



POLSKIE
PISMO
MUZYKOTERAPEUTYCZNE

nr 1(2014)

Redaktor naczelna:

Ludwika Konieczna-Nowak

Sekretarz redakcji:

Sara Knapik-Szweda

Rada naukowa:

Elżbieta Galińska

Katarzyna Krason

Barbara Kamińska

Krzysztof Stachyra

Katarzyna Ruda

Anna Bukowska

Dominika Dopierała

Recenzent numeru 1(2014)

dr hab., prof. UŚ Urszula Szuścik

Redakcja techniczna, korekta:

Łucka Oś-Goś, Agnieszka Mańko

Tłumaczenie tekstów z języka angielskiego:

Dominika Dopierała

Wydawca

Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego

w Katowicach

Adres Redakcji

Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego

Ul. Zacisze 3, 40-025 Katowice

Kontakt: muzykoterapia@am.katowice.pl

Szanowni Państwo,

z wielką przyjemnością prezentujemy pierwszy numer Polskiego Pisma Muzykoterapeutycznego – recenzowanego, specjalistycznego wydawnictwa o charakterze naukowym. Chcemy, aby pismo to stało się miejscem służącym dzieleniu się rezultatami badań oraz doświadczeniami praktycznymi muzykoterapeutów.

W numerze pierwszym, inaugurującym działalność pisma, proponujemy obok opracowań oryginalnych, dwa teksty będące tłumaczeniami artykułów publikowanych już w źródłach anglojęzycznych. Ich wybór nie jest przypadkowy – autorzy artykułów to znakomite postaci związane z rozwojem muzykoterapii na świecie, będące jednocześnie w stałym kontakcie z Akademią Muzyczną w Katowicach, prowadzące tutaj niejednokrotnie warsztaty i wykłady - są to Barbara Wheeler, Wendy Magee oraz Felicity Baker.

W piśmie znalazła się także prezentacja autorskiego wizualizacyjnego teatru ruchu Katarzyny Krasoń, studium przypadku autorstwa Ludwika Koniecznej-Nowak oraz rozważania nad walorami improwizacji w muzykoterapii dzieci Sary Knapik-Szwedy. Zapraszamy także do zapoznania się z badaniami stanowiącymi część pracy dyplomowej Dominiki Dopierały, pierwszej polskiej absolwentki studiów muzykoterapii Nordoff-Robbins w Londynie.

Aby nie zawęzić grona odbiorców i autorów proponujemy dwujęzyczną wersję pisma – każdy artykuł oryginalny publikowany będzie po polsku i angielsku. Mamy nadzieję, że dzięki temu świat będzie miał okazję dowiedzieć się, co słychać w Polsce (a słychać przecież wiele dobrego!), a muzykoterapeuci polscy bez trudu i zwalczania językowych barier docierać będą do międzynarodowych, bieżących informacji.

Mamy nadzieję, że Pismo będzie trwało i rozwijało się. Nie zakładamy jeszcze, jaka będzie częstotliwość jego ukazywania się. Zależy to od czytelników i autorów, którzy – mamy nadzieję – zechcą nadsyłać swoje prace. Zapraszamy zarówno muzykoterapeutów i specjalistów dziedzin pokrewnych, zarówno polsko- jak i anglojęzycznych.

Ludwika Konieczna-Nowak

Spis treści

<i>Porównanie zastosowania piosenek i improwizacji – muzykoterapia dla dorosłych z nabytymi chorobami przewlekłymi,</i> Wendy L. Magee	5
<i>Wpływy światopoglądów muzykoterapeutów na praktykę kliniczną w różnych krajach,</i> Barbara L. Wheeler, Felicity A. Baker	25
<i>Istota wizualizacji poprzez ruch przy muzyce w muzykoterapii,</i> Katarzyna Krason	65
<i>Historia Grażyny – refleksje nad procesem i produktem pisania piosenek w muzykoterapii indywidualnej,</i> Ludwika Konieczna-Nowak	76
<i>Metoda w praktyce, czyli jak różne techniki badawcze służą analizie pracy muzykoterapeutów Nordoff-Robbins z dziećmi z autyzmem,</i> Dominika Dopierala	105
<i>Improwizacja jako medium komunikacyjne. Refleksje z praktyki muzykoterapeutycznej,</i> Sara Knapik-Szweda.....	119

Porównanie zastosowania piosenek i improwizacji – muzykoterapia dla dorosłych z nabytymi chorobami przewlekłymi¹

Wendy L. Magee
Temple University, Philadelphia

Streszczenie

Muzykoterapia może wpłynąć na behawioralne, emocjonalne i funkcjonalne zmiany u dorosłych z nabytymi i długotrwałymi schorzeniami, nawet w obliczu chorób postępujących. Pozostaje jednak pytanie: jakie metody najlepiej odpowiadają złożonym – fizycznym i emocjonalnym – potrzebom osób cierpiących na schorzenia przewlekłe. Modele rehabilitacyjne promują techniki z użyciem piosenek wcześniej skomponowanych, sporadycznie tylko sugerując użycie muzyki improwizowanej. Z kolei, modele paliatywne, w pracy z podobnymi grupami pacjentów, uwzględniają obie metody, zestawiając je ze sobą w kontrastujący sposób. Na podstawie wyników badań (Magee, Davidson 2004a) w opracowaniu zostały przedstawione rekomendacje w zakresie praktyki klinicznej w pracy z osobami cierpiącymi na chroniczne, postępujące choroby. Dane pochodzące z opinii pacjentów ukazują, jak różne role w procesie terapii odgrywają: muzyka dobrze im znana i muzyka improwizowana. W pracy z pacjentami dorosłymi cierpiącymi na schorzenia chroniczne piosenki skomponowane, mające dla nich osobiste znaczenie, niosą za sobą skojarzenia i odniesienia, które zwiększają ich wpływ na emocje. Dlatego też piosenki są skutecznymi narzędziami w pracy z osobami, które w świetle utraty zdrowia i zbliżającej się śmierci mają problemy z uczuciami, trudno im jest je zaakceptować. W przeciwieństwie do znanych pacjentom piosenek improwizacja umożliwia aktywność fizyczną, dzięki której pacjenci mogą pokonywać własne ograniczenia, weryfikując przy tym zakres swoich zmieniających się możliwości fizycznych. Uczestnictwo w improwizacji – doświadczenie większej kontroli, która z kolei daje poczucie pozyskanych zdolności, umiejętności i osiągnięć – może sprawić, że pacjent rozwija się i widzi siebie w bardziej pozytywnym świetle.

Słowa kluczowe: piosenki, improwizacja, metody, nabyte choroby przewlekłe, muzyka.

¹ Tekst stanowi tłumaczenie/przedruk z (Reprinted from): Australian Journal of Music Therapy, 18 (2007), Wendy L. Magee, A Comparison Between the Use of Songs and Improvisation in Music Therapy with Adults Living with Acquired and Chronic Illness.

Kontekst badań

Historia stosowania muzykoterapii w leczeniu pacjentów cierpiących na nabyte choroby przewlekłe jest długa, zwłaszcza w przypadku postępujących chorób neurologicznych. Stosowane metody leczenia i sugerowane praktyki terapeutyczne są bardzo zróżnicowane. Terapeuci muszą zmierzyć się nie tylko ze skomplikowanym schorzeniem klienta, ale też z różnorodną gamą technik, na których mogą się oprzeć, wybierając najlepszą dla danego przypadku. Wyraźny konflikt widoczny jest pomiędzy metodami obejmującymi użycie skomponowanych uprzednio utworów i tymi, które promują użycie muzyki improwizowanej. Na podstawie wyników badań jakościowych, w poniższym opracowaniu podjęto próbę wskazania różnic pomiędzy obiema metodami.

Na przykład modele rehabilitacyjne (tutaj w odniesieniu do definicji Światowej Organizacji Zdrowia, w której opisane są jako pomoc osobom chorym w osiągnięciu niezależności i determinacji, wspomagając odnowę ich funkcji życiowych lub rekompensując ich brak) stosowane są w przypadku zaburzeń motorycznych u osób z chorobą Parkinsona – PD (Miller i in. 1996; Thaut i in. 1993; Thaut i in. 1996). Oparte są na rytmicznej stymulacji dźwiękowej, dzięki temu widać korzystne zmiany w sposobie chodzenia pacjentów, które z kolei pozytywnie wpływają na dalszy przebieg leczenia. Metoda uwzględnia użycie muzyki uprzednio skomponowanej, znanej lub nieznannej pacjentowi. Wyniki badań znajdują potwierdzenie w opisach obserwacji Cosgriffa (1988) i Erdonmeza (1993), którzy zalecali użycie dobrze znanych piosenek, z wyrazistym rytmem w ćwiczeniach ruchowych z pacjentami cierpiącymi na PD. Zarówno badania, jak i opisane obserwacje podkreślają, że internalizacja muzyki poprzez śpiewanie dobrze znanych piosenek pomaga w przyswojeniu ich rytmu. W podobny sposób modele rehabilitacyjne są używane przy zaburzeniach komunikacji w pracy z pacjentami po udarach mózgu, z osobami z chorobą Huntingtona i innymi nabytymi schorzeniami neurologicznymi (Cohen 1992; Cohen, Ford 1995; Cohen, Masse 1993; Erdonmez 1976). Wszystkie te stosunkowo małe badania bazowały na muzyce już skomponowanej – lekcji śpiewu, podkładaniu nowych słów do znanych piosenek, zastosowaniu terapii intonacją melodyczną – przynosząc przy tym zróżnicowane rezultaty.

Modele paliatywne (tutaj w odniesieniu do definicji Światowej Organizacji Zdrowia, w której opisane są jako zapewnienie pełnej opieki nad pacjentami ze schorzeniami, których interwencja medyczna nie jest w stanie wyleczyć) są równie popularne wśród terapeutów pracujących z osobami przewlekle chorymi. Stosują oni muzykę improwizowaną, ale też opierają się na znanych piosenkach. Cele technik paliatywnych związane są z behawioralnymi i emocjonalnymi potrzebami pacjentów. Technika wykorzystania piosenek może motywować do

dyskusji, piosenki mogą stać się środkiem emocjonalnego wyrazu (Dawes 1985; Curtis 1987; O'Callaghan 1996), mogą też mieć wpływ na reakcje behawioralne pacjentów (O'Callaghan 1999; O'Callaghan, Turnbull 1987). Niemniej jednak techniki improwizacyjne stosowane są w pracy z emocjonalnymi i ekspresywnymi potrzebami pacjentów (Davis, Magee 2001; Hoskyns 1982; Magee 1995; Selman 1988). Na podstawie doświadczeń zdobytych podczas terapii z osobami ze stwardnieniem rozsianym (MS) Steele (2005) dowodzi, że praca ze znanymi piosenkami pomaga pacjentom dostosować się do zmian spowodowanych chorobą, umożliwiając w ten sposób zwiększenie poczucia własnej autonomii i świadomości siebie.

Niektóre publikacje, opisujące pracę z przewlekle chorymi pacjentami, zwracają uwagę na kluczową rolę struktury muzycznej. W celu zrównoważenia ograniczonych możliwości umysłowych pacjentów proponowana jest muzyka dobrze im znana (Curtis 1987; Dawes 1985; Magee 1995; O'Callaghan, Turnbull 1987). Te nierzadkie spostrzeżenia pozostają jednak w sferze teoretycznej. W pracy z osobami o ograniczonej sprawności umysłowej nie przeprowadzono bowiem badań porównujących stosowanie muzyki o wyraźnej strukturze do użycia muzyki niewpisującej się w ramy konkretnej formy. Użycie przewidywalnych struktur muzycznych zalecane jest jako sposób na kompensację sprawności umysłowych, utraconych w wyniku demencji w chorobie Huntingtona (Dawes 1985; Magee 1995). W przypadku pacjentów ze znacznymi uszkodzeniami mózgu w wyniku MS przejrzysta forma muzyczna równoważy trudności objawiające się nadmierną ekscytacją, ograniczoną koncentracją, pamięcią krótkotrwałą i nieumiejętnością radzenia sobie z trudnościami (O'Callaghan, Turnbull 1987). W pracy z tą samą populacją zupełnie odmiennie prezentują się wskazania Lengdoblera i Kiesslinga (1989). Na podstawie badania obejmującego 225 pacjentów ze stwardnieniem rozsianym w terapii grupowej stwierdzili, że muzyka o minimalnie rozwiniętej strukturze formalnej umożliwiła pacjentom odkrycie własnych uczuć związanych z niepełnosprawnością, niepewnością, niepokojem, depresją i utratą poczucia własnej wartości. Mimo że możliwości ruchowe pacjentów w pewnym stopniu ograniczały aktywny udział w improwizacji instrumentalnej, autorzy twierdzą, że to obawy przed włączeniem się do wspólnego grania były głównym powodem zawężonej aktywności pacjentów.

Schmid i Aldridge (2004) piszą o połączeniu technik improwizacyjnych z użyciem muzyki uprzednio skomponowanej, w pracy z osobami ze stwardnieniem rozsianym. W badaniu uwzględniającym obie metody autorzy obserwują wpływ muzykoterapii na depresję, niepokój, brak samoakceptacji, jakość życia oraz umysłowe i funkcjonalne aspekty choroby. Wyniki ilościowe wykazały poprawę w zakresie samoakceptacji, depresji i lęku. Potwierdzały je również wyniki jakościowe, które sugerowały zwiększoną samoświadomość i lepsze samopoczucie pacjentów. Czynnikiem decydującym nie był w tym wypadku rodzaj użytej muzyki, ale raczej

stopień aktywnego zaangażowania się w jej wspólne tworzenie. Mimo tego, autorzy zachęcają do dalszych badań nad skutecznością określonych interwencji terapeutycznych z tą grupą pacjentów.

Terapeuta pracujący z osobami ze złożonymi i przewlekłymi przypadłościami staje zatem przed zaskakującą liczbą metod i przeciwstawnych opinii na temat rodzaju muzyki używanej podczas sesji terapeutycznych. Powyższe badania oparte na bezpośrednich doświadczeniach i szczegółowych opisach sugerują, że – pomimo potwierdzonego wpływu muzykoterapii na stan emocjonalny, samopoczucie i tożsamość pacjentów – literatura na temat dostępnych metod jest niejednoznaczna, a czasami teorie wręcz wzajemnie się wykluczają. Konflikt ten zrodził wiele pytań, których zgłębienie jest dla autora – jako terapeuty pracującego z pacjentami z upośledzeniami neurologicznymi – istotnym krokiem w procesie planowania optymalnego przebiegu terapii. Metody uwzględniające znaną, wcześniej skomponowaną muzykę mają na celu zaspokojenie funkcjonalnych i psychosocjalnych potrzeb pacjenta. Jednak w myśl modelu paliatywnego również improwizacja zdaje się wpływać na ich potrzeby emocjonalne.

W związku z powyższymi pytaniami zaprojektowano badanie wykorzystujące metody jakościowe, mające na celu zgromadzenie informacji o doświadczeniach uczestników muzykoterapii. Niniejsza publikacja przedstawia rekomendacje z zakresu praktyki klinicznej na podstawie wyników badania eksploracyjnego, w którym porównano stosowanie znanych piosenek z nieznaną muzyką improwizowaną, w pracy z osobami cierpiącymi na przewlekłe i złożone choroby neurologiczne (Magee, Davidson 2004a). Z myślą o terapeutach pracujących z tak szeroką i niejednorodną grupą pacjentów poniższe opracowanie przedstawia najważniejsze zagadnienia wyników tego badania.

Metoda

Spośród podopiecznych dziennego domu opieki zostało wybranych do badania sześciu uczestników z postępującym stwardnieniem rozsianym. W procesie doboru badanych przyjmowano sugestie pracowników ośrodka lub osobiste zgłoszenia mieszkańców. Jeden z uczestników był pochodzenia afrokaraimskiego, pięciu pochodziło z Wielkiej Brytanii. Przedział wiekowy uczestników sięgał od 31 do 59 lat. Od momentu diagnozy choroby pacjentów upłynęło od 3 do 25 lat, ze średnią 11,5 roku. Wszyscy badani byli zdolni do komunikacji werbalnej, a zakres ich zdolności ruchowych sięgał od ograniczenia umiarkowanego do całkowitego braku samodzielności. Uczestnicy prezentowali nieznaczne do umiarkowanych ograniczenia umysłowe w zakresie pamięci, rozumowania, pojmowania i myślenia abstrakcyjnego. Pozwolenie na badanie zostało wydane przez zewnętrzny organ inspekcji etycznej oraz wewnętrzny komitet medyczny i badawczy. Pacjenci wyrazili pisemną zgodę na udział w badaniu.

Badani brali udział w cotygodniowych indywidualnych sesjach muzykoterapii przez około sześć miesięcy, uczestnicząc średnio w 18 sesjach. Sesje rozpoczynały się przywitaniem muzycznym, po którym następowały: zapoznanie się z instrumentami, wspólna improwizacja lub śpiewanie piosenek o osobistym wydźwięku oraz muzyczne zakończenie. Podczas tych 45-minutowych sesji grano tylko muzykę na żywo.

Muzykoterapeuta pełnił funkcję zarówno terapeuty, jak i głównego badacza. Dane zebrane zostały podczas 56 wywiadów z pacjentami, które odbywały się bezpośrednio po zakończeniu sesji muzykoterapii. Pytania dotyczyły doświadczeń zdobytych podczas sesji i miały na celu określenie rezultatów terapii muzyką oraz jej znaczenia dla każdego z badanych. Wywiady rozpoczęto w dziesiątym tygodniu badania i analizowano za pomocą zmodyfikowanej teorii ugruntowanej (Strauss, Corbin 1990).

Materiały kliniczne uczestników i odpowiedzi terapeuty zostały przedstawione niezależnemu terapeutce nadzorującemu, który nie był zaangażowany w proces badania. Działanie to miało na celu monitorowanie niezakłóconego przebiegu terapii, który mógłby ulec zmianom z racji podwójnej roli terapeuty-badającego (Bruscia 1995). Dalsze informacje o pacjentach, muzyce użytej podczas sesji i procesie zapewniającym dokładność badania można znaleźć w artykule Magee i Davidsona (2004a).

Poniższe wyniki opisano ze szczególnym uwzględnieniem zastosowania muzyki improwizowanej oraz użycia uprzednio skomponowanych utworów popularnych podczas sesji z pacjentami.

Wyniki: improwizacja u osób przewlekle chorych

Improwizacja jest doświadczeniem interakcyjnym, które wymaga znacznej aktywności fizycznej – grania na instrumentach. Wspólne tworzenie muzyki zwiększa świadomość zmieniającej się funkcjonalności organizmu i umożliwia obserwację postępu choroby. Połączenie interakcyjnych i fizycznych aspektów improwizacji może kształtować i wspomagać proces samorozwoju pacjenta, a tym samym wpływać na poczucie jego własnej tożsamości.

Temat: Improwizacja jako twórcza współzależność

Podczas opisywania swoich doświadczeń z sesji pacjenci określali improwizację jako: „podążanie”, „prowadzenie”, „odzwierciedlanie”, „interakcję”, „dawanie”, „otrzymywanie”. Użycie takich określeń – z których wiele istotnie figuruje w nomenklaturze teoretycznej – przez osoby niespecjalizujące się w muzykoterapii dowodzi czynnej natury procesu improwizacji. Jedna z uczestniczek badania użyła sformułowania „porozumiewać się”, aby wyrazić niewerbalną

współzależność podczas improwizacji. W ten sposób chciała opisać poczucie „spotkania” w muzyce.

Przykład 1

Terapeuta: Zastanawiam się, co jest tak istotnego w tym, jak to ujęłaś „wzajemnym porozumiewaniu się” rytmem, dlaczego jest to tak przyjemne.

Uczestnik: To „zgrzywanie się” razem! Rozumiesz, wydobywanie dźwięków w prawie taki sam sposób, na przykład ty jesteś tam, ja jestem tutaj, ale razem tworzymy jeden dźwięk, porozumiewamy się.

Przykład 2

Terapeuta: A co powiedziałaabyś na temat tego, co dzieje się pomiędzy nami, na temat muzyki pomiędzy nami?

Uczestnik: Uważam, że dobrze się porozumiewamy. Dobrze się porozumiewamy. Tak. To prawda!... Dlatego to brzmiało tak pięknie, nie mówiliśmy nic, tylko graliśmy i słuchaliśmy siebie nawzajem, i podążaliśmy za sobą, i wzorowaliśmy się na sobie. To miłe.

W odróżnieniu od piosenek, które śpiewano nie tylko podczas sesji terapeutycznych, ale też w innych sytuacjach towarzyskich, improwizacja odbywała się jedynie w ramach relacji pomiędzy terapeutą a pacjentami. Stała się charakterystycznym elementem procesu terapii, pacjenci nie widzieli bowiem innej sposobności do uczestnictwa w improwizacji muzycznej (ze względu na duży stopień niepełnosprawności i konieczność ciągłej opieki medycznej pacjenci mieli utrudniony dostęp do środowisk społecznych, w których improwizacja byłaby stosowana). Dlatego też improwizacja, będąc tak niecodziennym doświadczeniem, wzbudzała wzmożone reakcje wśród pacjentów. W poniższym fragmencie wywiadu pacjentka opisuje, jak wspólna improwizacja zwiększyła u niej świadomość własnej niezależności, podkreślając przy tym uczucia związane z relacją pomiędzy nią a terapeutą.

Przykład 3

Terapeuta: Na zakończenie improwizacji powiedziałaś: „zawsze byłam typem samotnika”...

Uczestniczka: Tak.

Terapeuta: Zastanawiałam się, dlaczego powiedziałaś to zaraz po zakończeniu gry. Co wywołało w Tobie takie myśli i słowa?

Uczestniczka: Muzyka.

Terapeuta: Co takiego w muzyce? Czy możesz to wyrazić słowami?

Uczestniczka: Po prostu pomyślałam o tym, jak kiedyś robiłam rzeczy samodzielnie. Pomyślałam tak, bo grałyśmy razem. A ja jestem przyzwyczajona do bycia samą.

Terapeuta: Jak czułaś się, gdy grałyśmy razem? Czy to było...?

Uczestniczka: Mile.

Jednak dla niektórych uczestników bliskość związana z czynnością wyjątkową tylko dla procesu terapii była niekomfortowa i zagrażająca. Charakterystyczne dla procesu improwizacji: intensywność i intymność nie zostały zaobserwowane podczas sesji z użyciem piosenek. Głębsza intymność bywała pomocna, ale mogła też powstrzymać niektórych pacjentów od naturalnego zaangażowania się w zbyt wiele ujawniającą improwizację. Przykładem może być pacjent, który rzadko pozwalał sobie na całkowite oddanie się improwizacji. W początkowej fazie terapii, pod koniec jednej z dłuższych aktywności prowadzonej w turach, w którą bardzo się zaangażował, „zabrakło mu słów” i był całkowicie zaskoczony. Po krótkiej chwili i nerwowym śmiechu skomentował to w sposób, który sugerował poczucie dyskomfortu. Trudności z poruszaniem osobistych odczuć w procesie improwizacji potwierdziły się, gdy w następnym tygodniu odwołał sesję – trzeba jednak dodać, że była to jedyna odwołana przez tego pacjenta sesja podczas jedenastu miesięcy trwania terapii. Intensywność tej niewerbalnej czynności była swego rodzaju odsłoną uczuć, na którą pacjent nie był gotowy w tak wczesnym stadium terapii.

Przykład 4

(śmieje się nerwowo) ...Czyż nie jesteśmy śmieszni?... Śmieszne tak patrzeć na siebie... śmieszne patrzeć na Was...

Temat: Obserwacja zmian i rozwoju choroby podczas procesu improwizacji

Każdy proces improwizacji podczas badania wymagał od pacjentów aktywnego włączenia się we współtworzenie muzyki. To oznaczało wysoki stopień aktywności, która pozwalała uczestnikom na obserwację własnych możliwości fizycznych i zmian w funkcjonowaniu. U podstaw fizycznego kontaktu z instrumentami leżała idea kontroli fizycznej i tego, jak odzwierciedlała się w muzyce. Nierzadko improwizacja może zatem wywoływać uczucie utraty kontroli u osób zmagających się ze zmianami w funkcjonowaniu własnego ciała. Poniższy przykład obrazuje podobne zdarzenie.

Przykład 5

No, skoro mogę grać... grać... walić w bęben czy coś, ale tak naprawdę nie jestem w stanie kontrolować moich rąk na tyle, żeby odegrać odpowiedni rytm.

Pacjenci obserwowali, w jakim stopniu zmieniały się ich możliwości fizyczne, porównując „teraz” z „kiedyś” lub z czasem, „kiedy byli młodzi”. Jedna z pacjentek przez większość czasu trwania terapii traktowała improwizację jako sposób na obserwację zachodzących w jej ciele zmian. Wyraźnie widoczne było to, iż nieustannie szukała oznak poprawy swoich możliwości fizycznych, które byłyby dowodem na to, że „zdrowieje”. Podczas każdej sesji informowała terapeutę o swoim cotygodniowym postępie na sesjach fizjoterapii. Konsultacje z jej fizjoterapeutą i terapeutą zajęciowym ujawniły, że obserwowanie własnego stanu przez pacjentkę było istotnym procesem również w przypadku pozostałych zajęć terapeutycznych. W trakcie innych sesji pacjentka porównywała swoje bieżące umiejętności z umiejętnościami sprzed tygodnia oraz z umiejętnościami innych osób ze szpitala. Obserwacje te były głównym czynnikiem motywującym ją do terapii, przewyższając jakiegokolwiek relacje emocjonalne z muzyką lub z terapeutą. W poniższych przykładach pacjentka konsekwentnie porównuje swoje wyniki z wynikami sesji poprzednich.

Przykład 6

[...] improwizacja daje mi dobrą sposobność na używanie prawej ręki, która przez tak długi czas tylko sobie była. Wiesz, nie mogłam jej używać (rozpoczyna grę na bębnie). (Sesja 16)

Przykład 7

Uwielbiam dzwonki... (gra na dzwonkach) i możliwość ćwiczenia mojej prawej ręki, grając na bębnie mongolskim, jest też świetna, bo wiesz (uderza w bęben), wcześniej nie byłabym w stanie zrobić niczego podobnego, nawet kiedy pierwszy raz przyszłam na Twoje sesje. Moje ręce... wiesz, kiedyś chodziło o to, żeby spuścić je na dół i tam trzymać... tymczasem teraz jestem z nich całkiem zadowolona. (Sesja 18)

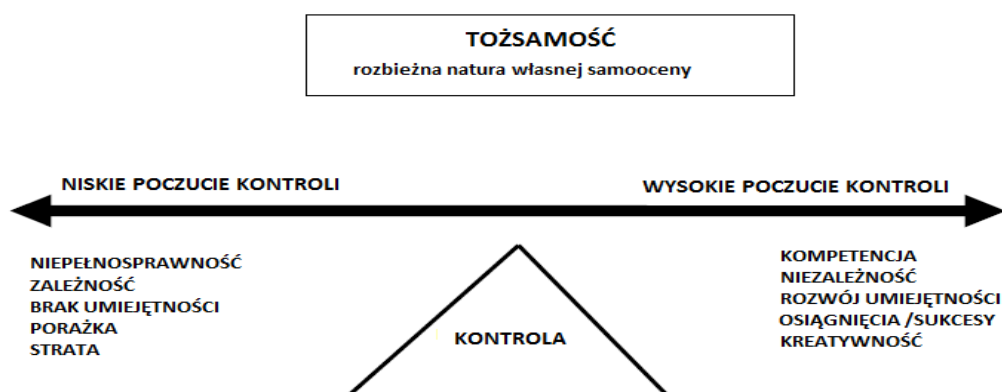
Przykład 8

[...] i po prostu myślę, że to jest fantastyczne (cały czas gra na bębnie mongolskim) mieć teraz większą możliwość kontroli swojej ręki. Kiedyś to latałaby wszędzie. Bo kiedy pierwszy raz trafiłam tutaj do szpitala, nie marzyłam nawet o tym, żeby dotknąć twarzy... (demonstruje dotknięcie twarzy), nie mówiąc o obgryzaniu paznokci, bo moja ataksja była o wiele gorsza. (Sesja 20)

Pacjenci obserwowali swoje możliwości fizyczne w zakresie kontroli ruchu rąk, rodzaju ruchu, który mogli wykonać, aby grać na instrumentach, a także jak szybko zmęczenie zaczynało wpływać na ich zdolność do gry. Te spostrzeżenia zwiększały samoświadomość uczestników, pomagając przy tym w odzyskaniu poczucia kontroli emocjonalnej. Zauważono również, że nadzorowanie postępów funkcji fizycznych pomaga zwłaszcza w przypadkach, w których poprawa sprawności oznacza osiągnięcie konkretnego celu – na przykład powrotu do społeczności po osiągnięciu kontroli nad ruchami.

Temat: Wpływ improwizacji na kształtowanie tożsamości

Uczestnicy badania dzielili się spostrzeżeniami na temat zmian ich możliwości fizycznych, powstałych wskutek choroby. Opisywali też swoje reakcje na te zmiany, w tym rozpacz, poczucie straty, frustracji, desperacji, nadziei, sukcesu i zaskoczenia. Dzielili się z otoczeniem swoimi zmiennymi i często niestabilnymi uczuciami w związku z ich kondycją i codziennym radzeniem sobie z niepełnosprawnością chwila po chwili. Zaangażowanie się w wymagającą fizycznie czynność, taką jak wspólna gra na instrumentach, było swojego rodzaju forum, na którym można było wielokrotnie sprawdzać swoje ograniczenia ruchowe. Jak pokazują powyższe cytaty, improwizacja może zarówno wzbudzić negatywne uczucia w stosunku do siebie i swojej choroby (przykład 5), jak i przynieść pozytywne rezultaty (przykłady 6–8). Świadomość własnej tożsamości oraz uczucia wywołane podczas improwizacji różniły się w zależności od tego, jak pacjent ocenił swój udział w konkretnym zadaniu. Dwubiegunowa natura samooceny pacjentów została zobrazowana na rysunku 1. Należy zwrócić uwagę na to, że zasadniczym czynnikiem jest tu kontrola. Im większe poczucie kontroli u pacjenta, tym większe prawdopodobieństwo pozytywnej samooceny.



Rysunek 1. Dwubiegunowe spektrum samooceny składające się na tożsamość pacjenta w obliczu chorób przewlekłych oraz jej związek z kontrolą

Poniższy przykład przedstawia uczestniczkę, która opisuje poczucie niepełnosprawności wynikającej ze zmian funkcjonalnych w jej organizmie. Samoocena pacjentki w połączeniu z utratą kontaktów towarzyskich pogłębiły jej brak samodzielności i uczucie odosobnienia.

Przykład 9

Chciałabym być w stanie pisać własne listy... tęsknię za kontaktem z moimi znajomymi. Nie wiem, gdzie są, odkąd tu przyjechałam. Nie pisałam do nich, bo nie widziałam na prawe oko. Myślałam, że widzenie w moim lewym oku się poprawi i wtedy będę w stanie pisać. Ale pogorszyło się i teraz wcale nie widzę, nie mogę czytać ani pisać. I straciłam kontakt z wieloma moimi znajomymi... Straciłam kontakt z nimi wszystkimi. Z każdym jednym.

Ta wypowiedź różni się od doświadczeń pacjentki po improwizacji podczas sesji muzykoterapii. W poniższym fragmencie wywiadu wyraża poczucie osiągnięcia celu, posiadania umiejętności i zdolności, które przyczyniły się do poprawy jej samooceny.

