosenką, w tym: słuchanie i wykonywanie ulubionych piosenek, pisanie i wykonywanie swoich autorskich piosenek przez uczniów, wypełnianie brakujących słów w tekście piosenki; tworzenie historii za pomocą kostek z serii *Story Cubes* i tworzenie podkładów dźwiękowych do wymyślonych opowieści oraz wszelkiego rodzaju improwizacje muzyczne. Obok wymienionych aktywności, w zajęcia wplatane są ćwiczenia, których celem jest potencjalna poprawa umiejętności związanych z przetwarzaniem słuchowym, a więc: lokalizowanie i detekcja dźwięków, rozróżnianie cech dźwiękowych takich jak: natężenie, wysokość, długość trwania, kolejność itp., rozpoznawanie dźwięków zagłuszonych przez inne sygnały akustyczne, rozróżnianie dźwięków zniekształconych. Na zajęciach pojawia się zatem stały

element treningu słuchowego, który stanowi istotny element procesu terapeutycznego. Proponowane aktywności mają na celu wspieranie i rozwijanie sfery słuchowej dzieci, która korelując z umiejętnościami poznawczymi, językowymi i komunikacyjnymi, może przełożyć się na funkcjonowanie emocjonalne i społeczne uczniów. Obok ćwiczeń rozwijających umiejętności słuchowe, pojawiają się takie aktywności, które mogą wpływać na poprawę koncentracji uwagi, pamięci, koordynacji słuchowo-ruchowej, a także techniki wzbogacające słownictwo czy umiejętność budowania płynnych i logicznych wypowiedzi.

Dzieci i młodzież będąca w procesie muzykoterapeutycznym przejawia wzrost samooceny i wiary we własne możliwości. Dla niektórych uczniów jest to także okazja do rozwijania własnych zainteresowań w atmosferze akceptacji i poszanowania muzycznych upodobań. Ważnym elementem jest włączanie dzieci z niedosłuchem centralnym do wszelkiego rodzaju uroczystości czy imprez szkolnych, które w kontekście terapeutycznym są momentem pełnej integracji i przeżywania wydarzeń muzyczno-teatralnych w ramach wspólnoty, jaką jest społeczność placówki.

Przegląd literatury

Aktualna literatura przedstawia nieliczne badania związane z wpływem aktywnego muzykowania na procesy przetwarzania słuchowego. Istnieje potrzeba rozwinięcia problematyki badań o kontekst muzykoterapeutyczny. Ostatnie badania (Braz, Gonçalves, Paiva, Haas, Patatt, 2021) potwierdzają, że doświadczenia muzyczne mają pozytywny wpływ na umiejętności związane z przetwarzaniem słuchowym. Zaleca się więc stosowanie aktywności muzycznych w celu doskonalenia tych obszarów, a także upatruje się w nich roli czynnika chroniącego przed zaburzeniami rozwojowymi, szczególnie tymi związanymi z mową i językiem. Przemawia za tym fakt, że dźwięki mowy i muzyki wykazują szereg podobieństw i tym samym praktykowanie muzyki stymuluje procesy związane z przetwarzaniem słuchowym. Podkreślono również, że pozytywne efekty omawianych działań dotyczą ludzi w każdym wieku, a działania muzyczne wpływają nie tylko na umiejętności słuchowe, ale również i te, które niezbędne są w rozwoju społecznym i nabywaniu nowej wiedzy. W badaniu zaznaczono pozytywny wpływ działań muzycznych na globalny rozwój dzieci i co więcej, zostało zasugerowane, że plastyczność mózgu jest indukowana przez praktykę muzyczną.

Ciekawym punktem wyjścia do dalszych rozważań i badań jest wniosek, który dotyczy percepcji rytmu przez dzieci z zaburzeniami przetwarzania słuchowego (Sidiras, Iliadou, Nimatoudis, Grube, Griffiths, Bamiou, 2019). Stwierdzono, że słaba percepcja rytmu wśród dzieci z niedosłuchem centralnym nie koreluje z uwagą słuchową, a jest rzeczywistym deficytem

przetwarzania sensorycznego. W przypadku dzieci bez zaburzeń związanych z przetwarzaniem słuchowym, słabsza percepcja rytmu wiąże się z kolei z uwagą słuchową. W badaniu tym podkreślono związek między rytmem, a percepcją mowy i zasugerowano, że stosowanie „treningu muzycznego/rytmicznego w celach rehabilitacyjnych u dzieci z CAPD” (Sidiras i in., 2019, s. 10) może przynieść potencjalne korzyści.

Podsumowanie

Niniejszy artykuł miał na celu zarysowanie problematyki centralnych zaburzeń przetwarzania słuchowego i wskazanie działań muzykoterapeutycznych jako formy wsparcia, która potencjalnie może wpływać wielokierunkowo na człowieka. Obok aktywności mających za zadanie usprawnianie funkcji słuchowych, muzykoterapia może mieć korzystny wpływ na sferę emocjonalną i społeczną klienta z niedosłuchem centralnym. Badania potwierdzają pozytywny wpływ muzyki na umiejętności związane z przetwarzaniem słuchowym, jednak wciąż brakuje literatury naukowej dotyczącej działań muzykoterapeutycznych w tym obszarze.

Bibliografia

- Bieńkowska, I., Polok K., (2018). Centralne zaburzenia przetwarzania słuchowego a nabywanie kompetencji językowych w zakresie języka obcego. *Linguodidactica*, 22, 23-45. DOI: 10.15290/lingdid.2018.22.0.
- Braz, C.H., Gonçalves, L.F., Paiva, K.M., Haas, P., Patatt, F.S.A., (2021). Implications of musical practice in central auditory processing: a systematic review. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 87, 217-226.
- Konieczna-Nowak, L., (2013). *Wprowadzenie do muzykoterapii*. Kraków: Wydawnictwo „Impuls”.
- Kruczyńska-Werner, A., (2018). Centralne zaburzenia przetwarzania słuchowego – aktualne możliwości terapii dostępne w Polsce. *Logopedia*. 47(1), 231-245.
- Sidiras C., Iliadou, V.V., Nimatoudis, I., Grube, M., Griffiths, T., Bamiou, D-E., (2019). Deficits in Auditory Rhythm Perception in Children With Auditory Processing Disorder Are Unrelated to Attention. *Frontiers in Neuroscience*. 13, 953. DOI:10.3389/fnins.2019.00953.
- Skoczylas, A., Cieśla, K., Kurkowski, Z., Czajka, N., Skarżyński, H., (2012). Diagnoza i terapia osób z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego w Polsce. *Nowa Audiofonologia*, 1(3), 51-55.
- Zaborniak-Sobczak, M., Bieńkowska, K. I., Senderski, A., (2016). Centralne zaburzenia przetwarzania słuchowego: od teorii do praktyki edukacyjnej. Wybrane problemy, *Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej*, 23, 116-132.

Możliwości zastosowania muzykoterapii w pracy z uprawomocnieniem emocji

Bartłomiej Tarkowski

¹Pracownia Muzykoterapii, Akademia Muzyczna im. Grażyny i Kiejstuta Bacewiczów w Łodzi

²Zakład Psychodermatologii, Katedra Pulmonologii, Reumatologii i Immunologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Streszczenie

Doświadczenie emocji to jeden z podstawowych elementów funkcjonowania jednostki. Pojawiające się w wyniku oceny sytuacji reakcje prowadzą do wystąpienia zmian w obszarze fizjologicznym, behawioralnym, poznawczym i społecznym. Jednocześnie znane i wykorzystywane nie tylko w terapii, ale również w budowaniu relacji społecznych mechanizmy współczucia czy empatii pozwalają na zrozumienie co i w jaki sposób przeżywa druga osoba. Często pomijanym aspektem jest jednak obszar akceptacji emocji odczuwanych przez jednostkę w danej sytuacji – bez oceniania ich prawidłowości czy adekwatności reakcji – nazywany uprawomocnieniem. W niniejszej pracy przybliżone zostały podstawy teoretyczne mechanizmów związanych z powstawaniem i przeżywaniem emocji, a także opisane zostało 6 poziomów uprawomocnienia wg Marsha M. Linehan wraz ze wskazaniem możliwości stosowania muzykoterapii w celu budowania uprawomocnienia w relacji terapeutycznej (na podstawie praktycznych doświadczeń z praktyki muzykoterapeutycznej).

Słowa kluczowe:

emocje, uprawomocnienie, relacja terapeutyczna

Definicje i cechy emocji

Pomimo tego, że doświadczane przez jednostkę emocje są podstawowym elementem kształtującym jej funkcjonowanie i stanowią jeden z głównych punktów zainteresowań zarówno badaczy, jak i terapeutów, brak jest jednej spójnej definicji lub chociaż teorii przyjętej powszechnie dla opisanego zjawiska. Andrzej Dąbrowski (2015) podejmuje próbę zebrania i krótkiego opisu istniejących na gruncie psychologii podejść do rozumienia emocji, wskazując na siedem odmiennych sposobów ich postrzegania: jako rezultatu zmian fizjologiczno-cieleśnych; współpracy

struktur mózgu; reakcji na bodziec zewnętrzny lub wewnętrzny; mechanizmu motywującego do działania; procesu adaptacyjnego utrwalonego w procesie ewolucji; elementu oceny procesów poznawczych czy zjawiska społeczno-kulturalnego. Dąbrowski wskazuje również na istnienie innych zjawisk powiązanych z emocjami takich jak doznania zmysłowe, pragnienia, afekt, uczucie czy nastrój. Zjawiska te różnią się od siebie złożonością (od prostego doznania rejestrowanego przez receptory po złożone uczucia), czasem trwania (od krótkotrwałego afektu po długotrwały nastrój) czy mechanizmem powstawania (Maruszewski i in., 2008; Kolańczyk i in., 2004).

Próbując wyróżnić najważniejsze cechy i znaczenie emocji warto odnieść się do rozważań Nico Frijdy (1986), który definiował emocje jako szczególny rodzaj stanu psychicznego pojawiającego się w wyniku oceny jakiegoś zdarzenia jako istotnego dla danej jednostki i prowadzącego do wystąpienia zmian w obszarze fizjologicznym (związanym z reakcjami organizmu), poznawczym (w obszarze myśli) oraz behawioralnym (związanym z zachowaniem). Jednocześnie warto podkreślić, że doświadczanie i przeżywanie emocji wiąże się z ich ekspresją – wyrażaniem poprzez wspomniane powyżej zachowania, mimikę czy komunikaty werbalne.

Dodatkowo wyróżnić można również trzy istotne składniki procesu emocjonalnego, cechy emocji, które pozwalają na ich dokładniejszy opis (Reykowski, 1992).

Znak emocji (walencja) dotyczący wartościowania emocji – tego, czy uznajemy ją za pozytywną, czy negatywną. Określenia, jaki jest znak emocji można dokonać na podstawie subiektywnego odczucia jednostki (przyjemności lub nieprzyjemności) lub poprzez analizę jej zachowania – w przypadku emocji negatywnych osoba stara się oddalić od siebie bodziec wywołujący dany stan; emocje pozytywne wywołują skłonność do zbliżania się do ich źródła (Maruszewski i in., 2008).

Intensywność emocji dotycząca siły oddziaływania i jej znaczenia dla jednostki. Jej ocena bywa trudna, zależna jest od przyjętego kryterium. Istnieje rozbieżność pomiędzy subiektywnymi (np. opartymi na samoopisie), a obiektywnymi (np. częstość bicia serca, temperatura ciała) miarami intensywności. Oprócz tego istnieje problem w porównywaniu intensywności dwóch różnych emocji, a także intensywności danej emocji u dwóch różnych osób.

Przedmiot emocji dotyczący obiektu, który daną emocję wywołuje. Zdarza się niekiedy, że stany emocjonalne nie są wywoływane przez żaden obiekt możliwy do zidentyfikowania na poziomie świadomym.

W potocznym języku często pojawiają się takie pojęcia jak dobre lub złe emocje. Z perspektywy psychologicznej takie rozróżnienie jest nie tylko błędne, ale wręcz szkodliwe. Warto zdać sobie sprawę z tego, że każda doświadczana przez jednostkę emocja jest ważna i istotna. Może nieść informację o tym, jakie znaczenie ma dana sytuacja (czy jest ona zagrażająca, czy sprzyjająca

i komfortowa), sugerować, jakie znaczenie ma dana relacja, czy wywołuje poczucie spełnienia i radości, czy też prowadzi do powstawania napięcia i złości. W tym stanie rzeczy każda emocja jest dobra – ważna dla zrozumienia kontekstu sytuacji, jej właściwej oceny, podjęcia efektywnego działania czy powstawania i utrzymywania się motywacji (Solomon i Stone, 2002).

Mechanizmy związane z odczuwaniem i rozumieniem emocji

Oprócz samego zdefiniowania emocji i opisu ich cech warto zwrócić uwagę na sposoby ich powstawania. W literaturze często wskazuje się na istnienie trzech mechanizmów: biologicznego, psychologicznego i społecznego (Maruszewski i in., 2009).

Mechanizm biologiczny opisany został przez Paula McLeana (1993). Zakłada on, że w ludzkim mózgu można wyróżnić trzy systemy odróżniające się anatomicznie, a także zróżnicowane pod względem pełnionych funkcji. Powstawały one w procesie ewolucji i są ze sobą połączone, choć odpowiadają za powstawanie zróżnicowanych emocji – od najbardziej pierwotnych struktur pnia mózgu, powiązanych z powstawaniem podstawowych i niezbędnych dla przetrwania emocji, takich jak strach (przed większym osobnikiem) czy agresja (w stosunku do intruza), poprzez układ limbiczny, który (wraz z płatami czołowymi kory mózgowej) odpowiada prawdopodobnie za przebieg oceny poznawczej, kluczowej dla powstawania emocji, aż po ewolucyjnie najpóźniejszą korę mózgową odpowiedzialną za wzbudzanie, kontrolę i koordynację procesów poznawczych u ludzi.

Psychologiczny mechanizm wzbudzania emocji dotyczy oceny zdarzeń w różnych wymiarach. Ocena poznawcza ma na celu rozpoznanie, czy zdarzenie jest znaczące z punktu widzenia interesów i celów jednostki. Można podzielić ją na ocenę pierwotną oraz wtórną (Lazarus, 1991). W procesie oceny pierwotnej zostaje podjęta decyzja czy emocja w ogóle się pojawi, a jeśli tak, to czy będzie to emocja pozytywna (sprzyjająca realizacji interesów jednostki), czy negatywna (stojąca w opozycji do tych interesów). Ocena wtórna ma na celu określenie sposobów dalszego działania w sytuacji pojawienia się emocji (zarówno negatywnej, jak i pozytywnej) w celu jej wykorzystania lub poradzenia sobie z jej ewentualnymi negatywnymi konsekwencjami. W tym celu osoba dokonuje analizy posiadanych zasobów osobistych oraz występujących zasobów środowiskowych.

Spoleczny mechanizm powstawania emocji dotyczy emocji powstających w czasie interakcji społecznych w konsekwencji dwóch procesów: zarażania się emocjami oraz empatii. Zarażanie emocjami dotyczy sytuacji, kiedy podmiot dostosowuje swoją reakcję mimiczną i pantomimiczną do zachowania innej osoby. Taką reakcję można obserwować już u noworodków. Reakcja ta nie kończy się jednak na zewnętrznej ekspresji – prowadzi ona do powstania u osoby

realnej reakcji emocjonalnej (Maruszewski i in., 2008). Istnieją badania wskazujące na istnienie tzw. neuronów lustrzanych – struktur znajdujących się w korze przedcuchowej – które stoją u podstaw zarażania emocjami. Warto o nich wspomnieć, ponieważ, według badaczy, to właśnie one pozwalają na reakcje już u niemowląt. Empatia jest procesem bardziej złożonym i polega na wyobrażeniu sobie świata emocjonalnego drugiej osoby. Do jej wystąpienia konieczna jest zdolność podmiotu do analizy sytuacji drugiej osoby i wzbudzenia w sobie emocji podobnych do tych, które odczuwa ta druga osoba (Eisenberg, 2005). Dodatkowo można wskazać jeszcze na istnienie zjawiska współczucia, które może być opisane jako specyficzna wrażliwość na cierpienie innych osób. Najczęściej wiąże się ono z umiejętnością okazywania życzliwości, tolerancji, zrozumienia czy wspaniałomyślności w stosunku do osób w trudnej sytuacji życiowej lub doświadczających osobistych trudności i prowadzi do pojawienia się zachowań nakierowanych na pomoc drugiej osobie.

Każdy z trzech wymienionych powyżej mechanizmów bierze udział w powstawaniu emocji. Często nie jest możliwe ich rozdzielenie i jednoznaczne wskazanie, w jaki sposób doszło do wystąpienia tej czy innej emocji. Warto podkreślić, że emocje mogą powstawać poprzez działanie każdego z tych trzech mechanizmów oddzielnie oraz na drodze ich interakcji.

Uprawomocnienie jako element procesu przeżywania emocji i pracy terapeutycznej

Miriam Brill i Nurit Nahmani (2016) wskazują na istotny wpływ umiejętności związanych z empatią i współczuciem na efektywność procesu terapeutycznego. Jednak poza tymi dwoma mechanizmami, które pomagają zrozumieć CO czuje klient, dając możliwość lepszego zrozumienia jego stanu, istotny może być jeszcze jeden, który zwraca uwagę na to, DLACZEGO pacjent tak się czuje. Marsha M. Linehan (Miller i in., 2007) nazywa ten mechanizm uprawomocnieniem i opisuje jako celowe podtrzymywanie i potwierdzanie prawdziwości i trafności doświadczeń klienta. Linehan podkreśla, jak istotne jest pokazanie klientowi, że jego reakcja jest zrozumiała, uzasadniona, adekwatna, sensowna i poprawna logicznie oraz że powinna być traktowana poważnie i zaakceptowana przez osobę, która jest w stanie ją uprawomocnić.

Przede wszystkim warto pamiętać, że przeżywane emocje – ich przedmiot, walencja i intensywność są wynikiem subiektywnej oceny. Niektórzy, nawet doświadczając intensywnych i trudnych emocji, nie reagują w sposób silny, zachowując możliwość efektywnego funkcjonowania. Inni z kolei, w sytuacjach uznawanych za niezbyt poważne, reagują bardzo silnie – manifestując swoją złość, niezadowolenie, doświadczając silnego lęku, smutku, poczucia osamotnienia (Shenk i Fruzzetti, 2011). Uprawomocnienie i uznanie tej subiektywnej reakcji nie musi wcale oznaczać zgody i wspierania takiej formy reakcji jako jedynej możliwej – oznacza jednak, że akceptuję

i rozumiem, że mogą się one pojawić i widzę, co je wywołało. Uprawomocnienie prowadzi do stworzenia przestrzeni dla pacjenta na jego własne przeżycia – bez bagatelizowania, negowania, umniejszania ich przyczyny.

Warto podkreślić, że niektórzy mogli do tej pory funkcjonować w środowisku, które często ignoruje, wyśmiewa, nie dając przyzwolenia na określone reakcje, a przez to nigdy wcześniej nie doświadczać uprawomocnienia swoich reakcji, myśli, emocji lub konkretnych zachowań. Taka sytuacja może prowadzić do przeświadczenia, że określone odczucia są niewłaściwe, wyolbrzymione, przesadzone. Sytuacja ta może wpływać nie tylko na funkcjonowanie klienta, ale także prowadzić do ukrywania lub wypierania niektórych myśli czy emocji, w obawie przed oceną innych lub w procesie autocenzury prowadzić do uznania, że reaguje „na wyrost” i tak naprawdę „nic się nie dzieje”.

Dlatego też pokazanie klientowi, że nie tylko dostrzega się jego emocje (poprzez współczucie czy empatię), ale rozumie się jego reakcję, pozwala na nią i akceptuje jej źródło może być kluczowe w tworzeniu efektywnej relacji terapeutycznej. Należy także zwrócić uwagę, że potrzeba uprawomocnienia emocji odnosi się do każdego – bez względu na wiek, płeć, wcześniejsze doświadczenia. Brak ich uprawomocnienia może prowadzić do negatywnej reakcji: poczucia niezrozumienia, krzyku, złości, odrzucenia relacji, utraty zaufania (Linehan, 1993).

6 poziomów uprawomocnienia i możliwości wspierania ich w muzykoterapii

Marsha M. Linehan (Miller i in., 2007) wyróżnia 6 poziomów uprawomocnienia, które w dalszej części zostaną krótko scharakteryzowane. Dla każdego z nich podano również przykłady wspierania w procesie muzykoterapeutycznym, oparte na praktycznych doświadczeniach z pracy autora.

Bycie obecnym i oddanie pełni swojej uwagi – zaprzestanie innych czynności (notowanie, sporządzanie dokumentacji), skupienie się na kliencie. Niezależnie od tego, czy klient krzyczy, biega czy zaczyna nerwowo stukać palcami w blat – istotne jest okazanie swojego pełnego zainteresowania. Warto zwrócić uwagę na niewerbalne aspekty, takie jak przytakiwanie, utrzymywanie kontaktu wzrokowego, potwierdzanie słów pacjenta. W praktyce muzykoterapeutycznej wspieranie tego aspektu możliwe jest również poprzez zapewnienie czasu i przestrzeni dla klienta na jego aktywność muzyczną – zarówno w pracy indywidualnej, jak i grupowej (w której należy zadbać również o uwagę uczestników wobec siebie nawzajem). Warto umożliwić każdemu z klientów swobodną ekspresję. Daje to pacjentowi przestrzeń na wyrażenie swoich emocji i poczucie, że jest wysłuchany i ma prawo doświadczać tego, co właśnie teraz czuje.

Odzwierciedlanie – wykorzystywanie parafrazy, powtarzanie swoimi słowami tego, co powiedział pacjent. Krótkie podsumowanie tego, co zrozumieliśmy z reakcji pacjenta – jednak bez oceniania, interpretacji. Może to być werbalna forma pokazania pacjentowi, że jesteśmy w stanie zrozumieć to, co czuje i akceptujemy jego reakcje. Dzięki temu sami możemy jeszcze lepiej określić motywacje i stan pacjenta. Muzykoterapia daje również narzędzia dla wspierania tego aspektu poprzez wspólne prowadzenie improwizacji, podążanie za pacjentem czy wprowadzanie elementów echa muzycznego, z podkreśleniem ważności nieoceniania i braku interpretacji. W sytuacji nieprawidłowego zrozumienia i błędnego odzwierciedlenia – przyjmijmy spokojnie informację zwrotną pamiętając, że naszym celem jest właśnie znalezienie prawdy o zachowaniu pacjenta.

Rozpoznawanie uczuć – bycie uważnym na to, co nie zawsze jest wypowiedziane wprost. W praktyce jest to próba „odgadnięcia”, co czuje druga osoba na podstawie mimiki jej twarzy, tonu głosu, opisu sytuacji lub innych informacji, które już na jej temat posiadamy. W pracy muzykoterapeutycznej pomocne będzie obserwowanie i nazywanie tego, co wyrażane jest w sposób pozawerbalny – poprzez grę na instrumencie, ruch czy inne formy ekspresji, ale także opisywanie elementów pojawiających się w obszarze werbalnym (w piosenkach, tekstach, odpowiedziach). Nazwanie stanu emocjonalnego lub przedstawienie go jako elementu wykonania muzycznego czy poprzez dobór odpowiedniego utworu lub piosenki może być pomocne zwłaszcza wtedy, gdy klient sam ma problemy z określaniem i identyfikowaniem stanów emocjonalnych. Jednocześnie warto pamiętać o tym, że również w tym przypadku możemy się mylić – nie walczmy z tym, bo każdy sam zna siebie najlepiej, a kluczem do uprawomocnienia jest właśnie uznanie tego, jak swój stan opisuje druga osoba, bez „wdrukowywania” jej własnych przekonań czy narzucania słuszności własnych doświadczeń.

Odnajdywanie sensu – zrozumienie reakcji drugiej osoby w nawiązaniu do jej przeżyć, doświadczeń, cech osobowości, relacji, w których wzrastała lub aktualnie się znajduje. Nawet jeśli dane zachowanie lub reakcja nie są „obiektywnie” optymalne i sens takiego zachowania może być trudny do dostrzeżenia – warto go poszukiwać. Muzykoterapia pozwala na stosowanie technik wyobraźniowych lub opierających się na metaforze, dających możliwość na zrozumienie szerszego kontekstu funkcjonowania klienta. Możliwe jest to również nie tylko poprzez skupianie się na danej sytuacji, ale także analizę pewnych prawidłowości dotyczących wybieranych przez pacjenta instrumentów, wzorców improwizacji, preferowanych stylów muzycznych, treści pojawiających się w piosenkach lub improwizacjach muzycznych, głosowych i ruchowych. Dotarcie do „źródła” danej reakcji, odnalezienie jej przyczyn wspólnie z klientem, może pozwolić na pełne uprawomocnienie. Jednocześnie może doprowadzić do lepszego zrozumienia sytuacji pacjenta lub odnalezienia elementów, które będą wymagały dalszej terapii lub wprowadzenia wsparcia w celu

uzyskania pełnego efektu terapeutycznego. Należy także podkreślić, że zrozumienie nie oznacza pełnej akceptacji danego zachowania czy reakcji – zwłaszcza, jeśli jest ona dezadaptacyjna i prowadzi do negatywnych skutków dla klienta. Daje to jednak możliwość dalszej analizy i szukania takich form wyrażania emocji czy doświadczania ich, które będą bardziej przystosowawcze i adekwatne. To również możliwe jest na drodze pracy muzykoterapeutycznej z zastosowaniem improwizacji i ćwiczeń pozwalających na przedstawianie różnorodnych reakcji w odpowiedzi na daną sytuację czy bodziec.

Normalizowanie – wskazanie, że przeżywane przez klienta emocje są normalne i każdy ich doświadcza, choć ich intensywność i sposoby wyrażania mogą być bardzo zróżnicowane. Same emocje są jednak czymś normalnym, a reakcja emocjonalna nie jest czymś złym, niewłaściwym, bezsensownym czy bezwartościowym. Muzykoterapia, szczególnie w pracy grupowej, daje możliwość nie tylko wyrażania swoich emocji, ale także obserwacji i uprawomocnienia emocji innych osób. Grupowe powtarzanie motywów granych przez jednego z uczestników, podążanie muzyczne czy ruchowe za poszczególnymi członkami grupy, wspólna praca nad wybranymi piosenkami lub zgoda na swobodną improwizację – będą elementami prowadzącymi do normalizacji emocji i reakcji. Należy też pamiętać o tym, że elementem uprawomocnienia nie jest udzielanie rad czy podtrzymywanie na duchu – *nie martw się, nie ma co się przejmować, nie przesadzaj, weź się w garść* – to sformułowania, które są przeciwieństwem uprawomocnienia. Pomimo dobrych intencji mogą sugerować, że reakcja klienta jest niewłaściwa, przesadzona. Stosując uprawomocnienie należy po prostu przyjąć, że w danym momencie, sytuacji, biorąc pod uwagę cały kontekst, klient po prostu nie jest w stanie zachować się inaczej, „odpuścić”, „wziąć się w garść”.