Przykład 10

Wydaje mi się, że gram, gram, gram i... granie czegoś sprawia, że czuję się jak profesjonalistka, jakby to było coś, co robisz naprawdę, coś, czego się nauczyłaś, wiesz... tak jakby, rozumiesz... To takie wrażenie, jakbym robiła coś naprawdę profesjonalnego... bo to tak jakbyś coś osiągała... osiągała coś własnego... ciesząc się tym, co robisz, wiesz, piszesz własną piosenkę lub własne słowa i kontynuujesz tak długo, jakbyś chciała... czujesz, że coś robisz. Rozumiesz... osiągasz coś.

Sugerowane zastosowanie improwizacji na podstawie powyższych wyników zostanie omówione w sekcji dyskusji.

Wyniki: Zastosowanie piosenek o wydziwku osobistym w pracy z osobami przewlekle chorymi

Piosenki, które poznajemy w ciągu życia, niosą ze sobą skojarzenia. Podobne konotacje stanowią o wyrazie i znaczeniu emocjonalnym utworów. Dzięki tym właściwościom piosenki pomagają zgłębić istotę własnych emocji oraz wyrazić uczucia, które trudno jest opisać słowami. Dlatego pomagają odrzucić werbalne mechanizmy obronne stosowane jako sposób na radzenie sobie z rzeczywistością i skłonić się ku szczerzemu wyrażaniu własnych uczuć (Magee, Davidson 2004a). W ten sposób piosenki ułatwiają pracę nad własnym życiem, obejmującą obserwację,

utrzymanie, poprawę i wprowadzanie zmian w życiu osób o niestabilnym stanie zdrowia, stawiających czoła niepewnej przyszłości.

Temat: Rola piosenek na przestrzeni czasu

Piosenki skłaniały pacjentów do porównań chwili obecnej z przeszłością, wzbudzając tym samym poczucie przemijającego czasu (Magee, Davidson 2004a). Uczestnicy obserwowali, jak piosenki towarzyszyły im w kolejnych okresach życia: jaką rolę odgrywały kiedyś, co znaczą w chwili obecnej i jak będą odbierane w przyszłości. Dla ludzi z chorobami przewlekłymi znaczenie miały piosenki o osobistym wydźwięku, związane z ludźmi, wspomnieniami, wydarzeniami, związkami i umiejętnościami sprzed choroby.

Przykład 11

Całe moje życie toczy się wokół muzyki. Jeden utwór w mojej głowie może być symbolem miejsca, w którym byłem... Śpiewając piosenki, śpiewam o chwilach z mojego życia... przeżywam je na nowo...

Piosenki pomagały pacjentom spojrzeć na własną chorobę w kontekście całego ich życia. Przywołanie znanego utworu jako punktu odniesienia było szczególnie ważne w przypadku pracy z osobą cierpiącą na chorobę przewlekłą. Aspekt czasowy związany z piosenkami wywoływał porównania, świadome i nieświadome, pomiędzy czasem obecnym a przeszłością – ludźmi, związkami i sytuacją życiową pacjenta, co pokazuje przykład 12.

Przykład 12

Grać piosenki z przeszłości, które tyle dla mnie znaczą... Dobrze było dać upust uczuciom związanym z moim życiem, tu i teraz poprzez muzykę... Tak bym chciał wydostać się stąd i na przykład stanąć na nogi... dobrze, gdy możesz to zrobić w muzyce.

Izolacja spowodowana chorobą była częstym tematem pojawiającym się w jakościowych danych, zebranych w trakcie przebiegu badania. Podczas sesji muzykoterapii uczestnicy opisywali niekiedy swoje związki z piosenkami jako jedyne stałe relacje w ich życiu. Ta długotrwała więź była czynnikiem odróżniającym piosenki od improwizacji. Jeden z uczestników stwierdził, że piosenki o znaczeniu osobistym pozostały jego „towarzyszami”, podczas gdy więzi pomiędzy nim a jego rodziną osłabiali się.

Przykład 13

[...] w istocie, życie to program... doświadczeń... to też... program decydujący o tym, jakie piosenki przypadną ci do gustu w danym momencie. Na każdym etapie twojego życia pieśni będą ci akompaniować. Będą przy tobie. Na zawsze. Na zawsze. Tak przynajmniej ja to postrzegam... wszystko jest ze sobą połączone. Wszystko się przeplata. Wszystko w twoim życiu się przeplata. Te piosenki są wplecione w moje życie. W moje doświadczenia. One po prostu są. Cieszę się z tego.

Głównym tematem terapii jednego z uczestników badania było jego przywiązanie do piosenek w czasie, gdy próbował pogodzić się z wyjątkowo gwałtownym przebiegiem choroby. Zagrożające życiu ataki wymagały częstych ingerencji medycznych, a przy tym znacznie ograniczały jego sprawność. W przykładzie 14 pacjent opowiada o swojej więzi z pewną piosenką kiedyś i teraz.

Przykład 14

Co ta piosenka ma w sobie?... Nie wiem... lubię ją. Wiążę z nią pewne wspomnienia. I pewnie też jest trochę... Chciałbym wiedzieć, jak ją będę postrzegał w przyszłości. Dla mnie ten utwór nigdy nie zginie.

Refleksje i wyobrażenia na temat przyszłości są istotne przy przewlekłej postępującej chorobie, w obliczu której nawet kolejny dzień jest niewiadomą. Piosenka jako medium – tymczasowy punkt odniesienia – jest szczególnie ważna w pracy z osobami przewlekle chorymi. Wielokrotne przywoływanie przeszłości, w wyobrażeniach analizujących przeszłe i obecne wydarzenia i wychodzących w przyszłość, może okazać się pomocne dla osób, które starają się świadomie kształtować swoje życie pomimo postępującej choroby. Być może najbardziej znaczącym wpływem muzyki jest jej zdolność wzbudzania uczuć związanych z przyszłością, które wyrażane są z nadzieją.

Temat: Piosenki jako pomoc w zmaganiach z chorobą

Pacjenci z chorobami przewlekłymi wykorzystują strategie, które dzięki maskowaniu uczuć zbyt trudnych do poruszenia pomagają zmierzyć się z trudnymi sytuacjami (Magee, Davidson 2004a). Większość uczestników badania prezentowała niezachwiane strategie, przez które trudno było przeniknąć podczas sesji. Ułatwiały one pacjentom codzienne zmaganie się z pogłębiającą się samotnością i niepewną przyszłością. Definiowanie tych mechanizmów jako „zaprzeczenie rzeczywistości” byłoby zbyt wielkim uproszczeniem. Zamiast tego terapeuta powinien uszanować podejście pacjenta i pracować z nim w sposób, na jaki zezwala. Ponadto znajomość mechanizmów strategicznych pacjenta pomaga w zdobyciu głębszego zrozumienia chorego i wspomaga proces terapii.

Dla uczestników badania wydzwięk piosenki o osobistym znaczeniu był bardziej uchwytny niż w przypadku improwizacji. Każdy uczestnik przypisywał piosenkom indywidualne „etykiety emocjonalne”. Pacjenci wybierali je w celu przedstawienia konkretnych odczuć podczas sesji. Niekiedy emocje związane z piosenką komunikowane były nader wyraźnie, co widać w opisanym niżej przypadku. Uczestniczka sesji tłumaczyła, jak udawało jej się pozbyć trudnych uczuć dzięki „bombastycznemu i pewnemu siebie” sposobowi bycia. Mimo tego piosenka pomogła zaakceptować i ujawnić delikatniejszą stronę pacjentki, którą ta dotychczas starała się ukrywać.

Przykład 15

Uczestniczka: Zwykle się maskuję. Jestem bardzo pewna siebie. Tak, pewność siebie jest moją cechą. Ale w głębi jestem delikatna... dobrze, że możecie mnie poznać, kiedy jestem z Eltonem Johnem.

Terapeuta: Czy uważasz, że to jeden z efektów tych piosenek – to, że pokazują inną stronę Ciebie?

Uczestniczka: Myślę, że tak...

Terapeuta: Więc przez wybór tej piosenki...?

Uczestniczka: Wydobyłam niektóre uczucia... mam bombastyczny i pewien siebie sposób bycia...

Terapeuta: Ale...?

Uczestniczka: W głębi jestem uczuciowa.

Jednak wielu pacjentów nie dzieliło się swoimi osobistymi reakcjami na wybrane piosenki. Woleli nie ujawniać silnych uczuć, które wcześniej starali się tłumić. Uczestnicy posługiwali się piosenkami, aby podświadomie wyrazić nastrój, którym nie podzieliliby się z terapeutą otwarcie. W kolejnym przykładzie uczestniczka podaje powód wybrania konkretnej piosenki, mówiąc, że tak po prostu wywoływała w niej „mile wspomnienia”.

Przykład 16

Uczestniczka: Piosenki, które wybieram, zawsze wywołują we mnie mile wspomnienia. Chodzi o to, że gdybyś zagrała coś, co przynosi niemiłe wspomnienia, powiedziałabym: „Nie, nie lubię tej piosenki!”. Ale te, które wybierałyśmy z książki, bardzo lubiłam.

Terapeuta: Czyli chodzi o przywoływanie dobrych wspomnień, więc jesteś wybiórcza, jeśli chodzi o wspomnienia...

Uczestniczka: O tak! Nie chcę wracać do tych złych.

W jednej z późniejszych sesji ta sama pacjentka wspomniała o nadziei, która pokrzepia. Zasugerowała ulubioną piosenkę *All Cried Out*, która, jak mówiła, przywodziła na myśl „szczęśliwe” chwile z jej życia. Po zaśpiewaniu piosenki podzieliła się następującymi przemyśleniami. Podkreśliła zawarte w piosence uczucia wycieńczenia i strachu – zbyt bolesne, aby o nich rozmawiać – które jednak mogła wyrazić w piosence.

Przykład 17

Terapeuta: Mówisz, że jesteś bardzo uważna przy doborze piosenek, wybierasz tylko te, które przynoszą dobre wspomnienia.

Uczestniczka: Tak...

Terapeuta: Czy wybierasz też te nostalgiczne, przy których czujesz się smutna?

Uczestniczka: Nie, nie bardzo. Wybieram te dobre z dawnych czasów.

Terapeuta: A dziś śpiewaliśmy piosenkę Alison Moyet...

Uczestniczka: „All Cried Out”... i tak się czuję... (oczy zachodzą jej łzami i sięga po chusteczkę).

W sekcji wyników każda z powyżej opisanych metod zostanie omówiona ze szczególnym uwzględnieniem jej zastosowania w pracy z osobami przewlekle chorymi.

Dyskusja: Zalecenia w praktyce terapeutycznej

Podsumowując, improwizacja stanowi aktywne medium, które opiera się na relacji pomiędzy terapeutą a pacjentem. W przypadku pacjentów chorych przewlekle wspólna gra na instrumentach zwiększa świadomość życia, przy zmianach zachodzących w ich ciele oraz wydolności funkcjonalnej organizmu. Pacjenci obserwują postęp choroby podczas fizycznego doświadczenia improwizacji. Połączenie fizycznych i interakcyjnych aspektów improwizacji pomaga im spojrzeć na siebie w bardziej pozytywnym świetle. Badanie ujawniło jednak dwa kontrargumenty. Osoba, która skupia się na fizycznym aspekcie gry, może nie zauważać emocjonalnego potencjału improwizacji. Ponadto, jako że poczucie kontroli jest głównym czynnikiem wpływającym na pozytywną samoocenę pacjenta, należy zachować ostrożność podczas pracy z osobami o ograniczonej kontroli ruchowej. W takich przypadkach metody improwizacji powinny zapewnić pacjentowi możliwość kontrolowania przynajmniej części fizycznego grania na instrumencie. Terapeuta powinien pozostać wyczulony na potrzeby fizyczne pacjenta – zwłaszcza na zmęczenie – i mieć pewność, że dostępne instrumenty motywują do

wykonania zróżnicowanych ruchów. Przykładowo, próba osiągnięcia bębna czy ksylofonu stojącego z boku osoby grającej powoduje szybsze zmęczenie niż gra na instrumentach umiejscowionych przed nią, bliżej aktywnej ręki.

Poważne choroby przewlekłe „wstrząsają naszym z góry przyjętym założeniem, że będziemy posiadać sprawne ciało” (Charmaz 1995, s. 657). Wyniki przedmiotowego badania wykazują, że doświadczenia własnej fizyczności podczas improwizacji mają istotne znaczenie. Improwizacja staje się rodzajem forum, na którym bada się osobiste możliwości fizyczne. Poprzez regularne obserwacje zmian i ograniczeń improwizacja nabiera wysoce emocjonalnego charakteru i wpływa na zwiększenie poczucia własnej tożsamości w obliczu choroby. Podczas obserwacji jej postępu pacjenci zauważają nawet najmniejsze zmiany we własnym funkcjonowaniu, co w badaniach socjologii zdrowia zostało opisane jako „dialektyczne ja” (ang. *dialectical self*) (Charmaz 1991). Koncept ten polega na uprzedmiotowieniu swojego ciała, poddaniu go ocenie i porównaniu go z ciałem w różnych ramach czasowych i w różnych sytuacjach. W ten sposób pacjenci konfrontują swój obecny stan fizyczny z dawnymi umiejętnościami, zastanawiają się, jakie będą ich możliwości za jakiś czas, i porównują je ze zdolnościami innych pacjentów.

Jednak głównym aspektem pracy z osobami przewlekłe chorymi staje się kwestia ich przynależności do społeczeństwa. Długotrwałe i powolne pograżanie się w chorobie sprawia, że tracą kontakt z innymi i ze sobą (Charmaz 1991). Odosobnienie od społeczeństwa przekłada się bezpośrednio na odosobnienie psychiczne (Charmaz 1991). Improwizacja w przedmiotowym badaniu wprawdzie podkreślała dynamikę relacji pomiędzy pacjentem a terapeutą, ale też wystawiała na próbę poczucie prywatności pacjentów. Terapeuci muszą zatem pozostać wyczuleni na tę możliwość i świadomie budować poczucie bezpieczeństwa i zaufania w przebiegu terapii, zanim zastosowanie improwizacji przyniesie pożądane skutki.

Socjolodzy zdrowia Corbin i Strauss stwierdzają, że „gdy ciało zniszczone jest przez chorobę [...], wraz z nim naruszone są podstawy naszego istnienia” (Sorbin, Strauss 1987, s. 252). Interakcyjny, dynamiczny charakter improwizacji dał pacjentom poczucie wsparcia w ich dążeniach do interakcji z otoczeniem. Umożliwiło to „potwierdzenie sprawności” pacjentów, które niezbędne było do osiągnięcia „nowego pojęcia pełni” w życiu (Sorbin, Strauss 1987). We wspólnym akcie tworzenia muzyki pacjenci byli w stanie osiągnąć lepszą ocenę własnej osoby.

Piosenki wywoływały spontaniczne reakcje emocjonalne związane z przeszłością, teraźniejszością i przyszłością, zapewniając zwiększenie natychmiastowości reakcji pacjentów. Mimo że wzbudzały silne emocje, analiza wywiadów dowiodła, że nie były związane z tak intensywnym doświadczeniem relacji terapeuta–pacjent, jak w przypadku improwizacji. Piosenki wspomagały jednak pogłębienie więzi, zwłaszcza w przypadkach gdy uczestnicy bronili się przed

bliższymi relacjami z terapeutą. Wyzwaniem dla terapeutów pracujących z tą populacją jest właściwy dobór muzyki w przypadkach, gdy pacjent wykazuje silne mechanizmy obronne. Terapeuta musi kwestionować cel takich strategii, mając jednocześnie świadomość, że wypracowano je w celu psychicznej ochrony pacjenta. Zapewniając poczucie bezpieczeństwa, komfortu i pokrzepienia, piosenki są nieocenionym środkiem w pracy z osobami unikającymi konfrontacji z własnymi uczuciami. Warto tu wspomnieć, że jeden z uczestników monitorował swoje możliwości fizyczne podczas śpiewu, co dowodzi, że piosenki mogą również zapewnić bezpieczną formę obserwacji postępu choroby (Magee, Davidson 2004b).

Piosenki o osobistym wydźwięku pomagały znieść niektóre mechanizmy obronne, dzięki czemu pacjenci mogli podzielić się swoimi uczuciami z terapeutą. Oznacza to, że utwory te mogą stać się sposobem na zgłębianie dręczących problemów w sposób muzyczny, bez użycia słów. Podczas przedmiotowego badania przedwczesne próby analizy nastroju piosenki sprawiały, że pacjent ignorował sugestie terapeuty. Z biegiem czasu, kiedy więzi pomiędzy terapeutą a pacjentem pogłębia się, uczestnik może zainicjować swobodniejsze wyrażanie własnych uczuć. Zdarza się, że pacjent – sugerując piosenkę o smutniejszym charakterze i słowach – utrzymuje, że czuje się szczęśliwy. W takiej sytuacji ważna jest obserwacja stanu emocjonalnego opisanego przez pacjenta, ale też świadomość możliwie skrywanych uczuć, o których zbyt trudno mu rozmawiać otwarcie. Pełen potencjał piosenki wykorzystany zostanie wtedy, gdy terapeuta zrozumie jej znaczenie dla pacjenta. W momencie, gdy ten odejdzie od prostego opisywania piosenek jako „smutne” lub „wesole”, może rozpocząć analizę własnych uczuć w ramach wykonywanej piosenki. Dzięki temu procesowi świadomość pacjenta i jego umiejętność zaakceptowania własnych uczuć mogą znacznie się rozwinąć. Taki rozwój jest najbardziej prawdopodobny, kiedy piosenka kojarzy się mu z minionymi latami, osobami lub zdarzeniami. Nawet w przypadku, w którym pacjent nie podejmie się werbalnej analizy swoich uczuć, piosenka o osobistym wydźwięku może wciąż na nowo stymulować jego myśli bez użycia słów. W ten sposób chory doświadcza swoich emocji w muzyce, dzieląc się nimi we wspólnej grze z terapeutą.

Kontrola jest fundamentalnym mechanizmem odpowiedzialnym za zmaganie się z chorobą i budowanie poczucia własnej wartości. Jej brak rodzi pytania na temat życia ludzi chorych: „Czy przeżyją?”, „Czy chcą żyć?” (Charmaz 1991). Więzy społeczne są zasadniczym kryterium umacniania osoby chorej w jej życiowych zmaganiach (Brooks, Matson 1987). W przypadku chorób przewlekłych zmierzyć się z nimi oznacza odnaleźć kontrolę nad własną tożsamością, a w ten sposób osoba chora czuje, że odnosi sukces, ponieważ utrzymuje fasadę stawiającą czoła światu (Charmaz 1987). Podczas sesji muzykoterapii piosenki stały się pomocne w walce z przeciwnościami w obliczu choroby. Były metodą wewnętrznej akceptacji uczuć

pacjenta, nawet przy jego powierzchownej stabilności psychicznej. Chore osoby mogą zaadaptować piosenki jako własne mechanizmy obronne (Bailey 1984). Często śpiewają o nieznośnych uczuciach, nie potrafiąc o nich mówić. Ważne jest, aby terapeuta pracujący z tą populacją pozostał czuły na sposób, w jaki pacjenci wykorzystują piosenki do podświadomego wyrażania uczuć.

Osoby z chorobami przewlekłymi niejednokrotnie dokonują przeglądu własnego życia dzięki wyobraźni, która przywołuje wydarzenia z minionych lat, pomaga zgłębiać chwilę obecną i przenosi je w przyszłość. Corbin i Strauss (1987) wyróżniają trzy główne wymiary ludzkiego istnienia: postrzeganie siebie, etapy życia uwzględniające przeszłość, teraźniejszość i przyszłość i ciało stanowiące medium, przez które kształtujemy naszą tożsamość. Przemijający charakter piosenek umożliwił pacjentom spojrzenie na chorobę przez pryzmat całego ich życia, tworząc tym samym tymczasowy kontekst nadający sens ich zmaganiom.

Wnioski

Dla osób cierpiących na przewlekłe, postępujące, degeneratywne choroby neurologiczne wspólne i aktywne tworzenie muzyki może być bardzo fizycznym doświadczeniem, podczas którego mogą obserwować swoje osiągnięcia i sposób bycia. Jako terapeuci jesteśmy w stanie nadać sens dokonaniom pacjentów, którzy dążą do osiągnięcia poczucia spełnienia i odbudowy własnej tożsamości. Piosenki o wartości osobistej pomagają w zmaganiach życia codziennego osobom, którym niedostępna jest już gra na instrumentach. Dzięki skojarzeniom i historiom z nimi związanym utwory takie wpływają zarówno na wewnętrzne, jak i zewnętrzne płaszczyzny emocjonalne. Wrażliwe i terapeutyczne użycie piosenek może pomóc pacjentom w odkryciu uczuć, które nie byłyby im dostępne w codziennych zmaganiach z chorobą.

Bibliografia

1. Bailey L., 1984, *The Use of Songs in Music Therapy with Cancer Patients and Their Families*, *Music Therapy*, nr 4(1), s. 5–17.
2. Brooks N., Matson R., 1987, *Managing Multiple Sclerosis*, [w:] *Research In the Sociology of Health Care: A Research Annual. The Experience and Management of Chronic Illness*, red. J. Roth, P. Conrad, London, JAI Press, s. 73–106.
3. Bruscia K. E., 1995, *The Process of Doing Research, cz. 3: The Human Side*, [w:] *Music Therapy Research. Quantitative and Qualitative Perspectives*, red. B. Wheeler (red.), Phoenixville, Barcelona Publishers, s. 429–443.

4. Charmaz K., 1987, *Struggling For a Self: Identity Levels of the Chronically Ill*, [w:] *Research In the Sociology of Health Care: A Research Annual. The Experience and Management of Chronic Illness*, red. J. Roth, P. Conrad, London, JAI Press, s. 283–321.
5. Charmaz K., 1991, *Good Days, Bad Days. The Self In Chronic Illness and Time*, New Brunswick, Rutgers University Press.
6. Charmaz K., 1995, *The Body, Identity, and Self: Adapting to Impairment*, „The Sociological Quarterly”, nr 36(4), s. 657–680.
7. Cohen N. S., 1992, *The Effect of Singing Instruction On the Speech Production of Neurologically Impaired Persons*, „Journal of Music Therapy”, nr 29(2), s. 87–102.
8. Cohen N. S., Ford J., 1995, *The Effect of Musical Cues On the Non Purposive Speech of Persons with Aphasia*, „Journal of Music Therapy”, nr 32(1), s. 46–57.
9. Cohen N. S., Masse R., 1993, *The Application of Singing and Rhythmic Instruction as a Therapeutic Intervention For Persons with Neurogenic Communication Disorders*, „Journal of Music Therapy”, nr 30(2), s. 81–99.
10. Corbin J., Strauss A., 1987, *Accompaniments of Chronic Illness: Changes in Body, Self, Biography, and Biographical Time*, [w:] *Research in the Sociology of Health Care: A Research Annual. The Experience and Management of Chronic Illness*, red. J. Roth, P. Conrad, London, JAI Press, s. 249–281.
11. Cosgriff V., 1988, *Intensive Music Therapy in a Two-week Residential Programme for People with Parkinson's Disease*, „Australian Music Therapy Association Bulletin”, nr 11(4), s. 2–11.
12. Curtis S., 1987, *Music Therapy: A Positive Approach in Huntington's Disease. Proceedings of the 13th National Conference of the Australian Music Therapy Association Incorporated*, Melbourne, AMTA.
13. Davis G., Magee W., 2001, *Clinical Improvisation Within Neurological Disease: Exploring the Effect of Structured Clinical Improvisation on the Expressive and Interactive Responses of a Patient with Huntington's Disease*, „British Journal of Music Therapy”, nr 15(2), s. 51–60.
14. Dawes S., 1985, *The Role of Music Therapy in Caring in Huntington's Disease*, [w:] *Handbook for Caring in Huntington's Disease*, red. E. Chiu, B. Teltscher, Melbourne, Huntington's Disease Clinic, s. 97–103.
15. Erdonmez D., 1976, *The Effect of Music Therapy in the Treatment of Huntington's Chorea Patients. Proceedings of the 2nd National Conference of the Australian Music Therapy Association Incorporated*, Melbourne, AMTA, s. 58–64.
16. Erdonmez D., 1993, *Music: A Mega Vitamin For the Brain*, [w:] *Music Therapy in Health and Education*, red. M. Heal, T. Wigram, London, Jessica Kingsley Publishers, s. 112–125.

17. Hoskyns S., 1982, *Striking the Right Chord. Nursing Mirror*, s. 14–17.
18. Lengdobler H., Kiessling W. R., 1989, *Gruppenmusiktherapie Bei Multipler Sklerose: Ein erster Erfahrungsbericht*, „Psychotherapie, Psychosomatik, Medizin und Psychologie”, nr 39, s. 369–373.
19. Magee W. L., 1995, *Case Studies in Huntington's Disease: Music Therapy Assessment and Treatment in the Early to Advanced Stages*, „British Journal of Music Therapy”, nr 9(2), s. 13–19.
20. Magee W. L., Davidson J. W., 2004a, *Music Therapy in Multiple Sclerosis: Results of a Systematic Qualitative Analysis*, „Music Therapy Perspectives”, nr 22(1), s. 39–51.
21. Magee W. L., Davidson J. W., 2004b, *Singing in Therapy: Monitoring Disease Process in Chronic Degenerative Illness*, „British Journal of Music Therapy”, nr 18(2), s. 65–77.
22. Miller R. A. i in., 1996, *Component of EMG Symmetry and Variability in Parkinsonian and Healthy Elderly Gait*, „Electroencephalography and Clinical Neurophysiology”, nr 101, s. 1–7.
23. O'Callaghan C., 1996, *Pain, Music Creativity and Music Therapy in Palliative Care*, „The American Journal of Hospice and Palliative Care”, nr 13(2), s. 43–49.
24. O'Callaghan C., 1999, *Recent Findings About Neural Correlates of Music Pertinent to Music Therapy Across the Lifespan*, „Music Therapy Perspectives”, nr 17(1), s. 32–36.
25. O'Callaghan C., Turnbull G., 1987, *The Application of a Neuropsychological Knowledge Base in the Use of Music Therapy with Severely Brain Damaged Adynamic Multiple Sclerosis Patients. Proceedings of the 13th Conference A.M.T.A.*, Melbourne, AMTA, s. 92–100.
26. Schmid W., Aldridge D., 2004, *Active Music Therapy in the Treatment of Multiple Sclerosis Patients: a Matched Control Study*, „Journal of Music Therapy”, nr 41(3), s. 225–240.
27. Selman J., 1988, *Music Therapy with Parkinson's Disease*, „British Journal of Music Therapy”, nr 2(1), s. 5–9.
28. Steele M., 2005, *Coping with Multiple Sclerosis: A Music Therapy Viewpoint*, „Australian Journal of Music Therapy”, nr 16, s. 70–87.
29. Strauss A., Corbin J., 1990, *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*, Newbury Park, Sage Publications.
30. Thaut M. H. i in., 1993, *Effect of Rhythmic Cuing on Temporal Stride Parameters and EMG Patterns in Hemiparetic Gait of Stroke Patients*, „Journal of Neurological Rehabilitation”, nr 7, s. 9–16.

31. Thaut M. H. i in., 1996, *Rhythmic Auditory Stimulation in Gait Training for Parkinson's Disease Patients*, „Movement Disorders”, nr 11(2), s. 193–200.

Wpływy światopoglądów muzykoterapeutów na praktykę kliniczną w różnych krajach²

Barbara L. Wheeler
Retired Professor, University of Louisville

Felicity A. Baker
The University of Melbourne

Streszczenie

Prezentowane badanie rozpatruje kwestię światopoglądów muzykoterapeutów oraz wpływu tychże na praktykę i nauczanie. Zgromadzono informacje pochodzące od 12 uczestników posiadających doświadczenie kliniczne i pedagogiczne, mieszkających i pracujących w 16 krajach. Uczestnikom zadano pytanie: „Jakie poglądy związane z pana/pani kulturą mogą wpłynąć na prowadzone przez pana/panią sesje lub wykłady o muzykoterapii?”. Badacze przeprowadzili analizę indukcyjną otrzymanych danych, stosując metody teorii ugruntowanej. W jej wyniku wskazano cztery tematy reprezentujące główne wpływy kulturowe mające znaczenie dla muzykoterapii, wedle rozumienia i opisów uczestników: wpływ kultury na kształtowanie światopoglądów, na praktykę kliniczną, na edukację oraz na postrzeganie i rozpatrywanie procesu terapeutycznego. Tematy te przedstawiono wraz z kategoriami, do których należy każdy z tematów, oraz z cytatami z wypowiedzi uczestników, które są ich ilustracją. Dyskusji podlegają implikacje badania dla dydaktyki i praktyki muzykoterapeutycznej w wielokulturowej rzeczywistości.

Słowa kluczowe: kultura, wielokulturowość, światopogląd, praktyka i edukacja muzykoterapii

Wprowadzenie

Światopogląd to sposób, w jaki dana osoba nadaje światu znaczenie. Składają się nań „różne przekonania, wartości, uprzedzenia wykształcone przez jednostkę w rezultacie

² Tekst stanowi tłumaczenie / przedruk z (Reprinted from):

“The Arts in Psychotherapy”, 37(2010), Barbara Wheeler, Felicity Baker: Influences of music therapists’ worldviews on work in different countries, s. 215-227, za pozwoleniem (with permission from) Elsevier

kulturowego warunkowania” (Ivey i in. 2002). Światopogląd człowieka jest modelowany zatem poprzez jego kulturę. O ile w przeszłości profesjonalści zajmujący się szeroko pojętym niesieniem pomocy mogli nie przywiązywać wagi do wpływu, jaki kulturowe uprzedzenia i przekonania mogą mieć na pracę z klientem, o tyle dziś świadomość kontekstu kulturowego stała się ważnym elementem w pracy z innymi. Jak ujęli to redaktorzy książki traktującej o tych zagadnieniach: „Początkowo tylko niewielu naukowców uznawało kulturę za ważny konstrukt. Już tak nie jest” (Kenny, Stige 2002, s. 2).

W przedmowie do książki *Culture-Centered Music Therapy* Stige’a (2002) Bruscia nazwał skoncentrowanie na kulturze „piątą siłą muzykoterapii”, stwierdzając: „Będzie to siła przypominająca nam, że cała nasza praca – zarówno teoria, jak i praktyka czy badania – odbywa się w szczególnych i unikalnych kontekstach – kontekstach, które nie tylko kształtują pracę samą w sobie, lecz również predysponują nas do przydawania im własnych idiograficznych znaczeń” (Bruscia 2002, s. 15).

Stige (2002, s. 2) sugeruje, że kultura wiąże się ze „sposobami odnoszenia się do świata, świadomie i nieświadomie, z i poprzez innych”. Ma nadzieję, że „muzykoterapeuci postawią kwestie kulturowe bliżej centrum swojej pracy i swojego myślenia nie poprzez nadanie im takiej etykiety, lecz poprzez włączenie perspektyw kulturowych w swoje myślenie” (Stige 2002, s. 5). Stige kontynuuje, zadając pytanie muzykoterapeutom: „Jaki jest związek między sesją muzykoterapeutyczną a kontekstem, do którego należy?” (Stige 2002, s. 5).