Okazanie równości – wskazanie, że osoba, z którą rozmawiamy, jest dokładnie taka, jak my sami. Jej emocje czy odczucia nie są wynikiem słabości, choroby, dysfunkcji, a ona sama nie jest nadwrażliwa czy też dysfunkcyjna bądź niekompetentna. W praktyce muzykoterapeutycznej należy zwrócić szczególną uwagę na ten aspekt w pracy z klientem, którego umiejętności muzyczne często nie będą dorównywały umiejętnościom muzykoterapeuty. Warto szczególnie uważnie obserwować klienta i nie wywoływać odczucia, że tylko pewien poziom umiejętności pozwala na prawidłowe wyrażanie emocji i adekwatne reagowanie. Reakcje klienta muszą być uznane za właściwe niezależnie od poziomu kompetencji czy wrażliwości muzycznej. Rolą muzykoterapeuty jest znalezienie sensu w tej ekspresji, bez budowania przewagi nad klientem, dominowania „muzycznego” w relacji terapeutycznej. W uprawomocnieniu najważniejsze jest zrozumienie i akceptacja. Stawianie siebie w roli eksperta, osoby bardziej opanowanej, doświadczonej, pełniącej rolę mentora nie będzie pomocne.

Podsumowanie

Niektóre z elementów niniejszego opisu mogą wydawać się naturalne i oczywiste – zwłaszcza w pracy muzykoterapeutycznej. To tylko pokazuje, jak dobrym narzędziem dla budowania uprawomocnienia może być muzykoterapia. Jednocześnie jednak warto pamiętać, że w codziennych sytuacjach klienci często będą znajdować się w sytuacjach zupełnie odwrotnych – w których brak jest wsparcia dla przeżywanych przez nich emocji i zrozumienia ich reakcji. Dlatego też szczególne i świadome zwrócenie uwagi na aspekt uprawomocnienia zarówno w terapii indywidualnej, jak i grupowej, daje szansę na zbudowanie dobrej relacji terapeutycznej, zwiększenie efektywności prowadzonej terapii i odnajdywanie przez klienta w procesie terapeutycznym nowych form przeżywania i ekspresji emocji, które mogą być dla niego bardziej komfortowe, efektywne czy akceptowalne społecznie bez nieprzyjemnego poczucia, że do tej pory funkcjonował niewłaściwie i nieprawidłowo.

Bibliografia

- Brill, M., Nahmani, N., (2017). The presence of compassion in therapy. *Clinical Social Work Journal*, 45, 10-21. <https://doi.org/10.1007/s10615-016-0582-5>.
- Dąbrowski, A., (2015). *Emocje a procesy decyzyjne*. W: A. Schumann, A. Dąbrowski, J. Woleński (red.), *Podjęmowanie decyzji. Pojęcia, teorie, kontrowersje* (s. 235-261). Copernicus Center Press.
- Eisenberg, N., (2005). *Empatia i współczucie. Psychologia emocji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Frijda, N. H., (1986). *The emotions*. Cambridge University Press; Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- MacLean, P. D., (1993). *On the evolution of three mentalities*. W: J. B. Ashbrook (red.), *Culture & the human spirit* (s. 15-44). University Press of America.
- Maruszewski, T., Doliński, D., Łukaszewski, W., Marszał-Wiśniewska, M., (2008). *Emocje i motywacja*. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M., (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press.
- Kolańczyk, A., Fila-Jankowska, A., Pawłowska-Fusiara, M., Sterczyński R., (2004) *Serce w rozumie: afektywne podstany orientacji w otoczeniu*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Lazarus, R. S., (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.
- Linehan, M. M., (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Reykowski, J., (1992). *Procesy emocjonalne, motywacja, osobowość*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Shenk, C. E., Fruzzetti, A. E., (2011). The impact of validating and invalidating responses on emotional reactivity. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(2), 163–183. <https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.2.163>.
- Solomon, R. C., Stone, L. D. (2002). On „Positive” and „Negative” Emotions. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 32(4), 417-435. <https://doi.org/10.1111/1468-5914.00196>.

Muzykoterapia i możliwości technologiczne podczas pandemii COVID-19 – przegląd badań

Agnieszka Sepiolo

Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego w Katowicach

Streszczenie

Pandemia COVID-19 sprawiła, że dotychczasowy i uniwersalny system pracy różnych specjalistów – nauczycieli, urzędników, sprzedawców, terapeutów na całym świecie, wymagał nowej organizacji i dostosowania go do obowiązującej sytuacji społeczno-epidemiologicznej. Powstały nowe możliwości w zakresie prowadzenia pracy terapeutycznej w trybie online w związku z ograniczeniem możliwości intuicyjnego kontaktu z drugim człowiekiem. Muzykoterapeuci, tak jak i inne grupy zawodowe, dostosowali się do nowej rzeczywistości i prowadzili sesje w trybie zdalnym korzystając z powszechnie dostępnych osiągnięć technicznych oraz wirtualnej rzeczywistości. Na potrzeby niniejszego przeglądu, przeszukano bazy danych NCBI, ResearchGate, Frontiers, PubMed, MDPI oraz Google Scholar w poszukiwaniu badań, używając słów kluczowych *music therapy*, *online/virtual reality/telehealth*, *COVID-19*. Wyniki przeglądu obejmowały artykuły objaśniające strukturę prowadzenia sesji w trybie zdalnym, wskazówki i implikacje praktyczne dla prowadzonych sesji oraz opis sytuacji zawodowej muzykoterapeutów na całym świecie. Zaobserwowano możliwość skutecznego prowadzenia sesji muzykoterapii w trybie online oraz korzyści i deficyty płynące ze stosowania muzykoterapii w kontakcie zdalnym. Więcej badań na ten temat pozwoliłoby na wyciągnięcie jaśniejszych wniosków.

Słowa kluczowe:

muzykoterapia, wirtualna/online muzykoterapia, telemedycyna, COVID-19

Sytuacja pandemii COVID-19 w ujęciu kryzysu światowego

Rozprzestrzenianie się na całym świecie wirusa SARS-CoV-2 zostało uznane 11 marca 2020 roku przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za globalną pandemię (WHO, 2020) i najbardziej znaczący kryzys zdrowotny o zasięgu ogólnoswiatowym od czasów pandemii grypy w 1918 roku (Cascella, Rajnik, Aleem, Dulebohn, Di Napoli, 2021). Informacje z internetowej bazy danych Centrum Nauki i Inżynierii Systemowej (CSSE) Uniwersytetu Johnsa Hopkinsa (JHU)

pokazują, że od początku pandemii, aż do dnia 28 września 2021 roku (do godziny 10:21) pojawiło się 232 369 617 potwierdzonych przypadków koronawirusa na świecie i doszło do 4 756 930 zgonów (Johns Hopkins, University & Medicine, 2021).

Obawa o zdrowie i życie swoje, a także bliskich, rosnące bezrobocie poprzez zamykanie miejsc pracy, ograniczony dostęp dzieci i młodzieży do edukacji szkolnej, niepewna sytuacja ekonomiczno-gospodarcza, a także blokady i ograniczenia w poruszaniu się na terenie miast/województw/krajów – nagle i znacząco wpłynęły na codzienne życie i funkcjonowanie ludzi na całym świecie. W obiegu pojawiło się pojęcie „pandemii psychologicznej” (Giorgi i in., 2020) określające szczególnie negatywny wpływ rozprzestrzeniania się COVID-19 na zdrowie psychiczne młodych ludzi narażonych na pandemiczny stres, dorosłych będących w podwyższonej grupie ryzyka bądź osób z wcześniejszymi istniejącymi zaburzeniami psychicznymi. Ostatnie badania sugerują, że poprzez tak gwałtowne i znaczące ograniczenie interakcji społecznych w pandemicznym trybie życia, zwiększyło się poczucie izolacji i osamotnienia, zmniejszyła aktywność fizyczna, która powiązana jest z narastającymi problemami z bezsennością, a także nastąpił wzrost ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych (Chtourou i in., 2020).

Depresja, stres i lęk wiązały się z wieloma aspektami obecności pandemii w życiu codziennym, jednak w szczególności sposób związane były z obawą ludzi o swoje miejsca pracy. W komunikacie prasowym Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP) z dnia 18 marca 2020 roku odnotowano spadek liczby miejsc pracy o 24,7 mln jako najgorszy scenariusz i 5,3 mln jako scenariusz w najlepszej wersji (Giorgi i in., 2020). Ten okres stresu oraz zachwianej gospodarki ekonomicznej wpłynął także na zawodową stabilność pracujących muzykoterapeutów. Na podstawie badań przeprowadzonych przez zespół naukowy Kat R. Agres, stwierdzić można, że prawie wszyscy badani muzykoterapeuci, bo aż 97,3%, wskazali, że pandemia znacząco wpłynęła na wykonywaną praktykę zawodu – dodatkowo aż jedna trzecia respondentów musiała zmierzyć się z czasowym wstrzymaniem praktyki, kilku ankietowanych straciło pracę, a ci, którzy dalej w zawodzie funkcjonowali – zapoznawali się, a w konsekwencji – korzystali z alternatywnych sposobów pracy (Agres, Foubert, Sridhar, 2021a). Ten czas zmienił sposób myślenia, a także sposób wykonywania muzykoterapeutycznej pracy. Muzykoterapeuci stanęli przed wyzwaniami takimi jak przetransformowanie modelu prowadzonych sesji na tryb zdalny w związku z niemożliwością dostosowania się do zalecanego dystansu społecznego czy trudnościami związanymi z brakiem podstawowych środków dezynfekujących i ochrony osobistej. Według *American Music Therapy Association* muzykoterapię definiuje się jako kliniczne i oparte na dowodach zastosowanie interwencji muzycznych w celu osiągnięcia zindywidualizowanych celów w ramach relacji terapeutycznej przez certyfikowanego muzykoterapeutę, który ukończył zatwierdzony

program muzykoterapii (ang. *Definition and Quotes about Music Therapy – AMTA*). Niniejszy przegląd ukazuje, w jaki sposób muzykoterapeuci na całym świecie – pomimo utrudnień związanych z budowaniem relacji terapeutycznej – starali się przenieść istotę muzykoterapii na grunt pracy zdalnej ze względu na sytuację epidemiologiczną. Wskazuje również trendy, w jaki sposób konieczna była zmiana swojej praktyki zawodowej i utartych sposobów postępowania. Ponadto, ma na celu wyjaśnienie perspektywy muzykoterapeutów na temat korzyści i ograniczeń technologii w muzykoterapii, w tym zwłaszcza muzykoterapii online.

Pojawienie się na świecie szczepionek znacząco przyspieszyło powrót do normalności, dane z dnia 28 września 2021 roku (godz. 10:21) wskazują 6 131 696 07 całkowicie zaszczepionych osób (JHU, 2021). Uważa się, że to właśnie szczepionki są odpowiedzią na pytania dotyczące opanowania globalnej pandemii (Tavilani, Abbasi, Kian Ara, Darini, Asefy, 2021) i choć sytuacja na świecie powoli się uspokaja – zmiana trybu pracy muzykoterapeutów odcisnęła trwały ślad na aktualnie wykonywanej praktyce.

Muzykoterapia w pandemii jako wyzwanie dla utrwalonych praktyk. W poszukiwaniu adaptacji i możliwości działania

Ciągłość pracy podczas szczytowego rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 była konieczna ze względu na czynniki ekonomiczne, społeczne i epidemiologiczne. W odpowiedzi wielu muzykoterapeutów musiało znaleźć nowy model pracy i poszukiwać nowych technik użytecznych w bieżącej sytuacji (Markworth, 2021). Adaptacja sesji muzykoterapeutycznych do nowej, zdalnej rzeczywistości okazała się wieloaspektowym wyzwaniem – muzykoterapeuci często byli stawiani przed faktem dokonanym – prowadzenia sesji w nowy sposób bez odpowiedniego przygotowania, jednak w wielu miejscach mogli oni liczyć na konsultacje w sprawie nowego systemu. Jednym z przykładów jest powołanie specjalnej grupy zadaniowej C-19 przez Radę Dyrektorów AMTA (American Music Therapy Association) w celu koordynowania pracy i wsparcia muzykoterapeutów różnych regionów – AMTA na swojej stronie internetowej umieszcza nie tylko wskazówki praktyczne do zdalnej pracy terapeutycznej, lecz również dane kontaktowe do osób udzielających wsparcia (*COVID-19 Resources for Music Therapists and Students – AMTA*, 2020).

Lucia Kantorova wraz z zespołem (Kantorova i in., 2021) dokonali przeglądu literatury i na podstawie wyłonionych i opisywanych artykułów zsumowali występujące zmiany, ujmując je w poszczególnych kategoriach takich jak: korzyści i wyzwania związane z przystosowaniem się do sesji zdalnych, zgłoszone przez muzykoterapeutów, a także: adaptacja muzykoterapeutów do obowiązującej sytuacji.

Szczegółowa charakterystyka wybranych przykładów adaptacji muzykoterapeutów podczas pandemii COVID-19 prezentuje się następująco:

Adaptacje celów muzykoterapeutycznych – w tym także posłużenie się muzyką w celu uschematyzowania dnia pacjentów i zredukowania stresu związanego z obowiązującą izolacją.

Odpowiednie przygotowanie klienta do sesji – wyjaśnienia, że mogą być opóźnienia związane z przesyłem informacji bądź trudności w usłyszeniu siebie nawzajem przy równoczesnej mowie.

Adaptacja przestrzeni domowej – próba znalezienia odpowiedniego miejsca do przeprowadzenia sesji.

Adaptacja stosowanych metod i technik muzykoterapeutycznych na grunt muzykoterapii zdalnej.

Adaptacja używanych instrumentów muzycznych – w tym wykorzystanie również przedmiotów codziennego użytku.

Adaptacja technologiczna.

Elastyczność i logistyka pracy muzykoterapeuty.

Strategie działania i użyteczne narzędzia

Proces adaptacji był procesem trudnym, lecz koniecznym w celu zachowania ciągłości pracy. Opisu porządkującego pracę muzykoterapeutów podjęli się David Knott i Seneca Block, którzy określają trzy strategie działania przeznaczone do wspierania rozwoju i wdrażania usług muzykoterapii zdalnej (Knott, Block, 2020):

Tab. Strategie działań we wspieraniu i wdrażaniu usług muzykoterapii zdalnej

1. Pierwsza strategia	2. Druga strategia	3. Trzecia strategia
Wykorzystanie istniejących i funkcjonujących na stronach internetowych treści audio oraz video	Stworzenie własnych pomocy terapeutycznych z wykorzystaniem przygotowanych materiałów video/audio przez prowadzącego muzykoterapeutę	Połączenia online w czasie rzeczywistym za pomocą platform internetowych takich jak Zoom, Skype czy Microsoft Teams.

Trzy strategie działań podczas prowadzenia muzykoterapii online wydają się wyjątkowo korzystne ze względu na ukazanie wielu, tak różnych, możliwości pracy – od korzystania z istniejących materiałów poprzez realne połączenia zdalne, gdzie urządzenie internetowe staje się pośrednikiem spotkania z drugim człowiekiem.

Oprócz przywołanej funkcji porządkującej, autorzy w swojej pracy zwracają uwagę na jakość stosowanego sprzętu podczas prowadzenia sesji – na użytkowane kamery internetowe, które odpowiedzialne są za przekazywany obraz, mikrofon oraz głośnik wysokiej jakości w celu zapewnienia jak najoptymalniejszych warunków do przeprowadzenia sesji. Podkreślają również jak ważna jest odpowiedzialność za miejsce, w którym odbywa się sesja np. odpowiednie oświetlenie miejsca sesji czy prowadzącego muzykoterapeuty. Przy zachowaniu dbałości o szczegóły techniczne prowadzonej sesji i zastosowanie sprzętu odpowiedniej klasy – możliwe jest efektywne przeprowadzenie i dostosowanie do pacjenta muzykoterapeutycznej sesji online z wykorzystaniem istniejącej technologii.

Technologia przeżywa rozkwit na całym świecie, nic więc dziwnego, że muzykoterapeuci już od przeszło 20 lat wykorzystywali ją, aby ulepszyć swoją codzienną praktykę. Poczyniono ogromne postępy w tworzeniu skomputeryzowanych, choć wciąż indywidualnych, interwencji muzycznych, które mogą być wykorzystywane w domu samodzielnie przez pacjenta, podczas sesji z terapeutą czy podczas odpowiednich zabiegów klinicznych w różnorodnych placówkach opieki zdrowotnej, w których wykorzystuje się muzykę w celu wsparcia pacjenta (Agres i in., 2021a). Kat Agres wraz z zespołem podają, że we wrześniu 2020 r., a więc w czasie, w którym przez kilka miesięcy trwała pandemia, a muzykoterapeuci w tej rzeczywistości funkcjonowali – użytkowanie szeroko rozumianej technologii podczas pracy muzykoterapeutycznej wskazało 85,7% certyfikowanych muzykoterapeutów, podczas gdy w badaniach Wendy T. Magee z 2006 roku, z technologii korzystało zaledwie 30%, a w 2012 roku w badaniach Nicole D. Hahna – 71%. (Agres i in., 2021a). Na przestrzeni 14 lat widoczny jest więc wyraźny, bo 55,7% wzrost użytkowania technologii w praktyce terapeutycznej.

Autorzy badania *Music Therapy During COVID-19: Changes to the Practice, Use of Technology, and What to Carry Forward in the Future?* (Agres i in., 2021a) pokazują, że choć dostęp technologiczny pomaga muzykoterapeutom na całym świecie, to korzystanie z technologii nie jest tak samo powszechne w każdym zakątku świata, a wpływ na ten fakt mają: czynniki kulturowe, stosowanie konkretnych modeli/technik muzykoterapeutycznych, diagnoza pacjenta, która może sugerować, czy użycie technologii będzie pomocą czy barierą.

Co ciekawe, wskazuje się, że osoby, które wcześniej były zaznajomione z funkcjonowaniem technologii bądź przeszły odpowiednie szkolenie, entuzjastyczniej wypowiadały się w sprawie użyteczności i korzyści płynących z wykorzystania technologii w procesie terapeutycznym.

Autorzy przeprowadzili badanie na terapeutach z ponad 20 krajów – odpowiadali oni na pytania w formie ankietowej, które posłużyły do zbadania różnic w poglądach i podejściach muzykoterapeutycznych w Azji, Ameryce i Europie. Stwierdzili, że większość muzykoterapeutów uczestniczących w badaniu wykorzystywała w swojej pracy jakąkolwiek technologię, a bardziej znaczące użycie jej podczas codziennej praktyki wykazali muzykoterapeuci z Ameryki Północnej i Azji, niż z Europy. Podobny wzorec dotyczy wyrażanych poglądów – terapeuci z Ameryki Północnej oraz Azji i Oceanii w porównaniu z europejskimi muzykoterapeutami wykazywali się bardziej pozytywnymi i entuzjastycznymi opiniami na temat jej przydatności w celu osiągnięcia wskazanych wyników i celów muzykoterapeutycznych. Autorzy przyznają, że można rozpoznać tu związek z faktem, iż to właśnie w Europie był wskazany największy odsetek osób, które nie miały doświadczenia/szkolenia z użyteczności technologii w praktyce. Analogicznie, większym sceptycyzmem związanym z określeniem efektywności technologii w codziennym procesie muzykoterapeutycznym wykazali się respondenci nieposiadający odpowiedniego przeszkolenia (Agres i in., 2021a).

Przeprowadzono również badanie, w którym respondenci mieli wyrazić swoje zdanie w odpowiedzi na stwierdzenie: „Jestem pełen nadziei w związku z zawodem muzykoterapeuty”. Respondenci najczęściej zgadzali się z tym stwierdzeniem (31,88%), zdecydowanie zgadzało się 26%, „trochę” zgadzało się 18,60% i nieznacznie 11,01%. Łącznie 87,49% respondentów wyraziło zgodę na poczucie nadziei co do prezentowania tego zawodu podczas pandemii i wdzięczność za możliwość pracy mimo zmienionych warunków (Gaddy i in., 2020). Ciągłość pracy była ważna nie tylko dla pacjentów uczestniczących w procesie, ale również dla samych muzykoterapeutów – by zapewnić sobie i swoim rodzinom stabilność finansową w niepewnych czasach pandemii. Z biegiem czasu okazywało się, że muzykoterapeutyczna praca zdalna może nieść ze sobą wiele korzyści dla procesu terapeutycznego.

Technologia w muzykoterapii – korzyści i ograniczenia

Jako jeden z zasadniczych plusów wykorzystywania technologii w muzykoterapii uznaje się możliwość przystępowania do procesu muzykoterapeutycznego szerszej grupie odbiorców, bez względu na fizyczne ograniczenia takie jak miejsce zamieszkania, prezentowana mobilność czy odległość. Technologia umożliwia również generowanie bardziej trafnych informacji zwrotnych obdarzając pacjentów większym poczuciem sprawczości, celu oraz uczestnictwa. Kat Agres,

badaczka zafascynowana rozwojem technologii muzycznej (MedTech) wymienia przykłady znanej i wykorzystywanej technologii takiej jak:

Adaptive Use Musical Instruments (AUMI) – służy do tworzenia muzyki w sposób niekonwencjonalny za pomocą kamery śledzącej ruchy ciała/głowy uczestnika;

system *Brain Computing Music Interface (BCMI)* – dla tych pacjentów, którzy nie mogą używać swojego ciała podczas tworzenia muzyki – technologia ta mapuje sygnały neuronowe i jest rodzajem neurofeedbacku;

VOCA – system pomocy głosowej dla osób, które mają problemy z mową werbalną – tutaj za pomocą przelączników można sterować urządzeniem w celu uzyskania odpowiednich komunikatów głosowych (Agres i in., 2021a).

W ankiecie przeprowadzonej przez zespół Kat R. Agres muzykoterapeuci wskazywali, że korzystali również z szeroko pojętej techniki i technologii takiej jak: aplikacje, serwisy streamingowe, specjalne muzykoterapeutyczne oprogramowania, instrumenty MIDI. Korzystali również z inteligentnych urządzeń takich jak smartfony czy tablety (Agres i in., 2021a).

Stwierdzono, że korzyści płynące ze zdalnych sesji online przewyższają napotkane wyzwania (Gaddy i in., 2020).

Przykładem wykorzystania możliwości technologii jest użytkowanie urządzeń wirtualnej rzeczywistości (VR) w prowadzonym procesie z wykorzystaniem specjalnie stworzonej aplikacji (Tamplin, Loveridge, Clarke, Li, Berlowitz, 2020). Janette Tamplin wraz z zespołem opisuje stworzoną aplikację pozwalającą uczestnikom na udział w sesjach grupowych. Specjalna uwaga zwrócona została na zmniejszenie opóźnienia wynikającego z równoczesnego śpiewu – pacjenci uczestniczyli w sesjach na żywo, mogąc przenieść się w wybrane miejsce. Badanie pokazało, że wykorzystanie VR było pozytywnym i efektywnym doświadczeniem, a dzięki możliwości utworzenia indywidualnego awatara, który zasłaniał twarz pacjentów – wśród uczestników badania cierpiących z powodu urazu rdzenia kręgowego oraz porażenia czterokończynowego zmniejszyły się zahamowania związane ze śpiewem (Tamplin i in., 2020). Ponadto wirtualna rzeczywistość i wykorzystanie techniki VR może mieć korzystne rezultaty w łagodzeniu lęku i poprawie nastroju chorych na raka piersi podczas trwania chemioterapii (Chirico i in., 2020). Zestawienie VR i muzykoterapii pokazuje, że już sama wirtualna rzeczywistość może być skuteczną interwencją w łagodzeniu lęku i odwracaniu uwagi od przeżywanego bólu. Pomimo analizy efektów krótkoterminowych i zestawieniu wykorzystywanej muzykoterapii jedynie jako techniki relaksacji, wyniki różniły się na korzyść uczestniczących, od tych uzyskanych od grupy kontrolnej. Autorzy wspominają, że być może tak dobry wpływ VR na pacjentów wynikał z nowości urządzenia i jego niespotykanego zastosowania – potrzebna byłaby analiza efektów długoterminowych i weryfikacja,

czy VR jest skuteczne po wielu ekspozycjach. To badanie udowadnia jednak, że samo zastosowanie wirtualnej rzeczywistości jako interwencji rozpraszającej i jako alternatywy dla leczenia wyłącznie farmakologicznego może przynosić korzyść.

Wykorzystywanie podczas procesu osiągnięć rozwoju technologicznego powinno każdorazowo uwzględniać nie tylko potrzeby pacjentów, lecz także możliwość użytkowania zaproponowanej technologii w intuicyjny i łatwy sposób. Ma to za zadanie zapewnienie minimalnych zakłóceń przepływu interakcji terapeutycznej podczas sesji (Agres i in., 2021b).

Decyzję o tym, która technologia będzie najbardziej przydatna podczas procesu muzykoterapeutycznego podejmuje muzykoterapeuta na podstawie omówionych i ustanowionych celów. Agres wyjaśnia, że złożona kombinacja potrzeb pacjenta – nie tylko wzmocnienie motoryki czy rozwój umiejętności komunikacyjnych, ale także praca nad potrzebami poznawczymi, sensorycznymi czy społecznymi – determinuje, która technologia okaże się najbardziej odpowiednia w użyciu i którą technologię można wykorzystać w pracy z pacjentem nad określonymi celami (Agres i in., 2021b).

Warto pamiętać, że wybór odpowiedniej technologii powinien być kierowany poprzez prezentowane możliwości pacjenta, a pod uwagę szczególnie należy wziąć trzy aspekty: sprawność motoryczną, możliwości poznawcze i funkcje sensoryczne i psychospołeczne pacjenta (Agres i in., 2021b). W odróżnieniu od prowadzenia sesji w trybie standardowym (tzw. „w kontakcie”), skupienie się na możliwościach pacjenta przed rozpoczęciem procesu muzykoterapeutycznego wydaje się szczególnie istotne podczas prowadzenia muzykoterapii w trybie zdalnym. Dziać się tak może dlatego, że rozpoczęcie muzykoterapii zdalnej jest procesem bardziej skomplikowanym ze względu na użytkowanie sprzętu, którego podczas prowadzenia sesji „w kontakcie” nie używa się, a przynajmniej, nie jest on jedynym kanałem komunikacyjnym między terapeutą a pacjentem.

Wśród trudności podczas prowadzenia sesji muzykoterapii online wymienić należy (Markworth, 2021; Kantorova i in., 2021; Agres i in., 2021a):

brak spontanicznej interakcji poprzez nieprzebywanie w tym samym pomieszczeniu;

brak bliskości fizycznej i niemożność rozpoznawania sygnałów niewerbalnych;

zmniejszenie zaangażowania wśród pacjentów – większa męczliwość i rozproszenie;

nieprzewidywalne połączenie internetowe i słabą jakością dźwięku, trudności w rozumieniu mowy symultanicznie; utrudnienia w zakresie pola widzenia i poczuciu integracji;

brak odpowiedniego przeszkolenia i sprzętu – ze względu na niedostateczne finansowanie placówek/organów prowadzących terapię;

ograniczoną zastosowania muzykoterapii online – nieodpowiednie dla wszystkich grup odbiorców;

obawa o wystarczającą skuteczność terapii prowadzonej w formie zdalnej;

zwiększony wpływ na izolację pacjenta poprzez prowadzoną terapię w formule zdalnej.