Wiele kwestii wywodzących się z teorii i badań nad wielokulturowością pochodzi z dziedzin takich jak poradnictwo psychologiczne i psychologia (Ivey i in. 2002; Ponterotto i in. 2001; Sue, Sue 2003), a piśmiennictwo muzykoterapeutyczne często się do nich odnosi i opiera się na nich. Definicja poradnictwa psychologicznego i terapii brzmi:

Wielokulturowe poradnictwo psychologiczne i terapia mogą być zdefiniowane jednocześnie jako funkcja wspomagająca oraz proces, które korzystają z modalności i definiują cele zgodne z doświadczeniami życiowymi i wartościami kulturowymi klientów, dostrzegają ich tożsamość z uwzględnieniem wymiaru jednostkowego, grupowego i uniwersalnego, polecają stosowanie uniwersalnych i specyficznych dla kultury strategii i ról w procesie leczenia, równoważą istotność indywidualności i zbiorowości w rozpoznaniu, diagnozie oraz terapii klienta oraz systemu, którego klient jest częścią (Sue, Torino 2005, s. 6).

Sue i Sue (2003) sugerują, że terapeuta kompetentny w zakresie problemów kulturowości podejmuje starania, by: a) stać się świadomym własnych założeń dotyczących „ludzkich zachowań, wartości, uprzedzeń, z góry zakładanych opinii, ograniczeń osobistych itp.” (Sue i Sue 2003, s. 18); b) aktywnie próbować zrozumieć punkt widzenia klientów o kulturowo odmiennych

światopoglądach; c) aktywnie wykształcać i wprowadzać w praktykę strategie, umiejętności i interwencje skierowane do odmiennych kulturowo klientów. Jasne jest, że zostanie kulturowo kompetentnym terapeutą wymaga wysiłku i zaangażowania.

Choć niniejszy artykuł dotyczy przede wszystkim kwestii wielokulturowości w muzykoterapii, warto zauważyć, że także inne dziedziny szeroko rozumianej arteterapii mierzą się z podobnymi problemami. Fakt ten ilustruje wydanie specjalne pisma „The Arts in Psychotherapy”, które uczyniło wielokulturowość tematem numeru (Lewis 1997). Publikacja ta omawia aspekty wielokulturowości, globalizacji, tożsamości kulturowej i etyki, prezentując punkty widzenia arteterapeutów działających w kilku różnych kulturach. Kenny (1994, 2006) zauważyła, że programy nauczania muzykoterapii, które już włączyły kreatywne podejście do arteterapii, weszły w interdyscyplinarny dialog i służyć mogą za model w dyskursywnym procesie, niezbędnym w czasach kulturowego pluralizmu.

Wpływ kultury na pracę muzykoterapeutów był już badany i opisywany w ostatnich latach, a ostatnio zainteresowanie zagadnieniem wzrosło. Moreno (1988) wiele lat temu zauważył, że muzykoterapeuta powinien mieć świadomość zwyczajów i muzyki innych kultur. Kenny (1994, 2006) zakwestionowała programy nauczania muzykoterapii i określiła następujące cechy niezbędne u terapeuty wielokulturowego: „świadomość i wiedza dotyczące własnej tożsamości kulturowej, szeroki wachlarz doświadczeń w innych kulturach, wysoka tolerancja na paradoks, zdolność do przyswajania wieloznaczności oraz pomysłowość i duża wyobraźnia” (Kenny 1994, s. 12–13). Kenny badała wpływ kultury na edukację w dziedzinie muzykoterapii z uwzględnieniem danych jakościowych pozyskanych od pedagogów z różnych stron świata (Kenny 1994, 2006). Cole (2003) jest autorką podręcznika *The Multicultural Music Therapy Handbook*, który proponuje model kompetencji kulturowej i pomaga czytelnikom poddawać refleksji siebie, uczyć się o kulturze oraz adaptować praktykę kliniczną do potrzeb wielokulturowości.

Także etyczne następstwa wielokulturowości w praktyce terapeutycznej doczekały się refleksji. Bradt (1997) badała zagadnienie problemów etycznych w praktyce muzykoterapeutycznej, podkreślając wagę świadomości nie tylko muzyki innych kultur, lecz także jej kulturowego znaczenia. Dileo (2000) poświęciła rozdział swej książki etyce w muzykoterapii, omawiając ją z dwóch perspektyw: wielokulturowej i genderowej. Zasugerowała, że konsekwencje etyczne dla pracy z klientami o różnych korzeniach kulturowych mają dwojaką formę. Pierwszym zagadnieniem jest ochrona praw klienta, gdyż przedstawiciele innych kultur mogą być bezbronni i poddani presji, wymagają zatem szczególnych względów. Drugim zagadnieniem jest kompetencja

terapeuty, gdyż praca z osobami z innych kultur wymaga szczególnego zrozumienia własnych uprzedzeń, a także posiadania świadomości wielokulturowej.

W obszarze zainteresowań znalazła się także superwizja osób o różnym pochodzeniu. Estrella (2001) porusza kwestie kulturowe w superwizji studentów muzykoterapii, proponując przegląd wielokulturowych podejść do tego zagadnienia w innych dyscyplinach, rozważając problemy rasowe jako jeden z aspektów zagadnienia. Opisuje także wielostopniowe modele wielokulturowej superwizji i sugeruje, że wprowadzenie ich wyeliminowałoby podstawowe problemy w tej materii.

Kim (2008) przeprowadziła fenomenologiczne badanie doświadczeń osób poddawanych międzykulturowej superwizji. Chciała poznać ich doświadczenia w zakresie bycia zrozumianym i niezrozumianym. Przeprowadziła wywiady z siedmioma osobami, a otrzymane dane poddała fenomenologicznej analizie. Następnie podsumowała ich doświadczenia w zakresie bycia zrozumianym i niezrozumianym w superwizji wielokulturowej, wskazała czynniki istotne w badanych okolicznościach oraz sformułowała implikacje dla teorii superwizji muzykoterapii.

W 1990 roku przeprowadzono dwa sondaże na temat wielokulturowych praktyk w muzykoterapii. Bazując na odpowiedziach 298 zawodowych muzykoterapeutów, Topozada (1995) stwierdziła, że kultura jest istotnym czynnikiem w ich pracy, lecz stosowne wykształcenie w tym kierunku zdobywają dopiero podczas praktyki klinicznej. Sugerowała, że program studiów muzykoterapii powinien uwzględniać zagadnienia z etnomuzykologii, psychologii wielokulturowej lub studiów etnicznych. Opierając się na zaleceniach Topozady, Darrow i Molloy (1998) dokonali przeglądu wymogów National Association for Music Therapy (NAMT), literatury naukowej oraz programów konferencji międzynarodowych dotyczących kwestii wielokulturowych. Dodatkowo przeprowadzono wywiady z muzykoterapeutami pracującymi w kulturowo zróżnicowanych regionach Stanów Zjednoczonych. Jedno z postawionych pytań brzmiało: „Jak duże znaczenie przywiązuje się do kwestii wielokulturowych w literaturze muzykoterapeutycznej oraz w środowisku naukowym?”. Z odpowiedzi wywnioskowano, że w muzykoterapii przywiązuje się niewielką wagę do tej problematyki, w przeciwieństwie do edukacji muzycznej. Stwierdzono jednak, że w ostatnich latach temat różnic kulturowych wydaje się być coraz częściej poruszany na konferencjach NAMT. Odpowiedzi związane z kształceniem muzykoterapeutów w zakresie różnic kulturowych lub muzyki wielokulturowej wskazały, że programy edukacyjne zatwierdzone przez NAMT uwzględniały kwestie wielokulturowości głównie podczas wykładów ogólnych oraz w ramach zajęć do wyboru. Większość uczestników wspominała o kształceniu w zakresie edukacji i/lub muzyki wielokulturowej w trakcie swojej praktyki klinicznej – głównie dzięki własnemu doświadczeniu i uczestnictwu w warsztatach.

Rozesłany sondaż zawierał również pytanie: „Jakie są wielokulturowe doświadczenia, działania oraz problemy muzykoterapeutów pracujących w metropoliach Stanów Zjednoczonych?”. Spośród 219 członków NAMT, którzy mieszkali lub prowadzili działalność zawodową w największych metropoliach, 62% uważało, że kształcenie w zakresie muzyki wielokulturowej jest albo „bardzo potrzebne”, albo „dość potrzebne”. Tylko 13% stwierdziło, że program odbytych studiów odpowiednio przygotował ich do włączenia muzyki wielokulturowej do praktyki z udziałem klientów o różnym pochodzeniu kulturowym. Mimo braku odpowiedniego wykształcenia z zakresu wielokulturowości na poziomie akademickim prawie 75% uczestników sondażu uważało, że posiadają wiedzę na temat muzyki innych kultur, a zwłaszcza na temat muzyki pochodzącej z krajów klientów, z którymi pracowali. Z badania tego wynika, że muzykoterapeuci aktywnie poszukują muzyki charakterystycznej dla innych kultur, jednak kwestia ich świadomości i wrażliwości na jej zastosowanie w praktyce pozostaje tematem do dalszych dyskusji.

Obie cytowane wyżej prace badawcze (Darrow, Molloy 1998; Topozada 1995) sugerują, że program edukacji w zakresie muzykoterapii powinien zawierać więcej informacji na temat muzykoterapii wielokulturowej. Badania te zostały ukończone ponad dziesięć lat temu. Programy edukacyjne zatwierdzone przez American Music Therapy Association (AMTA) skupiają się głównie na rozszerzaniu kompetencji studentów, a w skład kompetencji zawodowych AMTA (2008) wchodzi kompetencje związane z podejściem kulturowym i wielokulturowym:

14.5. Wykazanie świadomości dziedzictwa kulturowego pacjenta, jego sytuacji socjoekonomicznej oraz zrozumienia, jak oba te czynniki wpływają na odbieranie procesu terapii.

16.4. Wybór i wdrożenie skutecznych metod opartych na wiedzy o kulturze, które za pośrednictwem muzyki umożliwią ocenę barier i możliwości klienta.

16.5. Wybór i wdrożenie skutecznych metod opartych na wiedzy o kulturze, które pomogą w ocenie muzycznych preferencji, rozwoju i możliwości muzycznych klienta.

22.9. Wykazanie szacunku i wiedzy na temat różnic wynikających z pochodzenia kulturowego.

22.11. Wykazanie umiejętności pracy z populacją zróżnicowaną kulturowo.

Wydawać by się mogło, że obecnie przywiązuje się więcej wagi do rozwoju perspektyw wielokulturowych niż w przeszłości. Tymczasem niedawne badanie zakresu, w jakim porusza się kwestię wielokulturowości podczas superwizji studentów w USA i Kanadzie, sugeruje, że niewiele się zmieniło (Young 2009). W badaniu wzięło udział 104 superwizorów, którzy udzielili odpowiedzi na pytania dotyczące kwestii wielokulturowości podczas praktyk studenckich. Autor badania zaobserwował, że pomimo iż większość superwizorów nadzorowała studentów o różnym pochodzeniu, wielu podopiecznych miało niewielkie lub znikome wykształcenie w

zakresie muzykoterapii wielokulturowej. Ponadto kwestia wielokulturowości nie była regularnie poruszana podczas superwizji.

Na podstawie własnych doświadczeń z działalności klinicznej w Kanadzie, Brown (2001) podzieliła się sugestiami dotyczącymi muzykoterapii ukierunkowanej na kulturę. Jednym z jej wskazań jest powinność zapoznania się ze światopoglądami klientów – ich wartościami, wiarą, edukacją kulturalną, której doświadczyli – oraz przeanalizowania sposobu, w jaki czynniki te mogą wpłynąć na proces terapii.

Patrząc na zagadnienie z perspektywy kultury izraelskiej, Yehuda (2002) zajęła się kilkoma istotnymi pytaniami dotyczącymi kultury, muzyków, terapeutów i klientów. Główne pytanie brzmiało: „Jak istotne i restrykcyjne są granice kultury muzycznej klienta i terapeuty, oraz jak osobiste, kulturowe i muzyczne doświadczenia występujących muzyków, terapeutów i klientów wpływają na ich wzajemne relacje?”. Autorka starała się poznać doświadczenia muzyków i terapeutów. Była również zainteresowana kwestiami kulturowymi, z którymi mierzą się terapeuci – jak do nich podchodzą i jak je rozwiązują podczas terapii, oraz jakie trudności się z nimi wiążą. Rezultaty przedstawiła w następujących kategoriach: a) zróżnicowane reakcje terapeutów na muzykę innej kultury, b) skutki elementów pozamuzycznych na muzykoterapeutów i muzyków, którzy obcują z muzyką z odmiennych kultur, c) reakcje muzyków ze Wschodu na klasyczną muzykę Zachodu, d) sposoby, w jakie żydowscy terapeuci podchodzą do muzyki arabskiej, e) trudności w relacjach ze skrajnie ortodoksyjną populacją żydowską, f) podejście do wykonywania muzyki obcej i tworzenia muzyki eklektycznej oraz g) poglądy na terapię i techniki terapeutyczne w pracy z klientami o odmiennym pochodzeniu. Yehuda omówiła wyniki badania w kontekście teorii intersubiektywnej. Podkreślała przy tym, że odmienne pochodzenie kulturowe uczestników sesji ma wpływ na proces terapii.

Celem sympozjum sponsorowanego przez organizację Commission on Education, Training and Accreditation of the World Federation of Music Therapy (które poprzedziło 11. World Congress of Music Therapy w Brisbane w Australii w 2005 roku) była próba prezentacji perspektyw wielokulturowych widzianych oczyma terapeutów o odmiennym pochodzeniu (Nöcker-Ribaupierre i in. 2005). Sympozjum skupiło 25 delegatów z Australii, Austrii, Brazylii, Japonii, Kanady, Korei, Niemiec, Nowej Zelandii, RPA, Stanów Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii i Włoch. Prezentujący omawiali: barierę językowo-kulturową w Quebecu (Isenberg-Grzeda), pracę ze studentami reprezentującymi mniejszości kulturowe w kulturze dominującej w Stanach Zjednoczonych (York), kwestie kultury azjatyckiej w edukacji muzykoterapeutycznej z perspektywy Japonii (Okazaki-Sakaue), niemiecką tradycję edukacji poprzez doświadczenie (Nöcker-Ribaupierre) oraz opracowanie szkoleń badawczych dla muzykoterapeutów w Wielkiej

Brytanii (Watson, Darnley-Smith). Podsumowanie sympozjum przedstawia zróżnicowane poglądy na temat wielokulturowego wymiaru muzykoterapii i trudności z nim związane:

Podczas seminarium stało się jasne, że większość omawianych tematów jest związana bezpośrednio z sytuacjami właściwymi dla każdego z krajów: problemami, które narastają, gdy w jednym kraju operuje się wieloma językami; trudnościami ze znalezieniem odpowiedniej literatury w przekładzie, która obejmowałaby zagadnienia programu nauczania i perspektywy teoretyczne danego kraju; trudnościami mniejszości kulturowych oraz potrzebą wspierania ich w zgłębianiu osobistych doświadczeń. Mniej powszechne, ale możliwie najbardziej interesujące dla autorów były różnice w oczekiwaniach, nauce i wsparciu kulturowym doświadczane przez praktykantów z Azji i kultur zachodnich. Zagorzała dyskusja pomiędzy wszystkimi uczestnikami, która nastąpiła po prezentacjach, wyraźnie pokazała, że muzykoterapeuci – jako praktykujący terapeuci i nauczyciele – powinni wykazywać się świadomością i wrażliwością na różnorodne wyzwania stawiane przez problemy kulturowe.

Valentino (2006) prowadziła badania nad stopniem empatii w muzykoterapii międzykulturowej. Badala, czy wiedza i wgląd muzykoterapeutów w kwestie terapii międzykulturowej są wystarczające, aby zapewnić odpowiednią pomoc dla klientów. Wyniki uzyskała, prowadząc badania z udziałem 200 muzykoterapeutów, z jednakową liczbą terapeutów z Australii i Stanów Zjednoczonych. Otrzymała odpowiedzi od 79 uczestników badania – 45 z Australii i 33 ze Stanów Zjednoczonych. Autorka odkryła, że terapeuci, którzy odbyli szkolenie wielokulturowe, wykazywali większy stopień empatii niż terapeuci bez podobnego wykształcenia.

Vaillancourt (2007) badała zagadnienie muzykoterapii wielokulturowej jako narzędzia pomocnego w sprawowaniu kontroli. Sugeruje ona, że muzykoterapia stanowi wyjątkowo stosowne podejście do perspektyw wielokulturowych, muzyka sama w sobie jest bowiem zjawiskiem wielokulturowym. Vaillancourt przedstawia argumenty przemawiające za wykorzystaniem proaktywnej muzykoterapii wielokulturowej, której zadaniem byłaby pomoc w osiągnięciu sprawiedliwości społecznej. Opisuje też kilka programów, w przypadku których, aby osiągnąć powyższy cel, muzykoterapia została użyta w środowiskach zróżnicowanych kulturowo.

Gilboa, Yehuda i Amir (2009) stworzyli wielokulturową grupę studentów – jej członkowie byli imigrantami lub osobami urodzonymi w Izraelu – której głównym celem było polepszenie dialogu pomiędzy nimi. Zaobserwowali ponadto, że dla większości studentów projekt ten był szansą na zgłębienie wiedzy na temat własnych korzeni kulturowych oraz kultury Izraela. Muzyka okazała się głównym czynnikiem, który uruchomił przejawy większej akceptacji i otwartości w stosunku do ludzi o odmiennej kulturze. To innowacyjne podejście do nauczania uwrażliwiło studentów na wartość i znaczenie muzyki z odmiennych środowisk, a w przyszłości może też stać się podstawą do większej wrażliwości kulturowej w ich życiu zawodowym.

Z publikacji i badań na temat muzykoterapii wielokulturowej jasno wynika, że potrzebne są dalsze działania w celu ustalenia najlepszego sposobu praktyki, w sposób wrażliwy na kwestie wielokulturowe. Zagadnienia wspomniane wcześniej – większa świadomość własnych poglądów, znajomość światopoglądu klientów z odmiennych kultur oraz rozwój kompetencji i stosowanie przemyślanych interwencji w pracy z osobami o różnych korzeniach etnicznych (Sue, Sue 2003) – należą do podstawowych kwestii, które trzeba podjąć, aby świadomie podejść do pracy z klientami o odmiennym pochodzeniu. Celem obecnego badania było więc dalsze zgłębienie tego tematu.

W ramach projektu badaczki definiują termin „kultura” jako: „zachowania i przekonania charakterystyczne dla konkretnej grupy społecznej, etnicznej lub wiekowej” (*Culture*). Niemniej jednak definicję tę potraktowano w sposób luźny tak, aby uczestnicy mogli ująć własne poglądy. Osobiste definicje „kultury” i „światopoglądu” przedstawiono w sekcji wyników badania.

Przedmiotowe badanie skupiło się na światopoglądach muzykoterapeutów – ich wpływie na działalność terapeutyczną i metody nauczania. Główne pytanie brzmiało: „Jakie światopoglądy wpływają na pracę muzykoterapeutów w różnych krajach?”. Zadaniem przedmiotowego projektu badawczego jest więc wspomaganie rozwoju muzykoterapeutów – ale też innych zainteresowanych – w zakresie wiedzy o kulturze i jej roli w terapii.

Metoda

Stanowisko autorki badania

Pomimo tego, że działalność akademicka pierwszej autorki badania przebiegała w jednym tylko kraju, jej motywem do podjęcia się niniejszego projektu była wieloletnia praca ze studentami o odmiennym pochodzeniu kulturowym. Niejednokrotnie obserwowała różnice oczekiwań płynące z różnic kulturowych, które przekładały się na niejednorodne problemy w nauce, których ani studenci, ani wykładowcy nie wiązali raczej z różnicami czy oczekiwaniami kulturowymi. Liczne szkolenia i seminaria prowadzone przez autorkę w wielu krajach jeszcze wyraźniej uwiaryściły różnice pomiędzy oczekiwaniami kulturowymi.

Druga autorka podeszła do zagadnienia z pewną dozą subiektywizmu, który jest nieunikniony w badaniach jakościowych (Guba, Lincoln 1994). Podobnie jak uczestnicy badania odbyła naukę i praktyki kliniczne w dwóch krajach, które znacznie różniły się podejściem do działalności socjokulturalnej, kontekstem nauczania (edukacja na wsi w porównaniu z edukacją w większym mieście) oraz poglądami teoretycznymi w muzykoterapii. Mimo że nie były to różnice skrajne, swoje doświadczenia wspomina jako swoisty szok kulturowy. Sposób obcowania z innymi wyniesiony z jej rodzinnego kraju uległ zmianom. Aby osiągnąć większą wrażliwość

kulturową w nowym otoczeniu, autorka zaczęła systematycznie obserwować i dostosowywać swój sposób bycia do nowego środowiska. Musiała ponownie ocenić własne przekonania i podejście do muzykoterapii w kontekście odmiennych realiów, gdyż w przeciwnym razie nie zostałaby zaakceptowana w obcym kraju. Wszystkie te zmiany miały decydujący wpływ na sposób jej nauczania. Dzięki temu znacznie rozwinęła się samoświadomość autorki, która obecnie kształtuje jej rozważania i podejście, mimo że znowu pracuje w ojczyźnie.

Koncepcja metody

Projekt opierał się na ogólnych zasadach badań jakościowych w ramach teorii ugruntowanej. Zastosowano metodę, która charakteryzowała się dużą elastycznością. Jej koncepcja mogła ulec zmianom na podstawie zgromadzonych informacji lub doświadczeń z dotychczasowego przebiegu badania. Konstrukcja ta pozwalała na rozwój projektu, ułatwiając ciągle zgłębianie nowo odkrytych obszarów zagadnienia, wspierając się przy tym na doświadczeniach z poprzednich etapów projektu. Dobór uczestników badania był celowy. Nie zależał on jednak od przynależności uczestników do badanej grupy, lecz od tego, jak ich doświadczenie może wpłynąć na wyniki badania (Wheeler, Kenny 2005).

Uczestnicy

Muzykoterapeuci zostali wybrani według następujących kryteriów: a) doświadczenia jako terapeuta oraz nauczyciel; b) doświadczenia nauczania w więcej niż jednym kraju; c) umiejętności komunikowania się w języku angielskim oraz d) możliwości korespondencji mailowej. W procesie uczestniczyło 12 terapeutów, przy czym trzech innych terapeutów zaproszonych do udziału w badaniu wycofało się z różnych względów. We wstępnej korespondencji mailowej przedstawiono uczestnikom ogólną koncepcję badania. Terapeutom, którzy zdecydowali się na udział w projekcie, przesłano dokumenty zawierające dalsze informacje, otrzymali oni także możliwość zadawania pytań przed podpisaniem świadomej zgody na udział w badaniu.

Uczestnicy reprezentowali 16 krajów: Australię, Brazylię, Danię, Hiszpanię, Irlandię, Izrael, Japonię, Kanadę, Niemcy, Norwegię, Nową Zelandię, RPA, Stany Zjednoczone, Tajwan, Wielką Brytanię i Włochy. Kilkoro z nich miało również duże doświadczenie nauczania w innych krajach. Wszyscy uczestnicy, z wyjątkiem jednego, mieli doświadczenie w nauczaniu w dwóch znacznie odmiennych częściach świata. Wiek terapeutów wynosił od 37 do 66 lat, ze średnią 51,3 (odchylenie standardowe – 9,6). Mieli od 12 do 40 lat doświadczenia jako muzykoterapeuci, ze średnią 25,8 (odchylenie standardowe – 9,9) oraz od 5 do 33 lat doświadczenia jako wykładowca muzykoterapii, ze średnią 17,6 (odchylenie standardowe – 10,6).

Procedura

Badanie zostało zatwierdzone przez komisję etyczną (IRB) zarówno na University of Louisville, jak i na University of Queensland. Ustalono, że badanie realizowane było w większości przez University of Louisville, więc komisja etyczna University of Queensland zaakceptowała decyzję komisji etycznej IRB University of Louisville.

W wiadomości e-mail przesłanej do każdego uczestnika postawiono pytanie: „Jakie poglądy związane z pana/pani kulturą mogą wpłynąć na prowadzone przez pana/panią sesje lub wykłady muzykoterapii?”. Nieprzetworzone dane otrzymano, prosząc uczestników o spisanie własnych doświadczeń. Czas, w jakim terapeuci odpowiedzieli na tę wiadomość, wynosił od kilku dni do kilku miesięcy. Część uczestników zaangażowała się w trójstronną korespondencję mailową pomiędzy nimi a badaczkami, w której badaczki zadawały dalsze pytania dotyczące informacji na temat kwestii związanych ze „światopoglądami” i „kulturą”. Jeden z terapeutów zdecydował się odbyć część wywiadu podczas rozmowy telefonicznej. Odpowiedzi pisemne miały objętość od 2 do 12 stron z pojedynczą interlinią.

Analiza danych

Wstępna analiza danych została przeprowadzona przy użyciu metod właściwych teorii ugruntowanej. Dane przetworzono za pomocą oprogramowania jakościowego MAXQDA (Kuckartz 1988, 2007). MAXQDA jest używane przy systematycznej ocenie oraz interpretacji tekstu. Oprogramowanie to uważa się za skuteczne narzędzie, pomagające w formułowaniu teorii oraz weryfikacji konkluzji teoretycznych wchodzących w skład analizy (Corbin, Strauss 2008). Autorki podjęły następujące kroki:

1. Transkrypcje wywiadów z uczestnikami były podzielone równomiernie pomiędzy obie badaczki, które niezależnie i samodzielnie przypisały kody do poszczególnych sekcji tekstu.

2. Autorki spotkały się osobiście, dokonując wzajemnej rewizji kodów oraz określając znaczenie i stosowność nadanych im nazw. Część kodów przemianowano. Niektóre sekcje tekstu zostały połączone i objęte jednakowym kodem z sekcjami sąsiadującymi.

3. Badaczki niezależnie przypisały zakodowany tekst do kategorii tematycznych. Przykładem mogą być poniższe kody, które przypisano do kategorii „edukacja poprzez doświadczenie”: a) nauka oparta na doświadczeniach → na którą wpływ mają rdzenni nauczyciele; b) pomoc finansowa otrzymana na rzecz nadzorowanego wspólnie projektu → współpraca; c) powoływanie się na własne doświadczenia w nauczaniu innych → informacje

nabierają znaczenia, a przez to stają się łatwiejsze do zapamiętania oraz d) wspólne nadzorowanie projektu zbliżyło członków grupy → wzmocniona praca w grupie.

4. Autorki spotkały się osobiście, aby dokonać przeglądu sposobu, w jaki grupy kodów zostały przypisane do poszczególnych kategorii lub przepisane do kategorii odmiennych. W wyniku dyskusji niektóre kategorie zostały przemianowane.

5. W przeciągu trzech tygodni, podczas kilku osobistych spotkań, autorki dokonały kolejnego uszeregowania kategorii w większe tematy.

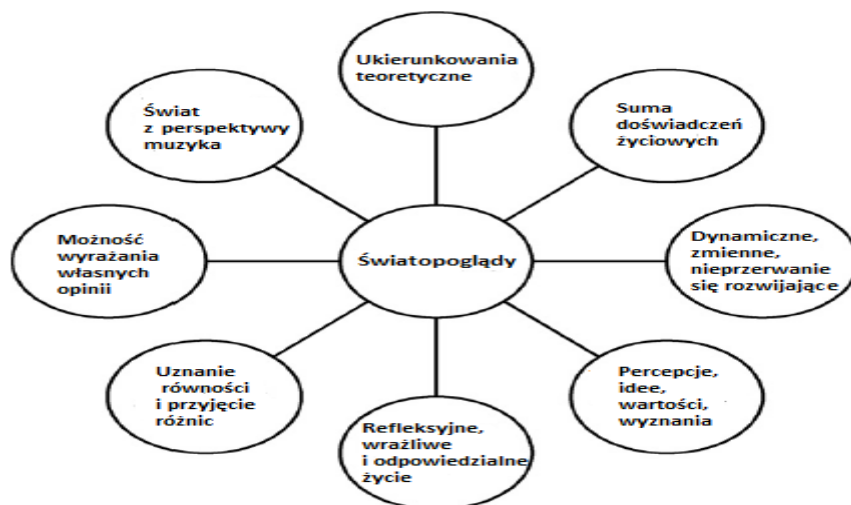
6. W celu konsultacji i ewentualnych wyjaśnień tematy – łącznie z wchodzącymi w ich skład wypowiedziami – zostały wysłane do uczestników. Zmiany wprowadzono na podstawie sugestii przez nich udzielonych.

7. Następnie tematy zestawiono w diagramy ukazujące ich współzależność. Diagramy pomogły w wizualnym przeglądzie tematów i wchodzących w ich skład kategorii.

8. Po ukończeniu wstępnej wersji artykułu wysłano go do uczestników, których poproszono: a) aby zapewnił o zgodności ich wypowiedzi, oraz o poprawnym zinterpretowaniu ich przez badaczki przy grupowaniu ich w tematy i kategorie oraz b) aby potwierdzili, że zgadzają się na publikację zawartych w artykule wypowiedzi, gdyż z racji niektórych zamieszczonych w nich informacji czytelnicy mogliby rozpoznać uczestników badania. Zmiany wprowadzono na podstawie decyzji uczestników.

Wyniki

Przed opisaniem głównych zbiorów tematycznych, które wyloniły się podczas analizy wywiadów, zostaną przedstawione informacje na temat światopoglądów uczestników oraz ich podejścia do kultury. Rozpiętość perspektyw przez nich prezentowanych została zobrazowana na rysunku 1.



Rysunek 1. Światopoglądy uczestników

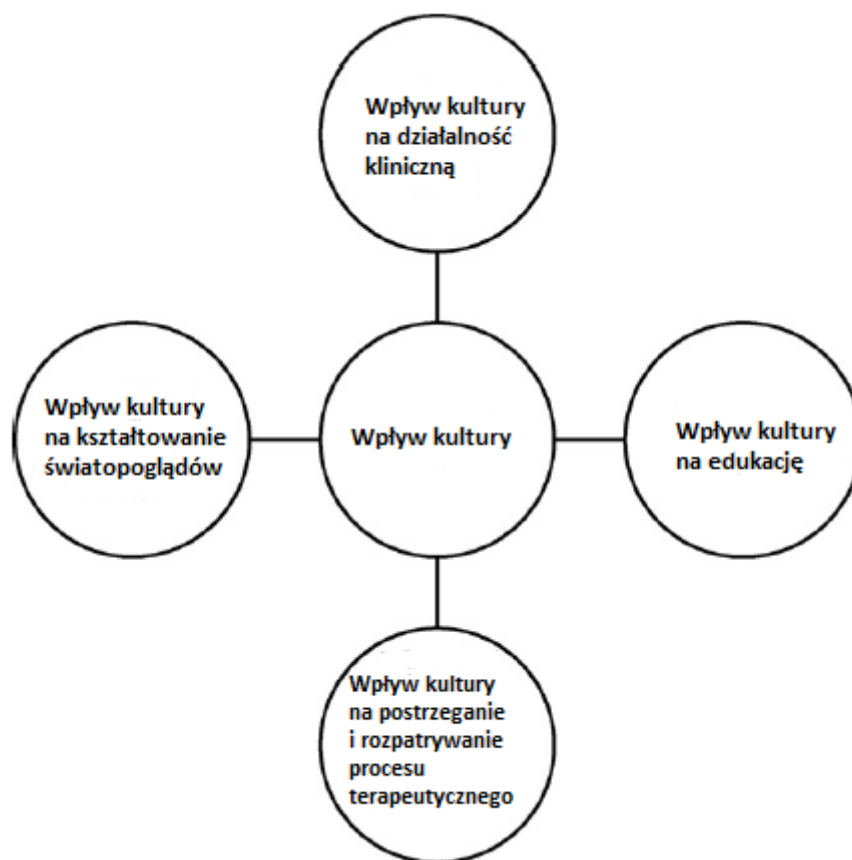
Jako że główne pytanie badawcze – „Jakie poglądy związane z pana/pani kulturą mogą wpływać na prowadzone przez pana/panią sesje lub wykłady muzykoterapii?” – nie wymagało szczegółowego opisu światopoglądów uczestników, nie wszyscy wspominali o nich wprost. Jedna z uczestniczek skupiła się na cechach charakterystycznych jej kultury, podczas gdy inni udzielali wypowiedzi z perspektyw własnych, mimo że niekoniecznie wspominali o nich jako o osobistych światopoglądach. Na podstawie analizy transkrypcji wywiadów wykryto kilka wspólnych wątków.

Jedna z uczestniczek porównywała swoją kulturę z własnymi „poglądami, ideami, wartościami i przekonaniem religijnymi” i odwoływała się do swojego „ukierunkowania teoretycznego oraz osobistego i zawodowego doświadczenia”. Inna twierdziła, że jej światopogląd nie pokrywał się z behawioralnym sposobem nauczania, którego doświadczyła za czasów studenckich.

Światopoglądy zostały określone przez jedną z uczestniczek jako „suma moich życiowych doświadczeń i ciągle ich rozważanie”. Terapeutka opisywała światopoglądy jako „dynamiczne, nieprzerwanie rozwijające się pojęcie o istocie »rzeczy« i doświadczeń. To pojęcie jest równie stabilne jak zmienne/elastyczne: stabilne, ponieważ nieprzerwanie się toczy, a elastyczne dzięki nowym doświadczeniom i nowym refleksjom na ich temat. Nie zawsze jednak łączą się ze sobą: niektóre odrzuca się, zależnie od czasu i miejsca”. Kontynuując swoje wyjaśnienia, ta sama uczestniczka mówiła o „refleksyjnym, wrażliwym i odpowiedzialnym życiu”, używając sformułowania: „jestem odpowiedzialna za to, co robię, jak to robię, dlaczego to robię, i jedną z moich wartości osobistych jest świadome i zbalansowane obcowanie z energią życia i siłą społeczeństwa nas otaczającego...”. Uważała, że przestrzegać poglądów to „być i pracować tak, aby życie stawało się lepsze”.

Dwóch pytanych mówiło o wierze w równość oraz o tym, że różnice należy zgłębiać. „Równość istot ludzkich jest niezależna od wieku, rasy, koloru skóry czy religii” oraz: „różnice nie powinny być omijane lub ignorowane; naszą powinnością jest je zgłębiać i traktować jako część ludzkiej i społecznej różnorodności”. Pierwsza cytowana uczestniczka wyraziła również przekonanie, że „ludzie powinni mieć swobodę wyrażania własnych opinii”. Wartość muzyki i muzycznych umiejętności, którymi posługujemy się podczas aktywnego uczestnictwa w muzykoterapii, została podkreślona przez kolejnego uczestnika: „W muzykoterapii zwracam uwagę prawie na wszystko – praktykę kliniczną, edukację i badania – przez pryzmat mojego muzycznego wykształcenia, mimo że wpływają na mnie również moje doświadczenie kliniczne, stosunek do badań czy poglądy polityczne. W muzykoterapii chodzi o to, żeby osiągnąć zmiany dzięki sile i efektom muzyki”. Uczestnik badań mówił także: „Moim pierwszorzędym i

fundamentalnym przekonaniem jest niezwykła istotność umiejętności muzycznych i kompetencji w każdej sferze muzykoterapii – klinicznej, edukacyjnej i badawczej”.



Rysunek 2. Wpływ kultury na pracę muzykoterapeutów

Aby przedstawić główne sfery oddziaływania kultury, opracowano cztery tematy na podstawie odpowiedzi uczestników (rysunek 2). Tematy obejmują wpływ kultury na kształtowanie światopoglądów, na praktykę kliniczną, nauczanie oraz na postrzeganie i rozpatrywanie procesu terapeutycznego. Jeden z uczestników zwrócił uwagę na kwestię, która odnosi się do wszystkich opisanych tematów: „Spostrzeżenia i poglądy uczestników tego badania niekoniecznie zgadzają się z poglądami innych ludzi, pochodzących z tej samej kultury”. Każdy uczestnik jest odrębną jednostką, którą poza kulturą ukształtowały również jej osobiste doświadczenia.

Każdy z czterech tematów składa się z kilku kategorii. Szczegóły kategorii oraz fragmenty tekstu je ilustrujące uwzględnione zostały w tabelach.

Temat 1: Wpływ kultury na kształtowanie światopoglądów

Czynniki wpływające na rozwój światopoglądów uczestników obejmują ich osobiste doświadczenia oraz oddziaływanie społeczeństwa, w którym żyli (tabela 1). Prawdopodobnie najczęściej wspomnianym efektem na formowanie poglądów było *doświadczenie wielu kultur*, w przypadku których doświadczenia płynące z więcej niż jednej kultury kształtowały opinie uczestników na temat starań, jakie winni podjąć, aby poznać poglądy osób pochodzących z innych kultur. Jeden z terapeutów opisywał, że odkąd zamieszkał w kraju innym niż jego ojczyzna, zaczął aktywnie poszukiwać nowych doświadczeń w nowych krajach.

Pochodzenie było kolejnym istotnym czynnikiem wpływającym na poglądy, zwłaszcza w przypadku uczestników z głęboko zakorzoną tożsamością kulturową oraz uczestników o pochodzeniu żydowskim/izraelskim. *Muzyczne doświadczenia z dzieciństwa* kształtowały poglądy terapeutów na temat muzyki i jej potęgi jako medium terapeutycznego. Podobnie *rodzinne i pokoleniowe czynniki* – bycie dzieckiem lat sześćdziesiątych, gdy ceniona była wolność słowa, dziecięce wspomnienia o magii i leczeniu wiarą oraz bycie potomkami ofiar i osób ocalałych z Holocaustu – nadawały kształt światopoglądom uczestników. Tożsamość i światopoglądy formowane były również przez *traumatyczne przeżycia*, jak na przykład terroryzm czy Holocaust.

Doświadczenie licznych aspektów *polityki społecznej i rządowej* kształtowało poglądy na temat opieki zdrowotnej – czy powinna być bezpłatna, czy może powinna być usługą opłacaną przez konsumentów. Idee takie jak sprawiedliwość społeczna, altruizm i otwartość były kolejnymi czynnikami formującymi opinie uczestników. Geograficzne ograniczenia „przestrzeni” w Japonii doprowadziły do refleksji i decydowały o poglądach na temat przestrzeni w wymiarze terapeutycznym. Przekonania o *duchowości* jako instytucji, wzniosłych doświadczeniach i przemianie również przyczyniły się do rozwoju poglądów uczestników. *Feminizm* uwrażliwiał uczestników na bariery, które powstrzymują osoby obu płci przed osiągnięciem pełni swojego potencjału. Poczucie niemocy w patriarchalnym społeczeństwie sprawiło, że zyskiwały poglądy na temat potrzeby upelnomocnienia kobiet.

Należy również wspomnieć o *filozofii i przekonaniach* jako istotnym czynniku wpływu na kształtowanie światopoglądów. Jeden z uczestników badania był świadkiem tego, jak filozofie wschodnie korespondują z kulturą rdzennych mieszkańców Ameryki. Uczestnicy podkreślali wartość terapii osobistej, ze wskazaniem na muzykoterapię. Również działanie humanizmu oraz waga przeżyć osobistych jako zjawisk grupowych uważane były za istotny element, wpływający na pracę kliniczną i edukację.

Tabela 1. Wpływ kultury na kształtowanie światopoglądów

Kategoria	Przykłady tekstu przypisanego do danej kategorii ³
Doświadczenie odmiennych kultur	<p>Życie, edukacja i praca w Nowym Jorku. (U4)⁴</p> <p>Możliwość bliższego poznania innych kultur, religii i tradycji wzbogaciło moje życie i sprawiło, że lepiej zrozumiałem życie innych. (U4)</p> <p>Wspaniale było uczyć w środowisku będącym splotem dwóch kultur (pośrednicząc w rozmowach pomiędzy Maorysami i białymi mieszkańcami Nowej Zelandii), to istotna część tutejszej opieki zdrowotnej i edukacji. (U8)</p> <p>Moje perspektywy jako muzykoterapeuty z pewnością zostały ukształtowane przez podróże i życie w innych krajach, zwłaszcza przez dwa lata praktyki klinicznej i nauczania w Nowej Zelandii. (U12)</p>
Pochodzenie	<p>Niewątpliwie największy wpływ na moją działalność jako muzykoterapeuty i nauczyciela miało moje rdzenne pochodzenie. Kolejną zasadą, która jest przejawem mojego ojczystego światopoglądu, jest tendencja do postrzegania rzeczy jako całości, a nie jako sumy elementów, oraz dostrzeganie zależności pomiędzy wszystkim. (U1)</p> <p>Moje żydowskie i izraelskie pochodzenie oraz fakt, że mieszkałem w Izraelu przez większość życia, formowały moją tożsamość, wpłynęły na mój system wartości i na sposób, w jaki postrzegam siebie i świat. Tradycja jest dla mnie niezmiernie ważna. (U4)</p>
Muzyczne doświadczenia z dzieciństwa	<p>Mój nauczyciel z Royal Academy of Music – gdzie jako dziecko pobierałem lekcje fortepianu i kompozycji – pochodził z mieszanej, walijsko-łotewskiej rodziny. Dorastał w Zimbabwie, a później studiował z Nadią Boulanger w Paryżu i Haroldem Craxtonem w Londynie. (U10)</p> <p>Wczesne (w wieku 4 lat) rozpoczęcie nauki gry na instrumentach oraz eksperymentowanie na fortepianie w czasie wolnym (a później również gra na skrzypcach i śpiewanie) miały na mnie ogromny wpływ muzykoterapeutyczny. Przede wszystkim muzyka „zajmowała mi czas” i dzięki niej nuda była mi nieznaną. (U8)</p> <p>Uwielbiam śpiewać norweskie piosenki i słuchać norweskiej muzyki klasycznej, która od razu kojarzy mi się z dzieciństwem. (U3)</p>

³ Ortografia oraz inne zabiegi stylistyczne stosowane w Stanach Zjednoczonych ujęte są w cudzysłowie.⁴ Wszystkie opinie zawarte w tabelach zostały przypisane do uczestników; tu oznaczone U1–U12.

<p>Czynniki rodzinne i pokoleniowe</p>	<p>Przywoływanie dziecięcych wspomnień uzdrawiania poprzez wiarę i magicznych legend oraz moje doświadczenia w dużej klinice rehabilitacji neurologicznej mówi mi, że jest coś powiązanego z ciałem i pozostałymi elementami istoty ludzkiej, co stanowiło nieprzerwany element kształtowania świadomości w kulturach, w których żyłem. (U10)</p> <p>Kolejnym silnym czynnikiem wpływu kulturowego jest fakt, że byłem dzieckiem lat sześćdziesiątych, które nauczyło się cenić ekspresję jako jeden z głównych elementów składających się na moje podejście do muzykoterapii. To też uwarunkowanie kulturowe. (U1)</p>
<p>Traumatyczne przeżycia</p>	<p>Traumy spowodowane Holokaustem, wojnami i atakami terrorystycznymi silnie odbiły się na moim życiu. Świadomość, że prawie całą rodzinę ze strony mojego ojca i część rodziny ze strony matki zamordowali naziści w czasie Holokaustu wpłynęła na moje dorastanie, a później ukształtowała też moją działalność zawodową. Cała moja tożsamość jest wynikiem tych traumatycznych przeżyć. (U4)</p>
<p>Polityka społeczna i rządowa</p>	<p>Istotnym aspektem była działalność Narodowego Funduszu Zdrowia (National Health Service) w moim kraju: to znaczy darmowa opieka medyczna dla każdego. (Myślę, że większość Anglików jest bardzo dumna z tej części naszej kultury.) Zauważyłem to w ciągu ostatnich pięciu lat, po przeprowadzce do innej kultury, w której osoby korzystające ze służby zdrowia płacą bardziej bezpośrednio za dostęp do podstawowych usług medycznych. W związku z tym, muzykoterapeuci mają trudności z wdrożeniem muzykoterapii na skalę większą niż kilka sesji prowadzonych w warunkach szpitalnych. (U8)</p> <p>Półowę swojego dorosłego życia spędziłam w Kanadzie. Kilka elementów tej kultury miało wpływ na moją pracę. Prawdopodobnie czynnikiem najważniejszym był socjalizm. W Kanadzie sprawiedliwość społeczna zawsze zajmowała czołowe miejsca na liście wartości. Od zawsze myślałam o muzykoterapii jako przejawie społecznej sprawiedliwości. Czulałam, że ludzie mają prawo do zdrowia i swobody ekspresji, niezależnie od ich sytuacji. Rząd kanadyjski finansował dużą część mojej praktyki klinicznej w Kanadzie. (U1)</p>
	<p>Przestrzeń jest dla mnie ważna. Ponieważ żyjemy w tak małym kraju, musimy szanować własną przestrzeń i siebie nawzajem. Inaczej zwariujemy! (U9)</p>

Duchowość	<p>Otwierać się na tajemnicze właściwości życia i muzykoterapii.</p> <p>Szanować nieznane i ufać mu.</p> <p>Szanować i ufać intuicji.</p> <p>Muzykowanie: słuchanie, granie i tworzenie muzyki może prowadzić do duchowych doświadczeń.</p> <p>Muzykowanie może dostarczyć wzniosłych doświadczeń i spowodować przemianę. (U4)</p>
Feminizm	<p>Jako kobieta uważam feminizm za powinność eliminowania barier, które ograniczają osobisty, społeczny, polityczny, ekonomiczny, seksualny oraz duchowy potencjał moich klientów. Chodzi o poprawę, spełnianie się w życiu oraz upelnomocnienie kobiet i mężczyzn. Kobiety muszą najpierw opowiedzieć swoje historie, aby można było je usłyszeć i przeczytać. Dzielić się naszymi życiowymi doświadczeniami to odzyskiwać pozycję w naszym społeczeństwie, ożywiać kobiecą stronę ludzkości. (U4)</p> <p>Większość moich klientów, uczniów i osób, których pracę nadzoruję to kobiety. Siła jest jedną z głównych kwestii, którą omawiam i nad którą pracuję. Większości, jeśli nie wszystkim, kobietom, które przychodzą do mnie na sesje muzykoterapii, siła źle się kojarzy – utrata siły, nadużycie siły, sztuczna i negatywna siła. Klientki, z którymi pracuję, dorastały w kulturach, gdzie kobiety są zdominowane przez mężczyzn. Pochodzą z patriarchalnych rodzin, w których ojcowie, a nawet starsi bracia, uważają się za ważniejszych niż kobiety; rodziny, w których dorastały były zdominowane przez stereotypowe oczekiwania mężczyzn w stosunku do żon, matek i córek w zakresie ich praw, obowiązków, prac domowych i ustalonych zachowań (w sprawie ubioru, wyrażania się i sposobie bycia itd.). Wszystko to zwykle powoduje niskie poczucie wartości, niską samoocenę, wątpliwości na temat własnej tożsamości, własnych wartości, potrzeb i pragnień oraz odbieranie sobie prawa do życia według własnej wiary i przekonań. (U4)</p> <p>W mojej pracy staram się pomagać kobietom na nowo połączyć się z ich zdrowym, instynktownym, intuicyjnym źródłem mądrości i odzyskać siłę poprzez rozmowę i muzykę. Są takie niezwykle momenty w mojej pracy, gdy wspólnie z klientkami odczuwamy naszą kobiecą naturę, która rozbrzmiewa i emanuje z nas podczas gry na instrumentach lub słuchania muzyki. (U4)</p>

<p>Filozofie i przekonania</p>	<p>Gdy zacząłem na poważnie „studiować”, filozofie wschodnie wydawały się tak bardzo bliskie moim rdzennym światopoglądom, że zacząłem się nimi fascynować. (U1)</p> <p>Kiedy podróżowałem po północnych Chinach z moją mamą, która pochodzi z Indii, zwiedziliśmy starożytne muzeum archeologiczne Banpo, leżące w jakimś odległym miejscu (niedaleko Xi'an). Byliśmy zdumieni podobieństwem sztuki i artefaktów starożytnych do naszych własnych. Nigdy tego nie zapomnę! (U1)</p> <p>Terapia to bardzo ważna droga do zrozumienia siebie. Zanim stanie się w pozycji terapeuty i zacznie pracę z wewnętrznymi przeżyciami innych, trzeba najpierw poznać siebie i samemu doświadczyć roli klienta w terapii, najlepiej muzykoterapii. (U4)</p> <p>Istota ludzka to istota kulturalna – istota ludzka to istota muzyczna. Kultura i muzyka odgrywają wielką rolę w budowaniu i umacnianiu własnej tożsamości kulturowej. (U4)</p> <p>Moim zobowiązaniem jest znaleźć, odkryć i wzmocnić cechy ludzkie, takie jak umiejętność odczuwania, wyrazu, dzielenia się, wspierania, troszczenia się, wychowania, kontroli, pojmowania, wyczuwania i rozumienia – słowami, bez słów i pomiędzy słowami. (U4)</p> <p>Humanizm naturalnie wpisuje się w ten zbiór przekonań – łączy w sobie empatię, szacunek i sugeruje, że terapeuta też jest tylko człowiekiem. (U5)</p> <p>Moje życie nauczyło mnie patrzeć na historie ludzi jako zjawiska grupowe. To znaczy, jako grupa przyczyniamy się do tworzenia osobistych historii, a splot tych historii nadaje znaczenie i formę społeczeństwu. Doszło do tego, że doświadczenie postrzegam jako historię, która ma początek, środek, zakończenie i wiele wariacji innych tymczasowych elementów. (U10)</p>
---------------------------------------	--

Temat 2: Wpływ kultury na praktykę kliniczną

Autorki określiły pięć głównych kategorii, które najtrafniej opisują jak kultura wpływa na praktykę kliniczną (tabela 2). Z danych wynika, że *lokalne tradycje muzyczne* mają wpływ na – trafne lub błędne – interpretacje motywów rytmicznych granych przez klientów. Interpretacje zależne są od tego, czy motywy te analizuje się w kontekście zachodnich czy afrykańskich konwencji muzycznych. Podobnie stosunek do atonalności w północnej Europie sugeruje, że brak bazy tonalnej sprzyja swobodzie ekspresji. W krajach o długiej tradycji tworzenia muzyki (łącznie ze

śpiewem) muzykoterapia ma większą szansę rozwoju. Amatorskie grupy muzyczne nie cieszą się jednak popularnością w Danii lub w krajach południowej Europy. W niektórych kulturach muzyka jest używana *w* terapii, w innych *jako* terapia. W pewnych kulturach muzykę postrzega się jako rekreację, a nie terapię.

Wiele fragmentów wywiadów dotyczyło wpływu *globalnych tradycji muzycznych* na praktykę kliniczną. Na przykład sposób, w jaki ktoś gra jest istotnym wyrazem „bycia, kreowania tożsamości”. Kilkoro uczestników pochodzących z odmiennych grup kulturowych podało, że słuchanie muzyki jest najważniejszym aspektem edukacji muzycznej. Uczestnicy odnotowali również różnorodność ról odgrywanych przez muzykę w różnych kulturach.

Często powtarzającym się tematem był wpływ *pochodzenia terapeuty i klienta* na proces terapii. W niektórych sytuacjach uczestnicy wyrażali trudności ze zrozumieniem i byciem zrozumianym przez klientów o różnym pochodzeniu kulturowym. Jedna osoba wspomniała o poczuciu nieudolności w sytuacjach, gdy nie była w stanie zrozumieć klienta ze względu na brak narzędzi.

Wczesne wspomnienia miejsc i ludzi były kolejnym czynnikiem kształtującym praktykę kliniczną. Podejście innych profesjonalistów (nie muzykoterapeutów) miało duży wpływ na poglądy uczestników na temat interdyscyplinarnej pracy zespołowej, zrozumienia nabytej muzykalności i poglądów na superwizję.

Jak przewidywano, wpływ *kultury na wzajemne oddziaływanie w terapii* był często poruszonym tematem. W Chinach *nin-gen* znaczy człowiek + przestrzeń pomiędzy, przy czym przestrzeń porównywana jest do ciszy oraz uważana za niezbędny warunek wzajemnego funkcjonowania. Słuchanie, pokora i szacunek są tak istotne w kulturze azjatyckiej jak *yin* i *yang*, w którym najważniejsza jest równowaga – jedna osoba wyrównuje niedostatki drugiej, aby stworzyć kompletną, zrównoważoną całość.

Kultury autochtoniczne sprawiają również, że terapeuci stają się bardziej „liberalni”.

W niektórych tradycjach azjatyckich Hokkaido śpiewa się intuicyjnie, zamiast korzystać ze stałych zapisów nutowych. Ponadto azjatycka obyczajowość – duży autorytet ludzi starszych w hierarchii społecznej – może być wyzwaniem dla muzykoterapeutów, ponieważ to starsi „podejmują decyzje”. Ta hierarchia niesie za sobą również wyzwania w pracy z dziećmi, w których obecności terapeuta stara się być „na ich poziomie”. Jedna z uczestniczek oznajmiła, że ponieważ żyje w kulturze, gdzie miejsce kobiet w społeczeństwie nie jest równe z miejscem mężczyzny, musi często zastanawiać się i przeanalizować sytuację, zanim na nią zareaguje.

Tabela 2. Wpływ kultury na praktykę kliniczną

Kategoria	Przykłady tekstu przypisanego do danej kategorii
Lokalne tradycje muzyczne	<p>Folkowe piosenki izraelskie są nieodłączną częścią tradycji żydowskiej i izraelskiej. Wierzę, że tradycje muzyczne pomagają w kształtowaniu i budowaniu tożsamości i poczucia przynależności. (U4)</p> <p>Koncept muzyki <i>jako</i> terapii jest silnie zakorzeniony w południowej Europie, to kwestia kultury. Ludzie tam posługują się muzyką, gdy chcą wyrazić silne, nader emocjonalne przeżycia. (U11)</p> <p>Czasami podejście do muzyki na Południu wydaje mi się dość specyficzne. Na północy Europy na przykład uważamy swobodną, atonalną improwizację za idealne medium, które pozwała ludziom na swobodne wyrażanie się. Ludzie z Południa preferują zdecydowanie bardziej rytmiczne granie w grupie, często z użyciem ujednoliconych uderzeń takich jak - . . - (U11)</p> <p>W Danii ludzie przyzwyczajeni są do śpiewu – dobrze dla muzykoterapeutów. (U11)</p> <p>Rdzenna muzyka tworzona w RPA charakteryzuje się (z punktu widzenia zachodniej kultury) krótkimi, powtarzającymi się frazami muzycznymi. Jako że tworzenie muzyki łączy się ze wspólnym tańcem/ruchem, tańce te mogą trwać bardzo długo. Jako muzycy Zachodu możemy postrzegać te „frazy muzyczne” jako powtarzające się w kółko motywy z tymczasowymi wariacjami i rozwinięciami dynamiczno-harmonicznymi. Rozwinięcia melodii lub rytmu są dość sporadyczne, w przeciwieństwie do muzyki zachodniej. Podczas wspólnej improwizacji z osobami o odmiennym pochodzeniu trzeba by zweryfikować i dostosować muzyczne normy charakterystyczne dla naszej kultury. Klient o takiej tradycji muzycznej poczulby się onieśmielony w obecności terapeuty, który improwizuje tylko na wzór tradycji zachodnich. Byłoby to niekomfortowe i „trudne”. W dodatku „zachodni” terapeuta pracujący z taką osobą musiałby na tej podstawie przemyśleć swoje rozumowanie kliniczne. Dlatego też, na przykład w skalach oceny Nordoff-Robbins, słowo <i>niezmienny</i> zwykle odnosi się do powtarzającej się gry, która ogranicza wspólną improwizację terapeuty i klienta. To równa się z mniejszą współzależnością pomiędzy</p>

	<p>nimi, a co za tym idzie, niższym wynikiem na skali w zakresie relacji terapeutycznej. Jednak skale takie nie są odpowiednim wymiarnikiem rozwoju terapii w przypadku pracy z klientami, których muzyczne tradycje opierają się właśnie na nieprzerwanych powtórzeniach. (U6)</p> <p>Spośród różnych form ekspresji kulturowej w Brazylii muzyka jest formą wiodącą. Ludzie śpiewają, tańczą lub grają popularne piosenki, a obecność i znaczenie tych działań jest zauważalne w praktyce klinicznej. Kolysanki, które matki śpiewają swoim dzieciom, i które wywodzą się z naszych korzeni kulturowych – portugalskich, indiańskich i murzyńskich – również traktowane są jako techniki terapeutyczne w pracy z wcześniakami (w dziedzinie neonatologii). Często też zdarza się, że podczas sesji muzykoterapii pacjenci śpiewają piosenki ze swojego dzieciństwa. (U7)</p> <p>Jednak istnieje ryzyko, że uczestnicy będą uważać muzykę za rekreację, a muzykoterapię za terapię rekreacyjną – co byłoby niewskazane, jeśli chcemy, aby postrzegano muzykoterapię za poważny rodzaj terapii. Może właśnie dlatego idea muzykoterapii społecznościowej (ang. <i>Community Music Therapy</i>) oraz koncept muzykowania (ang. <i>musicizing</i>), który pojawił się w Wielkiej Brytanii – są sposobem na przyłączenie się do rekreacyjnej i codziennej formy tworzenia muzyki, wytwarzając wokół niej swego rodzaju muzykoterapeutyczną otoczkę. Nie wpływa to dobrze na wiarygodność muzykoterapii. (U11)</p> <p>Na przykład <i>Esashi-Oimake</i>, folkowa ballada, która jest ciągle śpiewana przez wielu w Hokkaido, nie jest dostępna w zapisie nutowym. Śpiewając ją, trzeba polegać na własnej intuicji „tu i teraz”. Dlatego <i>Esashi-Oimake</i> nigdy nie jest taka sama. (U9)</p>
<p>Globalne tradycje muzyczne</p>	<p>Sposób, w jaki „gramy”, jest główną cechą wszystkich kultur, w których żyłem. Nieważne, czy słucha się kantaty Bacha czy steel pan bandu.</p> <p>Sposób, w jaki ktoś gra, zawsze uważany był za wyjątkowy, osobisty i społeczny akt bycia sobą, za rodzaj kreowania tożsamości oraz bycia jednostką. (U10)</p> <p>Moja edukacja muzyczna odbyła się na wyspach Atlantyku (na Bermudach), dwóch wyspach w Europie (w Anglii i Republice Irlandii) i w kontynentalnej Europie (w Niemczech). We wszystkich tych krajach</p>

	<p>podkreślano istotę słuchania muzyki jako najważniejszego i głównego sposobu na jej naukę. (U10)</p> <p>Czasem muzyka charakterystyczna dla danej kultury staje się wspólną płaszczyzną komunikacji pomiędzy muzykoterapeutą a klientem, a tym samym pozwala na łatwiejszy związek pomiędzy nimi i wspomaga ich terapeutyczną relację. Ta płaszczyzna może też być łącznikiem pomiędzy klientem a rzeczywistością, zwłaszcza w szpitalach psychiatrycznych. (U7)</p> <p>Spoleczności kulturowe, które miały wpływ na mój światopogląd, bardzo odmiennie odnosiły się do roli muzykoterapii w społeczeństwie. W jednej z nich (na Bermudach i w pewnym stopniu również w Irlandii) muzyka rozbrzmiewa wszędzie – jest związana z życiem codziennym, tak jak gotowanie czy aktywność fizyczna. W innych miejscach rozbrzmiewa rzadziej (Anglia, Niemcy), ogranicza się bardziej do miejsc występów, sal koncertowych, scen, występuje tylko w określonych okolicznościach. (U10)</p>
<p>Pochodzenie terapeuty i klienta</p>	<p>Mój światopogląd ma ogromny wpływ na moją pracę. Ukształtował to, jak reaguję i współpracuję z klientami i studentami z odmiennych krajów i kultur. Obecnie podchodzę do klientów i studentów z innych krajów w zdecydowanie bardziej otwarty i proaktywny sposób. Jako że są to osoby spoza krajów zachodnich, staram się być wrażliwy na ich doświadczenia podczas terapii lub wykładów. (U12)</p> <p>Pierwszym silnym uczuciem, jakiego doświadczyłem po powrocie do Izraela, była myśl: „Ja naprawdę mogę zrozumieć moich klientów, ich sposób mówienia, mowę ciała, ich zwyczaje”. Chodziło o coś więcej niż język hebrajski; chodziło o moje odczucia w stosunku do tego szczerego ciepła, jakim darzyłem ludzi, z którymi pracowałem. Czulem, że mnie rozumieją, a ja rozumiałem ich. Szybko przetłumaczyłem wiele pięknych piosenek, których nauczyłem się w Stanach, ale czulem, że śpiewałem je dla innych uszu. Ja i moja muzyka staliśmy się bardziej swobodni, elastyczni i otwarci. Oczywiście klienci odpowiadali tym samym. (U3)</p> <p>Uważam, że powinniśmy słuchać naszych klientów podczas pracy z nimi, ale nie jestem pewien, czy posiadam wszystko, czego potrzeba, żeby słuchać „całej” osoby, gdy z nią pracuję. Mógłbym pewnie ją zrozumieć, ale zapewne nie potrafiłbym w pełni jej „poczuć”. (U3)</p>

	<p>Istotnym aspektem była działalność Narodowego Funduszu Zdrowia (National Health Service) w moim kraju: to znaczy darmowa opieka medyczna dla każdego. (Myślę, że większość Anglików jest bardzo dumna z tej części naszej kultury.) Zauważyłem to w ciągu ostatnich pięciu lat, po przeprowadzce do innej kultury, w której osoby korzystające ze służby zdrowia płacą bardziej bezpośrednio za dostęp do podstawowych usług medycznych. W związku z tym, muzykoterapeuci mają trudności z wdrożeniem muzykoterapii na skalę większą niż kilka sesji prowadzonych w warunkach szpitalnych. (U8)</p>
<p>Wczesne wspomnienia miejsc i ludzi</p>	<p>Bardzo muzykalny logopeda, z którym współpracowałem nad stymulowaniem szeroko pojętej komunikacji z dziećmi z autyzmem i z innymi dziećmi (a później też podczas sesji z prywatnym klientem z urazami neurologicznymi), ukazał mi wagę współpracy zespołowej oraz to, jaką wartość ma łączenie celów muzykoterapii z celami terapii logopedycznej i językowej. (U8)</p>
<p>Wzajemne oddziaływanie w terapii</p>	<p>Podczas gdy pracowałem z ludźmi starszymi, obserwowałem, jak przystosowuję się (mniej lub bardziej) do hierarchii panującej w kulturze azjatyckiej. Do ludzi starszych od siebie zawsze zwraca się z wielkim szacunkiem i to oni podejmują decyzje – mimo że czasami musiałem im w tym pomagać (w Azji to starsi ludzie decydują). Z drugiej jednak strony, hierarchia w kulturze azjatyckiej sprawia, że muszę uważać szczególnie podczas pracy z młodszymi i słabszymi pacjentami (terapeuci są równi autorytetem nauczycielom). (U2)</p> <p>W Japonii istnieje słowo pisane chińską literą <i>nin-gen</i>, które oznacza istotę ludzką. <i>Nin</i> oznacza człowieka. <i>Gen</i> – przestrzeń pomiędzy. Przestrzeń jest ważna dla ludzkości. (U9)</p> <p>To dwa w jednym: w momencie, gdy dwoje ludzi się porozumiewa, krąg pomiędzy nimi zaczyna się obracać coraz prędzej, a granice się zacierają. Może dojść do momentu, w którym nie wiesz już, czy to ty czy to ja albo czy to ty i ja... Pod koniec procesu terapii koło zwalnia i staje się bardziej świadomy granic pomiędzy nami, ale te dwie rzeczy nigdy nie są całkowicie oddzielne ani też nie tworzą całości. Gdy myślę o sesji muzykoterapii, ten opis sprawia, że jestem w swoim żywiole. (U9)</p>

	<p>Mimo że nie zgadzam się ze stwierdzeniem, że kobiety nie mają prawa głosu, „zmusza” mnie ono do analizowania i wsłuchania się w siebie, zanim „ośmielę się” odpowiedzieć – jednak niekoniecznie musi być to rzeczą złą. (U2)</p> <p>Moje podejście do działalności klinicznej i nauczania – które zakorzenione jest w mojej rdzennej kulturze – charakteryzuje się liberalnością w stosunku do klientów i uczniów. Mimo że udzielam studentom krytycznych uwag, zwykle pracuję według zmodyfikowanej metody sokratycznej, pomagam im coraz bardziej zagłębiać się w ich własne pytania. (U1)</p> <p>Mówiąc o ukierunkowaniach kulturowych, mam na myśli, że etyczne zasady pracy, nacisk na umiejętność słuchania/skromność etc. są bardziej zakorzenione w mentalności azjatyckiej niż zachodniej. (U2)</p> <p>W Kanadzie odczuwałam dużą świadomość własnego „ja” i własnej indywidualności pośród ludzi. Każde zdanie zaczynali od „ja”. Wydawali się być niezależni pod względem fizycznym, psychicznym i ekonomicznym. Byłam pod głębokim wrażeniem, obserwując, w jak inny sposób żyją kobiety. Różnica pomiędzy „ja” i „ty” wydaje się być tam bardzo wyraźna. Mogłam wyobrazić sobie dwa odrębne koła i wskazując na każde z nich, mówić „ja” i „ty”. Jednak z jakiegoś powodu nie byłam w swoim żywiole. O współistnieniu dwóch ludzi myślałam raczej jak o owalu z dwoma centrami. Kiedy wróciłam do Japonii, jeden z badaczy fenomenologii opisał dwoje ludzi jako Chi. (U9)</p>
--	--

Temat 3: Wpływ kultury na edukację

Z danych, które opisywały wpływ kultury na edukację, autorki utworzyły sześć kategorii. *Wczesne wspomnienia miejsc i ludzi* miały wpływ na sposoby nauczania uczestników. Jedna z nich wymieniła możliwość eksperymentowania z pomysłami w środowisku pracy, jako ważny czynnik kształtujący jej podejście do nauczania. Uczucie się od siebie nawzajem podczas studiów sprawiło, że jedna z uczestniczek ceniła sobie podobne metody już jako nauczyciel. Wspominano również o stylach nauczania i poglądach na temat relacji student–nauczyciel. Przykładami były osobiste doświadczenia kulturowe nauczycieli, które prowadziły do większej wrażliwości na kulturę ich studentów.