Należy tutaj zauważyć, że z jednej strony muzykoterapia online budziła obawy o jej realny wpływ na zwiększenie poczucia izolacji, z drugiej strony w czasie, w którym większość aktywności zostawało zablokowanych i zawieszonych, jej obecność w zmienionej formule mogła dać pacjentowi namiastkę uczestnictwa w życiu społecznym. Przykładem tego może być badanie wpływu synchronicznej improwizacji online podczas pandemii (MacDonald, Burke, De Nora, Sappho Donohue, Birrell, 2021). Uczestnicy spotykali się poprzez platformę Zoom i wspólnie, muzycznie improwizowali. Udział w improwizacji pozytywnie wpłynął na stan zdrowia psychicznego, zwiększyło się poczucie przynależności oraz akceptacji, a także zmniejszyło się poczucie osamotnienia. Pomimo braku obecności muzykoterapeuty i braku przeprowadzenia procesu muzykoterapeutycznego, a jedynie spotkań z drugim człowiekiem i muzyką w trybie online, można stwierdzić, że to doświadczenie było pozytywnie odbierane. Jeden z uczestników badania stwierdził: „nie sądzę, żebym przeżył pandemię bez tej grupy. (...) Myślę, że nie czułbym się dobrze.” (tłum. wł. za: MacDonald i in., 2020). To badanie pokazuje, że będąc oddzielnym od drugiego człowieka barierą w postaci ekranu, można czuć się częścią społeczności. Dodatkowo, podczas przenoszenia muzycznej aktywności do formy zdalnej można eksperymentować również z formą graficzną/wizualną – z wszelkimi rodzajami tła, animacjami czy stosować eksperymenty ze światłem i kostiumami. Pomimo przesunięcia dźwięku związanego z użytkowaniem aplikacji, improwizacja nie ograniczała się jedynie do muzycznej warstwy, lecz również do warstwy wizualnej.

Podczas pandemii można było doświadczyć, jak muzyka w sposób szczególny mogła przyczynić się do szerzenia treści dotyczących zdrowia publicznego przeciwko rozprzestrzenianiu się COVID-19. Wzrosła liczba utworów muzycznych dotyczących przestrzegania zasad zdrowia publicznego, a dzięki temu ważne zalecenia mogły dotrzeć w najdalsze krańce świata i do różnych grup odbiorców, nie tylko dorosłych zainteresowanych polityką epidemiologiczną, ale również do młodzieży czy dzieci (Cournoyer Lemaire, 2020). Ciekawą formą wykorzystania muzyki poprzez przekaz zdalny było potraktowanie jej jako zasób, który w przystępny sposób pozwalał na przekazywanie istotnych treści jako potencjalne narzędzie komunikacji informacji dotyczących zdrowia publicznego i obowiązujących nowych norm sanitarno-epidemiologicznych (Cournoyer Lemaire, 2020). W Kanadzie lokalni artyści tworzyli muzykę, która poprzez swoją treść zachęcała do przestrzegania wymogów sanitarno-epidemiologicznych. Dzięki takiej formie, przekaz został efektywniej i skuteczniej przyjęty przez społeczeństwo. Również w naszym kraju niezwykłą popularnością cieszyło się wyzwanie „Hot 16 challenge”. Polegało ono na tym, by wyznaczony artysta w ciągu 72 godzin od otrzymania nominacji nagrał 16-wersową zwrotkę pod dowolny beat

i nominował kolejnych wykonawców do wykonania tego zadania. Tworzący i słuchający przy tej okazji zachęceni byli do wpłaty dowolnego datku na utworzoną zbiórkę. Celem tej inicjatywy było okazanie wsparcia medykom, którzy znajdowali się na pierwszej linii walki z epidemią poprzez swoją pracę w szpitalach. W serwisie YouTube można znaleźć nagrania z ponad kilkunastomilionowymi wyświetleniami, a utworzona zbiórka zebrała kwotę 3 681 884, 89 zł („Beef z koronawirusem #hot16challenge”, 2020). Powstawało wiele lokalnych inicjatyw jak np. „Daj się złapać w muzyczną sieć” – projekt, wsparty przez Program Dotacyjny „Kultura w Sieci” Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego, zakładający tworzenie specjalnej poczty piosenkowej i muzykoterapeutycznego relaksu, który dostarczony zostawał do placówek różnego typu takich jak: domy pomocy społecznej, szkoły specjalne czy placówki opiekuńczo-wychowawcze („Daj się złapać w muzyczną sieć”, 2020). Odbyły się także specjalne koncerty studentów Akademii Muzycznej im. Karola Szymanowskiego w Katowicach, którzy ze względu na warunki epidemiologiczne wykonywali przygotowany repertuar dla uczestników domu seniora na zewnątrz, pod oknami. Celem tych inicjatyw, których nie sposób wszystkich wymienić, była możliwość włączenia i współdziałania przedstawicieli różnych grup społecznych pomimo zwiększonego poczucia izolacji związanego z trwającą pandemią.

Konkluzje

Kiedy patrzymy w przeszłość, mamy pewność, że doświadczyliśmy i doświadczamy wciąż jednego z najpotężniejszych kryzysów zdrowotnych w historii. Przeniesienie części życia do formatu zdalnego było jedyną możliwą i dostępną odpowiedzią na potrzeby różnego typu. Istnieją również przesłanki mówiące o tym, że telemedycyna nadal pozostanie użytecznym i powszechnym modelem świadczenia usług muzykoterapeutycznych, także po okresie pandemicznym. Usługodawcy oraz rodziny korzystające z tej formy praktyki terapeutycznej zostały przystosowane do korzystania z nowych technologii i z upływem czasu czują się z tym coraz bardziej komfortowo (Bolton, 2021).

Istniejące badania, przeprowadzone na temat muzykoterapii online, dają nadzieję, że wszyscy zawodowo pracujący muzykoterapeuci odkryją potencjał i potrzebne zasoby do przetrwania tego wyjątkowego i niepewnego czasu. Choć obawa o ograniczenia płynące ze stosowania muzykoterapii w formacie zdalnym wydaje się realna, to dostrzegane są niewątpliwe korzyści, które w ostatecznym rozrachunku przewyższają napotkane wyzwania. Rozsądnym wydaje się więc otwartość na stosowanie tego formatu terapii.

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.

Agres, R. K., Schaefer, R. S., Volk, A., Hooren van S., Holzapfel, A., Dalla Bella, S., Müller, M., Witte de M., Herremans, D., Melendez, R. R., Neerincx, M., Ruiz, S., Meredith, D., Dimitriadis, T., Magee, W. L., (2021). Music, Computing, and Health: A roadmap for the current and future roles of music technology for health care and well-being. *Sage journals*, 4, 1-32, DOI: 10.1177/2059204321997709.

Beef z koronawirusem #hot16challenge dla siepomaga.pl (2020). Pobrane z: <https://www.siepomaga.pl/hot16challenge>, 28.10.2021 r.

Bolton, D., (2021). Telepractice: Then, Now, Continued. *Imagine Magazine*, 12(1), 25-29.

Cascella, M., Rajnik, M., Aleem, A., Dulebohn, S. C., Di Napoli, R., (2020). Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19). *StatPearls*, 3(31), 1-17.

Cournoyer Lemaire, E., (2020). Extraordinary times call for extraordinary measures: the use of music to communicate public health recommendations against the spread of COVID-19. *Canadian journal of public health*, 111(4), 477–479. DOI: 10.17269/s41997-020-00379-2.

COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). Pobrane z: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>; 28.09.2021 r.

COVID-19 Resources for Music Therapists and Students – AMTA. (2020). Pobrane z: https://www.musictherapy.org/about/covid19_resources/, 27.09.2021 r.

Chtourou, H., Trabelsi, K., H'mida, C., Boukhris, O., Glenn, J. M., Brach, M., Bentlage, E., Bott, N., Shephard, R. J., Ammar, A., & Bragazzi, N. L., (2020). Staying Physically Active During the Quarantine and Self-Isolation Period for Controlling and Mitigating the COVID-19 Pandemic: A Systematic Overview of the Literature. *Frontiers in psychology*, 11, 1708. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.01708.

Chirico, A., Maiorano, P., Indovina, P., Milanese, C., Giordano, G. G., Alivernini, F., Iodice, G., Gallo, L., De Pietro, G., Lucidi, F., Botti, G., De Laurentiis, M., Giordano, A., (2020). Virtual reality and music therapy as distraction interventions to alleviate anxiety and improve mood states in breast cancer patients during chemotherapy. *Journal of cellular physiology*, 235(6), 5353–5362. DOI: 10.1002/jcp.29422.

Daj się złapać w muzyczną sieć. Pobrane z: <https://www.facebook.com/Daj-się-złapać-w-muzyczną-sieć-103669804721335/>, 28.10.2021 r.

Definition and Quotes about Music Therapy – AMTA. Pobrane z: <https://www.musictherapy.org/about/quotes/>, 19.07.2021 r.

Giorgi, G., Lecca, L. I., Alessio, F., Finstad, G. L., Bondanini, G., Lulli, L. G., Arcangeli, G., Mucci, N., (2020). COVID-19-Related Mental Health Effects in the Workplace: A Narrative Review. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 7857. DOI: 10.3390/ijerph17217857.

Gaddy, S., Gallardo, R., McCluskey, S., Moore, L., Peuser, A., Rotert, R., Stypulkoski, C., LaGasse, A.B., (2020). COVID-19 and Music Therapists' Employment, Service Delivery, Perceived Stress, and Hope: A Descriptive Study. *Music Therapy Perspective*, 38(2) DOI: 10.1093/mtp/miaa018.

Kantorová, L., Kantor, J., Hořejší, B., Gilboa, A., Svobodová, Z., Lipský, M., Marečková, J., Klugar, M., (2021). Adaptation of Music Therapists' Practice to the Outset of the COVID-19 Pandemic-Going Virtual: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(10), 5138. DOI: 10.3390/ijerph18105138.

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

Markworth, L., (2021) Screening for Telepractice Services: Clinical Recommendations for Early Childhood Music Therapist. *Imagine Magazine*, 12(1), 106-109.

MacDonald, R., Burke, R., De Nora, T., Sappho Donohue, M., Birrell, R., (2021). Our Virtual Tribe: Sustaining and Enhancing Community via Online Music Improvisation. *Frontiers in psychology*, 11, 623640. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.623640.

Tamplin, J., Loveridge, B., Clarke, K., Li, Y., & J Berlowitz, D., (2020). Development and feasibility testing of an online virtual reality platform for delivering therapeutic group singing interventions for people living with spinal cord injury. *Journal of telemedicine and telecare*, 26(6), 365–375. DOI: 10.1177/1357633X19828463.

Tavilani, A., Abbasi, E., Kian Ara, F., Darini, A., Asefy, Z., (2021). COVID-19 vaccines: Current evidence and considerations. *Metabolism open*, 12, 100124. DOI: 10.1016/j.metop.2021.100124/
WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020, (2020).
 Pobrane z: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>; 28.09.2021 r.

Oddziaływania muzykoterapeutyczne u pacjentów poddanych hospitalizacji w związku z COVID-19. Eksploracyjne, wielokrotne studium przypadku¹

Grażyna Leja-Franczyk

Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego w Katowicach

Streszczenie

Kiedy w 2020 roku WHO ogłosiło pandemię COVID-19, społeczeństwo rozpoczęło poszukiwanie sposobu na jak najszybsze wygaszenie ognisk choroby i przywrócenie stanu rzeczy jak najbardziej zbliżonego do tego sprzed epidemii. Ponieważ muzykoterapia ma już w swojej historii zapisane oddziaływanie w zbliżonych warunkach, podjęto również próbę pracy z osobami poddanymi hospitalizacji. Artykuł ma na celu zbadanie sposobu oddziaływania muzykoterapeutycznego u osób z jednostką chorobową COVID-19 oraz chorobami towarzyszącymi, wskazanie potencjalnych obszarów wymagających interwencji terapeutycznej, a także określenie efektywności wprowadzonych technik na podstawie procesu terapeutycznego trzech klientów przy pomocy analizy saturacji, skali bólu i nastroju oraz wywiadów z klientami.

Słowa klucze: COVID-19, muzykoterapia, saturacja, ból, nastrój

Wprowadzenie

COVID-19 jest chorobą wywołaną wirusem SARS-CoV-2. WHO pierwszy raz zarejestrowało ją we wrześniu 2019 roku w mieście Wuhan w Chińskiej Republice Ludowej. W związku z szybkim rozprzestrzenianiem się choroby, w dniu 11 marca 2020 roku WHO ogłosiło pandemię (Oxford University Hospital, 2022). Podstawowymi objawami infekcji są gorączka, suchy kaszel i zmęczenie. Rzadziej występuje utrata węchu i smaku, ból gardła i głowy, nudności czy wymioty, a także ból mięśni, dreszcze i zawroty głowy. Około 80% zachorowań nie wymaga hospitalizacji, natomiast 15% przypadków wymaga tlenoterapii, a 5% wymaga intensywnej terapii (World Health Organization, 2022).

¹ Artykuł stanowi skróconą wersję pracy dyplomowej (licencjackiej) Autorki.

Rola muzykoterapeutów okazała się szczególnie ważna podczas ograniczenia odwiedzin w placówkach medycznych. W przypadku osób podlegających opiece paliatywnej personel placówek był ostatnimi osobami, z którymi mieli kontakt umierający pacjenci. Terapeuta pełnił wtedy rodzaj łącznika pomiędzy rodziną a klientem, a także przyjmował rolę „duchowego” towarzysza (Reidy, Macdonald, 2021).

Wykazano, że działania muzykoterapeutyczne takie jak gra na prostych instrumentach dętych, śpiew, a także poczucie przynależności grupy ludzi o podobnych trudnościach, może wzmacniać poczucie sprawczości, a tym samym zmniejszać poczucie bezradności związanej z dusznością (Canga i in., 2015). Badania potwierdzają również skuteczność muzykoterapii jako niefarmakologicznego oddziaływania obniżającego lęk i duszności u osób z przewlekłą obstrukcyjną chorobą płuc (POChP). W badaniach spirometrycznych u osób z POChP uzyskano poprawę o 1% u osób poddawanych muzykoterapii nakierowanej na wokalizowanie lub zastosowanie ćwiczeń oddechowych z zastosowaniem harmonijki (Huang i in., 2021). W odniesieniu do wspomnianych wcześniej działań należy zaznaczyć, że na oddziale covidowym możliwe były do zastosowania ćwiczenia wokalizujące i muzykoterapia receptywna, jednak ze względów epidemicznych nie stosowano ćwiczeń z instrumentami dętymi (flet, harmonijka). W kontekście środowiska prowadzenia muzykoterapii poddano analizie zastosowanie takiego rodzaju oddziaływania u osób hospitalizowanych. Wskazać można na zależność pomiędzy mniejszym odczuciem stresu i bólu u klientów poddawanych muzykoterapii, a także pozytywny wpływ na pobyt w szpitalu (Mandel i in., 2019). Również jednorazowa i krótkotrwała interwencja muzykoterapii receptywnej zmniejsza napięcie i odczuwanie bólu u klientów bez tlenoterapii jak i wentylowanych mechanicznie (Umbrello i in., 2019).

U hospitalizowanych pacjentów chirurgicznych niepokój i napięcie mogą powodować problemy ze snem, zaburzenia tętna i ciśnienia tętniczego krwi oraz opóźnienia rekonwalescencji pooperacyjnej. W kontekście bólu pooperacyjnego, a także mogącej nastąpić po nim traumy, zwraca się uwagę na oddziaływanie muzyki na system siateczkowato-śródbłonkowy pnia mózgu, a co za tym idzie na spowolnienie impulsów nerwowych odpowiedzialnych za przekazywanie informacji o bólu, aby zmniejszyć jego odczuwanie (Liang i in., 2021).

Przedstawione w artykule oddziaływania przeprowadzone były w Szpitalu Miejskim w Zabrze na Oddziale Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej i Leczenia Chorób Piersi, który został przekształcony w Oddział COVID. Podczas oddziaływań terapeutycznych, prowadzonych od stycznia do marca 2022 roku, placówka leczyła chorych na COVID-19 oraz pacjentów wymagających interwencji chirurgicznej z dodatnim wynikiem SARS-CoV-2.

Terapeutka ze względów bezpieczeństwa zobligowana była do noszenia kombinezonu ochronnego, w skład którego wchodziła m.in. maseczka i przyłbica, znacznie ograniczające komunikację w wyniku tłumienia głosu. Szczególnie problematyczne okazało się to w trzech prezentowanych przypadkach z niedosłuchem. Dodatkowo trudności w pracy powodowały dwie pary rękawiczek, które ograniczały sposoby i jakość gry na gitarze. Innym problemem okazał się nieprzepuszczający powietrza kombinezon, powodujący u terapeutki, przy prezentowaniu ćwiczeń ruchowych, szybką utratę sił.

Na potrzeby poniższego artykułu sformułowano następujące pytania badawcze:

Czy istnieje zależność pomiędzy oddziaływaniem muzykoterapeutycznym a zmianą poziomu saturacji u wybranych pacjentów z COVID-19?

Jaki wpływ ma oddziaływanie muzykoterapeutyczne na poziom odczuwania bólu oraz nastroj pacjentów przebywających na oddziale COVID-19?

Czy w związku z oddziaływaniem muzykoterapeuty zmienia się jakość pobytu na oddziale pacjentów poddanych hospitalizacji ze względu na COVID-19?

Czy określone techniki muzykoterapeutyczne mają zróżnicowany wpływ na stan pacjentów poddanych hospitalizacji?

Czy podczas pobytu na oddziale COVID-19 możliwe jest równoczesne przeprowadzanie muzykoterapii jako terapii wspomagającej dla chorób towarzyszących u osób chorych na COVID-19?

Ze względu na brak istniejących badań w omawianym obszarze, bieżącym dociekaniami nadano charakter eksploracyjny. Nie postawiono hipotez, gdyż nie dysponowano danymi, na podstawie których można by formułować adekwatne przypuszczenia.

Klient 1

68-letni klient przebywający na oddziale 10 dni z powodu pogorszenia stanu ogólnego z dodatnim wynikiem testu SARS-CoV-2, zdiagnozowanym śródmiąższowym zapaleniem płuc. Klient po dwukrotnym udarze niedokrwiennym lewej półkuli mózgu, na skutek którego występuje u niego porażenie kończyny dolnej prawej, niedowład kończyny górnej prawej oraz afazja poudarowa.

Klient 2

78-letni klient hospitalizowany 10 dni z powodu zaostrzenia objawów COVID-19 (osłabienie, kaszel i gorączka). W wywiadzie niewydolność serca, po pomostowaniu aortalno-wieńcowym, cukrzyca typu 2, choroba Alzheimera, tętniak aorty brzusznej oraz nadciśnienie tętnicze.

Klientka 3

81-letnia klientka hospitalizowana przez 29 dni z powodu złamania szyjki kości udowej prawej, dodatniego wyniku testu antygenowego SARS-CoV-2 oraz zmian włóknistych w tylnodolnych partiach płuc i infekcji *Clostridioides difficile*, którą rozwinęła w trakcie hospitalizacji.

Charakterystyka interwencji

W założeniu przed każdą sesją zaplanowane były pomiar saturacji, skali nastroju i bólu, które nie zawsze były możliwe. Po sesji notowano również rodzaj aktywności muzycznej, jaki w danym dniu wykonywał klient. Sesje trwały średnio od 15 do 30 minut. Założeniem oddziaływań była aktywizacja mięśni oddechowych, aby zmniejszyć odczucie duszności i osiągnąć wzrost saturacji. W praktyce były to ćwiczenia ruchowe z instrumentami lub z uderzeniem w bęben czy tamburyn. W obszarze psychologicznym zaplanowanym oddziaływaniem było umożliwienie klientom wyboru piosenek czy instrumentów z zamiarem wzmocnienia poczucia sprawczości i decyzyjności. Dobrany repertuar miał za zadanie wpłynąć na nastrój oraz stworzyć przestrzeń do ekspresji emocji. Na oddziale występowała wysoka śmiertelność, co skutkowało ciągłym obcowaniem ze śmiercią i wzrastającym lękiem. Po zapoznaniu się z historią choroby, indywidualnymi potrzebami, konsultacjach z lekarzami i fizjoterapeutami wprowadzono dodatkowe oddziaływanie nakierowane bezpośrednio na problemy spowodowane pozostałymi jednostkami chorobowymi, i tak w przypadku Klienta 1 było to wspomaganie rehabilitacji mowy i zakresu ruchów prawej strony ciała. W przypadku Klienta 2 praktyka nakierowana była na aspekty bezpośrednio związane z COVID-19 i profilaktykę zdrowia psychicznego, natomiast u Klientki 3 sposób oddziaływania zmieniał się wraz z etapem pobytu na oddziale, kiedy rozpoczęto od ćwiczeń ruchowych, aktywizujących mięśnie, poprzez aspekt decyzyjności, zakończywszy na współpracy z fizjoterapeutami, aby wzmocnić, obniżoną już w tym momencie, motywację Klientki do ćwiczeń i powrotu do zdrowia.

Analiza procesu terapeutycznego

Klient 1

Sesja 1

Ze względu na afazję poudarową komunikacja z terapeutką głównie opierała się na odpowiedziach na pytania pojedynczymi słowami. Sesja rozpoczęła się od rozgrzewki ruchowej z instrumentami w dłoniach, z umożliwieniem wyboru instrumentu przez Klienta oraz akompaniamentem wokalnym terapeutki. W trakcie oddziaływań stworzono dla Klienta przestrzeń do pobudzenia obu stron ciała. Wykonano również ćwiczenia *musical speech stimulation* (MSS), przy

użyciu piosenki pt.: „Umówiłem się z nią na dziewiątą”. Na zakończenie przeprowadzono relaksację, przy swobodnym oddychaniu Klienta. W trakcie sesji mężczyzna podjął próbę rozmowy z terapeutką, wspominając o swoim zawodzie i przebytych udarach.

Po pierwszej sesji zaczęły kształtować się cele procesu muzykoterapeutycznego, którymi była profilaktyka zdrowia psychicznego, wspomaganie rehabilitacji mowy oparte na technikach NMT oraz wspomaganie rehabilitacji aparatu ruchu, ze szczególnym uwzględnieniem prawej połowy ciała.

Klient 1 oraz Klient 2

Sesja 1

Klient 2 początkowo nie prezentował zainteresowania uczestnictwem w sesji. Klient 1 chętnie podjął współpracę. Przeprowadzono ćwiczenia ruchowe z grą na instrumentach, skupiając się głównie na rękach i tułowiu (podnoszenie rąk i ich powolne opuszczanie, granie z ruchem tułowia na boki i naciąganie tułowia w kierunku nóg), terapeutka głosem tworzyła akompaniament do ćwiczeń. W ćwiczeniach wykorzystywano również bęben i pałeczki, z założeniem aktywizacji prawej strony ciała Klienta 1. W trakcie aktywności Klient 2 wyraził chęć dołączenia. Dalsza część sesji polegała na śpiewaniu piosenek z pozostawieniem przestrzeni na improwizację Klientów i podział na role. Po pewnym czasie Klient 2 oddał instrumenty, informując, że musi odpocząć. Terapeutka skupiła się na pracy z Klientem 1, stosując MMS.

Wyzwaniem terapeutki, w momencie powiększenia się składu uczestniczącego w sesjach, było skrajnie różne w dynamice podejście klientów do sesji. Klient 2 prezentował postawę wycofaną, jak również zaciekawienie grą i jednoczesną potrzebę spokoju, co było problematyczne w kontekście podejścia Klienta 1, który demonstrował nadmiar energii i szukał możliwości jej ujęcia. Cele poddano ponownej modyfikacji. Przy zachowaniu wspomaganie rehabilitacji aparatu mowy i ruchu Klienta 1, niezbędne wydawało się stworzenia okoliczności dla Klienta 2 do dołączenia do wspólnego muzykowania, przy jednoczesnym stworzeniu przestrzeni do bycia słyszany. Kolejnym celem stał się aspekt społeczny funkcjonowania klientów – zaplanowano wprowadzenie ćwiczeń kooperacyjnych.

Sesja 2

Sesja rozpoczęła się od piosenki zaproponowanej przez terapeutkę. Klient 1 śpiewał głośno te słowa, które potrafił wypowiedzieć, resztę nucił. Klient 2 cicho włączał się w śpiew. Przeprowadzono ćwiczenie kooperacyjne, w trakcie którego klienci wspólnie grali na jednym bębnie, co wymagało podziału na rolę ze względu na dominację Klienta 1. Następnie rozdano instrumenty i przeprowadzono krótkie improwizacje instrumentalne i śpiew z ćwiczeniami pamięci. Sesja

została przerwana przez wejście do sali fizjoterapeutów, którzy rozpoczęli ćwiczenia. Gwałtowne przerwanie sesji, spowodowane rozpoczęciem rehabilitacji, zwraca uwagę na problem odpowiedniego zaplanowania czasu sesji w kontekście innych zajęć, które jest jednocześnie bardzo trudne przy ciągłych zmianach personalnych w salach, jak i pracy zmianowej personelu. Część pracowników była otwarta na współpracę z nową osobą na oddziale, a także na pierwszy raz obserwowaną muzykoterapię, jednak część prezentowała odmienną postawę. Następnego dnia miała odbyć się jeszcze jedna sesja, jednak ze względu na sen klientów w momencie wizyty muzykoterapeutki nie doszła do skutku.

W przypadku Klienta 2 na zakończenie procesu przeprowadzono wywiad, badający obszar wrażeń i odczuć klienta związanych z sesjami muzykoterapii. Klient deklaruwał, że muzykoterapia w żaden sposób nie wpłynęła na jego samopoczucie:

T: Czy czuł się Pan inaczej po muzykoterapii?

K: Nie.

T: Czy czuł Pan jakąś zmianę nastroju po muzykoterapii?

K: Nie.

T: Jak Pan czuł się po muzykoterapii?

K: No normalnie.

Jednocześnie deklaruwał czerpanie przyjemności ze wspólnego muzykowania:

T: A czy nasze wspólne granie było w jakiś sposób przyjemne?

K: Przyjemne! Każda muzyka jest przyjemna. Ja też bardzo lubię śpiewać, grać na harmonijce. Ale to już wiek swoje robi. Jeszcze w domu mam harmonijkę, to czasami pogram.

T: Na organkach takich ustnych?

K: Tak. Gram koledy różne, wszystko.

(...)

T: Czy chciałby Pan coś jeszcze powiedzieć o tych naszych muzycznych zajęciach? Jak to się podobało, co się podobało, a co nie?

K: Ja, jeśli chodzi o muzykę, to wszystko mi się podoba, bo to jest zawsze wesołość.

Szczególnie cenną częścią wypowiedzi wydaje się stwierdzenie mówiące o upodobaniach i wartościowaniu gry na instrumentach względem śpiewu, zwłaszcza fragment o bębnie:

T: A wolał Pan bardziej śpiewać czy grać na instrumentach?

K: Grać na instrumentach, bo mi w ogóle w życiu to się podobał akordeon. Bardzo mi się podobał.

T: To jest ciekawy instrument, prawda. A tutaj jak sobie graliśmy i śpiewaliśmy, to wolał Pan raczej śpiewać czy grać na tych wszystkich grzechotkach, bębnach.

K: Bęben nie.

Biorąc pod uwagę, że sporą część swojego oddziaływania terapeutka oparła właśnie na tym instrumencie, rozsądnym wydaje się przeprowadzenie takiej rozmowy w trakcie procesu. Klient wprawdzie nie sygnalizował w trakcie sesji, aby granie na bębnie w jakiś sposób mu nie odpowiadało, jednakże takie pytanie nie zostało bezpośrednio zadane.

Klientka 3

Opisany poniżej proces prezentuje pracę wykraczającą znacznie poza średni, 10-dniowy pobyt na oddziale. Spowodowane to było utrzymującą się obecnością bakterii *Clostridioides difficile*, która wykluczała wypisanie Klientki do domu oraz wymuszała pobyt na sali pojedynczej. Kolejnym wyzwaniem w tym kontekście były procedury zapobiegające dalszemu rozprzestrzenianiu się bakterii po oddziale, w związku z czym terapeutka w swoim grafiku sesji musiała umieścić Klientkę jako ostatnią.

Sesja 1

Sesja rozpoczęła się od śpiewania piosenki, a następnie wręczenia Klientce instrumentu (tamburyn). Terapeutka podawała Klientce rytmy do powtarzania, następnie przejęła instrument i rozpoczęła ćwiczenie z naprzemiennym uderzeniem w bęben, jednocześnie umieszczając go w odległości motywującej kobietę do ruchu (na zmianę wysoko, nisko, z boku). Kolejnym elementem sesji był wybór instrumentów i wspólne śpiewanie piosenki z podziałem na role i elementami improwizacji instrumentalnej. Na zakończenie przeprowadzono krótką relaksację.

Klientka od początku prezentowała otwarte podejście do muzykoterapii. Po pierwszej sesji prowadząca ustaliła wstępne cele terapeutyczne, jakimi była profilaktyka zdrowia psychicznego, szczególnie w kontekście perspektywy pobytu w izolacji, nie tylko od świata zewnętrznego, ale również od innych pacjentów. Kolejnym celem było uruchomienie mięśni oddechowych.

Sesja 2

Kolejna sesja odbyła się w dniu operacji Klientki, w związku z czym przeprowadzono oddziaływanie w sposób ostrożny z niedużą aktywnością. Sesja rozpoczęła się od śpiewu i grania na instrumentach. Następnie wspólna improwizacja na bębnie, ze zmianą prowadzących. Klientka zaproponowała kolejną piosenkę, którą razem odśpiewano. Na zakończenie przeprowadzono krótką relaksację. Po zakończeniu sesji Klientka zainicjowała rozmowę, w której wyraziła lęk przed zbliżającą się operacją i niepokój w związku z pobytem w szpitalu. Warto tutaj zwrócić uwagę na rolę muzykoterapeutki, nie tylko jako osoby prowadzącej aktywną sesję, ale również stwarzającej okoliczności dla Klientki do rozmowy o ograniczeniu kontaktu z rodziną do rozmów telefonicznych.

Sesja 3 i 4

Sesja 3 odbywała się podczas pory obiadowej, więc terapeutka ograniczyła się do śpiewania piosenek, kiedy Klientka spożywała posiłek. Wywołało to żart klientki o „graniu do kotleta”. Klientka wyraziła zadowolenie z takiego przebiegu sesji.

Podobny przebieg miała Sesja 4, ponownie podczas pory obiadowej. Klientka tego dnia wykazywała obniżony nastrój, zaproponowała kilka piosenek, które chce usłyszeć, po ich wysłuchaniu milczała. Po zainicjowaniu rozmowy przez terapeutkę, Klientka wyraziła nadzieję na powrót do domu.

W przypadku obu sesji nie udało się przeprowadzić zaplanowanego oddziaływania. Spowodowane to było rzeczywistością funkcjonowania szpitala, harmonogramem posiłków i wspomnianą tu wcześniej koniecznością ustawienia sesji z klientką jako ostatniej ze względu na zagrożenie zakażeniem. Biorąc pod uwagę dynamiczne funkcjonowanie na oddziale i przedłużanie się lub przekładanie w czasie wcześniejszych sesji z innymi klientami, spowodowane np. koniecznością przebrania klienta przez personel, terapeutka nie miała możliwości pozostania z Klientką dłużej ze względu na konieczność opuszczenia oddziału po trzech godzinach. W związku z tym niezbędne było dostosowanie działania terapeutki, które przejawiało się w opisanym graniu piosenek w trakcie posiłku. Za pierwszym razem Klientka wyraźnie wyrażała zadowolenie z takiej formy sesji. W trakcie kolejnego spotkania jednak prezentowała przygaszoną postawę, w rozmowie sygnalizowała chęć powrotu do domu i rozdrażnienie przedłużającym się pobytem.

Sesja 5

Podczas sesji na sali przebywała Klientka 4 w stanie ciężkim. Klientka 3 poinformowała o obniżonym nastroju, więc terapeutka położyła przy niej instrumenty, informując, że może w każdej chwili dołączyć do wspólnej gry. Obie Klientki mocno się ożywiły podczas sesji. Wspólnie wymyślały kolejne piosenki, wymieniały instrumenty, grały i śpiewały tekst z podziałem na role. Na zakończenie sesji Klientka 4 oddała instrumenty informując, że jest zmęczona, po czym zasnęła. Terapeutka nawiązała rozmowę z Klientką 3, która ponownie wyraziła niepokój związany ze swoim długim pobytem w szpitalu. Omawiane oddziaływanie prezentuje kolejne, specyficzne okoliczności pracy w opisywanym środowisku. Klientka po przebywaniu od trzech tygodni w sali bez innych pacjentów, musiała zmierzyć się z obecnością drugiej osoby, która dodatkowo znajdowała się w stanie ciężkim – z czym wiązała się chociażby duża ilość aparatury szpitalnej, generującej głośne dźwięki w sali.

W jej zachowaniu zaobserwować można było zmianę w nastawieniu do sesji w porównaniu do pierwszych spotkań – mniejsze zaangażowanie.

Sesja 6

Podczas tej sesji Klientka prezentowała wyraźnie obniżony nastrój. Zwierzała się terapeutce, że prawdopodobnie już nie wróci do domu. Po rozmowie terapeutka zaproponowała delikatną aktywność, na co Klientka 3 nie miała ochoty. Po opuszczeniu sali terapeutka ustaliła współpracę z fizjoterapeutkami, po czym Klientka chętniej podjęła ćwiczenia fizjoterapeutyczne do akompaniamentu muzykoterapeutki. Pomimo ogromnego wysiłku, próbowała również śpiewać. Na zakończenie sesji poinformowała, że jest wykończona, ale cieszy się, że poćwiczyła. Opisany format sesji podyktowany był bezpośrednio potrzebą Klientki i prezentuje dylemat troski o dobro klientki z jednoczesnym poszanowaniem jej woli. Kobieta sama rozpoczęła rozmowę z terapeutką o swoim samopoczuciu, co może być przejawem nawiązania relacji terapeutycznej. Podczas sesji prowadząca skupiła się na towarzyszeniu Klientce i wzmacnianiu poczucia sprawczości poprzez pozostawianie wyboru kierunku, w jakim podąży sesja. Po zakończeniu sesji nastąpiła rozmowa z fizjoterapeutkami, która zaowocowała propozycją wspólnej próby aktywizacji Klientki, przy poszanowaniu jej woli. Oddziaływanie okazało się skuteczne i pozostawiło Klientkę w lepszym nastroju niż przed fizjoterapią.

Pomiędzy 5 a 6 sesją z Klientką przeprowadzono wywiad badający obszary doświadczeń podczas sesji muzykoterapii, w trakcie którego własnymi słowami opisywała, w jaki sposób odbierała sesje i jakie były jej preferencje.

T: Chciałam spytać, co Pani myśli o tym naszym wspólnym graniu. Czy to się Pani podoba?

K: Mnie się to podoba, to jest taki rodzaj rozrywki. Może Pani grać. (...)

T: A myśli Pani, że to pomogło tutaj trochę? Ta muzyka?

K: No może mi pomogło trochę, bo czas po prostu był zajęty. Zawsze coś ciekawszego się działo.

Poza aspektem rozrywkowym Klientka zwracała również uwagę na fakt, że muzyka pozwalała jej uspokoić się i wyciszyć na oddziale.

T: A co się Pani podobało w tym graniu?

K: No wie Pani, było tak spokojniej, nie było tak bardziej wyskokowo tylko spokojniej.

T: Tak żeby się wyciszyć trochę?

K: Tak, wyciszyć właśnie. Tak jest.

(...)

T: A jak się Pani czuła po tych zajęciach?

K: No tak lepiej trochę.

T: A co to znaczy? Coś to zmieniło?

K: Bo taka muzyka relaksacyjna była.

Zwracając uwagę na rolę muzykoterapii w aspekcie profilaktyki zdrowia psychicznego, a także skierowania uwagi Klientki na obszary inne niż funkcjonowanie oddziału, swoje samopoczucie oraz stan klientów, ważna wydaje się wypowiedź, jakie odczucia i wspomnienia wywoływały śpiewane piosenki.

T: *A co było ulubione w tym graniu?*

K: *No te nasze stare piosenki. No „Poszła Karolinka” to już... Ojejku.*

T: *A jak się Pani czuła, jak Pani śpiewała te stare piosenki?*

K: *Po prostu młodość sobie przypomniałam.*

T: *A to kiedy Pani takie rzeczy śpiewała?*

K: *Ojej. 50 lat temu albo więcej.*

T: *A to na jakichś imprezach wtedy, czy jak to było?*

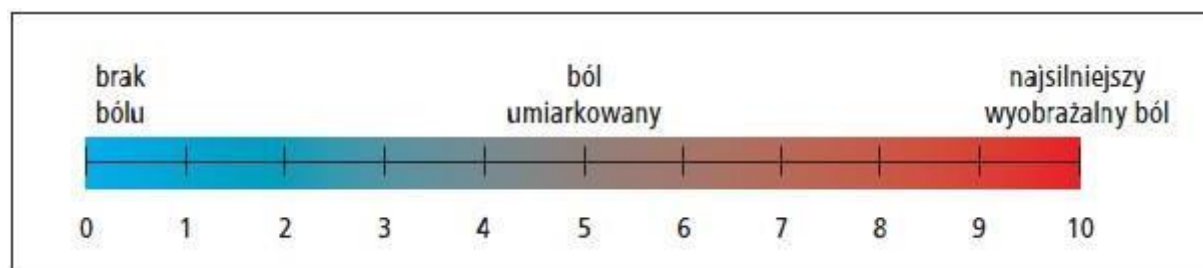
K: *No czasem na jakiś imprezach. Bo jak już zabrakło słów, tośmy przechodzili do śpiewania.*

Szczególnie interesująca wydaje się wypowiedź o śpiewaniu zastępującym słowa, kiedy ich zabrakło, co może motywować do przemyśleń, czy muzyka pełniła również taką rolę w przypadku sesji muzykoterapii w kontekście wyrażania odczuć związanych z pobytem w szpitalu.

Rezultaty

W opisanych przypadkach dodatkowo przeprowadzono pomiary poniższych parametrów. Ze względu na wspomniane już w artykule dynamiczne funkcjonowanie oddziału oraz sytuacje szczególne podczas niektórych sesji, pomiar nie był przeprowadzony lub jego przeprowadzenie nie było możliwe. Pomiar saturacji odbywał się za pomocą certyfikowanego pulsoksymetru. W przypadku pomiaru nastroju i skali bólu zastosowano następujące tablice graficzne:

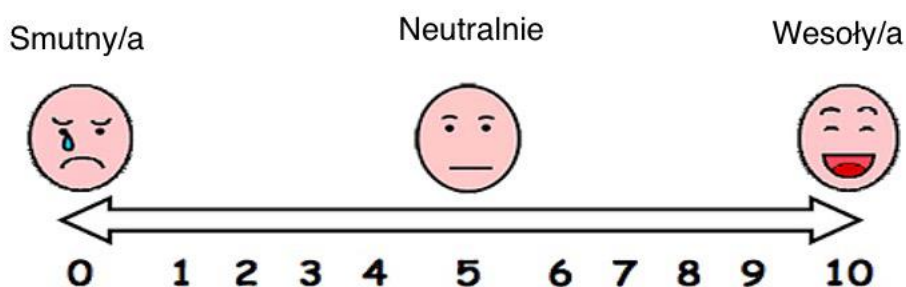
Rys. 1. Skala bólu



Źródło: <https://www.mp.pl/bol/wytyczne/91404,skale-oceny-bolu>

Rys. 2. Skala nastroju

Skala nastroju: Jak się czujesz?



Klient 1

Tab. 1. Aktywności muzyczne i saturacja – Klient 1

	Saturacja przed	Saturacja po	Aktywność: słuchanie	Aktywność: granie	Aktywność: śpiewanie
Sesja 1	98	98	TAK	TAK	TAK
Sesja 2	95	94	TAK	TAK	TAK
Sesja 3	95	95	TAK	TAK	TAK

Źródło: Opracowanie własne

W przypadku Klienta 1 nie zauważono znacznych zmian saturacji po sesjach muzykoterapii, jednak bazując na trzech ukazanych w tabeli nr 1 wynikach można stwierdzić, że w trakcie przeprowadzonego oddziaływania nie nastąpił gwałtowny spadek nasycenia krwi tlenem.

Tab. 2. Pomiar skali bólu i nastroju – Klient 1

	Skala bólu przed	Skala bólu po	Skala nastroju przed	Skala nastroju po
Sesja 1	7	7	10	8
Sesja 2	8	8	9	8
Sesja 3	7	BRAK POMIARU	5	BRAK POMIARU

Źródło: Opracowanie własne

Interpretując dane zawarte w tabeli nr 2, u Klienta 1 nie zauważono zmian w odczuwaniu bólu przed i po sesji. Z kolei skala nastroju przedstawia spadek o jeden lub dwa punkty. Poszukując wyjaśnienia dla takiego wyniku, można wskazać na ewentualne niezrozumienie skali pomiarowej, co wskazuje na konieczność dokładnego zapoznania klientów z używanym narzędziem. Innym mechanizmem rozważanym przez autorkę artykułu jest obserwowany także u innych klientów

schemat zachowania. Po sesji klienci byli bardziej gotowi w szczerzy sposób podzielić się z terapeutką swoim samopoczuciem niż przed sesją, natomiast prawdopodobny jest również faktyczny spadek nastroju. Pomiar był niemożliwy po sesji trzeciej ze względu na przerwanie oddziaływania i rozpoczęcie fizjoterapii.

Klient 2

Tab. 3. Aktywności muzyczne i saturacja – Klient 2

	Saturacja przed	Saturacja po	Aktywność: słuchanie	Aktywność: granie	Aktywność: śpiewanie
Sesja 1	90	90	TAK	TAK	TAK
Sesja 2	91	90	TAK	TAK	TAK

Źródło: Opracowanie własne

Przedstawiając dane Klienta 2, zaobserwowano nieznaczny spadek saturacji podczas sesji 2.

Tabela 4. Pomiar skali bólu i nastroju – Klient 2

	Skala bólu przed	Skala bólu po	Skala nastroju przed	Skala nastroju po
Sesja 1	7	4	6	5
Sesja 2	5	4	7	5

Źródło: Opracowanie własne

W przypadku pomiaru skali bólu w trakcie obu sesji zmniejszyło się jego odczuwanie przy jednoczesnym obniżeniu nastroju.

Klientka 3

Tab. 5. Aktywności muzyczne i saturacja – Klientka 3

	Saturacja przed	Saturacja po	Aktywność: słuchanie	Aktywność: granie	Aktywność: śpiewanie
Sesja 1	95	95	TAK	TAK	TAK
Sesja 2	98	99	TAK	TAK	TAK
Sesja 3	BRAK POMIARU	BAK POMIARU	TAK	NIE	NIE
Sesja 4	BRAK POMIARU	BAK POMIARU	TAK	NIE	NIE
Sesja 5	89	94	TAK	TAK	TAK
Sesja 6	92	95	TAK	TAK	NIE

Źródło: Opracowanie własne

W przypadku Klientki 3 trzykrotnie stwierdzono wzrost saturacji po sesjach muzykoterapii. Pomiar podczas sesji 4 i 5 nie został przeprowadzony ze względu na charakter i okoliczności oddziaływania.

Tab. 6. Pomiar skali bólu i nastroju – Klientki 3

	Skala bólu przed	Skala bólu po	Skala nastroju przed	Skala nastroju po
Sesja 1	BRAK POMIARU	BRAK POMIARU	BRAK POMIARU	BRAK POMIARU
Sesja 2	BRAK POMIARU	BRAK POMIARU	BRAK POMIARU	BRAK POMIARU
Sesja 3	BRAK POMIARU	BRAK POMIARU	BRAK POMIARU	BRAK POMIARU
Sesja 4	BRAK POMIARU	BRAK POMIARU	BRAK POMIARU	BRAK POMIARU
Sesja 5	0	0	5	6
Sesja 6	0	0	5	6

Źródło: Opracowanie własne

Klientka deklarowała brak odczuwania bólu podczas dwóch sesji. Podczas dwóch pierwszych spotkań nie wprowadzono jeszcze pomiaru, z kolei w przypadku sesji 4 i 5 nie przeprowadzono pomiaru ze względu na okoliczności oddziaływania.

Na podstawie zawartych w pracy obserwacji, wywiadów i wyników badań możliwym było udzielenie odpowiedzi na postawione wcześniej pytania badawcze:

Na podstawie uzyskanych danych badawczych nie stwierdzono znaczącego spadku poziomu saturacji po oddziaływaniu terapeutycznym, a u Klientki 3 zaobserwowano nawet jej wzrost po trzeciej sesji. Istnieje więc możliwość zależności pomiędzy oddziaływaniem, a wzrostem saturacji, wymaga to jednak dalszego zgłębienia tematu i badań na szerszą skalę.

Nie zaobserwowano wzrostu poziomu odczuwania bólu po oddziaływaniu muzykoterapeutycznym. Dwukrotnie u Klienta 2 stwierdzono mniejsze odczuwanie bólu, co może wskazywać na możliwość występowania takiej zależności, wymaga to jednak dalszych badań.

Klienci w wywiadach wskazywali, że oddziaływanie muzykoterapeutyczne było rodzajem rozrywki podczas ich pobytu na oddziale, podkreślali, że dzięki muzyce było tam weselej, sesje zajmowały ich czas, a także wyciszały. W związku z tym można założyć, że zmieniła się jakość pobytu klientów na oddziale.

Odbiór tych samych ćwiczeń podczas sesji muzykoterapii był zróżnicowany w zależności od klienta. Na podstawie wyników badań, u jednych klientów występował wzrost saturacji, u innych spadek nastroju przy równoczesnym spadku odczuwania bólu. Można założyć, że istnieje prawdopodobieństwo zróżnicowanego wpływu oddziaływań muzykoterapeutycznych na klientów ze wskazaniem na konieczność dalszych badań.

Zarówno w przypadku Klienta 1, z którym prowadzono terapię wspomagającą rehabilitację mowy, jak i w przypadku Klientki 3, u której wspomagano fizjoterapię po endoprotezoplastyce, możliwe wydaje się prowadzenie muzykoterapii jako terapii wspomagającej chorób towarzyszących.

Jak już wspomniano, prezentowane obszary nie są w pełni zbadane i pozostawiają jeszcze wiele okoliczności do poszukiwania rozwiązań, które będą w jak najkorzystniejszy sposób wpływać na klienta.

Podjmując trud wniosowania i rekomendacji w przypadkach indywidualnych, rozpoczynając od Klienta 1, zauważyć można, że oddziaływania muzykoterapeutyczne mogły mieć motywujący wpływ na Klienta w obszarze ćwiczeń. Mężczyzna, pomimo wcześniejszych wątpliwości, chętnie podejmował się grania stroną dotkniętą niedowładem. Energia, jaką Klient przejawiał podczas sesji, wskazuje na obszar, w którym muzykoterapia stwarza okoliczności do swobodnej ekspresji emocji, co w kontekście opisywanego oddziaływań i trudnych przeżyć związanych z doświadczeniem śmierci, w tym konkretnym przypadku spotęgowane dodatkowo problemami w komunikacji, wydaje się ważnym aspektem profilaktycznym, aby uniknąć uszczerbku na zdrowiu psychicznym po powrocie do domu. Dodatkowo w przypadku Klienta 1 skuteczne okazało się oddziaływanie NMT. Zauważyć można, że pomimo trudności w mowie podczas rozmowy, uzupełnianie słów w lubianej piosence, dawało satysfakcję z własnych osiągnięć w zakresie rehabilitacji mowy. Specyfika oddziaływań wymogła na terapeutce ograniczony czas oddziaływania, jednak, gdyby kolejne sesje były możliwe, rozsądnym wydaje się skupienie na aspektach ekspresji emocji i rehabilitacji mowy oraz aparatu ruchu.

W przypadku Klienta 2 głównym wnioskiem terapeutki wydaje się wypracowanie szczególnej wrażliwości na odczucia klienta, zwłaszcza w środowisku tak pełnym bodźców jak oddział COVID-19. Należy znaleźć sposób na stworzenie klientowi przestrzeni do wyrażenia swoich potrzeb i wątpliwości w trakcie prowadzonego oddziaływania, aby uniknąć pracy na niechętnych przez niego instrumentach. Aspektem niezwykle delikatnym i wymagającym szczególnej obserwacji jest sposób funkcjonowania społecznych klientów podczas pobytu na oddziale, gdzie sesje muzykoterapii mogą stworzyć okoliczności na otwarcie się na innych klientów przebywających na sali np. jako pretekst rozmowy. Gdyby oddziaływania w tym

przypadku miały być kontynuowane, należałoby zmienić formę sesji oraz używane instrumenty. Kwestia podejmowania współpracy w grze również powinna zostać poddana modyfikacji w kierunku innego ćwiczenia. Spadek odczuwania bólu u klienta, przy jednoczesnym spadku nastroju, przy jedynie dwóch pomiarach, nie powinien być traktowany jako potwierdzone zjawisko, jednak wymaga szczególnej obserwacji w kontynuacji oddziaływania i poszukiwania ewentualnych mechanizmów wyjaśniających to zjawisko.

W przypadku Klientki 3 zauważyć można wyraźny spadek nastroju i motywacji wraz z przedłużaniem się pobytu na oddziale. Muzykoterapia w tym przypadku zdawała się pełnić rolę odskoczni od rzeczywistości szpitalnej, a sama muzykoterapeutka było osobą, z którą Klientka miała okazję porozmawiać w sposób bezpośredni. W przypadku środowiska szpitalnego, braków kadrowych oraz odizolowania Klientki przez zakażenie bakterią, ważnym wydawało się stworzenie przestrzeni do wyrażenia swoich wątpliwości i obaw osobie trzeciej. Dlatego oddziaływania muzykoterapeutyczne, poza aktywnymi ćwiczeniami i receptywnym słuchaniem, rozszerzone zostały o dodatkowy czas na rozmowę. W kontekście opisanych dwóch sesji, przeprowadzonych podczas posiłku, rozsądnym wydaje się układanie harmonogramu sesji, tak aby uniknąć opisanej sytuacji. Warty podkreślenia jest również, że terapeutka podczas pracy była jedyną muzykoterapeutką na 30-osobowy oddział z maksymalnie 3-godzinnym czasem pobytu, co mocno ograniczało możliwości gospodarowania kolejnością sesji. Wydaje się również, że taka sesja, wymagająca od terapeutki dużej elastyczności, miała swoje zalety i poprawiła nastrój Klientki. Opisując wydarzenia mające miejsce podczas ostatniej sesji, wyraźnie widać, jak pozytywny wpływ na działania z Klientką mają prawidłowe relacje pomiędzy personelem. Nawiązana w tym przypadku współpraca zmotywowała Klientkę do ćwiczeń, których wykonania odmawiała podczas zajęć tylko z fizjoterapeutami lub muzykoterapeutką. W przypadku dalszych oddziaływań rozsądne byłoby nawiązanie dłuższej współpracy. W przypadku Klientki 3 zauważono również wzrost saturacji po odbytych sesjach muzykoterapii. Ponownie zaznaczyć należy, że liczba pomiarów jest bardzo niska, jednak w przypadku dalszych oddziaływań warto byłoby zwrócić uwagę na te parametry. Wzrost saturacji u klientów, w przypadku COVID-19 i długotrwałego doświadczenia duszności, byłby bardzo cennym efektem terapii wspomagającej.

Podsumowanie

Muzykoterapia, jako dziedzina stosunkowo młoda, wciąż zaskakuje niezbadanymi obszarami oddziaływania, przy czym niejednokrotnie okazuje się skuteczna zarówno indywidualnie, jak i w kooperacji z innymi sposobami oddziaływania. Dlatego warto poszukiwać okoliczności do jej stosowania oraz badać jej skuteczność i techniki w coraz to nowych

środowiskach, jednocześnie eksplorując i czerpiąc doświadczenie z już przeprowadzanych oddziaływań. Może to poprawić jakość funkcjonowania przyszłych klientów i stopniowo budować świadomość społeczeństwa o wartości prezentowanej formy terapii.