Kolejną kategorią było *nauczanie w wielokulturowych środowiskach*. Praca w społeczeństwie, które tworzą osoby o różnym pochodzeniu, może być złożona. Jednak, gdy terapeuta uznaje

równorzędność wszystkich kultur, może przyczynić się do wzrostu akceptacji i wyrozumiałości w wielokulturowej grupie.

Kilku uczestników wspomniało o *wpływie kultury na relację nauczyciel–student*. Mówiono o „zachodnim” stylu nauczania opartym na wspieraniu studentów, którego, zdaniem niektórych części ankietowanych, nie promuje się w kulturach wschodnich. *Wpływy filozofii na styl nauczania* również powiązane były z kulturą. Kodowano je następująco: zachęcanie studentów do odkrywania swojej prawdziwej natury; umiejętność odsunięcia na bok własnych poglądów podczas nauczania; „pomoc [studentom] w stawianiu kolejnych kroków” i wiara, że tradycje muzyczne pomagają w wyrażaniu i budowaniu tożsamości oraz zwiększają poczucie przynależności.

Wpływ kultury na koncepcje uczenia objawiał się w: zachęcaniu do nauki opartej na doświadczeniach (na które wpływ miała edukacja uczestników w kraju rodzinnym, doświadczenie pracy zespołowej oraz dostępne środki finansowe), stosowaniu nauki zespołowej, uważnym „słuchaniu”, skupianiu się na atutach studentów, liberalnemu podejściu, pomocy w zgłębianiu pytań studentów oraz nauczaniu zdrowych nawyków (zwalczania zwyczaju „pracuj, aż padniesz”).

Niektórzy nauczyciele wspominali o *obserwacjach i porównaniach kultur* oraz o ich wpływie na nauczanie. Zaobserwowano na przykład, że studenci jednej kultury mieli głębsze i mocniejsze usposobienie niż studenci kultury odmiennej (tabela 3).

Tabela 3. Wpływ kultury na nauczanie

Kategoria	Przykłady tekstu przypisanego do danej kategorii
Wczesne wspomnienia miejsc i ludzi	Wieloletnia praca w konserwatorium muzycznym (10 lat jako nauczyciel w niepełnym wymiarze godzin i supervisor studentów w ich placówkach oraz 13 lat jako dyrektor do spraw edukacji) miała oczywiście wielki wpływ na moje przekonania jako muzykoterapeuty i nauczyciela. To było bardzo elastyczne środowisko, jeśli chodzi o rozwój – nie zawsze zorganizowane i skuteczne podczas pierwszych lat mojej pracy, co było trochę frustrujące! – ale oznaczało to, że mogliśmy eksperymentować z twórczymi ideami i priorytetami. Tak więc pomysł na program nauczania, który byłby przestrzenią do eksperymentów i nauki, był łatwy do wdrożenia. Wraz z nauczycielami mogliśmy wypróbować sposoby nauczania i uczenia się, a nowi pracownicy mogli łatwo adaptować program w zależności od własnych zalet i nowych pomysłów. (U8)

	Pamiętam, jak przy studentach podkreślałem istotność uczenia się od siebie nawzajem i wartość muzykoterapii w rozwoju grupy. (U8)
Nauczanie w wielokulturowych środowiskach	<p>Uczyłem bardzo religijnych studentów (o prawicowych poglądach politycznych), którzy prowadzili sesje z dziećmi terrorystów. Wywoływało to wiele pytań natury kulturowej i etycznej, które mogłem rozwiązać tylko dzięki ufności we własną kulturę. (U3)</p> <p>Zrozumiałem, że praca w grupie studentów o różnym pochodzeniu – w której możemy dzielić się naszymi poglądami kulturowymi i akceptować siebie nawet wobec różnic kulturowych – może być wyjątkowo wzbogacająca. (U3)</p> <p>Z szacunku do tej wielokulturowej i wielowymiarowej sytuacji starałam się być otwarta na jak najwięcej metod badawczych i respektować szczerze zainteresowanie, które widoczne jest u wielu. Dlatego goście naszego uniwersytetu – wykładowcy prowadzący u nas wykłady gościnne – których przez tyle lat zapraszałam, to przedstawiciele szerokiej grupy [międzynarodowych] znakomitości. (U11)</p>
Wpływ kultury na relację nauczyciel–student	<p>Kiedy rozmawiamy o problemach moich studentów, lubię przyjmować rolę osoby wspierającej, czasami nawet „starszej siostry”, co uważane jest raczej za podejście „zachodnie”.</p> <p>Czasami wydaje mi się, że to trochę „skromne” podejście. Nie uważam, że „ja” mogę pomóc. Ja mogę przyczynić się do zapewnienia danej osobie pomocy. W ten sposób też nie poniosę porażki. (U5)</p> <p>Wielu studentów określa moje nauczanie jako „miecz z chmur” – sformułowanie to pochodzi ze sztuk walki. [...] Wytłumaczył mi, że „miecz z chmur” jest ruchem w sztukach walki, który bardzo trudno wykonać.</p> <p>Opisał moje nauczanie jako złudnie łagodne. W rzeczywistości jednak trafia w samo sedno i szybko, bez świadomości studentów, pozbywa się wszystkiego, co nieistotne. (U1)</p> <p>W rezultacie skutek dla mnie jako nauczyciela, zarówno na północy Europy, jak i na południu, wyraża się tym, że staram się doprowadzać do równowagi w obu kontekstach. Na południu oczekuję, żeby studenci spędzali więcej czasu, ćwicząc swobodną improwizację, atonalność, grę bez pulsu i słuchanie. Na północy oczekuję, żeby posługiwali się bardziej regularną</p>

	<p>strukturą muzyczną, nadawali utworom przejrzystą harmonię oraz określali środek tonalny, aby wesprzeć klienta. Chcę, żeby nie zakładali zawsze, że swobodna improwizacja jest dobra dla wszystkich. (U11)</p>
<p>Wpływ filozofii na styl nauczania</p>	<p>Zrobię wszystko, co w mojej mocy, żeby umożliwić rozwój/poprawę zdrowia/przyjemność, ale nie biorę za nie odpowiedzialności. To nie moje życie. To całkiem inna historia. (U5)</p> <p>Z pewnością w innych kulturach spostrzeżenia są podobne, ale mówiąc o szacunku, nie zakładam, że będę mógł pomóc innym, wolę porównać to do pomocy w stawianiu kolejnych kroków, wyciągnięcia ręki, do bycia z ludźmi, z którymi pracuję. (U5)</p> <p>Muszę przyznać, że moje podejście kliniczne/podejście do nauczania ukształtowały się bardziej przez wpływy ze strony mojej matki, Indianki, i jej krewnych. Po prostu wydaje mi się to bardziej naturalne. (U1)</p> <p>Folkowe piosenki izraelskie są nieodłączną częścią tradycji żydowskiej i izraelskiej. Wierzę, że tradycja muzyczna pomaga w kształtowaniu i budowaniu tożsamości i daje poczucie przynależności. (U4)</p>
<p>Wpływ kultury na koncepcje uczenia</p>	<p>Jako nauczyciel uważam, że do moich obowiązków należy również kreowanie przestrzeni, w której studenci mogą analizować i zgłębiać swój system wartości. Nauka jest wędrówką, która opiera się na odkrywaniu własnych idei i stanowisk. Myśląc o tym, lubię posługiwać się zdaniem: „To nie świat, ale twoje oczy nadają kontekst temu, co widzisz”. (U10)</p> <p>W systemie edukacyjnym istotny jest związek pomiędzy werbalnym i pisemnym przekazywaniem tradycji. Podczas słuchania muzyki każda z tych tradycji ma duży wpływ na werbalne i wizualne możliwości studenta. Oba przypadki są wyjątkową szansą – zarówno dla uczniów, jak i dla nauczycieli – na analizę tego, jak postrzega się muzykę z perspektyw kulturowych i neuropsychologicznych. (U10)</p> <p>Moje ogólne podejście do praktyki klinicznej i nauczania (zakorzenione w mojej rdzennej kulturze) jest liberalne w stosunku do klientów i uczniów. Mimo że udzielam studentom krytycznych uwag, zwykle pracuję według zmodyfikowanej metody sokratycznej, pomagam im coraz bardziej zagłębiać się w ich własne pytania. (U1)</p> <p>Uważam, że jako terapeuci i nauczyciele powinniśmy umieć odsuwać na</p>

	<p>bok własne poglądy (jak w przykładzie pracy z dziećmi terrorystów) i podejmować próby zrozumienia poglądów innych ludzi, nawet jeśli są one bardzo różne od naszych. (U3)</p> <p>Jeśli chodzi o nauczanie, mam tendencję do adaptowania podejścia rdzennych nauczycieli, czyli nauki poprzez własne doświadczenie. Dowiesz się, kiedy zrobisz. Przez wiele lat bycia nauczycielem zawsze najbardziej cenilem sobie ten rodzaj edukacji. (U1)</p> <p>Mimo że nie jest to tylko kwestią kultury, Azjaci wychowywani są w zwyczaju „pracuj, aż padniesz”. Pielęgnowanie psychicznych i fizycznych potrzeb w celu utrzymania zdrowych nawyków pracy było dla mnie czymś nowym, ale teraz lubię prawić kazania swoim studentom o znaczeniu takich nawyków. (U2)</p>
<p>Obserwacje i porównania kultur</p>	<p>Często obserwuję, jak coraz bardziej związuję się z moją izraelską kulturą, podczas gdy ucze, myślę, piszę... bardziej niż z jakimikolwiek innymi kulturami, w których żyłem. Przywożę przykłady pracy klinicznej z Izraela. Uczę studentów tańców i pieśni izraelskich, ale uczenie norweskich czynności muzycznych sprawia mi trudność. Uwielbiam śpiewać norweskie pieśni i słuchać klasycznej muzyki norweskiej, która bezpośrednio łączy się z moim dzieciństwem. Wtedy wzbierają we mnie tak osobiste emocje, na temat których trudno mi rozmawiać z innymi. (U3)</p> <p>Będąc z dala od Nowej Zelandii, wydaje mi się, że mieliśmy tam niesamowity luksus – tutaj muszę zachęcać studentów do ciągłego muzykowania i otwierania się na nieznaną. Nie ma ani czasu, ani pieniędzy na stosowanie takich praktyk. Może to sprawiło, że studenci zaczynają swoją przygodę z muzyką w niewłaściwy sposób... wydaje mi się, że to zależy od nauczycieli – może od tego, że mają mniej czasu na wykorzystanie muzyki w praktyce. Nie jestem pewna – wydaje mi się, że tutaj nie mogę wymusić spędzania większej ilości czasu na tworzeniu muzyki – ale przypuszczam, że może zyskujemy coś w zamian. (U8)</p>

Temat 4: Wpływ kultury na postrzeganie i rozpatrywanie procesu terapeutycznego

Kultura niewątpliwie wpłynęła na to, jak uczestnicy postrzegają i rozpatrują proces terapii. Z danych wynika, że *kultura wpływa na rozwój tożsamości i wartości*, takich jak uszanowanie pochodzenia kulturowego innych ludzi czy świadomość roli muzykoterapii, w kontekstach

ekonomicznych i politycznych. Uczestnicy wspominali o *dynamicznej naturze światopoglądów i ich zmienności na przestrzeni czasu*, w wyniku doświadczania coraz to nowych kultur. Światopoglądy niektórych uczestników były bardziej stabilne, podczas gdy poglądy innych zmieniały się w zależności od środowisk. Działo się tak zwłaszcza w przypadku osób, które spędziły dzieciństwo w więcej niż jednym kraju. Jeden z uczestników badania twierdził, że muzykoterapia i światopoglądy są ze sobą połączone i wzajemnie na siebie wpływają. Uważano również, że światopoglądy i kultura mogą wzbogacać, ale też ograniczać pracę muzykoterapeutów.

Uczestnicy, którzy pracowali zarówno w *kulturach azjatyckich*, jak i kulturach zachodnich, przedstawili bogate dane na temat tego, jak różnią się procesy myślenia i terapii. Wyloniono kilka podkategorii. Wspominano również o poglądach estetycznych, według których piękno kryje się we wszystkim. Mówiono też o optymizmie w kulturach azjatyckich. W odniesieniu do koncepcji terapii kultura Wschodu podkreślała zapobiegawczy, a nie leczniczy charakter terapii oraz równowagę (*yin-yang*). Częsty brak jednoznaczności w kulturze japońskiej – wyjątkowo niebezpośredniej, gdyż posługującej się wieloznacznymi metaforami – może wpływać na wzajemną komunikację. Niespodziewane brzmienia, rytmy i tempa sprawiają, że muzyka azjatycka staje się muzyką chwili obecnej.

Na niektórych uczestników wpływ miały ich *kultury rdzenne* (na przykład pojęcie procesu jako produktu czy postrzeganie świata jako sumy wzajemnie ze sobą połączonych całości).

Kultura formowała poglądy uczestników na temat *potrzeby wzięcia pod uwagę/zrozumienia poglądów klientów*. Lokalne normy oraz poglądy na temat choroby, zdrowia i muzyki wpływały na pracę muzykoterapeutów, co oznacza, że muzykoterapia musi odbywać się w określonym kontekście. Uważano, że *kultura nadaje kształt teoriom muzykoterapii*. Mówiono na przykład o poszanowaniu ekologii w Kanadzie, które ma wpływ na pracę muzykoterapeutów (tabela 4).

Tabela 4. Wpływ kultury na postrzeganie i rozpatrywanie procesu terapeutycznego

Kategoria	Przykłady tekstu przypisanego do danej kategorii
Wpływ kultury na rozwój tożsamości i wartości	<p>Cieszę się, ponieważ mam silne poczucie własnej tożsamości kulturowej. Poczucie to otwiera mnie na innych, a ja nie zatracam przy tym siebie (tak jak stało się to w Stanach Zjednoczonych). (U3)</p> <p>Szacunek i szczerze zainteresowanie historią kultury innych ludzi. Ale co to znaczy? Wydaje mi się, że moje zainteresowanie kulturą innych ludzi opiera się na wartościach, które wyniosłem z</p>

	<p>zamieszkiwanych przez mnie krajów (Bermudy, Anglia, Niemcy i Republika Irlandii). To chyba cecha wspólna osób, które w ciągu swojego życia mieszkały w różnych miejscach. (U10)</p> <p>Wierzę, że jesteśmy w stanie podejmować własne decyzje. Jeśli chodzi o opiekę zdrowotną i muzykoterapię, uważam, że potrzeba prostych decyzji, aby stworzyć sprzyjającą im politykę. Moje poglądy poparte są wieloletnim doświadczeniem w tej dziedzinie. Trzeba też umieć odróżnić kwestie ekonomiczne, własne możliwości rozwoju oraz system opieki, który tworzymy. To wszystko jest politycznie uwarunkowane. (U10)</p>
<p>Dynamiczna natura światopoglądów i ich zmienność na przestrzeni czasu</p>	<p>Podsumowując, niezwykle dobrze dostosowałem się do amerykańskiej kultury, ale moje serce zostało w Izraelu. Czulem się inaczej, kiedy śpiewałem pieśni z okresu Chanuki lub Paschy w Izraelu, niż gdy śpiewałem bożonarodzeniowe piosenki w USA. (U3)</p> <p>Mimo tego myślałem o muzykoterapii jako o profesji amerykańskiej i tak naprawdę patrzyłem na nią przez „amerykański” pryzmat. Tak zostało przez wiele lat, aż do 2002 roku, kiedy to przeprowadziłem się do Nowej Zelandii, aby tam uczyć i pracować. Do USA wróciłem w 2004 r. Ciekawe jest to, że moja amerykańska perspektywa nie uległa zmianie pod wpływem tymczasowych wyjazdów do innych krajów, takich jak udział w World Music Therapy Congress (1999 r. w Waszyngtonie, DC) czy dwukrotny wyjazd do Anglii w latach osiemdziesiątych, w celu obserwowania pracy muzykoterapeutów brytyjskich. Te wyjazdy złożyły się na mój artykuł opublikowany w „Arts in Psychotherapy” zatytułowany: <i>Hands Across the Water: Impressions of Music Therapy in England</i>. Mimo że wyjazdy te wywarły na mnie duży wpływ (wystarczająco duży, żeby napisać o nich artykuł), myślę, że wciąż reprezentuję podejście amerykańskie w podstawowych wartościach, jakimi kieruję się w muzykoterapii. Spotkania z muzykoterapeutami z całego świata, których spotkałem w Stanach (np. Clive Robbins z Uniwersytetu</p>

	<p>Nowojorskiego) lub których sesje obserwowałem na amerykańskich konferencjach muzykoterapii (np. Claus Bang), głęboko zapadły mi w pamięć. Pomimo tego nie pamiętam, żeby te doświadczenia miały wpływ na mój system wartości. (U12)</p> <p>Powiedziałabym, że w moim przypadku wszystko to ma wpływ na światopogląd(y) i nie mam jednej spójnej „kultury”. Moja kultura jest raczej zmienna, zależy od tego, czy jestem z rodziną i przyjaciółmi w RPA, w kontynentalnej Europie czy w Wielkiej Brytanii. (U6)</p> <p>Wartości muzykoterapii wielokulturowej w nowym miejscu – Nowej Zelandii. Trochę trudno mi sprecyzować, jakie są moje wartości i poglądy kulturowe tutaj, ponieważ jestem w samym centrum tego wszystkiego! (U8)</p> <p>Moje poglądy i związek z kulturą zmieniały się przez lata, a w rezultacie wpłynęły na moją praktykę kliniczną i sposób nauczania. (U3)</p> <p>To jest dynamiczne, nieprzerwanie rozwijające się pojęcie o znaczeniu <i>rzeczy</i> i doświadczeń. To pojęcie jest równie stabilne jak zmienne, elastyczne: stabilne, ponieważ nieprzerwanie się toczy, a elastyczne dzięki nowym doświadczeniom i nowym refleksjom na ich temat. Nie zawsze jednak łączą się ze sobą: perspektywy mogą być odrzucane w zależności od miejsca i czasu. (U3)</p> <p>Chciałbym powiedzieć, że według mnie to nie jest jednostronne: tak, światopoglądy wpływają na pracę muzykoterapeutów (to znaczy praktykę kliniczną i nauczanie), ale zdarza się też odwrotnie: że to muzykoterapia kształtuje moje poglądy; wolę zgłębiać związek pomiędzy światopoglądami a muzykoterapią; w moim przekonaniu muzykoterapia jest żywym doświadczeniem i wolałbym nie oddzielać jej od własnych poglądów. (U6)</p>
Kultury azjatyckie	<p>Uważam, że „estetyka” ma dla Japończyka (czyli dla mnie) wiele wspólnego z poczuciem tak zwanego Wabi-Sabi... to znaczy „prawdziwą istotą i/lub esencją o prostej formie”. Tak naprawdę</p>

	<p>istotą estetyki jest to, że nasze serce może dotknąć/odczuć „piękno” we wszystkim. W zasadzie każdy doświadcza piękna przez własną wrażliwość, nie decyduje o tym jedna definicja. (U9)</p> <p>Wschodnia praktyka lekarska rzeczywiście skupia się bardziej na zapobieganiu chorobom niż na ich leczeniu. (U2)</p> <p>Podejście skupiające się na kliencie nie jest tradycyjnym podejściem w praktyce większości kultur azjatyckich, co podkreśla znaczenie hierarchii i autorytetów w tych środowiskach. (U2)</p> <p>Wschodnie praktyki podkreślają koncepcję równowagi (<i>yin-yang</i>), która sprawia, że jestem „optymistką”, jeśli chodzi o przebieg terapii („jeżeli coś się nie wydarzyło, nie oznacza to, że się nie wydarzy; czasem trzeba zrobić krok wstecz, żeby móc pójść naprzód”). (U2)</p> <p>W Japonii niejednoznaczność jest wszędzie. Niejednoznaczność widzę w naszym języku, podejściu, komunikowaniu się, sztuce (oczywiście włączając w to muzykę), w pojmowaniu samego siebie. Niejednoznaczność nie jest jednak tym samym co „niejasność”, „brak wyrazistości” czy „zawilość”. Znaczy raczej „określony, ale niedający się wyjaśnić”, „prawdziwy pod wieloma względami”, dlatego też powiedziałabym „tak, to jest czarne, ale też białe... ale nie mam na myśli szarego”. (U9)</p> <p>I oczywiście, często mówimy bardzo okrężnie. Ludzie z innych kontynentów mogą czuć się dezorientowani, ponieważ nie zawsze wiadomo, jak się zachować i dlaczego tak. Jednak my, używając bogatych metafor, wiemy, co one mogą oznaczać (słowa mają wiele znaczeń, nie jedno) bez wyjaśniania (obawiam się jednak, że ostatnio sytuacja wygląda inaczej – nasz system edukacji zubożał i stał się bardziej powierzchowny, dlatego też słowa tracą na znaczeniu). (U9)</p>
Kultury rdzenne	<p>Niewątpliwie najsilniejszym elementem kulturowego wpływu w pracy jako muzykoterapeuty i nauczyciela były moje rdzenne korzenie. Ich waga widoczna jest w moim podejściu</p>

	<p>teoretycznym, które nazywam „polem gry”. Ten model teoretyczny składa się siedmiu elementów: z estetyki, przestrzeni muzycznej, pola gry, rytuału, siły, szczególnego stanu świadomości oraz procesu kreatywnego. Główną zasadą tego podejścia teoretycznego – widoczną we wszystkich zdrowych sposobach życia Indian – jest przekonanie, że proces to produkt. Kolejną zasadą charakterystyczną mojego rdzennego światopoglądu jest tendencja do postrzegania wszystkich rzeczy jako części składających się na całość, a nie jako odrębnych elementów. Wierzę, że wszystko, co nas otacza, jest ze sobą powiązane. (U1)</p> <p>W muzykoterapii było to wyważoną kwestią... ponieważ praktyka maoryska jest zdecydowanie bardziej holistyczna. Na przykład Whare Tapa Wha (dom o czterech kątach, w którym fizyczność, mentalność, duchowość i zdrowie rodziny są równoważnymi kamieniami węgielnymi, które należy rozważyć), opisany przez Mason Durie, używany jest jako model w wielu ośrodkach zdrowia psychicznego, natomiast waiata (lub piosenka) jest regularną i ważną częścią tego modelu. (U8)</p> <p>To muzykoterapeuci powinni w pełni angażować się w dane środowisko i odwoływać się do lokalnego podejścia i wartości. Te warunki muszą zostać spełnione, jeśli muzykoterapia ma odgrywać istotną rolę w społeczeństwie oraz odpowiadać na potrzeby kultury. Według mnie – jako muzykoterapeuty i nauczyciela w RPA – równa się to ze zgłębieniem i rozumieniem lokalnych norm i wartości, które różnią się od uwarunkowanych historycznie norm globalnych (dotyczących choroby, zdrowia i muzyki); tym samym różnią się też od celu muzykoterapii jako profesji. (U6)</p>
<p>Potrzeba zrozumienia/wzięcia pod uwagę poglądów klientów</p>	<p>Jako muzykoterapeuta z Australii myślę, że szacunek wobec ludzi, z którymi pracuję, jest podstawą. (U5)</p> <p>Uważam, że jako terapeuci i nauczyciele powinniśmy umieć odsuwać na bok własne poglądy (jak w przykładzie pracy z</p>

	<p>dziećmi terrorystów), i podejmować próby zrozumienia poglądów innych osób, nawet jeśli są one bardzo różne od naszych. (U3)</p> <p>Moje poglądy wiążą się z faktem, że muzykoterapię praktykuje się w zbiorowości niezwykle zróżnicowanej, w której wartości i podejścia nie są jednoznacznie ustalone. Uważam, że to muzykoterapeuci powinni w pełni angażować się w dane środowisko i odwoływać się do lokalnego podejścia i wartości. Te warunki muszą być spełnione, jeśli muzykoterapia ma odgrywać istotną rolę w społeczeństwie oraz odpowiadać na potrzeby kultury. (U6)</p>
<p>Kultura nadaje kształt teoriom muzykoterapii</p>	<p>Kolejną kanadyjską wartością, którą jako obywatel tego kraju wyznaję, jest poszanowanie środowiska naturalnego. Ta postawa jest zdecydowanie bardziej rozpowszechniona w Kanadzie niż w Stanach Zjednoczonych. W mojej praktyce klinicznej często posługuję się obrazami natury, a moje poglądy teoretyczne są zdecydowanie „ekologiczne”. (U1)</p>

Dyskusja

W dziedzinie poradnictwa psychologicznego za istotne uważa się: świadomość własnych założeń, wyrozumiałość w stosunku do poglądów klientów pochodzących z innych kultur oraz rozwój umiejętności i strategii postępowania ukierunkowanych na kulturę (Sue, Sue 2003). Te kryteria były swojego rodzaju „konceptami uwrażliwiającymi”, którymi autorki kierowały się podczas analizy wywiadów (Bowen 2006). Coraz większa część literatury muzykoterapeutycznej skupia się na podobnych koncepcjach. Celem przedmiotowego badania była więc dalsza analiza światopoglądów i ich wpływu na pracę muzykoterapeutów w różnych krajach.

Badanie ujawniło kilka interesujących aspektów. Pierwszym z nich było oddziaływanie kultury na muzykoterapię. Drugi dotyczył różnorodności poglądów uczestników. Trzecim aspektem były różnice pomiędzy wynikami przewidywanymi a otrzymanymi odpowiedziami. Każdy aspekt zostanie omówiony w kontekście wpływu badania na edukację studentów oraz coraz częstsza działalność muzykoterapeutów w środowiskach wielokulturowych.

Następujące sfery oddziaływania kultury na muzykoterapię – kształtowanie światopoglądów, działalność kliniczną, edukację oraz na postrzeganie i rozpatrywanie procesu

terapeutycznego – ukazują wielowymiarowe oddziaływanie kultury, a co za tym idzie – istotność niniejszego badania.

Światopoglądy uczestników różniły się od siebie w zależności od ich pochodzenia i innych czynników. Doświadczenie różnych kultur było częstym elementem mającym wpływ na kształtowanie się poglądów terapeutów. W miarę zwiększania się różnorodności kulturowej społeczeństw potrzeba zrozumienia związku pomiędzy osobistymi doświadczeniami, a światopoglądami staje się coraz bardziej istotną i podstawową kwestią w naszej profesji. Badanie ukazało imponującą różnorodność czynników wpływających na postawy terapeutów – od muzycznych doświadczeń z dzieciństwa, przez politykę społeczną i rządową, po traumatyczne przeżycia.

Czynniki kształtujące praktykę kliniczną były różne. Wpływy kulturowe na związek pomiędzy terapeutą a klientem wspomniane były przez wielu uczestników badania. Przykłady z Azji były przy tym bardzo odmienne od przykładów z innych kultur. Lokalne tradycje muzyczne również formowały poglądy terapeutów. Obejmowały one interpretacje motywów rytmicznych, podejście do atonalności w muzykoterapii, rolę śpiewu w muzykoterapii, podejście do muzyki jako rekreacji lub terapii oraz stwierdzenie, które podejście dominuje w praktyce klinicznej: użycie muzyki *w* terapii czy stosowanie muzyki *jako* terapii.

Nadzwyczaj wyraźnie kontrastowały ze sobą czynniki wpływające na strategie nauczania. W ich skład wchodziły: a) stwierdzenie, że odpowiedzialnością nauczyciela jest kreowanie przestrzeni, w której studenci mogą analizować i zgłębiać swój system wartości; b) świadomość znaczenia osobistych doświadczeń studentów w tradycjach pisemnych lub werbalnych – ich wpływu na umiejętności wizualne i werbalne podczas słuchania muzyki; c) skłonność do liberalności w pracy z klientami i studentami; d) świadomość potrzeby odłożenia własnych poglądów na bok oraz podjęcia próby zrozumienia poglądów innych ludzi; e) propagowanie edukacji przez doświadczenie oraz f) pomoc studentom w rozwoju zdrowych nawyków. Wyniki ukazały, że strategie uczenia były bezpośrednio związane z wielokulturowymi doświadczeniami i tradycjami nauczycieli muzykoterapii oraz społeczeństw, w których uczyli.