Bibliografia

- Canga, B., Azoulay, R., Raskin, J., & Loewy, J., (2015). AIR: Advances in Respiration – Music therapy in the treatment of chronic pulmonary disease. *Respiratory Medicine*, 109(12), 1532–1539. <https://doi.org/10.1016/J.RMED.2015.10.001>.
- Huang, J., Yuan, X., Zhang, N., Qiu, H., & Chen, X., (2021). Music Therapy in Adults With COPD. *Respiratory Care*, 66(3), 501–509. <https://doi.org/10.4187/RESPCARE.07489>.
- Liang, J., Tian, X., & Yang, W., (2021). Application of Music Therapy in General Surgical Treatment. *BioMed Research International*, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/6169183>.
- Mandel, S. E., Davis, B. A., & Secic, M., (2019). Patient Satisfaction and Benefits of Music Therapy Services to Manage Stress and Pain in the Hospital Emergency Department. *Journal of music therapy*, 56(2), 149–173. <https://doi.org/10.1093/jmt/thz001>.
- Oxford University Hospitals (2022, May 2). PPE – COVID-19 staff FAQs <https://www.ouh.nhs.uk/working-for-us/staff/covid-staff-faqs-ppe.aspx?fbclid=IwAR1GuaEauWKstWhAujAi-YSZJ9MHJYxRb1lS9x-q343p544-s6cHYU2ALdY>.
- Reidy, J., & Macdonald, M. C., (2021). Use of Palliative Care Music Therapy in a Hospital Setting during COVID-19. *Journal of Palliative Medicine*, 24(11), 1603–1605. <https://doi.org/10.1089/JPM.2020.0739>.
- Umbrello, M., Sorrenti, T., Mistraretti, G., Formenti, P., Chiumello, D., Terzoni, S., (2019). Music therapy reduces stress and anxiety in critically ill patients: a systematic review of randomized clinical trials. *Minerva Anestesiologica*, 85(8), 886–898. <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.19.13526-2>.
- World Health Organization(2022, May 2). *Steps to put on personal protective equipment (PPE)*. [https://www.who.int/bangladesh/emergencies/coronavirus-disease-\(covid-19\)-update/steps-to-put-on-personal-protective-equipment-\(ppe\)](https://www.who.int/bangladesh/emergencies/coronavirus-disease-(covid-19)-update/steps-to-put-on-personal-protective-equipment-(ppe)).

Program relaksacji i wizualizacji jako metoda wspierania studentów pedagogiki w sytuacji pandemii COVID-19

Anita Łucjan-Kowalska

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Streszczenie

Pandemia COVID-19 i związane z nią ograniczenia stały się dla wielu osób trudnym doświadczeniem, prowadzącym do pojawienia się negatywnych następstw, takich jak obniżony nastrój, wysoki poziom stresu czy zaburzenia lękowe. Na skutki te narażone były w dużym stopniu osoby młode, dla których ograniczenia te, w tym zwłaszcza wymuszona izolacja społeczna, okazały się trudne do zaakceptowania. Informacje pozyskane na podstawie literatury oraz ankiet własnych stały się dla autorki bodźcem do przeprowadzenia badań, polegających na udzieleniu wsparcia studentom w radzeniu sobie z negatywnymi skutkami pandemii. Opracowany został cykl sesji relaksacji i wizualizacji, oparty na technikach z pogranicza muzykoterapii receptywnej. W programie wzięli udział studenci kierunków pedagogicznych. Został on zrealizowany w formie zdalnej, za pośrednictwem Internetu. W niniejszym artykule zaprezentowano częściowe wyniki badań, będących próbą określenia skuteczności powyższego programu. Przedstawiono podsumowanie odpowiedzi studentów na zadane im pytania otwarte. Analiza ta potwierdziła częściowo problemy badawcze postawione w badaniu. Wykazała również, iż zaprojektowany cykl sesji relaksacji i wizualizacji okazał się wartościowy i trafił w potrzeby zdecydowanej większości uczestników.

Słowa kluczowe: program relaksacji i wizualizacji, muzykoterapia receptywna, izolacja społeczna, stres, pandemia COVID-19

Wprowadzenie

Pojawienie się epidemii COVID-19 stało się trudnym wyzwaniem dla wszystkich społeczeństw, dla gospodarki, ale także dla każdego człowieka. Poza oczywistymi skutkami medycznymi w postaci dużej liczby osób chorych, bardzo istotne okazały się też konsekwencje związane z koniecznością przystosowania się do nowych warunków, wpływających w zasadzie na każdą sferę życia. Nowy wirus stał się przede wszystkim obiektem zainteresowania świata medycznego, jednak w krótkim czasie także przedstawiciele innych dziedzin nauki zaangażowali się w badanie towarzyszących mu zjawisk. Naukowcy reprezentujący nauki społeczne zaczęli podejmować wysiłki, aby dowiedzieć się, w jaki sposób sytuacja pandemii oraz związane z nią ograniczenia, w tym nakaz utrzymywania

izolacji społecznej, może wpływać na psychikę człowieka i jego codzienne funkcjonowanie. Starali się także szukać sposobów, aby nieść pomoc osobom szczególnie narażonym na negatywne skutki pandemii oraz związanych z nią nowych warunków życia.

Już pierwsze prace na temat wpływu ograniczeń związanych z pandemią na funkcjonowanie człowieka potwierdziły ich powiązanie z występowaniem obniżonego nastroju czy złości, a także ryzykiem rozwoju depresji i zaburzeń lękowych (Długosz, 2020; Karasmanaki i Tsantopoulos, 2021). Jak stwierdzano, na te skutki narażone były szczególnie osoby młode, dla których izolacja społeczna i związany z nią brak kontaktu z rówieśnikami okazały się trudne do zaakceptowania. Sytuacja pandemii dotknęła ich zatem wyjątkowo silnie, powodując występowanie stanów depresyjnych, stresu, niepokoju, poczucia osamotnienia czy gniewu (Chandrate, 2020; Gambin i in., 2020; Markiewicz, 2020; Varma, Junge, Meaklim, Jackson, 2021). W literaturze zaczęły się pojawiać sugestie na temat konieczności udzielenia profesjonalnego wsparcia osobom mającym trudności w radzeniu sobie z sytuacją pandemii (Chandrate, 2020; Gambin i in., 2020; Ivbijaro, Brooks, Kolkiewicz, Sunkel, Long, 2020).

Informacje pozyskane na podstawie literatury oraz ankiet własnych stały się dla autorki niniejszego opracowania bodźcem do przeprowadzenia badań, polegających na udzieleniu wsparcia studentom w radzeniu sobie z negatywnymi skutkami pandemii, w tym przede wszystkim następstwami wymuszonej izolacji społecznej. Opracowany został program sesji relaksacji i wizualizacji, oparty na technikach z pogranicza muzykoterapii receptywnej, w którym wzięli udział studenci kierunków pedagogicznych.

Negatywne zjawiska związane z pandemią COVID-19 oraz ich wpływ na funkcjonowanie studentów

Rozpoznanie wszystkich problemów, z jakimi mierzyli się studenci podczas pandemii, byłoby trudne, jednak pewne zjawiska opisywano w literaturze częściej niż inne – był to między innymi stres, wysoki poziom lęku oraz zaburzenia nastroju. Czynniki te wpływają negatywnie na wiele sfer funkcjonowania człowieka: pogarszają samopoczucie, utrudniają planowanie i wykonywanie zadań, zmniejszają motywację do działania. Jak zauważają Nina Ogińska-Bulik i Zygfryd Juczyński (2008), stres może prowadzić do zaburzeń stanu zdrowia, nerwic, a nawet chorób. Jennifer Fiore (2018) wskazuje, iż przedłużający się stres może mieć wpływ na pojawienie się wypalenia zawodowego wśród studentów. Z kolei Krzysztof Stachyra (2009) stwierdza, iż wysoki poziom lęku może między innymi „blokować wypracowanie pozytywnych zmian w osobowości jednostki” (s. 25). W przypadku studentów czynniki te mogą znacząco utrudnić, a nawet uniemożliwić kontynuowanie studiów. Mając na uwadze wymienione argumenty, próba udzielania wsparcia

studentom, przyszłym pedagogom, w tym trudnym dla nich czasie, wydała się autorce szczególnie istotna.

W dalszej części nakreślono wybrane obszary problemów objętych programem wsparcia – te, które w świetle danych zebranych w ankietach oraz w literaturze przedmiotu pojawiały się najczęściej.

Stres i radzenie sobie

Stres jest pojęciem opisywanym dość często w literaturze, jednak wciąż niejednoznaczny. W użyciu potocznym często przywołuje się je, odnosząc się do trudnych sytuacji i nieprzyjemnych zjawisk pojawiających się w codziennym życiu, a także do niezwykłych, traumatycznych zdarzeń. W badaniach nad stresem podkreśla się jego negatywne aspekty, ukazuje się go jako czynnik wpływający „na pogorszenie sprawności i efektywności funkcjonowania w różnych sferach życia człowieka. Stres traktuje się też jako jeden z ważniejszych czynników prowadzących do zaburzeń w stanie zdrowia” (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008, s. 45).

Za prekursora badań nad stresem uważany jest Hans Seyle, który rozumiał go jako „zespół reakcji przystosowawczych wywołanych określonym bodźcem” (Byra i Parchomiuk, 2009, s. 13). Zgodnie z jego koncepcją, stres jest rozumiany nie tylko jako zjawisko negatywne (dystres), ale jest uzupełniony o wymiar rozwojowy (eustres).

Inne podejście, reprezentowane przez Richarda Lazarusa i Susan Folkman, ukazuje stres jako transakcję, czyli rodzaj relacji między jednostką a otoczeniem – doświadczane wydarzenie jest dla danej osoby stresujące tylko wtedy, gdy jest przez nią interpretowane jako takie (Aronson, Wilson, Akert, 1997).

Obecnie proponuje się wyróżnienie trzech stylów radzenia sobie ze stresem, z których dwa pierwsze nawiązują do transakcyjnej koncepcji stresu Lazarusa i Folkman. Autorzy tej propozycji, Norman Endler i James Parker, wyróżniają styl skoncentrowany na zadaniu (celem jest zmniejszenie lub usunięcie stresujących właściwości stresora), a także styl skoncentrowany na emocjach, którego celem jest kontrolowanie reakcji emocjonalnej związanej ze stresorem. Trzeci styl, skoncentrowany na unikaniu, jest uzupełnieniem klasyfikacji Lazarusa i Folkman i służy głównie zmniejszaniu skutków oddziaływania stresora (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2009).

Nastrój

Kolejnym czynnikiem będącym przedmiotem niniejszego opracowania są zaburzenia nastroju. Nastrój jest często zestawiany z pozostałymi zjawiskami afektywnymi – emocjami i uczuciami. Wynika to z faktu, iż wszystkie te zjawiska posiadają wspólny rdzeń, jakim jest rdzenny afekt,

obejmujący procesy przyjemności (przyjemność – nieprzyjemność) i aktywacji (aktywacja – dezaktywacja), (Goryńska, 2005). W porównaniu z emocjami, które są krótkotrwałe, nastrój trwa znacznie dłużej – może trwać kilka godzin czy nawet dni. Różna jest też intensywność tych zjawisk, która w przypadku nastroju jest znacznie mniejsza. Kolejna różnica dotyczy obecności obiektu. Jak pisze Dariusz Doliński (2000), w przeciwieństwie do emocji nastroje zazwyczaj nie mają swojego obiektu.

W charakterystyce pojęcia nastroju bardzo istotne jest również podkreślenie trójwymiarowej struktury rdzennego afektu. Trzy skorelowane ze sobą czynniki afektu, w tym także nastroju, to pobudzenie napięciowe, pobudzenie energetyczne i ton hedonistyczny. Pobudzenie napięciowe określane jest jako lękotwórcze, podczas gdy pobudzenie energetyczne to energia do działania. Z kolei ton hedonistyczny jest subiektywnym odczuciem przyjemności – nieprzyjemności (Nęcka, 2000).

W niniejszym opracowaniu nastrój jest rozumiany jako „doświadczenie afektywne o umiarkowanym czasie trwania (co najmniej kilka minut), niezwiązane z obiektem lub związane z quasi-obiektem, obejmujące trzy wymiary rdzennego afektu: pobudzenie napięciowe, pobudzenie energetyczne i ton hedonistyczny” (Goryńska, 2005, s. 7).

Lęk

Tematyka lęku pojawia się już u Zygmunta Freuda, który wyróżnia trzy typy lęku. Pierwszy z nich to lęk obiektywny, powstający w wyniku niebezpieczeństwa lub zagrożenia z zewnątrz. Kolejny typ to lęk neurotyczny, rodzący się z opozycji celów id i ego lub też w wyniku kar lub innej frustracji popędów. Wreszcie ostatni, lęk moralny, jest efektem konfliktu między impulsami id a superego (Drat-Ruszczak, 2000).

W koncepcji Karen Horney znajdujemy rozróżnienie między lękiem a strachem. Strach, będący normalną reakcją na zagrożenie, jest proporcjonalny w stosunku do niebezpieczeństwa – tym przede wszystkim różni się od lęku, który jest opisywany jako reakcja na ukryte, subiektywne niebezpieczeństwo (Siek, 1993, za: Stachyra, 2009).

Interesujące jest rozróżnienie lęku dokonane przez Spielbergera, nawiązujące do badań Raymonda Bernarda Cattella i Ivana H. Scheiera. Lęk jako stan to subiektywne, świadomie postrzegane uczucie obawy i napięcia, charakteryzujące się dużą zmiennością pod wpływem czynników zagrażających – towarzyszy mu aktywacja lub pobudzenie autonomicznego układu nerwowego. Natomiast lęk jako cecha to motyw lub nabyta dyspozycja behawioralna, w wyniku której osoba staje się podatna na odbieranie obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowanie na nie stanami lęku (Wrześniewski, Sosnowski, Matusik, 2002).

Muzykoterapia – definicja, podział technik, zastosowania

W opisywanym programie relaksacji i wizualizacji muzykoterapia nie jest głównym nurtem, jednak jej założenia stały się bazą do jego opracowania, jest więc zasadne, by przedstawić najważniejsze związane z nią zagadnienia.

Kompletne zestawienie możliwych zastosowań muzykoterapii jest dość trudne do znalezienia w literaturze przedmiotu. Poszczególni autorzy opisują konkretne zaburzenia lub jednostki chorobowe bądź też koncentrują się na wąskich grupach osób, które mogą stać się odbiorcami tego rodzaju terapii. Szerzej na temat możliwości zastosowania muzykoterapii pisze między innymi Stachyra (2012c). Autor podkreśla, iż może być ona stosowana w terapii zaburzeń psychicznych i emocjonalnych, zaburzeń rozwojowych, w przypadku upośledzenia fizycznego czy umysłowego, ale również w pracy z osobami dążącymi do poprawy jakości życia czy rozwoju osobistego (Stachyra, 2012c).

Muzykoterapia jest dziedziną na tyle zróżnicowaną, że również jednoznaczne zdefiniowanie jej jest kłopotliwe. Zauważa to między innymi Ludwika Konieczna-Nowak (2013), która stwierdza, iż wieloaspektowość oraz szeroki zakres oddziaływań muzykoterapii w znacznym stopniu utrudnia jej definiowanie (Konieczna-Nowak, 2013). Jedną z pełniejszych definicji wypracowanych na gruncie polskim znajdujemy u Stachyry (2012c), który pisze, iż „muzykoterapia jest procesem, w którym wykwalifikowany muzykoterapeuta posługuje się muzyką lub jej elementami w celu przywracania zdrowia, poprawy funkcjonowania lub wspierania rozwoju osób z różnorodnymi potrzebami natury emocjonalnej, fizycznej, umysłowej, społecznej lub duchowej” (Stachyra, 2012c, s. 27).

W ramach omawianej dyscypliny funkcjonuje wiele modeli i podejść, charakteryzujących się specyficznymi formami postępowania oraz spojrzeniem na rolę muzyki w terapii. Dla celów niniejszego opracowania nie jest zasadne przedstawianie klasyfikacji poszczególnych modeli muzykoterapii, nie jest również konieczny opis i analiza jej najważniejszych technik. Istotne jest natomiast przedstawienie podstawowej klasyfikacji form muzykoterapii, jaką jest podział na formy aktywne i receptywne. Pierwsze z nich to działania związane z wykonywaniem muzyki, śpiewem, grą na instrumentach, improwizowaniem czy komponowaniem muzyki (Bruscia, 2014). Techniki receptywne natomiast koncentrują się głównie na aktywnym słuchaniu muzyki, co może wiązać się z relaksacją i tworzeniem wyobrażeń (Stachyra, 2009; Wigram, Pedersen, Bonde, 2002).

Badania będące przedmiotem niniejszego opracowania opierały się na technikach wywodzących się z muzykoterapii receptywnej, istotne zatem wydaje się dokonanie krótkiego przeglądu jej najważniejszych technik i metod. Jak pisze Bruscia (2014), w przypadku metod

receptywnych klient słucha muzyki i w dowolny sposób reaguje na to doświadczenie. Przykładowe zastosowania muzykoterapii receptywnej to relaksacja, stymulowanie pamięci, rozwijanie umiejętności słuchowych lub motorycznych, wywoływanie wyobrażeń i fantazji, stymulowanie doświadczeń szczytowych i duchowych (Bruscia, 2014).

Najczęściej stosowane techniki receptywne to różnego rodzaju treningi relaksacyjne z muzyką. Na gruncie muzykoterapii relaksacja polega na wykorzystaniu sugestii słownej wraz z dobraną do niej muzyką bądź też samej muzyki. Jak zauważa Stachyra (2012b), systematyczny udział w tego typu treningach usprawnia funkcjonowanie organizmu, sprzyja zmniejszaniu fobii i łagodzeniu lęku (Stachyra, 2012b).

Inną formą muzykoterapii receptywnej jest wizualizacja z muzyką, która jest często stosowana w pracy z osobami z depresją, zaburzeniami odżywiania i zaburzeniami osobowości, a także z osobami uzależnionymi. Wykorzystuje się ją również we wspomaganiu rozwoju osobistego (Stachyra, 2012b).

Za jedne z najważniejszych metod muzykoterapii receptywnej uznaje się metody określane ogólnym terminem Wizualizacja Kierowana z Muzyką (ang. *Guided Imagery and Music* – GIM), w tym najpopularniejszą z nich – *Bonny Method of Guided Imagery and Music* (BMGIM), stworzoną przez amerykańską muzykoterapeutkę, Helen Bonny. Jest ona skuteczna w takich aspektach jak zmniejszanie bólu i napięcia fizycznego, obniżanie poziomu stresu i lęku, jak również podnoszenie samooceny (Stachyra, 2009; Stachyra, 2012a). Wspomniana metoda doczekała się wielu modyfikacji, z których jedna powstała na gruncie polskim. Jest to metoda autorstwa Stachyry (2017), nazywana Dyrektywną Wizualizacją Kierowaną z Muzyką (ang. *Directed Guided Imagery and Music* – DGIM). Metoda DGIM może być stosowana jako wstęp do pracy na głębszym poziomie metodą BMGIM lub jako metoda niezależna, „jako forma rozwojowa dla osób zdrowych lub wsparcie w trudniejszych dla klienta okresach (np. pobyt w szpitalu)”, (Stachyra, 2017, s. 191). W stosunku do metody GIM autor wprowadził modyfikację polegającą na tym, iż wyobrażenia są tu inspirowane przede wszystkim przez sugestie podawane przez prowadzącego, a nie przez samą muzykę. Rolą muzyki nie jest zatem stymulowanie wyobrażeń, ale podtrzymywanie odczuć i wyobrażeń określonych przez terapeuta. Metoda ta powstała w 2001 roku, w procesie przygotowywania programu rozwijania kompetencji emocjonalnych studentów pedagogiki. Zaproponowany program obejmował cykl dziewięciu sesji, które odbywały się dwa razy w tygodniu, przy czym każda z sesji opierała się na zaplanowanym z góry schemacie złożonym z sześciu etapów (Stachyra, 2009). Przez kolejne lata metoda DGIM rozwijała się, w wyniku czego nazwy poszczególnych etapów sesji zostały nieznacznie zmienione, przy jednoczesnym zachowaniu jej pierwotnego schematu. Funkcjonujące obecnie nazewnictwo kolejnych faz

to: „1. Preludium, 2. Indukcja, 3. Wizualizacja wprowadzająca, 4. Wizualizacja właściwa, 5. Powrót do normalnego stanu, 6. Postludium” (Stachyra, 2017, s. 186-187). Faza pierwsza, czyli preludium, to rozmowa, podczas której muzykoterapeuta zbiera niezbędne informacje i przygotowuje klienta do sesji. W fazie indukcji celem jest wywołanie stanu relaksu; jest też ona przygotowaniem do pracy z wyobrażeniami. Wizualizacja wprowadzająca ma na celu pogłębienie stanu odprężenia oraz otworzenie dostępu do wewnętrznych zasobów klienta – na tym etapie stosuje się opisy miejsc, które kojarzą się klientowi ze stanem odprężenia, w których czuje się bezpiecznie. Kolejny etap to wizualizacja właściwa, podczas której terapeuta nakierowuje klienta werbalnie na istotne dla niego zagadnienia, tak aby mógł on spojrzeć na nie z nowej perspektywy. Tekst wizualizacji jest tworzony przez terapeutę podczas sesji w taki sposób, aby uwzględniał potrzeby klienta, uruchamiał jego zasoby. Po zakończonej wizualizacji następuje powrót do normalnego stanu oraz postludium, czyli zintegrowanie przeżycia poprzez dialog z terapeutą i (opcjonalnie) działania kreatywne (Stachyra, 2017).

Opisana metoda stała się dla autorki niniejszego opracowania bazą do przygotowania autorskiego cyklu sesji relaksacji i wizualizacji.

Problem i cel badań

Celem przeprowadzonych badań empirycznych była próba określenia skuteczności wykorzystania wirtualnego programu sesji relaksacji i wizualizacji, opartego na technikach muzykoterapii receptywnej, w celu wspierania studentów pedagogiki w okresie pandemii COVID-19, a w szczególności w radzeniu sobie z trudnościami wynikającymi z faktu izolacji społecznej. Zasadniczym celem badań było określenie kierunku i stopnia zmian, jakie nastąpią w funkcjonowaniu badanych w wyniku udziału w programie, w tym zwłaszcza jego wpływu na poprawę samopoczucia, obniżenie poziomu lęku i stresu oraz poprawę nastroju.

Główny problem badawczy określono jako pytanie: czy i w jakim stopniu program zdalnych sesji relaksacji i wizualizacji wpłynie w korzystny sposób na funkcjonowanie uczestniczących w nim studentów pedagogiki?

Sformułowano również szczegółowe problemy badawcze:

1. W jakim stopniu udział w programie wpłynie na zmniejszenie natężenia stresu u studentów pedagogiki?
2. Na ile udział w programie studentów pedagogiki wpłynie na ich odczucia dotyczące radzenia sobie ze stresem?

3. W jakim stopniu uczestnictwo w programie zmniejszy poziom nasilenia lęku u studentów pedagogiki?
4. W jakim stopniu udział w programie wpłynie na poprawę nastroju u studentów pedagogiki?

W niniejszym opracowaniu przedstawiono jedynie częściowe wyniki badań, oparte na odpowiedziach osób badanych na pytania otwarte, dotyczące zmian, które są według nich wynikiem udziału w programie. Odpowiedzi te nie dają pełnego obrazu w postawionych problemach badawczych, ukazują jednak odczucia badanych po zakończeniu udziału w programie, co jest cenną informacją, będącą ważnym elementem interpretacji wyników badania.

Metoda badań i charakterystyka próby

Podstawą realizacji badań było wykorzystanie metody eksperymentu pedagogicznego, który polegał na przeprowadzeniu wirtualnego cyklu sesji relaksacji i wizualizacji (zmienna niezależna) wśród studentów pedagogiki. Celem programu było wsparcie studentów w uzyskaniu pozytywnej zmiany w zakresie funkcjonowania i radzenia sobie z trudnościami kojarzonymi z pandemią COVID-19, w tym zwłaszcza z konsekwencjami wymuszonej izolacji społecznej.

Wykorzystano technikę grup równoległych, do której wprowadzono pewne modyfikacje: po zakończonym badaniu w ramach pierwotnie ustanowionych grup – eksperymentalnej i kontrolnej, zmienna niezależna w postaci programu sesji została wprowadzona również w grupie kontrolnej, która stała się tym samym grupą eksperymentalną. Taka procedura wynikała ze względów etycznych, gdyż umożliwiła udzielenie wsparcia obu badanym grupom. Ponadto pomiar zmiennych zależnych przeprowadzono w obu grupach nie tylko bezpośrednio po zaprzestaniu działania zmiennej niezależnej, ale również w trzy tygodnie po zakończeniu programu. Umożliwiło to uzyskanie dodatkowych danych, mających na celu wykazanie trwałości działania programu.

Z uwagi na złożoność eksplorowanego problemu, w badaniach zastosowano różne techniki i narzędzia badawcze. Wykorzystano zarówno standaryzowane testy, jak również autorskie narzędzia opracowane na potrzeby badania.

Zastosowane standaryzowane skale to: Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI C. D. Spielberga, J. Strelaua, M. Tysarczyka i K. Wrześniewskiego, Przymiotnikowa Skala Nastroju UMACL G. Matthews, A. G. Chamberlaina i M. Jonesa, Skala Odczuwanego Stresu PSS-10 S. Cohena, T. Kamarcka i R. Mermelsteina (adaptacja: Z. Juczyński i N. Ogińska-Bulik) oraz Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini-COPE C. S. Carvera (adaptacja: Z. Juczyński i N. Ogińska-Bulik).

Autorski zestaw kwestionariuszy stanowił uzupełnienie testów standaryzowanych. Pytania dotyczyły takich aspektów, jak na przykład odczuwanie niepokoju o siebie i bliskich, doświadczanie problemów ze snem czy też umiejętność odprężania się i relaksu. Ponadto kwestionariusze przeznaczone do wypełnienia po zakończeniu udziału w programie zawierały dodatkowe pytania, dotyczące między innymi zaobserwowanych różnic w funkcjonowaniu. Po każdej sesji badani wypełniali też kwestionariusze dotyczące odczuć związanych z daną sesją.

W związku z panującą pandemią cała procedura została przeprowadzona za pośrednictwem Internetu. Terenem badań były uczelnie wyższe w całej Polsce, te, na których są prowadzone studia w zakresie pedagogiki. Zastosowany został dobór celowy osób badanych.

Osoby spełniające warunki udziału w programie (studiowanie na kierunku pedagogicznym) i zainteresowane uczestnictwem w nim, przesyłały wstępne zgłoszenia drogą mailową. Łącznie do udziału w badaniu zrekrutowano 102 osoby. Następnie zostały one przydzielone do jednej z dwóch grup – eksperymentalnej i kontrolnej. Ostatecznie udział w programie rozpoczęło 100 uczestników, natomiast kwestionariusze końcowe, będące podsumowaniem udziału w badaniu i podstawą do analizy wyników, wypełniły 94 osoby.

Program został zbudowany z dziewięciu sesji, zaplanowanych do realizacji trzy razy w tygodniu przez okres trzech tygodni, według ustalonego harmonogramu. Każda z sesji trwała około 30 minut. W celu realizacji programu przesyłano uczestnikom gotowe nagrania sesji drogą mailową. Umożliwiło to udzielenie wsparcia zainteresowanym osobom z terenu całej Polski. Otrzymane nagrania uczestnicy odtwarzali indywidualnie – w wyznaczonym dniu, w porze najbardziej dla siebie dogodnej.

W związku z faktem, iż sesje odbywały się zdalnie, nie był możliwy bezpośredni kontakt z terapeutą w czasie ich trwania. Uczestnicy mieli jednak możliwość kontaktu telefonicznego lub mailowego z muzykoterapeutą pomiędzy poszczególnymi sesjami.

Zgodnie z założeniami metody DGIM, jednym z najważniejszych elementów programu była strona werbalna, czyli odpowiednio opracowane teksty relaksacji i wizualizacji oraz właściwe zaprezentowanie ich poprzez optymalne wykorzystanie głosu. Równie istotna była muzyka (dobrana zgodnie z zasadami programowania muzyki do terapii), która stanowiła element integrujący każdą sesję: wprowadzała w stan relaksu, pogłębiała go i podtrzymywała wyobrażenia.

Każda z sesji opierała się na określonym schemacie:

1. Instrukcja przygotowująca do sesji, informująca o konieczności zapewnienia sobie odpowiednich warunków do odbycia sesji.
2. Indukcja w formie relaksacji, przygotowująca uczestników do pracy z wyobrażeniami.

3. Wizualizacja wprowadzająca, pogłębiająca stan relaksu, oparta na opisach miejsc, które mogą kojarzyć się badanym ze stanem odprężenia.
4. Wizualizacja właściwa – centralny etap sesji, nakierowujący uczestników werbalnie na istotne zagadnienia, tak aby mogli spojrzeć na nie z nowej perspektywy (tematyka sesji była zróżnicowana i dotyczyła aspektów istotnych z punktu widzenia programu).
5. Powrót do normalnego stanu – ostatni etap, nakierowujący uczestników na powrót do stanu czuwania.

Wyniki

W niniejszym opracowaniu zaprezentowano jedynie wąski wycinek zgromadzonych danych. Skoncentrowano się tu przede wszystkim na prezentacji i analizie odpowiedzi badanych na pytania otwarte. Pytania te dotyczyły subiektywnych opinii studentów na temat programu, w którym wzięli udział, tego, jak wpłynął na ich funkcjonowanie i jak oceniają jego przydatność. Odpowiedzi były udzielane bezpośrednio po zakończeniu udziału w programie oraz w odstępie trzech tygodni od jego ukończenia. Dotyczyły one zaobserwowanych zmian we własnym funkcjonowaniu – takich, które mogły się wiązać z udziałem w programie.

Jedno z pytań kwestionariusza wypełnianego przez uczestników bezpośrednio po zakończeniu udziału w programie brzmiało:

Czy dostrzegasz w swoim funkcjonowaniu jakieś zmiany (nawet te najmniejsze), które mogą mieć związek z udziałem w programie? Jeśli tak, to czego one dotyczą?

Jak już wspomniano wyżej, w toku realizacji badania, kwestionariusze końcowe wypełniło 94 uczestników. Zdecydowana większość z nich zadeklarowała, iż udział w programie wpłynął pozytywnie na ich funkcjonowanie: aż 74 osoby zauważyły u siebie korzystne zmiany (w grupie pierwszej zaobserwowało je 37 spośród 48 badanych studentów, w grupie drugiej natomiast – 37 z 46 badanych). Najczęściej wymieniane korzystne efekty to między innymi większa umiejętność relaksowania się i odpoczynku, lepsze radzenie sobie ze stresem czy panowanie nad własnymi emocjami, a także lepsza jakość snu. Oto kilka wybranych wypowiedzi:

Czuje, że jestem spokojniejsza, kiedy pojawiają się problemy, reaguje mniej impulsywnie i nerwowo.

Łatwiej jest mi się wyciszyć. Kiedy jestem zmęczona i przytłoczona, to potrafię powstrzymać się od wzięcia telefonu do ręki i przeglądania social mediów. Tak jak podczas sesji kładę się wtedy i daję sobie odpocząć bez dodatkowych impulsów, a nawet zasnąć (...).

Zauważyłam, że lepiej śpiam (...). Przekłada się to na to, że nie potrzebuję tak wielu godzin snu, by być w pełni wyspana.

Kolejna grupa wskazywanych dość często pozytywnych efektów programu, to zmiany dotyczące postrzegania siebie oraz motywacji do działania. Oto prezentacja wybranych wypowiedzi:

Mam większą motywację i z przyjemnością oraz zapałem wykonuję zadania, które przede mną stoją.

Myszę, że jestem pewniejsza w swoich działaniach, podchodzę do spraw z pozytywnym nastawieniem i staram się zacząć dzień od dobrych myśli.

Lepiej dostrzegam swój potencjał, swoje wartości, pozytywne cechy.

Część osób odnosiła się także do kwestii związanych z dostrzeżoną przez nich poprawą relacji z ludźmi oraz zmianą w postrzeganiu świata:

Odkąd regularnie słucham sesji (...) zaczynam od siebie odrzucać to, na co nie mam wpływu (...), więcej się uśmiecham, co wynika ze spokoju w sercu oraz przewartościowania życia.

Zaczęłam się cieszyć z małych rzeczy, bardziej doceniać to co mam, nie przejmować się rzeczami, na które nie mam wpływu.

Zaczęłam być bardziej odprężona, lepiej dogaduję się z bliskimi (...).

W związku z faktem, iż każda z dziewięciu sesji dotyczyła nieco innego aspektu, po zakończonym programie badani odpowiadali również na pytanie, czy któraś z nich miała dla nich szczególne znaczenie.

Czy któraś z sesji była dla Ciebie szczególnie ważna? Jeśli tak, to z jakiego powodu?

W tym przypadku odpowiedzi były bardzo zróżnicowane: część badanych deklarowała, iż wszystkie sesje były dla nich równie ważne, były jednak i takie osoby, dla których pewne sesje z różnych powodów okazały się wyjątkowo istotne. Spośród dziewięciu sesji najczęściej wskazywano sesję ostatnią, związaną z wyznaczaniem celów, a także sesję dotyczącą zdawania egzaminu. Studenci opisywali swoje odczucia związane z tematyką tych sesji, podkreślali ich dopasowanie do sytuacji, w której się znajdowali podczas realizacji programu:

Sesja związana z egzaminem była dla mnie w idealnym momencie, kilka dni przed najtrudniejszym egzaminem, pozwoliła mi ona na zrelaksowanie, pozytywne myśli – dam radę i zdam, i ułożyła moje ogólne myśli.

(...) Sesja ta dotyczyła egzaminu i przygotowywania się do niego. (...) nabrałam większej motywacji do nauki i pewności siebie. Przestałam się bać, że czegoś nie będę potrafiła/wiedziała – tylko po prostu zaczęłam działać i przyswajać informacje. Uważam, że ocenę bardzo dobrą (i maksymalną ilość punktów) z egzaminu zawdzięczam właśnie sesji nr 4, która pozbaawiła mnie stresu przed tym ważnym zaliczeniem, a dodała pozytywnej energii i motywacji.

Wydaje mi się, że ostatnia sesja była dla mnie najważniejsza – pozwoliła mi spojrzeć na moją przyszłość, wyobrazić siebie (...) w sytuacji, gdzie odnoszę sukces, gdzie moi rodzice są ze mnie dumni, w sytuacji, gdy udało mi się spełnić marzenia – do tego właśnie będę dążyć.

Ostatnia sesja zapadła mi w pamięci, gdyż zmotywowała mnie do działania. Pokazała mi, że nie można odkładać realizacji celów na później, ponieważ to od nas zależy, czy odniesiemy sukces, czy nie, więc należy natychmiast wykonywać zadania i optymistycznie patrzeć na zbliżający się sukces.

W kwestionariuszu znalazło się również pytanie dotyczące opinii badanych na temat przydatności podobnych programów:

Czy uważasz, że warto realizować w przyszłości tego typu programy skierowane do studentów? Z jakiego powodu?

Udzielone odpowiedzi dostarczyły kolejnych wartościowych informacji. Tylko dwie osoby odpowiedziały na to pytanie przecząco. Pozostałe uznały potrzebę organizowania tego typu wsparcia, przy czym argumenty były bardzo różnorodne – wybrane wypowiedzi prezentują się następująco:

Tak, to bardzo dobry pomysł, szczególnie jeśli chodzi (...) o badanie stresu. Studenci są często narażeni na duży stres. I nie zawsze mają świadomość, że można sobie z nim radzić i podjąć walkę. Im szybciej nauczymy się słuchania siebie i możliwości czucia się zrelaksowanym, tym może być nam później łatwiej w życiu.

Myszę, że warto, ponieważ dużo studentów obecnie jest bardzo podatnych na stres. Sytuacja epidemiczna także wpływa w negatywny sposób na studentów z uwagi na zajęcia zdalne przed ekranami komputerów. Obecny tryb życia ludzi powoduje, że ciągle jesteśmy rozdrażnieni, zaniepokojeni i nie mamy chwili na to, aby odpocząć. Myszę, że takie programy dobrze by wpłynęły na młodych ludzi, by zredukować stres i negatywne emocje.

Oczywiście, że tak! Sama chętnie wezmę w nich udział. Uważam, że jest on potrzebny każdemu człowiekowi, niezależnie od wieku. Uczy pokory, wycisza, odpręża ciało i głowę, na nowo programuje nasze myślenie, a przede wszystkim przywraca wiarę w samych siebie.

Ostatnią informacją, jaką mogli zamieścić badani bezpośrednio po zakończeniu udziału w programie, było przedstawienie dodatkowych refleksji na jego temat:

Jeśli masz dodatkowe spostrzeżenia lub refleksje związane z odbytym programem relaksacji i wizualizacji, napisz je tutaj.

Nie wszyscy badani zdecydowali się na przekazanie dodatkowych informacji, jednak odpowiedzi udzielone przez część z nich dostarczyły wielu istotnych danych. Pojawiły się nieliczne uwagi krytyczne, mogące posłużyć jako wskazówki w procesie planowania podobnych inicjatyw. Dotyczyły one między innymi kwestii technicznych, takich jak na przykład dostosowanie natężenia muzyki, a także pewnych kwestii merytorycznych, związanych z tematyką sesji. Jednak zdecydowana większość uwag miała wydźwięk pozytywny – badani potwierdzali przydatność programu oraz wysoko oceniali sposób jego przygotowania i realizacji:

Po pierwsze, sesje dawały mi chwile wytchnienia w moim zaniepokojonym życiu. Po drugie, mogłam pomyśleć o sytuacjach, które miały miejsce w moim życiu, przeanalizować je i jednocześnie spojrzeć z innej strony na dane zdarzenie. (...) często wyobrażane obrazy przypominały mi chwile, w których odpoczywałam i bardzo je lubię.

Jedyne, co bym chciała dodać od siebie, to złożyć moje gratulacje autorom programu. Uważam, że wszystkie jego elementy były dopracowane do perfekcji. Głos lektora, przekazywana treść, spokojne melodie to z pewnością jego najmocniejsze strony! Myślę, że warto rozszerzyć grono adresatów projektu, bo z własnych obserwacji wiem, że na pewno wiele osób chętnie wzięłoby w nim udział i doznało tych przeżyć co ja.

Często wysmiewałam tego typu aktywności, jednak było to pozytywne doświadczenie i cieszę się, że się zdecydowałam i zaufałam, że to coś da i pomoże. To przełamanie się, żeby zaufać „temu głosowi z głośnika” było dla mnie dość trudne, ale dobre, że to zrobiłam.

W kwestionariuszu wypełnianym po upływie trzech tygodni od zakończenia udziału w programie badani odpowiadali na kolejne pytania. Celem było ustalenie, czy nadal dostrzegają w swoim funkcjonowaniu jakiegokolwiek zmiany, które wiążą z uczestnictwem w projekcie. Zostali również poproszeni o podanie informacji na temat ewentualnego korzystania z otrzymanych nagrań po zakończeniu programu. Ponadto, podobnie jak w przypadku pierwszego kwestionariusza, badani mieli możliwość podzielenia się dodatkowymi refleksjami.

Niestety, nie wszyscy badani biorący udział w programie odesłali wypełnione kwestionariusze. Łącznie otrzymano 84 ankiety (48 w grupie pierwszej oraz 36 w grupie drugiej).

Duża część osób zadeklarowała, iż nadal obserwują u siebie pewne pozytywne zmiany. Na zadanie pytanie:

Czy od czasu ukończenia programu dostrzegłeś / dostrzegłaś w swoim funkcjonowaniu jakieś zmiany (nawet te najmniejsze), które mogą mieć związek z udziałem w programie? Jeśli tak, to czego one dotyczą?

aż 60 osób odpowiedziało twierdząco (33 osoby z grupy pierwszej i 27 osób z grupy drugiej).

Obserwowane zmiany dotyczyły różnych aspektów funkcjonowania – obszar zmian obrazują przedstawione poniżej, wybrane wypowiedzi uczestników badania:

Zmieniło się moje nastawienie do samego siebie, dzięki programowi pragnę zdobywać i poszerzać swoje umiejętności oraz zaczynam wierzyć w swoje możliwości, mam dużo siły i energii, aby pędzić przed siebie i nie poddawać się, gdy pójdzie coś nie tak.

Jedną z takich zmian jest przewartościowanie życia dokonane podczas jednej z sesji. Od tamtej pory znacznie mniej przejmuję się problemami, na które nie mam wpływu i jestem mniej krytyczna w stosunku do samej siebie.

Nauczyłam się relaksować, odpoczywać. Wcześniej nie mogłam opanować swoich myśli, przez co nie mogłam się rozluźnić i pomyśleć o czymś przyjemnym. Poza tym czuję się spokojniejszą i opanowaną pod względem emocji.

Pewna część badanych w ostatnim kwestionariuszu deklaruje, iż korzystała ponownie z nagrań sesji otrzymanych w trakcie programu. Może to oznaczać, iż technika ta wydała się im owocna oraz że trafiła w ich potrzeby. Odpowiadając na pytanie:

Czy od czasu ukończenia programu korzystałeś/korzystałaś z nagrań w celu ponownego odbycia sesji? Jeśli tak, to jak często i które to były sesje?

21 osób zadeklarowało, iż wykorzystywały ponownie nagrania. Część z tych osób wybierała konkretne sesje, te, których potrzebowały w danej chwili; inne osoby korzystały z nagrań, wybierając je losowo. Była też grupa badanych, którzy odbyli ponownie cały program sesji. Ponadto 6 osób stwierdziło, że pomimo iż do momentu wypełnienia kwestionariusza nie korzystały ponownie z nagrań, chciałyby uczynić to w przyszłości. Biorąc pod uwagę fakt, iż ponowne odbycie sesji wymaga pewnego wysiłku i poświęcenia dodatkowego czasu, wydaje się, że dla wielu osób sesje te okazały się ważnym wsparciem.

Podsumowanie

Przeprowadzona analiza wyników badania wykazała, iż zaprojektowany program relaksacji i wizualizacji okazał się wartościowy i trafił w potrzeby zdecydowanej większości uczestników. Zapewnił studentom wsparcie w radzeniu sobie z negatywnymi skutkami izolacji społecznej, związanej z pandemią COVID-19, a także zaoferował im możliwość spojrzenia na siebie i otaczającą rzeczywistość z nowej perspektywy. Deklarowane przez badanych zmiany, które wiążą z uczestnictwem w programie, to między innymi większa umiejętność relaksowania się, niższy poziom stresu, a także zwiększona motywacja do działania i docenianie siebie. Ponadto, jak odpowiadali, udział w programie wpłynął pozytywnie na ich relacje z bliskimi, pomógł im wprowadzić pozytywne zmiany w swoim codziennym trybie życia oraz uświadomił znaczenie odpowiedniego doboru form odpoczynku.

Analizując odpowiedzi opisowe osób badanych w odniesieniu do postawionych problemów badawczych, można postawić tezę, iż zostały one częściowo potwierdzone. Odnosząc się do głównego problemu badawczego, można zauważyć, iż wypowiedzi badanych wskazują na korzystny wpływ programu zdalnych sesji na ich funkcjonowanie. W przypadku problemów szczegółowych, w odpowiedziach znajdujemy potwierdzenie części z nich. Studenci deklarują, iż udział w programie zmniejszył poziom odczuwanego przez nich stresu oraz poprawił ich umiejętność radzenia sobie z nim. Z kolei odniesienia badanych do zmian w zakresie zmniejszenia poziomu nasilenia lęku czy też poprawy nastroju są mniej wyraźne. Jak już wspomniano, opisane wyniki są wstępną analizą, obejmującą tylko część danych otrzymanych w procesie realizacji badań. W celu udzielenia precyzyjnych odpowiedzi na postawione problemy badawcze konieczna jest kompleksowa analiza wszystkich wyników badań, włączając również te uzyskane przy użyciu standaryzowanych skal.

W tym miejscu warto również zauważyć, że zebrane wypowiedzi uczestników wyraźnie wskazują, iż studenci potrzebują programów podobnych do tego, w którym wzięli udział. Jednocześnie niektóre odpowiedzi sugerują, iż część osób badanych nie spotkała się dotychczas z tego rodzaju aktywnościami bądź też była w stosunku do nich nastawiona dość sceptycznie. Może to oznaczać, że programy tego typu są wciąż rzadkością i nie są w wystarczającym stopniu dostępne dla potencjalnie zainteresowanych osób. W związku z powyższym wydaje się zasadne kontynuowanie badań opartych na sesjach relaksacji i wizualizacji, podobnych w swych założeniach i zasadach realizacji do programu będącego przedmiotem niniejszego opracowania.

Pewnym ograniczeniem zaprezentowanych badań może być zdecydowana przewaga kobiet w grupie badanych osób. Wiąże się to przede wszystkim z faktem, iż uczestnikami programu były wyłącznie osoby studiujące na kierunkach pedagogicznych, które są kierunkami sfeminizowanymi. Fakt znaczącej przewagi kobiet w grupie badanych może być też spowodowany ich większą otwartością na uczestnictwo w tego typu aktywnościach, a co za tym idzie, liczniejsze zgłaszanie się do udziału w projekcie. Być może w przypadku liczniejszego udziału mężczyzn, na przykład poprzez realizację badań w grupach studentów innych kierunków, otrzymano by nieco inne wyniki – wyznacza to jednak kolejne perspektywy badawcze.

Bibliografia

- Aronson, E., Wilson, T. D., Akert, R. M., (1997). *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Bruscia, K., (2014). *Defining music therapy*. Barcelona: Barcelona Publishers.
- Byra, S., Parchomiuk, M., (2009). *Osobowościowe i społeczne uwarunkowania radzenia sobie ze stresem przez studentów pierwszego roku*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Chandratre, S., (2020). Medical Students and COVID-19: Challenges and Supportive Strategies. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 7 (1-2), <https://doi.org/10.1177/2382120520935059>.
- Długosz, P., (2020). *Raport z badań: Krakowscy studenci w sytuacji zagrożenia pandemią koronawirusa*, Kraków: Instytut Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Pedagogicznego im. KEN w Krakowie.
- Doliński, D., (2000). Mechanizmy wzbudzania emocji. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom2. Psychologia ogólna* (s. 319-349). Sopot: GWP.
- Drat-Ruszczak, K., (2000). Teorie osobowości – podejście psychodynamiczne i humanistyczne. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom2. Psychologia ogólna* (s. 601-652). Sopot: GWP.
- Fiore, J., (2018). A Pilot Study Exploring the Use of an Online Pre-Composed Receptive Music Experience for Students Coping with Stress and Anxiety. *Journal of Music Therapy* 55 (4),383-407. <https://doi.org/10.1093/jmt/thy017>.
- Gambin, M. i in., (2021). Generalized anxiety and depressive symptoms in various age groups during the COVID-19 lockdown in Poland. Specific predictors and differences in symptoms severity. *Comprehensive Psychiatry*, 105, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152222>.
- Goryńska, E., (2005). *Przymiotnikowa Skala Nastroju UMACL. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Ivbijaro, G., Brooks, C., Kolkiewicz, L., Sunkel, C., Long, A., (2020). Psychological impact and psychological consequences of the COVID-19 pandemic. Resilience, mental well-being, and the coronavirus pandemic. *Indian Journal of Psychiatry*, 62 (3), 395-403. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_1031_20.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N., (2009). *NPSR – Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Karasmanaki, E., Tsantopoulos, G., (2021). Impacts of social distancing during COVID-19 pandemic on the daily life of forestry students. *Children and Youth Services Review*, 120. 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105781>.

- Konieczna-Nowak, L., (2013). *Wprowadzenie do muzykoterapii*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Markiewicz, R., (2020). Kryzys w kryzysie psychologiczny wymiar pandemii. *Polish Journal of Public Health*, 129 (4), 138-140. <https://doi.org/10.2478/pjph-2019-0031>.
- Nęcka, E., (2000). *Pobudzenie intelektu. Zarys formalnej teorii inteligencji*. Kraków: Universitas.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z., (2008). *Osobowość. Stres a zdrowie*. Warszawa: Difin.
- Stachyra, K., (2009). *Muzykoterapia i wizualizacja w rozwijaniu kompetencji emocjonalnych studentów pedagogiki*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Stachyra, K., (2012a). Guided Imagery and Music. W: K. Stachyra (red.), *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii* (s. 33-50). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Stachyra, K., (2012b), Receptywne formy muzykoterapii, W: K. Stachyra (red.), *Podstawy muzykoterapii* (s. 85-144). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Stachyra, K., (2012c), Wstęp do muzykoterapii, W: K. Stachyra (red.), *Podstawy muzykoterapii* (s. 11-52). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Stachyra, K., (2017). *Metoda wizualizacji kierowanej z muzyką w kontekście terapeutycznym*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Varma, P., Junge, M., Meaklim, H., Jackson, M. L., (2021). Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: A global cross-sectional survey. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 109, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110236>.
- Wigram, T., Pedersen, I. N., Bonde, L. O., (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy*. Londyn-Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Wrześniewski, K., Sosnowski, T., Matusik, D., (2002). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. Polska adaptacja STAI. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Spoleczne znaczenie muzyki i ruchu we wczesnym rozwoju dziecka

Mirosława Cyłkowska-Nowak

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Interakcje społeczne są bardzo ważną częścią codziennego życia małych dzieci. Zachodzą w relacji z opiekunami oraz mają zazwyczaj charakter multimodalny. Opiekunowie rozmawiają i śpiewają dzieciom, często w połączeniu z dotykiem, ruchem i pozytywną mimiką twarzy. Powszechną praktyką jest śpiewanie podczas kołysania lub podskakiwania z dzieckiem w rytm muzyki. Celem pracy jest przegląd wybranych artykułów pokazujących społeczne znaczenie ruchowej rytmicznej i melodycznej interakcji opiekun – dziecko we wczesnym okresie rozwoju.

Słowa kluczowe: interakcja rodzic-dziecko, śpiew, melodyka, rytmika

Wprowadzenie

Doświadczenia związane z muzyką mają ogromne znaczenie rozwojowe dla bardzo małych dzieci. Bodźcowanie z użyciem dźwięków wspiera specjalizację różnych obszarów mózgu oraz tworzenie ważnych połączeń, mielinizację włókien nerwowych i odbywa się w oparciu o te właśnie zmiany, które zachodzą w ciągu pierwszych trzech lat życia.

Fakt dzielenia się muzyką dorosłych z małymi dziećmi stanowi prosty i użyteczny sposób na poznanie się, nawiązanie relacji, jej pielęgnowanie, co stanowi kapitalny wstęp do powstania przywiązania rozumianego jako bliskość, poczucie bezpieczeństwa, chęć pozostawania w relacji z obiektem. Indywidualne oraz grupowe doświadczenia muzyczne dają możliwość wejścia w trening społeczny kształtujący wiele umiejętności potrzebnych przez całe życie (Carlton, 2000, s. 53-56).

Muzyka jest uważana za zjawisko kulturowo uniwersalne (Blacking, 1995, s. 223-224) i zakłada się, że wszyscy ludzie posiadają potencjał kompetencji muzycznych (Trehub, Becker, Morley, 2015). Współczesne badania wskazują na to, że rozwój muzyczny zaczyna się już w łonie matki, w okresie ciąży i trwa do dorosłości (Gooding, Standley, 2011, s. 32-45). Istotnymi dla jego przebiegu są: proces inkulturacji oraz trening muzyczny. Pierwszy z nich przebiega w sposób naturalny, nieintencjonalny i wynika z „zanurzenia” dziecka w kulturze. Drugi – jest intencjonalny i aranżowany w rodzinie oraz w przestrzeniach społecznych pozarodzinnych, takich jak np. przedszkole lub szkoła (Hannon, Trainor, 2007, s. 466-472).

Wiele współczesnych badań ukierunkowanych jest na dookreślenie wpływu poszczególnych elementów muzyki na rozwój małego dziecka. W niniejszym artykule zaprezentowany zostanie przegląd i analiza wybranych prac naukowych ilustrujących znaczenie aktywności wykorzystujących muzykę i ruch dla wczesnego rozwoju społecznego dzieci.

Początki recepcji dźwięków w rozwoju

Rozwój narządu słuchu rozpoczyna się w 3.-6. tygodniu ciąży (Zimmerman, Lahav, 2013, s. 3). Pomiędzy 24. a 25. tygodniem życia płodowego struktury ucha zewnętrznego, środkowego i wewnętrznego są na tyle rozwinięte, że możliwy jest odbiór bodźców wibroakustycznych. Jednocześnie toczy się rozwój ośrodkowego układu nerwowego. Odbiór bodźców dźwiękowych zwiększa się stopniowo wraz z wyodrębnieniem się w mózgu obszaru odpowiedzialnego za odbiór dźwięków niskiej częstotliwości. Na początku płód słyszy tylko takie dźwięki. Ich źródłem jest głównie ciało matki. Są to np.: szum powstający w wyniku przepływu krwi przez naczynia krwionośne, ruchy robaczkowe jelit czy przepływ powietrza w drogach oddechowych. Próg słyszalności w 27.-28. tygodniu ciąży wynosi 40 dB (Perlman, 2001, s. 1340). Płody reagują wówczas na dźwięki o częstotliwości 250-500 Hz (Zimmerman, Lahav, 2013, s. 4).

W ośrodkowym układzie nerwowym stopniowo zachodzi także mielinizacja włókien nerwowych, co znacząco poprawia przewodnictwo impulsów. To pozwala pomiędzy 29. a 33. tygodniem ciąży na odbiór przez płód dźwięków o wyższej częstotliwości, takich jak np. głos matki, płacz dziecka lub alarm samochodowy. W 34-35 tygodniu ciąży płody nie przejawiają reakcji na dźwięki, które wcześniej powodowały pobudzenie (McMahon, Wintermark, Lahav, 2012, s. 18-19). W okresie tym pojawiają się odpowiedzi płodu na dźwięki o częstotliwościach 1000-3000 Hz. Próg słyszalności po urodzeniu wynosi 13,5 Hz (Zimmerman, Lahav, 2013, s. 4).

Wczesna zdolność słyszenia pozwala też na przygotowanie się do nauki mowy i języka. Rozpoczyna to bowiem rozwój umiejętności odbioru i różnicowania dźwięków, które są pierwotne dla następujących po urodzeniu kolejnych faz rozwoju np. kierunkowego lokalizowania osób mówiących oraz wchodzenia z nimi w dialog.

Wewnątrzmaciczny odbiór dźwięków jest dla płodu całkowicie bezpieczny. Otaczające go struktury somatyczne matki izolują od świata zewnętrznego i chronią przed nadmiarem bodźców.

Dźwięki dochodzące ze środowiska pozamacicznego wywołują u płodu reakcje motoryczne, przyspieszenie bicia serca, zaciskanie powiek, mruganie.