Postrzeganie i rozpatrywanie procesu terapeutycznego uwarunkowane były czynnikami kulturowymi – świadomością kontekstów ekonomicznych i politycznych oraz ich wpływem na rolę muzykoterapii. Uczestnicy, którzy pracowali w kulturach zachodnich i azjatyckich lub w kulturach zachodnich i społecznościach rdzennych mieszkańców, opisywali, jak różne oblicza mogą przyjmować proces terapeutyczny i rozumowanie terapeutów.

Podjęcia uczestników znacznie różniły się od siebie. Jest to zrozumiałe w obliczu odmiennych korzeni kulturowych. W istocie zgłębianie różnic było głównym celem tego badania.

Jako że główne pytanie badania sformułowane było dość ogólnie – a tym samym umożliwiało zróżnicowane odpowiedzi – uczestnicy mieli możliwość wyrażenia własnych opinii, tym samym odmienność podejść nie zaskakuje. Oryginalność ich wypowiedzi z kolei jest częściową przyczyną faktu, iż przedmiotowe zagadnienie jest tematem ważnym – ale też trudnym.

Zagadnienia poruszone przez uczestników różniły się od oczekiwanych pierwotnie odpowiedzi. Początkowa propozycja poczyniona przez badaczki brzmiała: „Spróbujemy zgłębić niezbadane dotychczas poglądy, które mają wpływ na stosunek ludzi do muzykoterapii”. Propozycja sugerowała, że pytania (a więc i odpowiedzi) mogą dotyczyć następujących aspektów terapii: wartości jej przypisywanych oraz oczekiwań klientów w stosunku do terapeutów, duchowości, roli terapeuty oraz związku z muzyką. Mimo że pytania zadane uczestnikom były otwarte, żaden z nich nie poruszył tematu wartości przypisywanych muzykoterapii lub tematu oczekiwań wobec terapeutów, tak jak tego oczekiwano. Również duchowość – problem, który wydawał się źródłem istotnych informacji o wielu kręgach kulturowych – poruszany był sporadycznie, a odpowiedzi uczestników były dość powierzchowne. Rola terapeuty nie została omówiona, wspomniano natomiast o działalności terapeutów. Związek z muzyką to jedyny oczekiwany temat, który został poruszony przez kilku uczestników. Opisywali znaczenie doświadczeń muzycznych z dzieciństwa oraz lokalne tradycje muzyczne, które kształtowały ich więzi z muzyką.

Odpowiedzi uczestników nie były skrajnie różne od oczekiwań badaczek, stanowiły raczej dopełnienie spodziewanych wyników. Jest to logiczne i niewątpliwie związane z tematem badania: wartości kulturowe oraz perspektywy badaczek różniły się od poglądów uczestników, dlatego też ich oczekiwania były inne od udzielonych odpowiedzi.

Podczas procesu badania uczestnicy mieli dwukrotnie okazję do rozszerzenia lub skorygowania własnych wypowiedzi oraz zmiany ich kategoryzacji. Badaczki i uczestnicy badania omawiali wszelkie wątpliwości, dopóki wszyscy zaangażowani nie uzgodnili jednogłośnie kategoryzacji. W większości przypadków, zwłaszcza podczas drugiego czytania, uczestnicy z reguły zgadzali się ze sposobem, w jaki badaczki przedstawiły ich stwierdzenia oraz ich intencje. Mimo tego w jednym przypadku kilkakrotnie wprowadzono zmiany w kategoryzacji informacji, zanim osiągnięto kompromis. W rezultacie dodano kategorię *feminizm*. Jej uwzględnienie – oraz fakt, że autorki nie uznawały feminizmu za kategorię – jest dowodem na to, jak pochodzenie i wartości uczestników wpływają na wyniki badania. Uwzględnienie feminizmu – mimo że odbyło się to na późniejszym etapie projektu – ukazuje wartość opinii uczestników, oraz ich wpływ na wiarygodność wyników w badaniu jakościowym (dyskusje na temat wiarygodności można znaleźć w: Aigen 1995; Amir 2005; Lincoln, Guba 1985).

Niniejsze badanie ukazuje, jak wiele odmiennych czynników wpływa na światopoglądy oraz w rezultacie na podejście do muzykoterapii. W związku z tą różnorodnością badanie ukazało potrzebę uszanowania odmiennych metod muzykoterapii w edukacji studentów. Na przykład improwizacja w Danii opiera się w dużym stopniu na atonalności. Z kolei, w Australii popularne są piosenki. Czy koniecznie wynika to z odmiennych poglądów na temat tego, co przynieść może muzyka, czy może jest to wynikiem różnic kulturowych? Oczywiście, można znaleźć przykłady, w których różnice pomiędzy technikami wiążą się raczej z pochodzeniem kulturowym aniżeli (lub również z) odmiennymi poglądami.

Kolejną obserwacją poczynioną na podstawie badania jest wielokulturowa działalność muzykoterapeutów. Jest to istotne w świecie, w którym tradycyjnie monokulturowe kraje coraz częściej stają się zbiorowością wielu tradycji. W miarę jak świat staje się coraz bardziej wielokulturowy, muzykoterapeuci – którzy wcześniej nie doświadczali pracy z klientami z odmiennych kultur – zauważają potrzebę zrozumienia innych obyczajów oraz zdobywania umiejętności pracy z ludźmi o różnej narodowości. Wyniki tego badania są więc wstępną próbą poszerzania wiedzy o odmiennych tradycjach kulturowych.

Powróćmy do stwierdzenia Kenny (1994, 2006), która sugerowała, że aby osiągnąć efekty w wielokulturowym środowisku, terapeuta musi mieć „świadomość i wiedzę na temat własnej tożsamości kulturowej, szeroki wachlarz doświadczeń w innych kulturach, wysoką tolerancję na paradoks, zdolność do przyswajania wieloznaczności oraz pomysłowość i dużą wyobraźnię” (Kenny 1994, s. 12–13). Przedmiotowe badanie porusza kwestie, których podjęcie jest niezbędne, aby rozwijać ową „świadomość i wiedzę na temat tożsamości kulturowej”.

Przedmiotowy projekt ma jednak ograniczenia. Jednym z nich jest liczba muzykoterapeutów, którzy wzięli udział w wywiadach, oraz ich pochodzenie kulturowe. Badanie nie uwzględniło wielu krajów; bardzo możliwe, że muzykoterapeuci z nich pochodzący prezentowaliby odmienne opinie. Z pewnością, również inni muzykoterapeuci pochodzący z tych samych krajów co uczestnicy badania wzbogaciliby badanie o kolejne podejścia. Ten fakt został naświetlony we wcześniejszym etapie badania, na przykładzie dość rozbieżnych opinii dwóch terapeutów o tym samym pochodzeniu.

Kolejnym ograniczeniem jest prawdopodobieństwo, że uczestnicy badania nie ujawnili wszystkich informacji w trosce o własną anonimowość. W tego rodzaju badaniu anonimowość nie jest możliwa, czego świadomi byli wszyscy uczestnicy i autorki projektu. W końcowej fazie badania uczestnicy poproszeni zostali o ponowne potwierdzenie zgody na opublikowanie ich wypowiedzi, które mogły prowadzić do ujawnienia tożsamości terapeutów. Uczestnicy nie mieli jednak obiekcji co do informacji zawartych w ostatecznej wersji publikacji.

Ograniczeniem badania są również perspektywy samych badaczek. Mimo odmiennego pochodzenia i dołożenia wszelkich starań, by zrozumieć poglądy uczestników pod każdym względem badania, jest rzeczą naturalną, że poglądy kulturalne badaczek wpłynęły na przebieg badania. W celu dalszego zgłębiania zagadnienia potrzebne są kolejne badania, które zostałyby przeprowadzone przez przedstawicieli innych krajów.

Wyniki badań oparte na doświadczeniach 12 muzykoterapeutów i nauczycieli muzykoterapii ukazały złożony charakter pracy w środowiskach wielokulturowych. Zakładano, że uczestnicy pochodzący z 16 krajów byli doświadczonymi terapeutami i nauczycielami, a w związku z tym posiadali dużą wiedzę na temat wielokulturowości w muzykoterapii. Wywiady z większą liczbą terapeutów – o odmiennym pochodzeniu i kulturze – poszerzyłyby zakres badania oraz byłyby cennym źródłem informacji dla terapeutów, którzy pragną pogłębić swoją wrażliwość kulturową. Ponadto z góry założono, że praca w co najmniej dwóch środowiskach kulturowych wpłynie na poglądy i podejście uczestników w kwestiach edukacji i działań muzykoterapeutycznych. Aby pogłębiać wiedzę na temat samego procesu kształtowania się światopoglądów, istotne byłyby obserwacje doświadczeń terapeutów i nauczycieli muzykoterapii na przestrzeni czasu – w momencie, gdy opuszczają jeden kraj, aby zacząć swoją działalność w nowym środowisku.

Bibliografia

1. Aigen K., 1995, *Principles of Qualitative Research*, [w:] *Music Therapy Research: Quantitative and Qualitative Perspectives*, red. B. L. Wheeler, Gilsum, NH, Barcelona Publishers, s. 283–326.
2. Amir D., 2005, *Grounded Theory*, [w:] *Music Therapy Research*, red. B. L. Wheeler, wyd. 2, Gilsum, NH, Barcelona Publishers, s. 365–378.
3. *AMTA Professional Competencies*, [online:] <http://www.musictherapy.org/competencies.html> [data dostępu: 6.07.2014].
4. Bowen G. A., 2006, *Grounded Theory and Sensitizing Concepts*, „International Journal of Qualitative Methods”, nr 5(3), s. 12–23.
5. Bradt J., 1997, *Ethical Issues in Multicultural Counseling: Implications For the Field of Music Therapy*, „The Arts in Psychotherapy”, nr 24, s. 137–143.
6. Brown J. M., 2001, *Towards a Culturally Centered Music Therapy Practice*, „Canadian Journal of Music Therapy”, nr 8(1), s. 11–24.
7. Bruscia K. E., 2002, *Przedmowa*, [w:] *Culture-Centered Music Therapy*, red. B. Stige, Gilsum, NH, Barcelona Publishers, s. 13–18.

8. Cole K., 2003, *The Multicultural Music Therapy Handbook*, Columbus, MS, Southern-Pen Publishing.
9. Corbin J., Strauss J., 2008, *Basics of Qualitative Research*, wyd. 3, Thousand Oaks, CA, Sage Publications.
10. *Culture*, [online:] <http://dictionary.reference.com/browse/Culture> [data dostępu: 5.07.2014].
11. Darrow A. A., Molloy D., 1998, *Multicultural Perspectives in Music Therapy*, „Music Therapy Perspectives”, nr 16, s. 27–32.
12. Dileo C., 2000, *Ethical Thinking in Music Therapy*, Cherry Hill, New York, Jeffrey Books.
13. Estrella K., 2001, *Multicultural Approaches to Music Therapy Supervision*, [w:] *Music Therapy Supervision*, red. M. Forinash, Gilsum, NH, Barcelona Publishers, s. 39–66.
14. Gilboa A. i in., 2009, *Let's Talk Music: A Musical-Communal Project For Enhancing Communication Among Students of Multi-cultural Origin*, „Nordic Journal of Music Therapy”, nr 18, s. 3–31.
15. Guba E. G., Lincoln Y. S., 1994, *Competing Paradigms in Qualitative Research*, [w:] *Handbook of Qualitative Research*, red. N. K. Denzin, Y. S. Lincoln, Thousand Oaks, CA, Sage Publications, s. 105–117.
16. Ivey A.E. i in., 2002, *Theories of Counseling and Psychotherapy: A Multicultural Perspective*, Boston, Allyn & Bacon.
17. Kenny C., 1994, *They Didn't Know Because They Never Asked: Cultural Issues in Music Therapy Training*, „Music Therapy International Report”, nr 9, s. 10–14 (wznowione wydanie [w:] Kenny C., 2006, *Music & Life in the Field of Play: An Anthology*, Gilsum, NH, Barcelona Publishers, s. 211–213).
18. Kenny C., 1996, *Cultural Influences on Music Therapy Education*, [w:] *Sub Keynote Speech at the Meeting of the 8th World Congress of Music Therapy Hamburg, Germany*.
19. Kenny C., 2006, *Music & Life in the Field of Play: An Anthology*, Gilsum, NH, Barcelona Publishers, s. 207–210.
20. Kenny C., Stige C., 2002, *Przedmowa*, [w:] *Contemporary Voices in Music Therapy: Communication, Culture, and Community*, red. C. Kenny, B. Stige, Oslo, Norwegia, Unipub Forlag, s. 1–3.
21. Kim S. A., 2008, *The Supervisee's Experience in Cross-cultural Music Therapy Supervision*, [w:] *Qualitative Inquiries in Music Therapy*, red. S. Hadley, Gilsum, NH, Barcelona Publishers, s. 1–44.

22. Kuckartz U., 1988, 2007, *MAXQDA – Professional Software for Qualitative Data Analysis* [computer software], Berlin, Germany, Verbi Software.
23. Lewis P., 1997, *Multiculturalism in the Arts in Psychotherapy*, „The Arts in Psychotherapy”, nr 24.
24. Lincoln Y. S., Guba E., 1985, *Naturalistic Inquiry*, Newbury Park, CA, Sage.
25. Moreno J., 1988, *Multicultural Music Therapy: The World Music Connection*, „Journal of Music Therapy”, nr 25(1), s. 17–27.
26. Nöcker-Ribaupierre M. i in., 2005, *The Impact of Culture on the Training of Music Therapists: Pre-conference Symposium*, [online:] http://www.wfmt.info/WFMT/Education_and_Training_files/Symposium%202005_Brisbane.pdf [data dostępu: 6.07.2014].
27. Ponterotto J. G. i in., 2001, *Handbook of Multicultural Counseling*, wyd. 2, Newbury Park, CA, Sage Publications.
28. Stige B., 2002, *Culture-centered Music Therapy*, Gilsum, NH, Barcelona Publishers.
29. Sue D. W., Sue D., 2003, *Counseling the Culturally Diverse: Theory and Practice*, New York, John Wiley & Sons.
30. Sue D. W., Torino G., 2005, *Racial Cultural Competence: Awareness, Knowledge and Skills*, [w:] *Handbook of Multicultural Psychology and Counseling*, red. R.T. Carter, New York, John Wiley, s. 3–18.
31. Toppozada M. R., 1995, *Multicultural Training for Music Therapists: An Examination of Current Issues Based on a National Survey of Professional Music Therapists*, „Journal of Music Therapy”, nr 32, s. 65–90.
32. Vaillancourt G., 2007, *Multicultural Music Therapy As an Instrument for Leadership Listening – Vision – Process*, [online:] <http://www.voices.no/mainissues/mi40007000236.php> [data dostępu: 6.07.2014].
33. Valentino R. E., 2006, *Attitudes Towards Cross-cultural Empathy in Music Therapy*, „Music Therapy Perspectives”, nr 24, s. 108–114.
34. Wheeler B. L., Kenny C., 2005, *Principles of Qualitative Research*, [w:] *Music Therapy Research*, red. B. L. Wheeler, wyd. 2, Gilsum, NH, Barcelona Publishers, s. 59–71.
35. Yehuda N., 2002, *Multicultural Encounters in Music Therapy – A Qualitative Research*, [online:] [http://www.voices.no/mainissues/Voices2\(3\)Yehuda.html](http://www.voices.no/mainissues/Voices2(3)Yehuda.html) [data dostępu: 6.07.2014].
36. Young L., 2009, *Multicultural Issues Encountered in the Supervision of Music Therapy Internships in the United States and Canada*, „The Arts in Psychotherapy”, nr 36, s. 191–201.

Istota wizualizacji poprzez ruch przy muzyce w muzykoterapii

Katarzyna Krasoń

Uniwersytet Śląski, Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego w Katowicach

Streszczenie

Artykuł stanowi poszukiwanie strategii teatralizacyjnego ujęcia doświadczania i przeżywania dzieła muzycznego (wizualnego), przy założeniu bazowości interpretacji intersubiektywnej. Owa interpretacja rozumiana będzie jako operacja intelektualna, skoncentrowana na uchwyceniu refleksji o sobie samym. Celem edukacyjnym i terapeutycznym prezentowanej wizji teatru powinno być nazwanie, zapisanie i stworzenie z reakcji i myśli uczestnika spójnej opowieści, która umożliwi aktorom i widzom hermeneutycznie pojęte odkrycie sensu dla siebie, ale i negocjowanie znaczeń z zachowaniem prawa do indywidualności i do odmienności. Innym komponentem stanie się także afirmacja prawa do ekspresji jako wyrażania i akcentowania własnego „ja”, będąca naturalną konsekwencją założeń intersubiektywności. Dodatkowo teatr terapeutyczny - refleksyjnie „obrabiający” rzeczywistość doznawaną przez pacjentów - może być rozpatrywany jako domena treningu własnej potencjalności i transgresji poza swoje ograniczenia.

Słowa kluczowe: wizualizacja, teatr ruchu, muzyka, cielesność

Wizualizacja to praktyczna nauka o tym, jak modyfikować postawy człowieka [...], by mógł odczuć, że sam może być autorem tych zmian.

(T. Samek)

Wizualizacja

Założeniem wyjściowym koncepcji jest uznanie, iż każdy człowiek posiada w swojej wyobraźni własny obraz mentalny, skonstruowany z przekonań o sobie samym. Przekonania te zdobywamy w drodze doświadczenia, zwłaszcza w sferze odnoszenia się do nas innych osób,

głównie we wczesnym dzieciństwie. Nasze działania i odczucia zgodne są z tymi wyobrażeniami, ponieważ uznajemy je za prawdę. Co za tym idzie, w każdym człowieku tkwi również ogromny potencjał samonaprawczy, konieczne staje się tylko „odprogramowanie podświadomości z negatywnych nastawień” (Mandel 1993), które przebiegać będzie na drodze implantacji pozytywnych idei w podświadomości. Poprzez wizualizację dociera się do rzeczywistości wewnętrznej i subiektywnej, a więc do wyobrażeń tworzących strukturę życia wewnętrznego (Epstein 1996). Jest ona procesem opartym na odszukiwaniu, odkrywaniu (retrospekcja) lub tworzeniu (antycypacja) obrazu w umyśle, budowaniu pewnej mentalnej formy. François J. Paul-Cavallier (2002) uznaje, że to swoista retrospektywna wycieczka we własne przeszłe doświadczenia. Powrót do wydarzeń to również swoisty trening w wyobraźni, skupiający się na indywidualnym wysiłku wykorzystującym wyobraźnię wizualną podczas „wpływania umysłu na ciało” (Weil 1995, s. 93–97 i 199–201).

Niniejsza propozycja przybiera kształt uzmysławiania na drodze przekodowania muzyki na znak kinestetyczny, będący kwintesencją wyobrażonych wizualizacji (por. Krasoń, Szafraniec 1999, s. 31–42; Krasoń 2003, s. 193–206). Wizualizacja kinestetyczna oznacza przeto ruchy ciała fizycznego i wyobrażonego. W niniejszej strategii pragniemy wywołać ponowne przeżycie wyobrażonej sytuacji, nacechowanej doświadczeniem i asocjacją. Sytuacja ta przywoła fantazję, z którymi trudno sobie poradzić lub przeciwnie, będące źródłem radości i pozytywnej energii. Oba typy sytuacji tkwią gdzieś w stereotypach naszych zachowań, ponieważ wspólnie składają się na doświadczenie i stają wyzwalaczem późniejszych skojarzeń. Osoba ćwicząca wyobraża sobie siebie w sytuacjach iluzyjnych, ale i retrospektywnych, przeżywa więc niejako „ja” realne, rzeczywiste i „ja” pożądane. Wchodzi w rolę, którą sobie przypisuje, ale może także „zagrać” kogoś, kim naprawdę nie jest. Poprzez taką wizualizację dociera do rzeczywistości wewnętrznej i subiektywnej, a więc do wyobrażeń tworzących strukturę życia wewnętrznego.

Wizualizacja kinestetyczna to specjalnie zorganizowana zabawa, polegająca na tworzeniu niewerbalnego, iluzyjnego teatru (Krasoń, Mazepa-Domagala 2003), w którym mogą zmieścić się wszystkie pomysły bawiących się jednostek. Powstaje opowieść, która ma wszelkie cechy spektaklu. Uczestnicy posługują się własnym ciałem, ale także wykorzystują rekwizyty, przedmioty „grające” odrębne role lub ilustrujące konkretną wizję. Cechą charakterystyczną jest tu niewątpliwie całkowita swoboda i „otwartość” historii opisanej ruchem. Zawsze można ją uzupełnić, coś dodać. Jednocześnie uczestnik uczy się zaangażowanej recepcji muzyki, ewokującej aktywność, która zostaje swoiście kontynuowana i przeniesiona na dalsze obszary jego działania. Ważna staje się tu też swoista umowa między uczestnikami teatralizacji, że wszystko, co się pojawia, jest udziałem w grze. Tu dochodzimy do bazowej idei dla prezentowanej w niniejszym

opracowaniu wizji: ponieważ trudne zagadnienia powodują, że się ich unika, dlatego podczas ruchowej interpretacji pomagamy zamienić aktorowi to, czego boi się pokazać lub co trudno jest zagrać, na coś, czym można się bawić. Tworzy się wówczas „kalka” problemu, odtwarzana podczas gry, powoli traci więc owa trudność swą traumatyzującą moc.

Teatr ruchu – inspiracje

Zajmując się koncepcją teatru ruchu, będącego przedmiotem naszych dociekań, nie sposób nie odnieść się do koncepcji, które były bazą i inspiracją dla niej. Mając jednak na uwadze objętość niniejszego opracowania, przywołane zostaną jedynie najważniejsze koncepcje. I tak, pierwszym komponentem jest *plastyka ciała* wykorzystywana w rytmice dalcroze’owskiej; już E. G. Craig podkreślał apolliniński kontekst ruchu tancerek z *Bildungsanstalt für Musik und Rhythmus* w Hellerau. Niestety, raczej widział w idei Jaques-Dalcroze’a mistrzostwo gimnastyki, ale nie sztuki (Jelewska 2007, s. 140). Twórczo wykorzystał idee z Hellerau Adolphe Appia, zwłaszcza techniki ruchu wewnętrznego, umiejętności naturalnego dla człowieka poczucia rytmu oraz reagowania kompozycją gestów i dużej motoryki na przebieg muzyczny utworu. Co więcej, koncentrował się także na zasadach kinezyki i proksemicznego funkcjonowania ciała aktora / tancerza w przestrzeni sceny. Sztuka teatralna w pojęciu Appii (Phuong 2012) opiera się na szkielecie dramaturgicznym, ale dla komunikacji między sceną a widownią głównym moderatorem staje się muzyka, w rytm której aktor gra poprzez ruch sceniczny i zawłaszcza przestrzeń.

Ważne dla niniejszej strategii wizualizacji okazały się także projekty, jakie powołali do życia Rudolf von Laban i Kurt Jooss. Ruch – w ich pojmowaniu – został podporządkowany możliwościom naturalnej kinezyki każdego człowieka. Dzięki Joosowi, który postulował tworzenie tanecznych dramatów (Kosiński 2007, s. 314) i jako pierwszy powołał teatralność na miarę teatru tańca (*Tanztheater*), ruch dodatkowo stawał się osobniczym narzędziem komunikacji, nacechowanym znaczeniem semiotycznym, gdzie całe ciało wyrażać winno założone przesłanie spektaklu. Jooss założył szkołę Folkwangschule oraz grupę eksperymentalną Folkwang Tanzstudio, z których wywodzą się najbardziej znaczące reprezentantki teatru tańca XX wieku – Pina Bausch, Susanne Linke i Reinhild Hoffman.

Zasadnicze dla naszych poszukiwań są zwłaszcza elementy idei Piny Bausch, zarówno elementy preparacji spektaklu, jak i procesu jego tworzenia (Rembowska 2009, s. 27). Praca nad dziełem rozpoczyna się od spontanicznych pytań, które ukierunkowują działania sceniczne. Bazuje się na skojarzeniach, nawet nieoczekiwanych, na doświadczeniu, na przywołaniu emocji i próbach ich ukazania, zaś ruch postępuje za uczuciem. Cel podejmowany w Tanztheater Bausch

nie jest określony zaraz na początku, zostaje odkryty, modyfikowany w miarę przekraczania granic intymności, reminiscencji, a wszystko w klimacie współtworzenia i współodpowiedzialności, czyli *kreacji zbiorowej*. Aktor tworzy z materii swego ciała i psychiki, stąd niezbędne okazuje się dokładne analizowanie jakości gestów, kierunku przemieszczeń w przestrzeni, kształtu przyjmowanych postaw, pozycji poszczególnych segmentów aparatu motorycznego.

Henryk Tomaszewski mówi o dzieleniu ruchu, czyli poruszaniu wyodrębnionymi częściami aparatu motorycznego, przez co zastanawiamy się nad wyrazistością każdego ruchu (Tomaszewski 2007, s. 54). W ten sposób znajdujemy środki wyrazu, najwłaściwszego dla podejmowanego w spektaklu tematu, osiągając kolejne etapy wtajemniczenia aktora – dokonuje się to w „procesie nieustannego rozwijania potencjału cielesnego i duchowego” (Misiewicz 2011, s. 112).

Teatr ruchu – realizacje

Zaczynem konstruowania aktu tworzenia wizualizacji w teatrze ruchu stały się zajęcia, w których uczestniczą studenci specjalności muzykoterapia, Akademii Muzycznej im. Karola Szymanowskiego w Katowicach. Akt ten można sprowadzić do kilku zasadniczych faz postępowania.

Faza preparacji, zawierająca elementy budowania idei spektaklu, to moment wymagający ujawnienia własnych asocjacji, pojawiających się w kontakcie z materiałem inspirującym (może nim być tekst lub dzieło muzyczne). Materiał ten tworzy poziom *leksemu* spektaklu, a zatem znaczeń (*sem* to minimalna jednostka znaczenia). Im bardziej rozbudowany semicznie tekst, tym większa jest jego siła inspirująca (Ubersfeld 2002, s. 79, 92, 94). Opieramy się na myśleniu obrazowym, nadającym namysłowi uczestników wyobrazeniowy kształt, przyjmujący wymiar konkretnych znaczeń, stwarzając w ten sposób szansę na projekcję, sublimację i *katharsis*. Ten moment wymaga z jednej strony otwarcia na drugiego człowieka, założenia jego prawa do odmiennego widzenia i interpretowania znaczeń, z drugiej zaś gotowości na dopuszczenie go do własnych, nierzadko trudnych przeżyć i wyobrażeń.

Faza II to *kreatywna negocjacja*, improwizacja, w której ruch wyobrazeniowy uzyskuje status realizacyjny. Ale to nie improwizacja będąca nieładem, ale swoistą readaptacją struktury, czyli harmonią (Grotowski 2010, s. 501). Tworzymy pojedyncze *rematy* (Eco 2009, s. 75), ucieleśniając je poprzez ostensywną wymowę; ostensja – okazanie – oznacza, że zjawisko, przedmiot czy cecha zostaje swoiście wyodrębniona i pokazana (Eco 2009, s. 240). Z nich komponujemy *powiedzenie* obejmujące już koincydencję pomiędzy dwoma znakami, a w finale *argument*, konsolidujący różne znaki.

Improwizacja, będąca podstawową drogą formułowania wypowiedzi, ma charakter zwrotny, aktorzy prezentują ciałem swoje kompozycje sobie nawzajem i odczytują wiodące intencje pozostałych twórców (Thomas 2003, s. 102 i nn.). To faza niezwykle ważna, gdyż staramy się wyłonić pomysły i interpretacje odpowiadające/zaakceptowane przez ogół uczestników. Włączamy je do całego zestawu scen ruchowych, jakie zbudują spektakl i utworzą poszczególne projekty ról dla aktorów.

Kolejny moment to *formułowanie gestu powtarzalnego i kształtu roli*, ponownie wraca się do punktu, kiedy aktor musi odnaleźć swoje miejsce w tworzącym się spektaklu. Zadaniem jest przypisanie sobie roli i określenie sposobu, w jaki będzie ona wykreowana. Zderza się tu referent⁵ wykonawcy (Kowzan 2003, s. 369), idea spektaklu i zamysł przesłania, jakie chcemy zaprezentować publiczności, przy dążeniu do wyrazistego, ale nienarzucającego się okazania gestu widzowi. Chcemy bowiem pozostawić mu pole do własnej interpretacji i odkryć sens dla siebie. Ważne jest jednak to, że bazujemy na negocjowaniu i intersubiektywnym porozumieniu, co ułatwia osiągnięcie wspólnej dla całego zespołu koncepcji – to niejako praca nad tekstem jako procesem życia grupy (Pieniążek 2009, s. 35). Jednak jej ostateczny kształt rodzi się nadal, procesualnie, podczas kolejnych prób i ciągłej, mentalnej pracy nad istotą przekazywanych znaczeń, ale i prób cielesnego ich okazywania (ostensji).

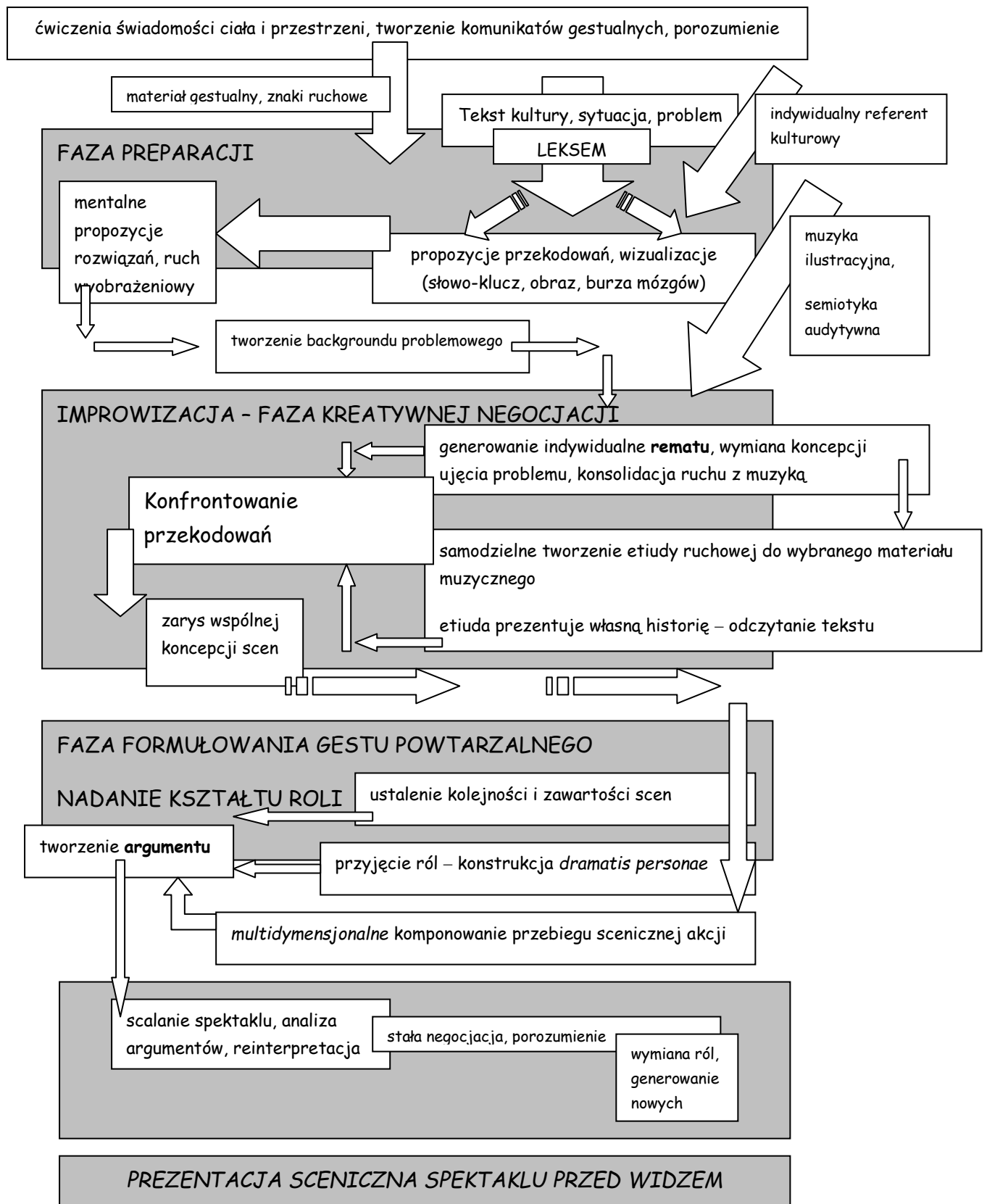
Tak rodzi się *dramatis personae* (która oznacza konstrukcję postaci w spektaklu, sposób ujęcia bohatera) (Pfister 1988, s. 176–180) mająca rolę prymarną nawet nad sytuacją dramatyczną (Baluch, Sugiera, Zając, 2009, s. 203), w działaniach terapeutycznych postać spektaklu rodzi się niejako odwrotnie, na bazie sytuacji. Liczy się bardziej scena, osoba w niej się jedynie znajduje. Co więcej, jedna osoba może występować w kilku rolach, zaś przeobrażanie się aktora w postać przyjmuje cechę *multiindywiduum*, które podlega w spektaklu licznym przemianom (Baluch i in., 2009), czyli ma kształt *multidymensjonalny* (Pfister 1988, s. 178), otwarty na metamorfozy, modyfikacje.