Współcześnie wiele spośród ciężarnych podejmuje celową stymulację dziecka poprzez przemawianie do niego, czytanie mu, nucenie lub śpiewanie, słuchanie wybranego gatunku muzyki

(dzieląc się w ten sposób swoimi preferencjami muzycznymi). Tego rodzaju bodźcowanie wzbudza liczne ruchy lub przemieszczenie się płodu w środowisku wewnątrzmacicznym. Badania zachowań noworodków pokazują, że płody przyzwyczajają się do muzyki i głosów, rozpoznają je i różnicują, przejawiają wzmożoną czujność, aktywizują się. Szczególnie obserwowalne są reakcje na głos matki. Uważa się, że są to pierwsze zachowania inicjowane w relacji interpersonalnej. Te wczesne doświadczenia zapoczątkowują budowanie więzi z matką, a obok zachodzącej w środowisku wewnątrzmacicznym stymulacji dotykowej, proprioceptywnej i przedsionkowej przyczyniają się do treningu integracji sensorycznej (Blythe, 2018, s. 99).

Stymulacja muzyczna i ruchowa we wczesnym okresie rozwoju – w poszukiwaniu prospołecznego rytmu i melodii

Noworodki i niemowlęta zazwyczaj doświadczają muzyki poprzez interakcje społeczne z opiekunami. Najczęstszą interakcją muzyczną z niemowlętami jest śpiewanie (Young, 2008, s. 44; Young, Gouh, Powell, 2022, s. 274). Śpiew opiekuna jest charakterystyczny. Dorośli śpiewając małym dzieciom, używają wysokich tonów. Realizacja ta odbywa się w wolnym tempie i z użyciem bardziej ekspresyjnego renderowania tekstu (Trehub i in., 1997). Taki śpiew jest kierowany do niemowląt w celu modulowania pobudzenia (Shenfield, Trehub, Nakata, 2003, s. 365-375) lub tworzenia więzi (Trehub, Gudmundsdottir, 2015). Michael W. Weiss i współbadacze wykazali, że melodie śpiewane są lepiej zapamiętywane, niż melodie instrumentalne (Weiss, i in., 2015, 2020).

Poza śpiewaniem wielu rodziców, tworząc środowisko muzyczne dla swoich dzieci, opiera się na nagraniach muzycznych lub nowoczesnych zabawkach z funkcjami muzycznymi. Wykorzystanie nagranej muzyki ma z pewnością sporo zalet np. możliwość zaangażowania się w muzykę bez rodzica czy możliwość oferowania większej różnorodności stylów. Jednak nagranej muzyce brakuje multimodalności interakcji na żywo z opiekunem, czyli elementu relacyjnego i społecznego (de Vries, 2009, s. 395-405; Mehr, 2014, s. 78-88), który ma ogromne znaczenie dla rozwoju społecznego.

Już w pierwszych miesiącach życia dzieci mogą rozwinać niesamowite zdolności percepcyjne (Trehub, Hannon, 2006, s. 73). Na przykład wrażliwość na kontury melodyczne i względne tony rozwija się we wczesnym dzieciństwie (Trehub, Gudmundsdottir, 2015). Co więcej, pewne zdolności percepcyjne, które są kluczowe dla poznania muzyki, są początkowo uniwersalne. Uważa się, że niemowlęta mają percepcyjne warunki wstępne do rozpoznawania muzycznych subtelności dowolnej kultury muzycznej. Jednak z biegiem czasu następuje dostrojenie specyficzne dla kultury (której „nosicielem” jest śpiewający opiekun), a dzieci rozwijają coraz więcej umiejętności specyficznych dla danej kultury (Trehub, 2015). Przykładem jest percepcja rytmu

przez 6-miesięczne niemowlęta, które wykazywały ogólny kulturowy wzorzec reagowania na muzyczne rytmy, podczas gdy 12-miesięczne niemowlęta wykazywały już podobny do dorosłego opiekuna, specyficzny kulturowo wzorzec reagowania (Hannon, Trehub, 2005). Dzięki tej swoistej muzycznej inkulturacji roczne dzieci rozpoznają struktury czasowe oraz klasy wysokości dźwięków używane w muzyce ich kultury (Gerry, Unrau, Trainor, 2012; Hannon, Trehub, 2005).

W nieco innej sytuacji są małe dzieci w rodzinach dwukulturowych. Z uwagi na „zanurzenie” w dwóch lub więcej systemach kulturowych, w tym także ekspozycję na odmienne kulturowo zasoby muzyczne, ich rozwój i pokonywanie kolejnych etapów rozwoju będzie odmienne oraz bardziej zindywidualizowane (Anderson, 2002, s. 111-125).

Także umiejętności tworzenia rytmu rozwijają się stosunkowo wcześnie w dzieciństwie. Chociaż dwuipółlatki potrafią już dostosowywać swoje bębnienia do rytmu bębniącego (najczęściej dorosłego) partnera (Kirschner, Tomasello, 2009, s. 311), synchroniczne bębnienie z rytmicznym wzorem jest osiągnięte w wieku około czterech lat (Provasi, Bobin-Bègue, 2003, s. 229). Inne umiejętności (takie jak wrażliwość na harmonię) rozwijają się dopiero w późniejszym dzieciństwie (Schellenberg i in., 2005).

Bardzo często podczas śpiewania małe dzieci są przytulane i delikatnie kołysane. Wraz z upływem czasu oraz w sytuacjach szczególnego pobudzenia (np. ożywione czuwanie, reakcja na ząbkowanie, choroba niemowlęcia, stan kolki, ogólny dyskomfort) opiekunowie dołączają do śpiewu rytmiczne podrygiwanie lub podskakiwanie, trzymając dziecko w objęciach lub chuście czy nosidle. Ten sposób reagowania opiekunów na trudności doznawane przez niemowlęta jest bardziej złożoną i dynamiczną interakcją społeczną, która kształtuje postrzeganie muzyki przez niemowlęta i może również wpływać na poznanie społeczne partnera tej interakcji oraz na zachowanie niemowlęcia. Dochodzi wówczas do swoistej synchronizacji interpersonalnej regulowanej przez rytm i melodię. Celem opiekuna jest zaspokojenie doraźnej potrzeby dziecka. Synchronizacja może kierować preferencjami społecznymi i zachowaniami prospołecznymi niemowląt. Podobne efekty pojawiają się w zachowaniach dzieci przedszkolnych, które współuczestniczą w aktywnościach muzycznych w przedszkolach, które wymagają synchronizacji interpersonalnej z rówieśnikami.

Synchronizacja interpersonalna poprzez muzykę i ruch w kontakcie cielesnym jest osiągnięta wtedy, gdy ruchy jednej osoby czasowo dostosowywane są do ruchów innej osoby (np. śpiew i podrygiwanie opiekuna z dzieckiem na rękę) lub osób (np. taniec małych dzieci w kręgu). Znaczenie stymulacji muzycznej i ruchowej uzyskiwanej w oparciu o rytm i melodię było przedmiotem badań w ostatnich kilkunastu latach.

W wielu badaniach wskazywano na to, że zachowania prospołeczne i altruistyczne mogą być ujawniane przez dzieci pod wpływem różnego rodzaju doświadczeń lub treningów muzycznych. Np. E. Glenn Schellenberg i współbadacze (2015) wykazali w swoim badaniu związek między udziałem w zabawach z muzyką a umiejętnościami prospołecznymi u dzieci. Z kolei Tal-Chen Rabinowitch i współbadacze (2013) dostrzegli, że interakcyjny trening muzyczny jest powiązany z wyższą empatią. Jednym z muzycznych mechanizmów zwiększonego zachowania prospołecznego może być potrzeba synchronizacji z innymi. Inne badania wykazały, że synchroniczne ruchy ciała prowadzą do wyższych ocen sympatii i przynależności (Hove, Risen, 2009), a następnie do wyższej uległości (Wiltermuth, Heath, 2009), współczucia i altruizmu (Valdesolo, DeSteno, 2011).

W zakresie problematyki synchronizacji interpersonalnej wywoływanej przez muzykę i ruch bardzo często cytowany jest eksperyment Sebastiana Kirschnera i Michaela Tomasello (2010). Czterolatki uczestniczące w tym badaniu zwiększały swoją spontaniczną współpracę i zachowania pomocne wobec innych dzieci znacznie chętniej i częściej, jeśli uczestniczyły w zabawach muzyczno-ruchowych. Wspólne tworzenie muzyki, połączone ze śpiewem i tańcem, zachęcało czterolatki w badanej grupie do ciągłego muzyczno-ruchowego przedstawiania zbiorowej intencji i celu, jakim jest wspólne wokalizowanie i ruch w ściśle określonym czasie oraz w synchronizacji z innymi. Dzieci w grupie kontrolnej – gdzie stymulacja społeczna i językowa nie uwzględniała muzyki i tańca – nie przejawiały tak spontanicznej współpracy oraz zachowań pomocnych wobec innych dzieci. Badacze sformułowali istotny wniosek w tym badaniu – synchronizacja interpersonalna wywołana przez muzykę i ruch promuje zachowania prospołeczne u dzieci czteroletnich.

Klika ostatnich lat to okres badań nad synchronizacją interpersonalną wśród młodszych dzieci. Szczególny wkład w poszerzenie wiedzy na ten temat wniosła Laura Cirelli z Uniwersytetu w Toronto wraz z zespołami badawczymi.

Ekspertyzy z 2014 roku (Cirelli, Einarson, Trainor) pozwoliły na bardziej szczegółowe opisanie społecznych implikacji synchronizacji interpersonalnej u dzieci we wczesnym dzieciństwie. W przeprowadzonym przez badaczki eksperymencie każde z czterdziestu ośmiu 14-miesięcznych dzieci było trzymane przez asystenta, który delikatnie podskakiwał w rytm muzyki, stojąc twarzą do eksperymentatorki. Eksperymentatorka także podskakiwała albo w sposób zsynchronizowany, albo niesynchronizowany do tego, w jaki poruszał się asystent z dzieckiem. Następnie dziecko było stawiane w sytuacji, w której miało okazję pomóc eksperymentatorce, podając jej przedmioty, które „przypadkowo” upuściła.

Badaczki odkryły, że 14-miesięczne dzieci były bardziej skłonne do angażowania się w zachowania altruistyczne i pomaganie eksperymentatorce po tym, jak były synchronicznie stymulowane ruchowo w rytm muzyki, w porównaniu z dziećmi, które poddano stymulacji asynchronicznej.

Kolejny eksperyment innego zespołu pod kierunkiem Laury Cirelli (Cirelli, Wan, Trainor, 2014) miał na celu ustalenie, czy synchronizacja interpersonalna działa jako wskazówka dla 14-miesięcznych dzieci, aby skierowały swoje prospołeczne zachowania na konkretne osoby, z którymi doświadczyły ruchu synchronicznego, czy też jest wskazówką ogólną, wpływająca na ich przejawiane wobec innych, nieznanymi osobami. Okazało się, że synchroniczny ruch w rytm muzyki działa jako ogólna społeczna wskazówka do kierowania prospołecznością. Odkrycia zespołów Laury Cirelli potwierdzają hipotezę, że interpersonalna synchronizacja ruchowa połączona z muzyką może być jednym z kluczowych elementów zaangażowania muzycznego, który sprzyja tworzeniu więzi społecznych między członkami grupy i może sprzyjać bardzo wczesnemu rozwojowi zachowań altruistycznych. Warto też skonstatować, że kluczowymi w eksperymencie był ruch oraz rytm i melodia wykorzystywanej muzyki.

Zakończenie

Muzyka w połączeniu z ruchem może okazać się znaczącym „narzędziem” uspołecznienia, mogącym przynieść długotrwałe korzyści dla rozwoju dzieci. Zaangażowanie muzyczne i ruch, mające miejsce w toku synchronizacji interpersonalnej, mogą wpływać na zachowania społeczne na bardzo wczesnym etapie rozwoju.

Synchronizacja interpersonalna powinna stać się powszechnym doświadczeniem społecznym dzieci. Opiekunowie mogą poprzez angażowanie się w ruch i muzykę (zachowania takie jak śpiew, klaskanie, taniec, podskakiwanie ze swoimi małymi dziećmi) promować zachowania spójne społecznie i zachodzące między nimi a dziećmi.

Bibliografia

- Anderson, M., (2002). It's culture thing': children, language and 'boundary' in the bicultural family. W: *Beyond boundaries. Language and identity in contemporary Europe*. (red.) P. Gubbins, M. Holt. Clevedon – Buffalo – Toronto – Sydney: Multilingual Matters, 111-125. Doi.10.21832/9781853595578.
- Blacking, J., (1995). *Music, Culture and Experience*. Chicago: University of Chicago Press, 223-241. https://books.google.gg/books?id=LtMfEqU8Cr4C&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
- Blythe, S.G., (2018). *Odruchy, uczenie się i zachowanie*. Warszawa: PWN, s. 99-105.
- Carlton, E.B., (2000). Learning through music: The support of brain research. *Child Care Exchange*, 133 (May/June), s. 53-56. <http://www.childcareexchange.com/article/learning-through-music-the-support-of-brain-research/5013353/>.
- Cirelli, L.K., Einarson, K.M., Trainor, L. J., (2014). Interpersonal synchrony increases prosocial behavior in infants. *Developmental Science*, 17,1003. doi: 10.1111/desc.12193.
- Cirelli L.K., Wan S.J., Trainor L.J., (2014). Fourteen-month-old infants use interpersonal synchrony as a cue to direct helpfulness. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 369, 20130400. Doi: 10.1098/rstb.2013.0400.
- de Vries, P., (2009). Music at home with the under five: what is happening? *Early Child and Development and Care*, 179(4), 395-405. Doi: 10.1080/03004430802691914.
- Gerry D., Unrau A., Trainor L.J., (2012). Active music classes in infancy enhance musical, communicative and social development. *Developmental Science*, 15(3), 398-407. Doi: 10.1111/j.1467-7687.2012.01142.x.
- Gooding, L., Standley, J. M., (2011). Musical development and learning characteristics of students. *Update: Applications of Research in Music Education*. 30, s. 32-45. Doi: 10.1177/8755123311418481.
- Hannon, E.E., Trainor, L.J., (2007). Music acquisition: effects of enculturation and formal training on development. *Trends in Cognitive Sciences*, 11, 466-472. Doi: 10.1016/j.tics.2007.08.008.
- Hove, M.J., Risen, J.L., (2009). It's all in the timing: interpersonal synchrony increases affiliation. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 27, 949-961. Doi: 10.1521/soco.2009.27.6.949.
- Kirschner, S., Tomasello, M., (2009). Joint drumming: Social context facilitates synchronization in preschool children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 102(3), 299-314. Doi: 10.1016/j.jecp.2008.07.005.
- Kirschner, S., Tomasello, M., (2010). Joint music making promotes prosocial behavior in 4-year-old children. *Evolution and Human Behavior*, 31(5), 354–364. Doi: 10.1016/j.evolhumbehav.2010.04.004.

- McMahon, E., Wintermark, P., Lahav, A., (2012). Auditory brain development In premature infants: the importance of early experience. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1252, 17-24. Doi: 10.1111/j.1749--6632.2012.06445.x.
- Mehr, S., (2014). Music in the home: new evidence for intergenerational link. *Journal of Research of Music Education*. 62(1), 78-88. Doi: 101177/0022429413520008.
- North, A.C., Tarrant, M., Hargreaves, D.J., (2004). The effects of music on helping behavior: a field study. *Environment and Behavior*, 36, 266-275. Doi: 10.1177/0013916503256263.
- Perlman, J., (2001). Neurobehavioral deficits in premature graduates of care-potential medical and neonatal environmental risk factors. *Pediatrics*, 108(6), 1339-1348. Doi: 10.1542/peds.108.6.1339.
- Provasi, J., Bobin-Bègue, A., (2003). Spontaneous motor tempo and rhythmical synchronisation in 2-1/2 and 4-year-old children. *International Journal of Behavioral Development*, 27(3), 220-231. Doi: 10.1080/01650250244000290.
- Rabinowitch, T., Cross, I., Burnard, P., (2013). Long-term musical group interaction has a positive influence on empathy in children. *Psychology of Music* 41, 484-498. Doi: 10.1177/0305735612440609
- Schellenberg, E., Corrigan, K., Dys, S., Malti, T., (2015). Group music training and children's prosocial skills. *PLoS ONE*. 10:e0141449. Doi: 10.1371/journal.pone.0141449.
- Shenfield, T., Trehub, S.E., Nakata, T., (2003). Maternal singing modulates infant arousal. *Psychology of Music* 31, 365–375. doi: 10.1177/03057356030314002.
- Trehub, S., Hannon, E., (2006). Infant music perception: domain-general or domain-specific mechanisms? *Cognition*, 100, 73-99. Doi: 10.1016/j.cognition.2005.11.006.
- Trehub, S.E., Becker, J., Morley, I., (2015). Cross-cultural perspectives on music and musicality. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 19(370). Doi: 10.1098/rstb.2014.0096.
- Trehub, S.E., Gudmundsdottir, H.R., (2015). Mothers as singing mentors for infants. W: The Oxford Handbook of Singing. (red.) G. Welch, D. M. Howard, J. Nix. Oxford University Press. <http://skrif.hi.is/helgarut/files/2010/01/TrehubGudmundsdottirOxfordHandbook2015.pdf>.
- Trehub, S.E., Unyk, A.M., Kamenetsky, S.B., Hill, D. S., Trainor, L.J., Henderson, J.L., Saraza, M., (1997). Mothers' and fathers' singing to infants. (1997). Mothers' and fathers' singing to infants. *Developmental Psychology*, 33(3), 500-507. Doi:10.1037/0012-1649.33.3.500.
- Valdesolo, P., DeSteno, D., (2011). Synchrony and the social tuning of compassion. *Emotion* 11, 262-266. Doi: 10.1037/a0021302.
- Weiss, M.W., Cirelli, L.K., McDermott, J.H., Trehub, S.E., (2020). Development of consonance preferences in Western listeners. *Journal of Experimental Psychology: General*, 149(4), 634-649. Doi: 10.1037/xge0000680.

- Weiss, M.W., Cirelli, L.K., McDermott, J.H., Trehub, S.E., (2020). Development of consonance preferences in Western listeners. *Journal of Experimental Psychology: General*, 149(4), 634-649. Doi: 10.1037/xge0000680.
- Weiss, M.W., Schellenberg, E.G., Trehub, S.E., Dawber, E.J., (2015). Enhanced processing of vocal melodies in childhood. *Developmental Psychology*, 51(3), 370-377. Doi: 10.1037/a0038784.
- Wiltermuth, S., Heath, C., (2009). Synchrony and cooperation. *Psychological Science*, 20, 1-5. Doi: 10.1111/j.1467-9280.2008.02253.x.
- Young, S., (2008). Lullaby light shows: Everyday musical experience among under-two-year-olds. *International Journal of Music Education*, 26, 33-46.
- Young, V., Goouh, K., Powell, S., (2022). Babysong revisited: communications with babies through song. *British Journal of Music Education*, 39(3), 273-285. Doi:10.1017/S0265051722000298.
- Zimmerman, E., Lahav, A., (2013). Ototoxicity in preterm infants: effects of genetics, aminoglycosides, and loud environmental noise. *Journal of Perinatology*, 33(1), 3-8. Doi: 10.1038/jp.2012.105.

Wpływ oddziaływań muzykoterapeutycznych na poprawę jakości życia seniora – studium przypadku²

Kacper Trela

Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego w Katowicach

Streszczenie

Funkcjonowanie mieszkańców domów pomocy społecznej obarczone jest wieloma niedogodnościami. Oddziaływania muzykoterapeutyczne wydają się mieć potencjał we wspomaganiu niektórych aspektów życia w instytucji tego typu. Celem niniejszej pracy jest prezentacja badania możliwego wpływu oddziaływań muzykoterapeutycznych na poprawę jakości życia seniora przeprowadzonego w domu pomocy społecznej. Ze względu na charakter pracy terapeutycznej badanie ma formę studium przypadku, jest zatem jedynie przyczynkiem do badań bardziej zaawansowanych metodologicznie. Przedstawiono opis funkcjonowania mieszkańca, charakterystykę sesji muzykoterapeutycznych oraz rezultaty poddane stosownej analizie.

Słowa kluczowe: muzykoterapia, dom pomocy społecznej, studium przypadku

Wprowadzenie

Muzykoterapia

Choć wpływ muzyki na człowieka jest od dawna przedmiotem zainteresowania badaczy, to definiowanie muzykoterapii nie jest łatwym zadaniem. W minionych latach wielu wybitnych muzykoterapeutów podjęło próby nazwania i opisanie w konkretny sposób tej niezwykle szerokiej dziedziny. Na gruncie polskim najbardziej znana jest definicja zaproponowana przez Tadeusza Natanson (1979). Autor wyszczególnia w niej podział na praktykę i teorię muzykoterapeutyczną, w ramach której powinno się poddawać badaniu zależności pomiędzy człowiekiem a muzyką. Z kolei Kenneth Bruscia (1998) zwraca uwagę na integrację teorii i praktyki muzykoterapeutycznej, uwzględniając również znaczenie muzykoterapii jako profesji. Najbardziej wyczerpująca wydaje się definicja Światowej Federacji Muzykoterapii, w której autorzy wymieniają konkretne zastosowania muzyki w terapii w celu poprawy jakości życia. Każda próba zdefiniowania muzykoterapii dotyczy

² Artykuł stanowi skróconą wersję pracy dyplomowej (licencjackiej) Autora.

więc innych aspektów, jednak cechą wspólną dla większości definicji jest skoncentrowanie się na zależnościach między człowiekiem a muzyką oraz poznaniem ich wzajemnych oddziaływań.

Bruscia (1998) w swojej książce pt.: „Defining Music Therapy” wyróżnia cztery typy doświadczeń muzycznych, z czego trzy ściśle dotyczą aktywnej muzykoterapii, a jedno muzykoterapii receptywnej. Są to: improwizacja, wykonawstwo, komponowanie i słuchanie muzyki. Każde z wymienionych doświadczeń zostanie opisane w dalszych akapitach.

Jesień życia w domu pomocy społecznej

Światowa Organizacja Zdrowia podzieliła starość na trzy etapy, określając umowne granice czasu trwania każdego z nich. Pierwszym jest tak zwana „wczesna starość”, która dotyczy osób w wieku od 60 do 74 roku życia. Etap między 75 a 89 rokiem życia określane jest mianem „późnej starości”, natomiast osoby w wieku równym bądź wyższym niż 90 lat określa się mianem „długowiecznych” (Bukowska, Filar Mierzwa, 2018). Jest to oczywiście umowny podział, a granice czasu trwania poszczególnych etapów nie są uniwersalne. U każdego człowieka proces starzenia się wygląda inaczej, a jego przebieg jest zależny od wielu czynników, takich jak: prowadzony styl życia, uwarunkowania genetyczne i zdrowotne, rodzaj wykonywanego zawodu.

Ze względu na przebieg i charakter wyróżnia się trzy rodzaje starzenia: zdrowe, zwykle i chorobowe. Pierwszy z nich występuje u bardzo niewielkiej grupy osób, które pomimo wieku pozostają sprawne umysłowo i fizycznie oraz nie są dotknięte żadną chorobą przewlekłą. Najbardziej liczną grupą z kolei są osoby starzejące się w sposób zwykły, to znaczy dyskretny, postępujący stopniowo w zauważalny sposób najczęściej dopiero po 65 roku życia. Ostatnim typem jest chorobowe starzenie się, które już we wczesnym etapie powoduje zauważalne i destrukcyjne dla organizmu skutki, między innymi: zmniejszenie wydolności układu krążenia, ograniczenia funkcji ruchowych. Skutki starzenia mogą być więc bardzo zróżnicowane, co w konsekwencji przekłada się na sposób funkcjonowania nie tylko osoby starszej, ale także jej bliskiego środowiska oraz całego społeczeństwa.

Warto tutaj wspomnieć o powszechnym dzisiaj zjawisku starzenia się społeczeństw, polegającym na wzroście liczby osób w wieku poprodukcyjnym przy jednoczesnym zmniejszeniu się liczby ludności w wieku przedprodukcyjnym w danej społeczności. Przyczyn tego zjawiska jest wiele, począwszy od wysoce rozwiniętej dziś medycyny i szerokiej dostępności leków oraz środków medycznych eliminujących czynniki mogące doprowadzić do przedwczesnej śmierci. Duży wpływ na powszechność starzenia się społeczeństw mają też czynniki kulturowe i ekonomiczne, a także obowiązujące wzorce i modele funkcjonowania rodzin. Zmniejszenie dzietności przy równoczesnym wzroście średniej długości życia doprowadziło na przełomie XIX i XX wieku

w Europie do bardzo dynamicznego rozwoju omawianego zjawiska. W konsekwencji tego, w ostatnich latach bardzo mocno wzrosło zapotrzebowanie na świadczenie usług związanych z opieką i organizacją życia osób w podeszłym wieku. Swoją działalność rozwinęło wiele placówek i instytucji związanych zarówno z sektorem zdrowia i opieki (domy dziennego pobytu, ośrodki rehabilitacyjne), jak również z sektorami usług i kultury (kluby seniora, domy kultury, świetlice środowiskowe).

Na szczególną uwagę zasługuje rola domów pomocy społecznej, w których mieszkają osoby z różnych przyczyn niezdolne do samodzielnego funkcjonowania. Niejednokrotnie przyczyną wspomnianej niezdolności są destrukcyjne dla organizmu efekty starzenia. Według Zuzanny Grabusińskiej (2013) „domy pomocy społecznej stanowią ważny element budowanego systemu pomocy społecznej. Posiadają jedno z najstarszych korzeni jako forma pomocy społecznej w zakresie organizowania opieki adresowanej do osób, które bez pomocy osób trzecich nie były w stanie samodzielnie funkcjonować w miejscu zamieszkania” (s. 4). Rola tego typu placówek jest kluczowa dla każdego społeczeństwa, szczególnie w sytuacji, gdy jego sporą część stanowią osoby starsze.

Sytuacja mieszkańców domów pomocy społecznej bywa bardzo zróżnicowana. Wpływa na to nie tylko indywidualny charakter każdej placówki, ale też sposoby jej finansowania, podejście personelu, warunki mieszkaniowe oraz stan fizyczny i psychiczny pacjentów. Osoba przebywająca w takiej placówce spotyka się z wieloma trudnościami niezwiązanymi ściśle ze stanem jej zdrowia. Są to przede wszystkim: ograniczone możliwości samostanowienia i gospodarowania czasem, problematyczne kontakty interpersonalne z innymi mieszkańcami domu, poczucie silnej zależności od drugiego człowieka, utrata finansowej niezależności, a przede wszystkim samotność oraz niskie poczucie własnej skuteczności. Dwa ostatnie czynniki zostaną omówione w kolejnych akapitach.