Próby, powtarzanie i konfigurowanie to kolejny etap pracy. W trakcie prób jest precyzowana i rozbudowana postać sceniczna (Małyńcz 2007, s. 149), dokonuje się to poprzez poznawanie wzajemnych stosunków ujawniających się pomiędzy osobami współdziałającymi w spektaklu, tak następuje stopniowe konstruowanie w sobie i z siebie *nowego człowieka*. Wygenerowana w ten sposób rola podlega ciągłej dynamice, ponieważ codziennie doznajemy nowych wrażeń, co determinuje nasze widzenie świata. Finałem działań jest *prezentacja sceniczna spektaklu przed widzem*, zaś ucieleśnione dzieło ma charakter otwarty, dopełnia się w obecności odbiorcy. Pełny opis

⁵ *Referent kulturowy* to osobnicze nacechowanie semiczne znaków, czyli całość doświadczeń człowieka, wpływająca na spostrzeganie i odczytywanie rzeczywistości.

porządku startego ukazuje schemat 1.

Schemat 1. Formuła zajęć realizowanych teatrem ruchu



Należy dodać, że budowanie prób spektaklu to ciągle poszukiwanie znaków, czyli semiozy ruchu. Ciało tak pojmowane jest medium przekazania najbliższej, przyrodzonej człowiekowi formy tworzenia. W finale ćwiczeń, gdy ruch zmienia się w wizualizację konkretnej podjętej w teatralizacji treści, okazuje się być źródłem nie tylko *kalkowania rzeczywistości*, gdyż zmierza dalej, w stronę odkrywania rozwiązań. Koncentruje się na generowaniu pomysłów wynikających z własnej refleksji, przeto opartej na prawdziwej dywergencji poświęconej poszukiwaniu gestu (pojmowanej jako kinestetyczne wizualizowanie) dla wyrażenia swego wnętrza, gestu, który jednocześnie staje się metakomunikatem prowadzącym do poznania samego siebie.

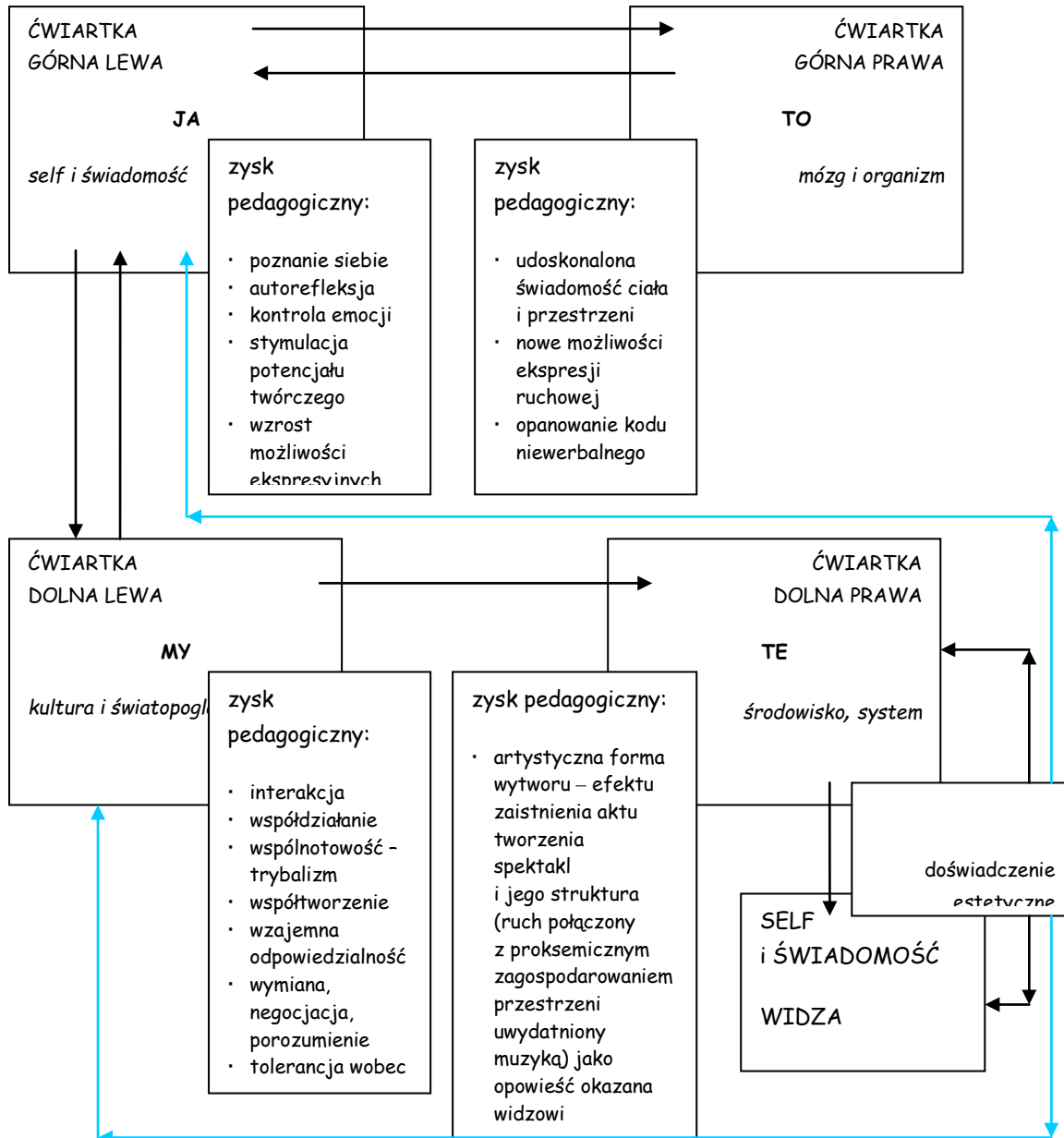
Istotnym momentem w pracy teatrem ruchu jest możliwość równoczesnego złożenia przeciwieństw połączonych w jednej strategii edukacji przez sztukę. Współegzystują tu bowiem: akcentowanie twórczości (faza improwizacji) i elementy myślenia krytycznego oraz logicznego (kiedy należy scalić ze sobą kolejne fazy opowieści); równoprawne podejście do wszystkich uczestników zajęć. Można rzec, że jest to niejako zespolenie wolności i samorealizacji z odpowiedzialnością za innych, otwartością na odmienne poglądy oraz realizacją wspólnotowych przedsięwzięć.

Analizując zysk terapeutyczny strategii pracy teatrem ruchu, zakładamy równoległe istnienie w niej czterech wymiarów przestrzeni: subiektywnego doświadczenia, obiektywnego zachowania, intersubiektywnej kultury oraz interobiektywnych systemów (Kielar 2012, s. 183). Istotą rozważań o wartości wspierającej dla aktora stanie się rozwój jego świadomości: z pułapu przedpersonalnego: materia, ciało, umysł do transpersonalnego: postformalna wizja-logika (Kielar 2012, s. 108). Zakładamy, iż jedną z dróg owego przejścia są intensywne działania nacechowane artystycznie, a taka właśnie jest realizowana przez nas procedura pracy twórczej.

Pełną wykładnię wizualizacji pomieścimy w koncepcji rozumianej integralnie, w której jednostka zostaje jednocześnie zaangażowana intelektualnie i intuicyjnie, emocjonalnie i percepcyjnie (Andrukowicz 2001). Taka formuła umożliwi wieloczynnikowe współtworzenie osoby, co ma kluczowe znaczenie dla studentów przygotowujących się do pracy muzykoterapeutycznej. Praca teatrem ruchu dosadnie koresponduje z procesami transgresji, a zatem wykraczania poza własne możliwości, tworzy aurę sprzyjającą autorefleksji, intersubiektywnej wymianie opinii z innymi osobami kreującymi spektakl czy nawet zestawieniu interobiektywnych wymiarów spektaklu, będącego *przedmiotem estetycznym* (czyli wspólnym dziełem aktora i widza, gdyż ten ostatni wchodzi w kontakt z dziełem sztuki okazanym przez aktorów) (zob. Ingarden 1966, s. 53). Istotne jest, że spektakl interpretują widzowie, a wzajemne

oddziaływanie aktorów i audytorium przynosi jeszcze dodatkowe pole rozwojowe dla samych kreatorów. Ogół zysku wspierającego rozwój uczestników wizualizacji przedstawia schemat 2.

Schemat 2. Linie rozwoju w czterech wymiarach koncepcji integralnej i pola zysku terapeutycznego



Źródło: Krasoń 2013, s. 330 (w schemacie zmodyfikowano tytuł).

Zakończenie

W koncepcji wizualizacyjnego teatru ruchu istotą jest specyficzne postrzeganie ciała osób tworzących spektakl. Cieleśność traktowana jest jako droga stymulowania możliwości człowieka,

ponieważ bazuje na przyrodzonej formie aktywności, eksplorowania świata i poznawania siebie i świata wokół. Symultanicznie przebiega tu rozwijanie ciała i intelektu, ponieważ każdy ruch ma kształt nadany w efekcie głębokiego namysłu i nawiązania porozumienia, negocjacyjnie osiągniętego, z pozostałymi uczestnikami teatralizacji. Przez to pojawia się także element zysku w obszarze społecznego funkcjonowania i rozwijania kompetencji socjoempatycznych oraz emocjonalnych. W teatralnym wizualizowaniu, w fazie improwizacyjnej nie ma oszustwa czy przerysowań, jest jedynie prawda potrzebna jednostce ćwiczącej, by mogła lepiej zrozumieć postać, a tym samym siebie w kreowanej roli. Ciało staje się węzłem treściowym, centrum metaforycznego obrazowania, medium porozumienia, ale i zmiany samego siebie.

Bibliografia

1. Andrukowicz W., 2001, *Edukacja integralna*, Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
2. Baluch W., Sugiera, M., Zając, J., 2009, *Dyskurs, postać i pleć w dramacie*, Kraków, Księgarnia Akademicka.
3. Eco U., 2009, *Teoria semiotyki*, tłum. M. Czerwiński, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
4. Epstein G., 1996, *Uzdrowienie przez wizualizację. Wyobrażenia kluczem do zdrowia. Sposoby pozytywnego oddziaływania na własne zdrowie*, tłum. U. Zielińska, Poznań, Wyd. Zysk i S-ka.
5. Grotowski J., 2010, *Akcja*, [w:] *Antropologia widowisk. Zagadnienia i wybór tekstów*, wstęp i red. L. Kolankiewicz, Warszawa, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
6. Ingarden R., 1966, *Przeżycie estetyczne i jego przebieg*, [w:] R. Ingarden, *Przeżycie – dzieło – wartość*, Kraków, Wydawnictwo Literackie.
7. Jelewska A., 2007, *Craig. Mit sztuki teatru*, Warszawa, Oficyna Wydawnicza Errata.
8. Kielar M. B., 2012, *Integralna wizja Kena Wilbera i jej zastosowanie w edukacji*, Warszawa, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
9. Kosiński D. i in., 2007, *Słownik wiedzy o teatrze*, Bielsko-Biała, Wydawnictwo Park.
10. Kowzan T., 2003, *Znak i teatr*, [w:] *Problemy teorii dramatu i teatru*, red. J. Degler, t. 2, Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
11. Krasoń K., 2003, *Kinesthetic Strategy of Diagnosis and Support to Aid Children's Development*, „Early Child Development and Care”, nr 2–3, Carfax Publishing.

12. Krasoń K., 2013, *Cieleśność aktu tworzenia w teatrze ruchu. Integracja sztuki i edukacji w rozwoju i transgresji potencjału człowieka*, Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas, Kraków.
13. Krasoń K., Mazepa-Domagala B., 2003, *Przestrzenie sztuki dziecka. Strategia intersemiotycznego i polisensorycznego wsparcia jednostek o obniżonej sprawności intelektualnej*, Katowice, Wydawnictwo „Librus”.
14. Krasoń K., Szafraniec G., 1999, *Directive and Non-directive Movement in Child Therapy*, „Early Child Development and Care”, nr 158.
15. Krasoń K., Szafraniec G., 2002, *Dwa światy. Ruch dyrektywny i niedyrektywny jako wizualizacja – odkrywanie – poznanie*, Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
16. Małyńczak Z., 2007, *Praca nad rolą i jej rozwojem po premierze*, [w:] *Świadomość teatru. Polska myśl teatralna drugiej połowy XX wieku*, red. W. Dudzik, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
17. Mandel R. S., 1993, *Terapia otwartego serca*, tłum. M. Jalocho, Opole, Wydawnictwo „Rebirhing”.
18. Misiewicz J., 2011, *Ciało czasu. Esej o teatrze*, Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
19. Paul-Cavallier F. J., 1997, *Wizualizacja. Od obrazu do działania*, tłum. A. Suchańska, Poznań, Rebis.
20. Pfister M., 1988, *Dramatis Personae and Dramatic Figure*, [w:] M. Pfister, *The Theory and Analysis of Drama*, tłum. J. Halliday, Cambridge, Cambridge University Press.
21. Phuong A. P., *Quellenanalyse von „Die Musik und die Inszenierung” (1899) von Adolphe Appia*, [online:] www.hausarbeiten.de/faecher/vorschau/187723.html [data dostępu: 20.12.2012].
22. Pieniążek M., 2009, *Szkolny teatr przemiany. Dramatyzacja działań twórczych w procesie nychowawczym*, Kraków, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
23. Rembowska A., 2009, *Teatr Piny Bausch. Sny i rzeczywistość*, Warszawa, Wydawnictwo Trio.
24. Samek T., 1996, *Rola jednostki w osiąganiu zdrowia psychicznego. Punkt widzenia Nowej Analizy Transakcyjnej*, [w:] *Dziecko – Społeczeństwo – Edukacja: dylematy psychologiczne*, red. W. Pilecka, J. Kossewska, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
25. Thomas H., 2003, *The Body, Dance and Cultural Theory*, New York, Palgrave Macmillan.
26. Tomaszewski H., 2007, *Pantomima jest to teatr kreacyjny*, [w:] *Świadomość teatru. Polska myśl teatralna drugiej połowy XX wieku*, red. W. Dudzik, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

27. Ubersfeld A., 2002, *Czytanie teatru I*, tłum. J. Żurowska, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
28. Weil A., 1995, *Spontaneous Healing: How to Discover and Enhance Your Body's Natural Ability to Maintain and Heal Itself*, New York, Knopf Doubleday Publishing Group.

Historia Grażyny – refleksje nad procesem i produktem pisania piosenek w muzykoterapii indywidualnej⁶

Ludwika Konieczna-Nowak

Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego w Katowicach

Streszczenie

Zaprezentowane studium przypadku ukazuje muzykoterapię, w szczególności technikę terapeutycznego pisania piosenek, w odniesieniu do nastolatki przejawiającej szereg zachowań problemowych. Tekst przedstawia kontekst powstawania kolejnych piosenek oraz analizuje wymiar terapeutyczny zarówno procesu twórczego jak i powstałego w ten sposób „dzieła”. Autorka koncentruje się zarówno na warstwie słownej jak i muzycznej utworów, zestawia także proces muzykoterapeutyczny z działaniami psychoterapeutycznymi.

Słowa kluczowe: pisanie piosenek, proces i produkt terapeutyczny

Wprowadzenie

Niniejszy artykuł ukazuje zastosowanie techniki pisania piosenek w muzykoterapii nastolatki wykazującej zaburzenia psychiczne. Szereg badań muzykoterapeutycznych wskazuje na potencjał tej formy terapii, w zakresie wspomaganie funkcjonowania osób z podobnymi problemami (Amir, Yair 2008; Crowe 2007; Flower 1993; Gold, Voracek, Wigram 2004), niektóre z nich omawiają tę konkretną technikę w zbliżonych kontekstach (Davies 2005; Freed 1987). Celem tekstu jest przybliżenie procesu terapeutycznego z zastosowaniem techniki pisania piosenek oraz jego rezultatów w sposób szczegółowy, w formie swobodnego studium przypadku. Zbudowano go z trzech zasadniczych części: 1. Opis sytuacji wyjściowej, 2. Charakterystyka muzykoterapii wraz z wytworami powstałymi w jej toku (na podstawie obserwacji uczestniczącej i analizy wytworów w ich warstwie semantycznej i muzycznej), 3. Konkluzje.

⁶ Tekst stanowi skrócony i nieco zmodyfikowany fragment badań będących elementem rozprawy doktorskiej autorki.

Charakterystyka Grażyny

Grażyna to osiemnastoletnia mieszkanka specjalnego ośrodka wychowawczego, placówki pełniącej funkcję opiekuńczą, terapeutyczną i resocjalizacyjną. Przebywa w ośrodku od dziewiątego roku życia. Rodzina, z której pochodzi, była uznawana przez pracowników socjalnych za dysfunkcyjną, warunki bytowe określano jako trudne, zaś oboje rodzice borykali się z problemem alkoholowym. Grażyna jest najmłodszą z czwórki rodzeństwa. Gwałtowne pogorszenie funkcjonowania rodziny nastąpiło w roku poprzedzającym pojawienie się dziewczynki w placówce, na skutek śmierci matki (dokładna przyczyna – nieznaną). Według nauczyciela szkoły podstawowej, do której Grażyna uczęszczała podczas pobytu w domu, pomimo własnych problemów, ubóstwa i uzależnienia, matka dbała o córkę; po jej odejściu ojciec nie podolał wypełnianiu obowiązków rodzicielskich. Na podstawie wywiadu środowiskowego stwierdzono, że warunki mieszkaniowe rodziny są złe, zaś ojciec stosuje wobec dzieci kary fizyczne. Po odebraniu dzieci i umieszczeniu ich w placówce nie zadbał o poprawę sytuacji, nie odwiedzał także potomstwa. Ostatecznie, w tym samym roku, zmarł.

Po ukończeniu szkoły podstawowej dziewczynka podjęła naukę w gimnazjum. Podczas nauki w tej szkole otrzymała orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego na czas określony, ponawiane w kolejnych latach (przyczyna: niepełnosprawność – stopień umiarkowany, potem – lekki). W końcowym okresie nauki w gimnazjum kształciła się w ramach indywidualnego toku nauczania. Ostatnią placówką, w której Grażyna podjęła edukację był zespół szkół zawodowych, klasa o profilu hotelarskim.

W czasie nauki w tej szkole rozpoczęła muzykoterapię. W okresie przeprowadzania badań uczęszczała (czy raczej powinna była uczęszczać) do wspomnianej placówki. Nie potrafiła jednak czy nie chciała sprostać jej wymaganiom, notorycznie opuszczała zajęcia, wagarowała i ignorowała ostrzeżenia ze strony nauczycieli i wychowawców.

Od szesnastego roku życia była pod opieką poradni zdrowia psychicznego, leczyła się farmakologicznie, kilkakrotnie była hospitalizowana. Po raz pierwszy została przyjęta w trybie pilnym na skutek przejawianych tendencji i myśli samobójczych. Dokonywała samookaleczeń, zaś jest nastrój uznano za zaniżony. Podczas pobytu w szpitalu izolowała się i określono ją jako wycofaną społecznie. W opinii psychologa wykazywała brak energii oraz trudności z koncentracją. Postawiono jej diagnozę: schizofrenia paranoidalna. Rok później kolejna hospitalizacja przyniosła inną diagnozę: nieprawidłowy rozwój osobowości. Tym razem nie zauważono zachowań psychotycznych, usprawiedliwiających rozpoznanie schizofrenii. Grażynę określono jako buntowniczą, wyolbrzymiającą trudności, niedojrzałą, samolubną,

nieodpowiedzialną, czasowo nieobliczalną, pozbawioną autorytetów, a jednocześnie entuzjastyczną, marzącą na jawie. W tym samym okresie dziewczyna była także hospitalizowana na skutek zatrucia alkoholowego. W wywiadzie lekarskim przyznała się także do palenia marihuany.

W okresie wczesnoszkolnym określano Grażynę jako lękliwą, nieśmiałą, płacziwą, wykazującą symptomy tzw. choroby sieroczej. W dokumentacji psychologicznej i pedagogicznej wyraziste są zmiany zachodzące w jej funkcjonowaniu, widoczne w kolejnych wystawianych z biegiem czasu opiniach. Gdy miała dwanaście lat, pedagog, pracownik ośrodka, określił ją jako miłą, uśmiechniętą, lubianą. Cztery lata później w opisie padają zupełnie inne określenia: porywczą, labilną, arogancką, agresywną.

W tym samym czasie powstały opinie formułowane przez psychologa zatrudnionego w placówce. Stwierdzono stany depresyjne wokół kryzysu dorastania, uwarunkowane sytuacyjnie, myśli samobójcze i zachowania suicydalne. Niewiele później, na podstawie przeprowadzonych badań testowych, psycholog zauważył wysoki wskaźnik nieprzystosowania, ponownie myśli samobójcze, deprivację emocjonalną, labilność emocjonalną, drażliwość, płaczliwość, wybuchy złości, spadek aktywności, introwertyzm.

Wraz z wkroczeniem w okres dojrzewania, funkcjonowanie społeczne Grażyny zaczęło się pogarszać. W dokumentacji odnotowano zgłaszane policji ucieczki wychowanki z ośrodka. Ich częstotliwość nasiliła w miarę zbliżania się do osiemnastych urodzin. W tym samym czasie Grażyna została także zatrzymana za próbę kradzieży ubrań w sklepie samoobsługowym.

W momencie rozpoczęcia procesu muzykoterapii, Grażyna była osiemnastolatką przejawiającą szereg zaburzeń zachowania o charakterze uzewnętrzniającym się. Wśród nich wymienić można: naruszanie norm społecznych, wagarowanie, napady złości, kłótniowość, buntowniczość, przejawianie agresji werbalnej, próbę kradzieży. W kontaktach z dorosłymi (opiekunami, nauczycielami) zachowywała się zmiennie, zdarzało się, że odzywała się w sposób wulgarny i bezczelny, kiedy indziej sama inicjowała poważne rozmowy czy zwierzała się. W środowisku rówieśniczym nie była szczególnie popularna, choć starała się imponować innym poprzez śmiałe eksperymentowanie z używkami. Nie miała stałej przyjaciółki czy bliskiej koleżanki, często zmieniała towarzystwo, nie przywiązywała się szczególnie do nikogo. Zdarzało się jej dokonywać samookaleczeń. Angażowała się w krótkie, przelotne związki z mężczyznami. Jednocześnie, nawet na podstawie wybiórczej, potocznej obserwacji czy rozmowy zauważyć można było, że zdarza jej się przejawiać zachowania i stany uwewnętrznione, takie jak: nieśmiałość, bierność, przygnębienie, wycofanie społeczne, lęki, fobie, skłonności samobójcze, niska samoocena.

Pozornie sprzeczne opinie na jej temat pojawiały się zresztą w całej przedstawionej dokumentacji. Sama dziewczyna w rozmowach na własny temat również formułowała wykluczające się sądy: zaprzeczała stosowaniu używek i chwaliła się przeżyciami związanymi z ich stosowaniem. Twierdziła, że nie angażowała się jeszcze w aktywność seksualną, naprzemiennie z wyznaniem, że „jej chłopak zawsze chce tylko jednego” czy że ona „oczywiście zawsze pamięta o zabezpieczeniach”.

Muzykoterapia Grażyny

Grażyna podjęła muzykoterapię indywidualną na własne życzenie. Pojawiła się na sali muzykoterapeutki, informując, że napisała piosenkę i poszukuje kogoś, kto pomoże jej przy skomponowaniu melodii do niej. Muzykoterapeutka zaoferowała pomoc, sugerując zadeklarowanie chęci udziału w muzykoterapii indywidualnej, objaśniając praktyczną stronę deklaracji oraz obowiązki, które się z nią wiążą (cotygodniowe spotkania o ustalonej porze). Wcześniejsze doświadczenie Grażyny związane z muzykoterapią to uczestnictwo w kilku próbach grupy wokalne funkcjonującej w ośrodku. Dziewczyna z entuzjazmem przyjęła propozycję i od razu wręczyła muzykoterapeutce zapisane odręcznie słowa piosenki. Pierwsza rozmowa miała charakter wstępnego rozpoznania; opinia muzykoterapeutki dotycząca Grażyny poparta była również współpracą z nią w ramach zajęć grupowych, w których uczestniczyła. Dzięki tym doświadczeniom możliwe było rozpoczęcie działań muzykoterapeutycznych z poziomu już zbudowanej, niekoniecznie głębokiej, ale jednak istniejącej i pozytywnej relacji.

Kolejne cotygodniowe spotkania, około 45-minutowe sesje, na które Grażyna stawiała się punktualnie, zbudowane były wokół jednej ze struktur procesu terapeutycznego przy stosowaniu techniki pisania piosenek z młodzieżą, proponowanej przez Derrington (2005), przyjmującej następujący schemat:

- decyzja o stworzeniu piosenki,
- rozmowa o pomysłach, tematach,
- wybór źródła tekstu,
- spisanie tekstu,
- rozmowa o pomysłach na muzykę (użycie istniejącej melodii, propozycja struktury harmonicznnej, spisanie improwizowanej melodii),
- spisanie „partytury”,
- nagranie piosenki (Derrington 2005, s. 72).

W opisywanym przypadku niektóre elementy procesu ulegały modyfikacji w stosunku do powyższego schematu. Nie dokonano nagrania utworów, wykonano je natomiast na żywo podczas koncertów. Tworzenie tekstu w sporej mierze odbywało się poza sesjami, w ramach samodzielnej pracy Grażyny, co nie jest odosobnioną praktyką muzykoterapeutyczną (Derrington 2005).

W ciągu trzech miesięcy (10 sesji) powstały trzy utwory. Podczas pracy nad pierwszą z piosenek koncentrowano się na celach czysto klinicznych. Na podstawie wywiadu z wychowawcą grupy, do której należała Grażyna, dokumentacji na jej temat oraz własnej obserwacji i rozpoznania funkcjonowania muzycznego dziewczyny założono następujące cele: obniżenie napięcia emocjonalnego, próba zbudowania pogłębionej terapeutycznej relacji i wskazania możliwości tworzenia poprawnych relacji międzyludzkich opartych na poszanowaniu i zrozumieniu, konfrontacja z traumatycznymi doświadczeniami w środowisku bezpiecznym.

Pomysł na przeprowadzenie bardziej uszczegółowionej analizy procesu terapeutycznego i produktu powstałego w jego ramach, tj. napisanych piosenek, pojawił się po stworzeniu wszystkich trzech utworów, gdy gotowy materiał okazał się, nawet przy pobieżnym oglądzie, wyjątkowo interesujący. Gdy Grażyna wykonała trzy piosenki w kolejności ich powstawania, uwidoczniły się interesujące zależności między nimi, które stały się punktem wyjścia dla pogłębionych rozważań.

Trzem kolejnym piosenkom powstałym w ramach muzykoterapii Grażyny poświęcone będą następne podrozdziały. Teksty piosenek umieszczono w aneksie 1. Po opisie procesu ich powstawania nastąpi analiza tekstów oraz retrospektywna interpretacja ważnych momentów terapii. Zakończenie studium stanowią refleksje dotyczące klinicznej wartości zastosowania techniki w odniesieniu do Grażyny, a także, być może, młodych osób w podobnej sytuacji życiowej.

Sesje opisywane będą w czasie teraźniejszym; sprawozdania powstały na bazie dziennika obserwacyjnego muzykoterapeutki, w których pojawia się taka właśnie forma.

Piosenka *Siedzę na ławce...*

Gotowy materiał tekstowy utworu, spisany odręcznie, stanowił punkt wyjścia dla muzykoterapii. Sesje miały następujący przebieg:

Sesja 1 – odczytanie tekstu (aneks, tabela 1), rozmowa na temat jego treści i jej autobiograficznego charakteru, wyjaśnienie struktury piosenki, decyzja na temat gatunku muzycznego mającego stanowić muzyczną warstwę piosenki.

Podczas całej sesji Grażyna wykazuje duże zaangażowanie emocjonalne, czasem nawet robiąc wrażenie pewnej przesady, teatralności wygłaszanych opinii. Trudno jednak stwierdzić, na ile okazywane emocje są głębokie, a ich ekspresja – szczerza. Niewątpliwie jednak realne przeżycia dziewczyny stanowią szereg trudnych, a nawet traumatycznych doświadczeń, mających wpływ na strukturę jej osobowości oraz funkcjonowanie.

Grażyna stwierdza, że pomysł na piosenkę zrodził się w sytuacji opisanej w ostatnich wersach, podczas przesiadywania na ławce w ośrodkowym ogrodzie. Od razu uspokaja, że nie doświadcza nasilonych myśli samobójczych, a jedynie zastanawia się, jaki byłby świat bez niej i jak to jest „nie być”. Opis sytuacji rodzinnej (fragment początkowy) komentuje ze złością, wyrażając niezgodę na taką rzeczywistość. Rozmawiając o części środkowej, sprawia wrażenie, jakby dramatyczne fakty pojawiające się w tekście były dla niej dowartościowujące (szpital, próby samobójcze). Z przyjemnością opowiada o tych doświadczeniach, jakby próbując zaimponować muzykoterapeutce. Części tekstu poprzedzającego fragment: „teraz siedzę sobie na ławce”, rozpoczynającej się słowami „nie chcę już tak mieć”, nie komentuje w ogóle. Muzykoterapeutka aktywnie słucha, klaryfikuje treści, wyraża zrozumienie dla jej samopoczucia oraz ubolewa nad losem dziewczyny, stara się jednak nie ulec emocjonalnemu bagażowi treści piosenki. Wyraża duże uznanie dla zdolności literackich Grażyny i dowartościowuje proces tworzenia oraz jego produkt. Następnie wyjaśnia jaką formę przyjmują zazwyczaj piosenki (zwrotka, refren). Wspólnie dokonują wyboru fragmentu, który stanie się powtarzającym refrenem (ostatnie wersy). Pozostały tekst dzielą na fragmenty, które stanowiąc będą zwrotki. Muzykoterapeutka wskazuje na drobne usterki językowe, które można usunąć bez zakłócania sensu. Grażyna pokazuje miejsca, które jej zdaniem wymagają poprawy. Wspólnie wprowadzają zmiany (porównanie oryginału i wersji ostatecznej – aneks, tabela 1a). Tekst zostaje wpisany do komputera. Muzykoterapeutka pyta, jaki gatunek muzyczny zdaniem Grażyny odpowiada najlepiej charakterowi utworu, próbując ustalić, w jakim kierunku mają iść poszukiwania warstwy muzycznej. Ta zdecydowanie sugeruje hip-hop, chce także, by utwór miał fragmenty mówione, rapowane.