Jednym z najczęściej występujących problemów wśród mieszkańców domów pomocy społecznej jest doskwierająca samotność i poczucie opuszczenia przez najbliższych, a co za tym idzie konieczność codziennego współdzielenia czasu i miejsca z przypadkowymi osobami, na których wybór nie ma się wpływu. Na podstawie badania przeprowadzonego w 2018 roku w jednym z domów pomocy społecznej na terenie Lublina stwierdzono, że „wzrost poczucia osamotnienia łączy się z pogorszeniem zadowolenia z życia, szczególnie wyrażającym się w poczuciu samotności społecznej rozumianej jako trudności w relacjach z innymi” (Herman, Ciszek i Gortat, 2018). Dowodzi to ścisłego związku między samotnością, a zadowoleniem z życia i postrzeganiem jego jakości przez mieszkańców w tego typu placówkach.

Kolejnym czynnikiem powodującym dyskomfort i trudności związane z przebywaniem w domu pomocy społecznej jest poczucie własnej skuteczności (PWS) – to przekonanie jednostki,

że z powodzeniem może wykonać czynności niezbędne do osiągnięcia określonych celów w danej sytuacji życiowej (Jachimowicz i Kostak, 2003). O wysokim wskaźniku PWS świadczy motywacja do podejmowania działań, pomimo towarzyszących im trudności oraz większe zaangażowanie w doprowadzaniu ich do końca. Działaniom towarzyszy też optymizm i trafność obieranych strategii, umożliwiających dokończenie zadania. W przypadku niskiego poczucia własnej skuteczności można natomiast zaobserwować bezradność wobec proponowanych działań oraz lęk przed niepowodzeniem. Takiemu podejściu towarzyszy też smutek i ogólne przygnębienie. Każde wyzwanie postrzegane jest jako niemożliwe do wykonania, co w konsekwencji prowadzi do obniżenia motywacji i wysiłku przeznaczanego na dane działanie.

Podsumowując, współcześnie odpowiadając na potrzeby wynikające ze zjawiska starzenia się społeczeństw udało się wypracować mechanizmy usprawniające opiekę nad osobami starszymi, jak wspomniane domy pomocy społecznej. Rozwiązanie to stwarza sporo udogodnień, związanych chociażby z możliwością sprawowania całodniowej opieki nad osobą, która jej potrzebuje. Przebywanie w takiej placówce rodzi jednak szereg problemów związanych z samopoczuciem jednostki zmuszonej do funkcjonowania w nowych warunkach.

Muzykoterapia w pracy z osobą starszą przebywającą w domu pomocy społecznej

Po przeanalizowaniu sytuacji osób starszych przebywających w domach pomocy społecznej i scharakteryzowaniu złożonego zagadnienia jakim jest muzykoterapia, należy się zastanowić nad jej wykorzystaniem w danym kontekście. Cechą charakterystyczną społeczności placówek dziennego pobytu jest różnorodność pacjentów i ich schorzeń. Konsekwencją tego jest duże zróżnicowanie potrzeb każdego z nich. Muzykoterapia wpasowuje się w charakter tego typu placówek dzięki temu, że jest bardzo uniwersalną formą terapii, podczas której pacjent i terapeuta mogą wspólnie osiągnąć różnorakie cele. Według Jagody Rusowicz (2018) muzykoterapia „umożliwia wpływanie na samopoczucie, funkcjonowanie społeczne, fizyczne i psychiczne seniorów. W efekcie dąży do rehumanizacji życia chorych oraz ich rodzin i opiekunów”. Dzięki temu, może być ona użyteczna w pracy nad wieloma aspektami poprawy jakości życia. W tej części pracy omówione zostaną zastosowania muzykoterapii w kontekście wspomnianych w poprzedniej części problemów związanych z przebywaniem w domu pomocy społecznej.

Jak już wspomniano, jednym z najczęściej spotykanych problemów osób starszych przebywających w placówkach dziennego pobytu jest doskwierająca samotność, wynikająca przede wszystkim z poczucia opuszczenia przez najbliższych. Niezwykle ważnym elementem radzenia sobie z samotnością jest dostrzeżenie sensu w codziennych działaniach i czerpanie z nich radości. Norbert Pikula w swojej książce poświęconej poczuciu sensu życia w starości nadmienia, że „(...)

usensownienie życia może stać się siłą sprawczą do pokonywania siebie, ponownego redefiniowania swojego życia, jego celu, wartości, a więc i zwalczania samotności” (Pikula, 2016, s. 81). Poczucie sensu życia jest niezwykle ważne na każdym jego etapie, a szczególnie w starości, podczas której łatwo ulec przeświadczeniu, że nic dobrego nas już w życiu nie spotka. We wzbudzeniu chęci do życia użyteczna może być muzykoterapia, która „(...) kształtuje uczucia, pobudza do aktywności, ułatwia przystosowanie się do życia w chorobie (...) i pobudza wolę do życia” (Starzykiewicz i Stolarek, 2005, s. 97). Muzyka i działania z nią związane cieszą się dużym zainteresowaniem wśród osób starszych i są często wybieraną formą spędzania przez nich wolnego czasu (Kaczmarczyk i Trafiałek, 2007, s. 117). Między innymi z tego powodu zajęcia wykorzystujące muzykę mają duży potencjał terapeutyczny. Sam pozytywny stosunek do obcowania z muzyką jest dobrą podstawą współpracy pacjenta i terapeuty. Co więcej, podczas zajęć grupowych tworzy się przestrzeń do rozwijania relacji nie tylko z terapeutą, ale także z innymi pacjentami w bezpiecznej i komfortowej atmosferze. Oferowane w ramach muzykoterapii działania takie jak: śpiew, gra na instrumentach, improwizacja, organizacja koncertów i wydarzeń kulturalnych mogą okazać się pomocne w wyznaczeniu celu. Choćby ze względu na to, muzykoterapia może być pomocna w podtrzymaniu przekonania, że życie osoby w podeszłym wieku ma sens.

Kolejnym omówionym aspektem funkcjonowania pacjenta przebywającego w domu pomocy społecznej jest niskie poczucie własnej skuteczności. Zostało już wspomniane, jak wielki wpływ na samopoczucie człowieka ma świadomość, że jest on w stanie samodzielnie podejmować działania i doprowadzać je do końca. Szczególnie dotyczy to osób w starszym wieku, które z różnych przyczyn zostały pozbawione pełnej niezależności. Przykładem tego są osoby przebywające w domach pomocy społecznej, gdzie sprawowana jest nad nimi codzienna opieka. Zastosowana w tego typu placówce muzykoterapia pozwala skoncentrować się na potencjale pacjenta oraz jego możliwościach. Autorzy artykułu poświęconego muzykoterapii poznawczo-behawioralnej w pracy z osobami starszymi zwracają uwagę na to, że „muzykoterapeuci mogą poprawiać jakość życia wielu starszym ludziom, koncentrując się na ich silnych stronach, zdolnościach, talentach, a nie na deficytach i niesprawnościach. Stwarzając możliwości satysfakcjonującej, twórczej aktywności, powodują, że pacjenci w podeszłym wieku mogą się poczuć ludźmi wartościowymi, kompetentnymi, godnymi zaufania i zdolnymi do działania” (Dobrzyńska i in., 2006, s. 107). Terapia ukierunkowana na rozwój możliwości pacjenta może przyczynić się do zwiększenia poziomu poczucia własnej skuteczności. Podobnie sytuacja ma się z poczuciem sprawstwa. Muzykoterapia stwarza wiele możliwości aktywnego dysponowania czasem wolnym, a proponowane w ramach niej działania charakteryzują się dużą zależnością od woli i decyzyjności pacjenta.

Muzykoterapia może także zostać zastosowana jako forma wspomagająca inne rodzaje terapii. Przykładowo, wykorzystanie muzyki podczas zajęć z fizjoterapii może być dla pacjenta dodatkową motywacją do pracy nad konkretnymi celami. W konsekwencji może się to przełożyć na większą skuteczność i efektywność pracy terapeutycznej. Fizjoterapeuci zwracają uwagę na to, że „muzykoterapia może być korzystna m.in. w nowoczesnej fizjoterapii (w tym neurofizjoterapii) i rehabilitacji. Proponowane są wspomagane muzyką ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia wpływające na układ krążenia, pionizacja czy nauka chodzenia, które zapobiegają powikłaniom u pacjentów objętych procesem rehabilitacyjnym” (Turzyński i in. 2018, s. 97). Wynika z tego, że towarzysząca działaniom fizjoterapeutycznym muzyka może przyczynić się do zwiększenia efektywności zastosowanej terapii.

Podsumowując, muzykoterapia może być bardzo użyteczna w pracy z pacjentami przebywającymi w domach pomocy społecznej. Dzięki swojej uniwersalności i szerokiemu spektrum oddziaływań może odpowiedzieć na różnorodne potrzeby pacjentów. Wykorzystanie muzyki cieszącej się sporym zainteresowaniem wśród seniorów decyduje o jej potencjale terapeutycznym w pracy z osobami starszymi. Nie bez znaczenia pozostaje także postawa terapeuty oraz koncentracja na możliwościach pacjenta. Muzykoterapia stwarza również przestrzeń do budowania relacji, co może mieć wpływ na zmniejszenie poczucia osamotnienia, które jest jednym z głównych problemów mieszkańców placówek dziennego pobytu.

Biorąc pod uwagę omówione cechy i możliwości muzykoterapii oraz potrzeby i problemy związane z codziennym funkcjonowaniem pacjentów domów pomocy społecznej należy stwierdzić, że wykorzystanie tego rodzaju terapii w pracy z osobami starszymi stwarza wiele korzyści i możliwości pomocy zarówno w zakresie społecznym, psychologicznym, jak również zdrowotnym.

Metoda

Prezentowane badanie przyjęło formę studium przypadku. Przypadek rozumiemy tutaj jako „jednostkę ludzką charakterystyczną ze względu na swoisty rodzaj zachowań” (Goriszowski, 1997, s. 79). W niniejszej pracy badaniu został poddany przypadek pacjenta A., przebywającego w domu pomocy społecznej.

Celem studium było zbadanie użyteczności muzykoterapii w pracy nad poprawą jakości życia pacjenta przebywającego w domu pomocy społecznej. Sformułowano następujące pytania badawcze:

- Czy i w jaki sposób muzykoterapia oddziałuje na postrzeganie siebie i innych przez pacjenta A.?
- Jak muzykoterapia przyczynia się do zmniejszenia odczuwanego przez pacjenta przygnębienia?
- W jaki sposób muzykoterapia oddziałuje na doświadczanie lęku przez pacjenta?

Za narzędzia badawcze w omawianym badaniu przyjęto: arkusz obserwacji pacjenta, kwestionariusz lęku uogólnionego GAD-7, kwestionariusz ruminacji oraz analizę materiału wideo.

Arkusz obserwacji został zaprojektowany przez terapeutę, by monitorować zachowania i zaangażowanie pacjenta podczas trwania sesji muzykoterapeutycznych. Arkusz był wypełniany przez terapeutę bezpośrednio po każdej sesji. Obserwacji podlegały takie aspekty jak: nastrój pacjenta, nastawienie do sesji, koncentracja, zaangażowanie w wykonywanie zadań, komunikacja, aktywność, a także dostrzegalny poziom przygnębienia. Wspomniane zachowania pacjenta poddano ocenie w skali od 1 do 5 (gdzie 1 oznacza brak wystąpienia danego zachowania, a 5 jego wysoki poziom).

Kwestionariusz lęku uogólnionego GAD-7 jest narzędziem pomocnym przy określeniu i ocenie odczuć związanych z zespołem lęku uogólnionego. Autorzy kwestionariusza zaznaczają w początkowych informacjach, że sam kwestionariusz jest jedynie wskazówką i na jego podstawie nie można postawić diagnozy ani rozpoznania. Narzędzie składa się z siedmiu pytań dotyczących częstotliwości odczuwanego przez pacjenta lęku. Odpowiedzi na poszczególne pytania odzwierciedla czterostopniowa skala (od 0 do 3, gdzie 0 to brak występowania danego problemu, 1 to występowanie problemu przez kilka dni, 2 to występowanie problemu przez więcej niż połowę wskazanego okresu czasu, 3 to występowanie problemu codziennie). Wykorzystane narzędzie miało charakter pomiarowy. Pacjent co miesiąc udzielał odpowiedzi na wskazane w kwestionariuszu pytania.

Kwestionariusz ruminacji to narzędzie autorstwa Wiesława Baryły i Bogdana Wojciszke, służące zbadaniu częstości pojawiania się u pacjenta negatywnych myśli o sobie i innych. Składa się z 20 pytań, a odpowiedzi odzwierciedla pięciostopniowa skala od 1 do 5 (gdzie 1 oznaczania brak występowania danego odczucia, a 5 jego bardzo częste występowanie). Przy każdym pytaniu oznaczone zostały litery „j”, lub „ś”. Pierwsza z nich oznacza, że dane pytanie i uzyskana odpowiedź dotyczy skali ruminacji o sobie. Litera „ś” oznacza skalę ruminacji o świecie społecznym.

Zgromadzony w procesie badawczym materiał wideo zawiera udokumentowane sesje muzykoterapeutyczne. Analiza nagrań służyła weryfikacji pracy terapeuty oraz realizacji zaplanowanych działań.

Charakterystyka interwencji

Indywidualne sesje muzykoterapeutyczne realizowane w ramach procesu badawczego odbywały się raz w tygodniu w domu pomocy społecznej. Każda sesja trwała 30 minut. Łącznie zrealizowano 18 sesji.

Sesje muzykoterapeutyczne zaplanowane zostały według powtarzalnego schematu. Pierwszym elementem każdego spotkania była rozmowa o samopoczuciu pacjenta oraz o minionym tygodniu. Następnie terapeuta proponował pierwszą muzyczną aktywność, której celem było skoncentrowanie się i utrzymanie skupienia podczas jej wykonywania. Najczęściej była to improwizacja z wykorzystaniem instrumentów perkusyjnych lub ćwiczenia wokalne polegające na powtarzaniu zaproponowanych fraz. Centralnym punktem każdych zajęć była praca z piosenką. Repertuar był w znacznej części proponowany przez samego pacjenta i zawierał głównie utwory z czasów jego młodości. Znaczna część z nich wiązała się z jakimś wspomnieniem lub historią z życia. Wśród aktywności realizowanych przy pomocy piosenek wykorzystano między innymi: śpiewanie z podziałem na role, pisanie tekstu piosenki, improwizację, grę na instrumentach połączoną ze śpiewaniem oraz rozmowę o piosence.

Elementem kończącym sesję było wspólne zaśpiewanie jednej wybranej przez pacjenta piosenki. Najczęściej były to spontaniczne wybory kierowane skojarzeniem lub nastrojem pacjenta A.

Opis pacjenta

Pacjent A. przebywa na stałe w domu pomocy społecznej. W przeszłości przebył udar mózgu, którego skutkiem jest paraliż lewej strony ciała. W wyniku paraliżu porusza się na wózku inwalidzkim. U pacjenta dostrzegalny jest także ubytek słuchu, korzysta on z aparatów słuchowych. Pacjent A. przebywa w placówce ze względu na swoją niepełnosprawność i niezdolność do samodzielnego wykonywania codziennych czynności. Pacjent jest wdowcem, jego dzieci przebywają na stałe za granicą.

U pacjenta nie zaobserwowano żadnych deficytów w zakresie funkcji poznawczych. Po konsultacji z psychologiem udało się ustalić, że pacjent często doświadcza przygnębienia i stanów depresyjnych. Podczas początkowych sesji muzykoterapeutycznych pacjent szybko się rozpraszał, miał trudności w skoncentrowaniu uwagi na konkretnym działaniu przez dłuższy czas. Elementem, który w początkowym etapie terapii stanowił istotną część każdej sesji były opowieści pacjenta A. o wydarzeniach, które przedstawiał jako fakty ze swojej przeszłości. Dotyczyły one głównie okresu życia pacjenta związanego z działalnością opozycyjną. Często pojawiającym się w opowieściach wątkiem były także spotkania pacjenta z celebrytami związanymi ze światem muzyki. Pacjent A. dysponuje bardzo rozległą i szczegółową wiedzą o muzyce i artystach, zwłaszcza tych, którzy byli popularni w okresie jego młodości. Jego zainteresowanie muzyką było bardzo ważnym elementem terapii i w wielu momentach pomagało wyznaczać jej kierunek. Na początku procesu można było zaobserwować u pacjenta silną potrzebę bycia zauważonym

i potrzebnym. Prawdopodobnie miało to związek z pozbawieniem pełnej sprawności po udarze i spadkiem poczucia własnej skuteczności.

Ze względu na rzadkie kontakty z bliskimi, pacjent odczuwa dużą samotność przebywając w placówce. Jego relacje z innymi mieszkańcami domu pomocy społecznej nie są najlepsze, pacjent A. ma o nich negatywne zdanie. Podczas sesji często pojawiał się wątek rozdrażnienia i poirytowania zachowaniem innych pacjentów. Podobna sytuacja dotyczyła relacji pacjenta z personelem. Pacjent A. pozytywnie wypowiadał się zaledwie o kilku osobach pracujących w domu pomocy społecznej. Trudne relacje z otoczeniem były czynnikiem, który mógł mieć wpływ na pogłębienie poczucia samotności i opuszczenia.

Rezultaty

W niniejszym studium przypadku do zbadania postępu procesu terapeutycznego wykorzystano dwa kwestionariusze. Służyły one monitorowaniu samopoczucia pacjenta, obserwacji przebiegu procesu oraz ocenie stopnia realizacji zamierzonych celów.

Pierwszym narzędziem wykorzystanym w procesie był kwestionariusz ruminacji autorstwa W. Baryły oraz B. Wojciszke. Pierwszy pomiar wykazał, że pacjent w porównywalnym stopniu doświadcza ruminacji o sobie oraz o świecie społecznym. Sumowanie liczb odzwierciedlających częstotliwość występowania danych negatywnych myśli na swój temat dało wynik 39 na 50 możliwych, zaś na temat świata 41 na 50 możliwych. Oznacza to, że na początku procesu pacjent doświadczał przygnębienia w porównywalnym stopniu ze względu zarówno na siebie i swoją przeszłość, jak również na otaczający go świat. Najczęściej pojawiającymi się myślami na początku procesu były te dotyczące niegodziwości świata, kierunku w jakim zmierza oraz własnego postępowania w przeszłości. Pomiar wykonany pod koniec procesu badawczego dla występowania tego samego rodzaju negatywnych myśli i odczuć dał wynik 30 na 50 możliwych punktów w skali ruminacji o sobie oraz 33 na 50 możliwych punktów w skali ruminacji o świecie społecznym. Ponownie najczęściej występującymi myślami u pacjenta były te dotyczące niesprawiedliwości na świecie oraz własnych postępowań z przeszłości. Pojawiały się one jednak nieco rzadziej, niż na początku procesu. Niemal niezmienny pozostał natomiast stosunek rodzajów ruminacji. Zarówno na początku, jak i na końcu badania skale dotyczące myśli pacjenta o sobie samym oraz o świecie zewnętrznym dały podobne wyniki.

Drugim narzędziem badawczym wykorzystanym w procesie był kwestionariusz lęku uogólnionego GAD-7. W okresie od grudnia do marca zaobserwowano malejącą tendencję otrzymywanego wyniku. W grudniu było to 10 punktów, w styczniu 9, a na początku marca 8. W drugiej połowie marca, z uwagi na trudne wydarzenia w placówce, w których centrum znalazł się pacjent, jego samopoczucie znacznie się pogorszyło. Odbiło się to także na wyniku

kwestionariusza, którego wartość wzrosła prawie dwukrotnie i wynosiła 15. Wynikało z niego, że pacjent w czasie poprzedzającym badanie niemal codziennie był podenerwowany, spięty i zmartwiony. W okresie od kwietnia do maja wynik udało się zredukować do 11. Warto nadmienić, że od połowy marca muzykoterapia była jedyną formą terapii, w jakiej pacjent brał udział. Sesja z dnia 30 marca była pierwszą, która odbyła się po problematycznej sytuacji w placówce z udziałem pacjenta. Analiza arkuszy obserwacji pokazała, że od momentu rozpoczęcia procesu do wspomnianego dnia udało się uzyskać poprawę nastroju w zakresie odczuwanego przez pacjenta przygnębienia. Około połowy marca z uwagi na sytuację w placówce stan pacjenta mocno się pogorszył. Podczas kolejnych sesji wiele razy pojawił się wątek odczuwanej przez pacjenta niesprawiedliwości, braku celu dalszego życia oraz śmierci. Dzięki analizie materiału wideo z sesji, która odbyła się 13 kwietnia udało się odtworzyć napisany przez pacjenta tekst piosenki, w którym opowiada o trudach, jakich doświadcza w związku z przebywaniem w domu pomocy społecznej, między innymi o problemach w relacjach z personelem i pragnieniu śmierci. Analizując arkusze obserwacji z kolejnych sesji muzykoterapeutycznych można zaobserwować poprawę stanu pacjenta w zakresie odczuwanego przygnębienia. Po około miesiącu pacjent A. zaczął ponownie werbalizować swoje muzyczne pragnienia podczas sesji. Szczególnie granie na instrumentach sprawiało mu radość.

Jednym z istotnych aspektów podlegających ocenie przy pomocy arkusza obserwacji było skupienie pacjenta oraz koncentracja na zadaniach. W początkowej fazie procesu pacjent A. bardzo łatwo rozpraszał się podczas aktywności. Objawiało się to zazwyczaj przerwaniem wykonywania danego zadania oraz rozpoczęciem opowiadania kolejnej opowieści ze swojej przeszłości. W tym obszarze poprawa została zauważona dopiero pod koniec procesu. Możliwe, że czynnikiem mającym wpływ na to zjawisko była rozwijająca się relacja terapeutyczna i związana z nią od początku procesu silna potrzeba pacjenta, by przedstawić siebie i swoje historie z życia terapeutycie. Wraz z postępem procesu i rozwojem relacji terapeutycznej potrzeba ta wydawała się być coraz słabsza, co przełożyło się na zmniejszenie liczby rozproszeń w czasie sesji.

Na podstawie przedstawionych wyników da się stwierdzić, że w wybranych aspektach życia pacjenta po zastosowaniu muzykoterapii zauważalna jest poprawa jego stanu. Pierwszym czynnikiem, który uległ polepszeniu jest częstotliwość występowania negatywnych myśli o sobie i świecie zewnętrznym. Kolejnym aspektem, który został poddany badaniu było natężenie odczuwanego przez pacjenta lęku. W tym przypadku biorąc pod uwagę wyniki z początku i końca procesu terapeutycznego zauważalne jest niewielkie pogorszenie w omawianym zakresie. Należy jednak przy interpretacji wyników wziąć pod uwagę czynniki zewnętrzne, które miały wpływ na obniżenie samopoczucia pacjenta, takie jak trudne wydarzenia w placówce, czy trwająca od 24

lutego 2022 r. wojna za wschodnią granicą Polski, która może rodzić wiele odczuć, takich jak lęk oraz niepokój. Warto nadmienić, że dla pacjenta temat wojny jest bardzo wrażliwą sferą z uwagi na jego opozycyjną przeszłość. Analizując poziom odczuwanego lęku w czasie trwania procesu terapeutycznego należy więc wziąć pod uwagę wspomniane powyżej czynniki oraz to, że w okresie, w którym ze względu na nie nastąpiło znaczne pogorszenie samopoczucia pacjenta, muzykoterapia stała się jedyną formą terapii, w której pacjent brał czynny udział. Wobec tej perspektywy kluczowa jest zauważalna poprawa stanu pacjenta w zakresie odczuwalnego lęku w przedziale czasu od kwietnia do maja.

W wyniku procesu udało się uzyskać odpowiedzi na sformułowane na początku pytania badawcze. Czy i w jaki sposób muzykoterapia oddziałuje na postrzeganie siebie i innych przez pacjenta A.? Jak muzykoterapia przyczynia się do zmniejszenia odczuwanego przez pacjenta przygnębienia? W jaki sposób muzykoterapia oddziałuje na doświadczanie lęku przez pacjenta? Badanie wykazało, że interwencja muzykoterapeutyczna wywarła pozytywny wpływ na samopoczucie pacjenta A. poprzez redukcję poziomu odczuwanego przygnębienia oraz zmniejszenie częstotliwości występowania doświadczeń lękowych. Udało się również zaobserwować poprawę funkcjonowania pacjenta A. w zakresie postrzegania siebie oraz innych.

Muzykoterapia przyczyniła się do poprawy samopoczucia pacjenta w zakresie występowania negatywnych myśli oraz odczuwanego lęku. W kontekście postrzegania siebie oraz innych osób, oddziaływanie muzykoterapeutyczne miały wpływ na zmniejszenie częstotliwości występowania negatywnych myśli o sobie i świecie zewnętrznym. Sesje muzykoterapeutyczne okazały się także pomocne w zakresie redukcowania stresów i napięć, które mogły przyczyniać się do występowania u pacjenta stanów związanych z przygnębieniem. Muzykoterapia okazała się także pomocna w zmniejszeniu częstotliwości występowania doświadczeń lękowych, szczególnie w ostatnim etapie procesu, gdy stała się ona jedyną formą terapii pacjenta.

Bibliografia

- Bukowska A., Filar-Mierzwa K., (2018). *Sprawny senior*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Bruscia K., (1998). *Defining Music Therapy*, Gilsum: Barcelona Publishers.
- Dobrzyńska E., Więcko R., Cesarz H., Rymaszewska J., Kiejna A., (2006). Muzykoterapia i terapia poznawczo-behawioralna u osób starszych z rozpoznaniem depresji. *Psychogeriatrya polska*, 3/2/2006.
- Goriszowski W., (1997). *Badania pedagogiczne w zarysie: skrypt dla studentów pedagogiki*. Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiczna Towarzystwa Wiedzy Powszechnej.
- Grabusińska Z., (2013). *Domy pomocy społecznej w Polsce*. Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Herman A., Ciszek P., Gortat M., (2018). Samoocena i poczucie samotności a zadowolenie z życia u pensjonariuszy domów pomocy społecznej. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Paedagogia Psychologia*, 31/1/2018.
- Jachimowicz V., Kostka T., (2009). Ocena poczucia własnej skuteczności u pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej. *Gerontologia Polska*, 17/1/2009.
- Kaczmarczyk M., Trafialek E., (2007). Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie. *Gerontologia Polska*, 15/4/2007.
- Natanson T., (1979). *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Pikuła N., (2016). *Poczucie sensu życia osób starszych. Inspiracje do edukacji w starości*. Kraków: Impuls.
- Rusowicz J., (2018). Muzykoterapia w demencji. Wpływ zastosowania techniki „songwriting” na funkcjonowanie oraz jakość życia osób z demencją. Badanie fokusowe. *Gerontologia Współczesna*, 6/1/2018.
- Starzykiewicz A., Stolarek M., (2005). *Miłość i muzyka jako formy terapii bólu i cierpienia u dzieci onkologicznie chorych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM.
- Turzyński D., Sulikowski P., Postuła M., Sulikowska K., (2018). Muzykoterapia w fizjoterapii i rehabilitacji. *Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny*, 10/2/3/2018.