Sesja 2 – praca nad warstwą muzyczną

Sesja prowadzona jest z użyciem keyboardu, posiadającego w bazie danych liczne zapętlone podkłady rytmiczne, charakterystyczne dla gatunków muzyki rozrywkowej. Grażyna wybiera jeden z podkładów i próbuje rytmicznej recytacji na tym tle. Początkowo ma problem z metryczną synchronizacją spisanej treści. Tekst podlega więc dalszym, drobnym modyfikacjom. Muzykoterapeutka proponuje kilka prostych struktur harmoniczných, na których oparta będzie linia melodyczna refrenu. Dziewczyna próbuje improwizować na ich tle. Decyduje, że najbardziej odpowiada jej sekwencja: a-moll, e-moll, d-moll, E-dur, czyli następstwo funkcyjne w tonacji

mollowej: moll-tonika, moll-dominanta, moll-subdominanta, dominanta durowa. Ostatecznie refren kształtuje się w poniższy sposób:

a e d E
 Sie-dzę-na ła - wce i my - ślę so___ bie jak - by to by - ło gdy-by mnie nie by-
 a e d E a e
 ___ ło a - le tak mó-wio-no mi___ w ży-ciu trze-ba cie-szyć się___
 d E a e d E
 ze szczę-śli-wych chwil, z tych naj-lep-szych chwil, tak po - win - no być jee___

Także rapowanym zwrotkom towarzyszył będzie ten sam schemat harmoniczny.

W czasie tej sesji Grażyna jest bardzo zaangażowana w działanie. Staje się jasne, że ma dobry słuch, kontroluje intonację w śpiewie i dysponuje niezłym poczuciem rytmu. Wydaje się być pozytywnie podekscytowana, praca nad piosenką sprawia jej przyjemność. Kilkakrotnie wspomina, że gdy utwór będzie dopracowany, chce wykonać go publicznie. Próbuje zapamiętać melodię refrenu i strukturę rytmiczną zwrotek, upewnia się, czy muzykoterapeutka wszystko należycie notuje i gwarantuje, że efekt pracy nie ulegnie zapomnieniu. Opuszcza sesję ożywiona, w dobrym nastroju. Chwali się innym mieszkańcom i pracownikom ośrodka tym, co przygotowuje, zapowiada występ.

Sesja 3 – nauka piosenki

Kolejna sesja upływa przede wszystkim na nauce piosenki poprzez wielokrotne powtarzanie. Przy pomyłkach dziewczyna denerwuje się, nie zaprzestaje jednak wysiłku. Wydaje się, że perspektywa efektu jest dla niej na tyle mobilizująca i nagradzająca, że z wyjątkową dla siebie cierpliwością, mozolnie ćwiczy utwór.

Sesja 4 – dopracowanie piosenki, plan koncertu

W tygodniu między sesją 3. i 4. Grażyna nauczyła się piosenki na pamięć. Początek czwartego spotkania upływa więc na kilkukrotnym prześpiewaniu piosenki z mikrofonem oraz – na prośbę wokalistki – z towarzyszeniem gitary zamiast keyboardu. Dziewczyna zgłasza, że chce wykonać piosenkę publicznie jak najszybciej. Na argumenty muzykoterapeutki sugerującej, że może lepiej poczekać z koncertem do momentu, w którym będzie dysponować szerszym

repertuarem, informuje, że już odbyła rozmowę z jedną z koleżanek (także biorącą udział w muzykoterapii indywidualnej), która również chętnie wystąpi, prezentując inne piosenki opanowane w toku zajęć. Wyznaje także, że kilka lat wcześniej samodzielnie stworzyła piosenkę, na podstawie zasłyszanej gdzieś melodii, którą także może wykonać. Prezentuje ją terapeutce. W warstwie słownej jest to opowieść o chłopcu pochodzącym z rodziny borykającej się z uzależnieniem, a potem śmiercią rodziców (treść ta, mająca znamiona projekcyjnej ekspresji, sama w sobie stanowiłaby zapewne ciekawy przedmiot badań. Jednak ze względu na fakt, że nie powstała w opisywanym okresie ani w toku muzykoterapii, nie została poddana analizie w niniejszym studium). Zaproponowana przez Grażynę melodia jest bardzo prostą, powtarzającą się frazą. Muzykoterapeutka tworzy akompaniament gitarowy i zgadza się na umieszczenie piosenki, której tytułu brzmi *Dobranoc*, w programie planowanego koncertu.

Grażyna prosi, by występ zorganizować poza ośrodkiem. Muzykoterapeutka, nie chcąc zniechęcić jej do dalszych działań, obiecuje zorganizować go w miejscowej Akademii Muzycznej.

Koncert 1

W kolejnym tygodniu odbywa się zaplanowany koncert. Podczas próby i występu Grażyna wykazuje zdyscyplinowanie i odpowiedzialność. Dziewczyna prezentuje dwa swoje utwory, jej koleżanka – dwa inne, z popularnego, bieżącego repertuaru. Piosenki wykonane są z akompaniamentem gitary, zrealizowanym przez profesjonalnego gitarzystę. Występ zostaje nagrany w formie video (nagranie jest podstawą analizy zachowania Grażyny podczas koncertu). Publiczność składa się z kilkunastoosobowej grupy studentów.

Mimo widocznej tremy Grażyna odważnie wkracza na scenę. Pierwszy utwór (*Dobranoc*) wykonuje z powagą, pomimo widocznego stresu jest skoncentrowana i pozostaje w kontakcie wzrokowym z gitarzystą oraz muzykoterapeutką. Jej ruchy oraz mimika korespondują z zamierzonym charakterem piosenki, dziewczyna delikatnie kołysze się, na jej twarzy nie ma uśmiechu. Podobnie, w skupieniu rozpoczyna wykonanie *Siedzę na ławce...* Widać jednak jak odmienny charakter muzyczny piosenki wywołuje zmianę w jej ruchach i wyrazie twarzy – szczególnie w refrenie ruch jest zdecydowanie bardziej dynamiczny, dziewczyna śmieiej spogląda na widownię, uśmiecha się łobuzersko. W pierwszym rapowanym fragmencie wraca nastrój powagi. Niezwykle interesujący moment następuje w chwili rozpoczęcia drugiej zwrotki. Grażyna myli się i ponownie zaczyna skandować słowa zwrotki pierwszej. Po krótkiej chwili orientuje się, że popełniła błąd, i wybucha śmiechem, dziecinnie chowając twarz w dłoniach. Trwa to nie więcej niż sekundę, zaraz rozpoczyna rapowanie tekstu drugiej zwrotki raz jeszcze. Na jej twarzy jednak pozostaje uśmiech. Grażyna wysyła w tej chwili interesująco sprzeczne sygnały. Z jednej

strony opowiada o śmierci rodziców, braku zrozumienia dla swojej sytuacji oraz działaniach autodestrukcyjnych, z drugiej – jej mimika wyraża emocje związane z czymś zupełnie innym: pomyłką popełnioną na koncercie.

Po zaśpiewaniu piosenki Grażyna kłania się z szerokim uśmiechem i ogromnym zadowoleniem wypisanym na twarzy. Następnego dnia wraz z koleżanką próbuje dokonać kradzieży markowej odzieży i zostaje zatrzymana.

Piosenka *Mamo, nie pij*

Sesja 5 – rozmowa na temat kradzieży, przekazanie tekstu kolejnej piosenki

Na kolejną sesję Grażyna przychodzi i okazuje poczucie winy. Niepytana, rozpoczyna od tłumaczeń. Używa różnych argumentów wyjaśniających sytuację oraz oczyszczających ją z odpowiedzialności: namówiła ją koleżanka, ona nie wiedziała, że będą kradły – myślała, że tylko wybierają ciuchy. Muzykoterapeutka słucha, przytakuje, nie formułuje komentarzy ani nagan. Grażyna jest nieco zdezorientowana. Zapada cisza, po której dziewczyna ponownie zaczyna opowieść, tym razem koncentrując się na ekscytujących szczegółach wydarzenia, momencie przyłapania, zetknięciu z policją, pobycie na komendzie oraz przesłuchaniu. Opowiadając, zapamiętuje się we wspomnieniach, szeroko gestykułuje, śmieje się. Zachowanie muzykoterapeutki nie ulega zmianie, słucha aktywnie, nie wygłasza jednak karcących ani zachęcających opinii. Po kolejnej chwili ciszy dziewczyna komentuje wydarzenie jeszcze inaczej. Ze speszonym wyrazem twarzy stwierdza, że „głupio wyszło”, i milknie. Trudno jednak stwierdzić, czy ma na myśli podjęcie przestępczej aktywności, czy fakt, że dała się złapać. Terapeutka przytakuje, stwierdzając, że „rzeczywiście głupio wyszło, że zdecydowały się na taki krok” (muzykoterapeutka nie wdaje się w pogłębioną dyskusję na temat kradzieży z następujących przyczyn: nie jest psychologiem ani pedagogiem wyspecjalizowanym w terapii werbalnej, a Grażyna po wydarzeniu odbyła zarówno konsultacje psychologiczne, jak i rozmowy z pedagogami i wychowawcami; zgodnie z założeniami humanistycznymi zakłada, że mówiąc, Grażyna sama przepracowuje sytuację oraz dochodzi do pewnych wniosków; mając na uwadze dalszy przebieg terapii, chce z jednej strony przyjąć do wiadomości zaistniały fakt, z drugiej – wyrazić gotowość do dalszej współpracy opartej na akceptacji i zaufaniu).

Speszona dziewczyna pyta, czy pisanie dalszych piosenek jest aktualne. Upewniona, że tak, wyciąga kartkę ze spisanim materiałem następnej piosenki; twierdzi, że napisała ją jeszcze przed koncertem (aneks 1, tabela 2). Mówi, że trzeba będzie jeszcze coś w tekście pozmieniać, bo nie jest do końca zadowolona, prosi jednak, by zająć się nim w kolejnym tygodniu.

Sesja 6 – praca nad tekstem oraz decyzja dotycząca gatunku muzycznego

Po przyjsciu na sesję Grażyna od razu stwierdza, że ma pomysł na melodię do swojej piosenki; nuci początek tekstu, jednak po chwili – ze względu na brak rymów oraz nieodpowiednią strukturę sylabiczną – zniechęca się i prosi o pomoc. Wspólnie czytają tekst piosenki. Muzykoterapeutka prosi, by dziewczyna wskazała fragment, który jej zdaniem jest najważniejszy, w celu wyodrębnienia refrenu. Grażyna wskazuje na słowa: „Mówię to po prostu, bo kocham Cię”. Te wersy, wraz z kolejnymi, zostają uznane za słowa refrenu. Muzykoterapeutka pyta, do kogo skierowana jest treść piosenki. Grażyna stwierdza, że do mamy, więc na sugestię muzykoterapeutki wers rozpoczynający się apostrofą do taty zostaje zamieniony na powtórzony zwrot „mamo”, a jego treść – przeniesiona do zwrotki pierwszej. Piosenka zostaje przepisana „na czysto” z uwzględnieniem zmian oraz drobnych poprawek językowych (aneks, tabela 2a).

Grażyna próbuje nucić tekst w nowej formie do wymyślonej wcześniej melodii. Muzykoterapeutka włącza się, podpowiadając niektóre rozwiązania muzyczne. Dołącza prosty akompaniament gitarowy, który ułatwia intuicyjne prowadzenie linii melodycznej.

Klaruje się poniższa struktura:

a G e E a G
Ma - mo nie pij już chcę byś była ze mną na co-dzień a

e E a G e E
— nie cią - gle pi - ła Ma - mo po - wiedz w o - gó - le jak wy -

a G e E a
głą - da ten za o - knem świat mó - wię to po pros - tu bo

E a E E
ko - cham cię Ma - mo o - pa - mię - taj się krzyw - dzisz nie tyl - ko mnie

Grażyna nie jest w pełni zadowolona; mówi, że melodia brzmi „staro” i że wolałaby coś nowocześniejszego, w stylu poprzedniej piosenki. Gdy jednak terapeutka proponuje jej schematy o bardziej hip-hopowym charakterze – odrzuca je. Uznaje, że jednak taki „stary klimat pasuje do tej piosenki, bo jest smutna”.

Sesja 7 – nauka piosenki

Grażyna pojawia się na sesji wcześniej, niż planowano, i prosi o przesunięcie zajęć tak, by mogła od razu zacząć swoje spotkanie. Ponieważ jest to możliwe, terapeutka zgadza się. Dziewczyna z dumą informuje, że nauczyła się piosenki na pamięć i rzeczywiście wykonuje utwór bez problemu. Powtarzają go jeszcze kilka razy, przypominają sobie także poprzednią piosenkę. Grażyna stwierdza, że właściwie jest już gotowa do kolejnego występu. Na kolejny tydzień zaplanowany jest koncert grupy wokalne w ośrodku; dziewczyna prosi, by jej występ dołączyć do programu. Stwierdza, że teraz może już zaśpiewać „dla nich”.

Koncert 2

Na koncercie zorganizowanym w świetlicy ośrodka występują dwie solistki, grupa wokalna oraz Grażyna. Publiczność stanowi cała społeczność placówki, wychowankowie, wychowawcy i siostry zakonne prowadzące ośrodek. Grażyna przejawia dużo większe zdenerwowanie niż przed poprzednim występem. Stwierdza, że „chyba ucieknę, bo będzie siara przed wszystkimi”. Jest podekscytowana i prezentuje wyraźne oznaki tremy – drżenie rąk, przyspieszony oddech, zaczerwienienie. Gdy słuchacze wypełniają salę, musi zmierzyć się z ich komentarzami, żartobliwymi uwagami, gwizdami. Ogólnie panuje jednak atmosfera zainteresowania – okazuje się, że dziewczyna szeroko „rozreklamowała” swój autorski występ między kolegami i koleżankami. Znowu towarzyszy jej gitarzysta (przed koncertem odbyła się próba).

Występ Grażyny znajduje się w środkowej części programu. Zaczyna piosenką *Mamo, nie pij*. Gdy śpiewa, milkną wszystkie szepty i szmery. Kończy w zupełnej, pełnej powagi ciszy. Otrzymuje ogromne oklaski. Słuchacze wydają się być silnie poruszeni. Piosenka *Siedzę na ławce...* także zostaje świetnie przyjęta – młodzież włącza się w śpiew refrenów.

Po koncercie koleżanki podchodzą do Grażyny i gratulują jej. Także siostry, wychowawczynie i obecne opiekunki wyrażają uznanie; część z nich nie ukrywa wzruszenia, przytulają dziewczynę, mają łzy w oczach, życzą jej powodzenia. Grażyna sprawia wrażenie oszołomionej.

Piosenka *Różne myśli*

Sesja 8 – rozmowa o koncercie, rozmowa o kolejnej piosence Kolejne spotkanie Grażyna rozpoczyna od upewnienia się, czy muzykoterapeutka zwróciła uwagę na zachowanie słuchaczy podczas koncertu. Kilkrotnie wspomina osoby, które płakały. Tłumaczy dlaczego: bo ją tak długo znały, bo wiedzą, jaka jest naprawdę, bo jej współczują. Jest z siebie i z wrażenia, jakie wywarła,

wyraźnie zadowolona. Wspomina, że część koleżanek zgłosiła się do niej po koncercie, prosząc o umożliwienie przepisania tekstu i nauczenie piosenki. Rzeczywiście, piosenki Grażyny stały się w ośrodku „modne”. Dziewczyna upewnia się, czy muzykoterapeutka także uważa, że posiada talent. Zaczyna dzielić się swoimi obawami i ogólnozyciowymi spostrzeżeniami. Mówi, że chciałaby, by jej życie było „normalne”, ale czasem nie potrafi zapanować nad sobą i swoimi myślami. Muzykoterapeutka podsuwa myśl, by te refleksje stały się tematem kolejnej piosenki. Grażyna obiecuje, że „coś wymyśli” na kolejną sesję.

Sesja 9 – praca nad tekstem i decyzja o gatunku muzycznym

Tekst przyniesiony w kolejnym tygodniu istotnie dotyczy tematu prowadzonej na poprzedniej sesji rozmowy (aneks 1, tabela 3). Grażyna nie jest z niego w pełni zadowolona, rzeczywiście struktura tekstu zdaje się mniej spójna i niezbyt udana pod względem literackim (rymy, zgodność sylabiczna) niż poprzednie produkcje. Dziewczyna spokojnie prosi, by pomóc jej zrobić w tekście porządek. Mając na uwadze pozytywny wydźwięk przedostatniej frazy tekstu, muzykoterapeutka sugeruje, by to właśnie ona stała się refrenem. Grażyna przystaje na propozycję. We współpracy zostają zmienione inne fragmenty tekstu, część treści zostaje usunięta. Zmiany inicjuje Grażyna, wskazując miejsca jej zdaniem nieudane. Muzykoterapeutka sugeruje możliwe rozwiązania, podpowiada również, co mogłoby ulec modyfikacji. Grażyna wybiera najlepsze, swoim zdaniem, pomysły i zostają one wprowadzone do tekstu. Gdy wersja ostateczna jest gotowa (aneks 1, tabela 3a), muzykoterapeutka pyta o warstwę muzyczną. Tym razem Grażyna nie ma koncepcji. Zapytana, jakich piosenek słucha ostatnio wymienia wykonawców nawiązujących do stylistyki reggae. Muzykoterapeutka próbuje zaimprovizować melodyczno-harmoniczną strukturę adekwatną do budowy tekstu. Grażyna odrzuca niektóre zwroty melodyczne, akceptuje inne. Powstaje poniższa struktura muzyczna:

The image shows three staves of musical notation in 4/4 time, with a key signature of one sharp (F#). The melody is written in a treble clef. Above the first staff, the notes are labeled with 'a' and 'e'. Below the first staff, the lyrics are: "Róż-ne my - śli w mo - jej gło - wie to nie jest na mo - je zdro - wie mo - je ser - ce niech od - po - wie". Above the second staff, the notes are labeled with 'A', 'D', 'A', and 'E'. Below the second staff, the lyrics are: "chcia - ła - bym żyć nor - mal - nie lecz nie wiem czy to re - al - ne". Above the third staff, the notes are labeled with 'A', 'D', 'A', and 'E'. Below the third staff, the lyrics are: "chcia - ła - bym żyć nor - mal - nie a - le nie wiem czy to re - al - ne".

Sesja 10 – nauka piosenki, powtórzenie repertuaru autorskiego

Ostatnia z opisywanego cyklu sesja rozpoczyna się od kilkukrotnego odśpiewania ostatniej piosenki. Grażyna prosi także, by wykonać z nią wszystkie trzy utwory, w kolejności ich powstawania. Wspomina proces tworzenia piosenek, niedawne koncerty i reakcje publiczności. Chwali się, że śpiewała je swojemu chłopakowi; stwierdza, że był pod wrażeniem. Opowiada o nim, snuje też plany na przyszłość. Wie, że moment opuszczenia ośrodka jest bliski. Wyraża niechęć w stosunku do szkoły, wspomina jednak o kursie zawodowym dla stylistek paznokci, w którym chce wziąć udział. Wydaje się spokojna i ostrożnie optymistyczna. Mówi, że chwilowo nie ma „weny” na następną piosenkę, zwalnia się z kolejnej sesji.

Ważne momenty w muzykoterapii Grażyny

Choć proces terapeutyczny w przypadku Grażyny charakteryzował się ciągłością, wydaje się, że można w nim zauważyć trzy wydarzenia, które były istotne dla jego kierunku. Dwa związane były bezpośrednio z muzykoterapią; trzecie – zbiegiem okoliczności lub konsekwencją zachodzących w dziewczynie zmian.

Były to:

- pomyłka podczas pierwszego koncertu,
- kradzież, która nastąpiła tuż po nim,
- emocjonalna reakcja publiczności po drugim koncercie.

Dzięki pomyłce w czasie pierwszego koncertu okazało się, że przelewając osobiste treści w formę piosenki, a następnie śpiewając ją dla obcych osób, Grażyna zyskała w stosunku do nich dystans. Z jednej strony, wykonując utwór podzieliła się swoim życiem, wykrzyczała nieszczęścia, które ją spotkały; z drugiej – po prostu zaśpiewała swoje dzieło i spotkała się z uznaniem publiczności; także samo wykonanie sprawiło jej radość. W pewnym sensie udaje jej się wejść na swoisty metapoziom – problemy życiowe przestały (może na chwilę) być już bezpośrednio bolesne, bo – wyrażone piosenką – stały się odrębnym, zewnętrznym tworem. Wydaje się, jakby poprzez realizację piosenki oraz przypadkową pomyłkę nastąpił w niej przełom i poczuła się uwolniona. Trudno powiedzieć, czy dystans w stosunku do opisywanych przeżyć narodził się już w trakcie pisania słów, czy nastąpiło to przy wielokrotnym wykonywaniu gotowej piosenki. Pomyłka stała się sygnałem jego obecności.

Poczucie wolności i zadowolenia oraz zrodzonej na ich podstawie siły mogło doprowadzić do kolejnego ważnego zdarzenia, niezwiązanego bezpośrednio z muzykoterapią, jednak mającego miejsce w jej okresie – kradzieży. Być może, niesiona falą nowo nabytej pewności siebie, Grażyna zdecydowała się na ten brawurowy krok. Szczęśliwie, nie zakończył się

on powodzeniem, a interwencja policji stała się kubłem zimnej wody. Potępienie, z którym się spotkała ze strony wychowawców i psychologa, a także zignorowanie faktu przez muzykoterapeutkę mogło stanowić – po sukcesie koncertu – silne przeżycie emocjonalne z drugiego końca spektrum. Grażyna po koncercie otrzymała dużą dawkę pozytywnej informacji zwrotnej; kradzież wywołała przeciwną, negatywną reakcję. Być może zestawienie tych dwóch wydarzeń stało się dla niej jasnym sygnałem dotyczącym konsekwencji podejmowanych czynów.

Za ostatni mocny punkt terapii uznana być może konfrontacja Grażyny ze wzruszeniem widowni, jakie wywołała podczas drugiego występu. Tym razem śpiewała już dla dobrze znanych, mniej lub bardziej bliskich osób. Więzy, jakie stworzyła z wychowawcami i wychowankami podczas lat spędzonych w ośrodku, nie były z pewnością proste i jednoznaczne, nacechowane z jednej strony przywiązaniem, z drugiej – buntem i poczuciem krzywdy. Placz oraz pełne ciepła i bardzo pozytywne komentarze, jakie usłyszała, uzmysłowiły jej wartość oraz jakość relacji, w jakich funkcjonowała. Także dla niej chwila ta pełna była intensywnych emocji.

Wydaje się, że założone cele kliniczne (obniżenie napięcia emocjonalnego, próba zbudowania terapeutycznej relacji i wskazania możliwości tworzenie poprawnych relacji międzyludzkich opartych na poszanowaniu i zrozumieniu, konfrontacja z traumatycznymi doświadczeniami w środowisku bezpiecznym) zostały w pewnym stopniu osiągnięte. Zawartość silnie emocjonalnych treści zmniejszyła się; ostatnia z piosenek, choć oczywiście niepozbawiona napięcia, ma zdecydowanie łagodniejszy charakter. Dzięki koncertom i zachowaniom publiczności Grażyna mogła doświadczyć pozytywnej interakcji z innymi, mogła poczuć się wysłuchana, szanowana i doceniona. Teksty piosenek stały się polem eksploracji przeszłych i obecnych problemów.

Analiza piosenek Grażyny

Teksty

Jak opisano, oryginalne teksty stworzone przez Grażynę w procesie terapii poddano obróbce; wycięto niektóre fragmenty, miejscami zmieniono formę wypowiedzi, dokonano podziału na zwrotki i wersy. W jakim stopniu wersja pierwotna różni się od ostatecznej, ukazują tabele zamieszczone w aneksie 1. Mając na uwadze, że dziewczyna w pełni zidentyfikowała się ze wszystkimi zmianami, a w przypadku większości była wręcz ich inicjatorką, analizie poddano wersje finalne utworów. W rozważaniach dotyczących tekstów, ze względu na ich głęboko osobisty charakter, autorka pozwala sobie zastępować literackie pojęcie podmiotu lirycznego imieniem dziewczyny. Wydaje się to usprawiedliwione ze względu na terapeutyczny, a nie

polonistyczny profil rozważań oraz założenie, że w tym przypadku mamy do czynienia nie z dziełem sztuki o uniwersalnej wartości, lecz z osobistą wypowiedzią, nabierającą znaczenia w terapeutycznym kontekście.

Wszystkie trzy teksty Grażyna napisała w pierwszej osobie liczby pojedynczej. Pierwszy i ostatni mają charakter osobistej wypowiedzi, drugi jest rodzajem odezwy, apostrofą do matki. W piosence *Siedzę na ławce...* powtarzający się refren jest opisem refleksji nad istnieniem i jego brakiem. Zawiera też frazę „w życiu trzeba cieszyć się...”, jednak jest ona poprzedzona oraz skomentowana bezosobowymi wersami wskazującymi na pośredniość, z jaką wypowiedana jest ta treść: „tak mówiono mi”, „tak powinno być”. Pierwsza zwrotka wyraża niespełnione potrzeby (rodzice, przyjaciele) oraz informuje o bieżącej sytuacji („mam dwóch braci i siostrę...”, „jestem w domu dziecka...”, „jestem tutaj od dziewięciu lat...”). Kolejna opowiada o dramatycznych wydarzeniach z przeszłości („rodzice odeszli, gdy byłam mała...”, „myślałam, by do rodziców dołączyć...”, „byłam w szpitalu”) i wskazuje, że uczucia łączące się z nimi ciągle powracają („tych myśli coraz więcej...”, „w końcu uda się...”), a działanie autodestrukcyjne wciąż znajduje się w sferze rozważanych możliwości. Ostatnia zwrotka jest wyrazem niezgody na istniejący stan rzeczywistości („nie chcę już tak mieć”), pragnień („by ktoś pokochał mnie...”), tęsknot („za rodzinnymi chwilami i z rodzeństwem więziami”).

W *Mamo, nie pij* Grażyna zwraca się do matki. Pierwsze dwie zwrotki zawierają treści sugerujące, że walka o jej trzeźwość i zainteresowanie córką ciągle trwa. Ostatnia uświadamia, że jest to jedynie nawiązanie do przeszłości, wspomnień, już nieodwracalnych zdarzeń. Początek jest prośbą o obecność i opiekę, poprowadzenie przez rzeczywistość („chcę, byś była ze mną...”, „powiedz w ogóle, jak wygląda ten za oknem świat”). Refren sprawia wrażenie, jakby Grażyna chciała niejako wytłumaczyć się z sformułowanych prośb, odwołując się do własnych uczuć: miłości i krzywdy („mówię to po prostu, bo kocham cię”, „krzywdzisz nie tylko mnie...”). Następne wersy opisują poczucie bezradności, bezsilności („chcę ci pomóc, lecz nie wiem jak”). Drugą zwrotkę kończy pytanie retoryczne: „Czy jeszcze w ogóle pamiętasz mnie?”. Wspomnieniowy charakter utworu ujawnia się w ostatniej zwrotce, gdy staje się jasne, że tytułowa mama odeszła, pozostawiając po sobie uczucie osamotnienia („tak mi ciebie strasznie brak”) i niezrozumienia („dlaczego wyszło właśnie tak?”).

Myślowy zamęt stał się kanwą utworu *Różne myśli w mojej głowie*. Tu w refrenie pojawiają się pragnienia i wątpliwości („chciałabym żyć normalnie, lecz nie wiem, czy to realne”). W zwrotkach znaleźć można informacje o własnym stanie emocjonalnym, poczuciu ogólnozyciowego chaosu, zagubienia i obaw z nim związanych („wszystko jest poplątane jak całe życie me”, „różne myśli w

mojej głowie, to nie jest na moje zdrowie”, „nie wiem, czy to mi się śni...”) oraz prośbę o pomoc siły wyższej („Boże, proszę, pomóż mi...”).

Treść tekstów można ująć w kilka kategorii: fakty, uczucia, pragnienia. Informacje o charakterze faktograficznym dominują w pierwszej piosence, choć w sposób bardziej zawołowany pojawiają się także w *Mamo, nie pij* (alkoholizm matki, zaniedbanie). Wszystkie wspomniane wydarzenia mają pokrycie w życiorysie Grażyny. Piosenka *Siedzę na ławce...*, mimo że zawiera niewiele przymiotników bezpośrednio opisujących stan emocjonalny, jest przesycona intensywnymi uczuciami. Mając na uwadze bezwzględność szczerość i prawdomówność Grażyny przy wymienianiu faktów, można przypuszczać, że i wspomniane emocje są przez nią realnie odczuwane. Pojawiają się: samotność, bezradność, niepewność, lęk, poczucie krzywdy, miłość i przywiązanie do członków rodziny, tęsknota. We wszystkich trzech utworach ważne miejsce zajmują pragnienia. W *Siedzę na ławce...* mowa o rodzinie, przyjaciółach, miłości; w *Mamo, nie pij* – o potrzebie obecności bliskiej osoby. W ostatniej piosence (w wersji oryginalnej odnotowane przed samym zakończeniem, w wersji ostatecznej ze względu na pozytywny przekaz przeniesione do refrenu) znajduje się nieśmiało stwierdzenie: „chciałabym żyć normalnie”.

Treść, jaką Grażyna zawarła w swoich trzech piosenkach, stanowi zatem bogaty materiał diagnostyczny, dający pojęcie o obrazie własnym dziewczyny, targających nią emocjach, nastawieniu do dawnych przeżyć, bieżącej rzeczywistości i zbliżającej się dorosłości. Odwrotnie niż w dokumentacji czy przy danych z obserwacji ujawnia się spójny, przekonujący obraz osoby zdającej sobie sprawę z trudności własnego położenia, wrażliwej i pełnej lęku, kruchej i niepewnej. Piosenki pozwalają uzyskać wgląd w subiektywną perspektywę dziewczyny, w jej obraz samej siebie.

Interesująca wydaje się także analiza tekstów pod względem ich czasowego ukierunkowania. We wszystkich piosenkach pojawiają się przede wszystkim zwroty w formie teraźniejszej („siedzę na ławce i myślę...”, „mówię to po prostu, bo kocham cię”, „wszystko jest poplątane, jak całe życie me”). Jak wykazano, opisem realnej, bieżącej sytuacji jest *Siedzę na ławce...* Piosenka ta zawiera także, szczególnie w drugiej zwrotce, wersy zbudowane z użyciem czasu przeszłego („rodzice odeszli, gdy byłam małą”, „miałam wiele samobójczych prób”, „byłam w szpitalu”) i odnosi się w tej części do przeszłości. Ostatnia zwrotka piosenki, choć także napisana w czasie teraźniejszym, skierowana jest w przyszłość i pragnienia z nią związane („nie chcę już tak mieć”, „w życiu pragnę, by ktoś pokochał mnie i tęsknił też za...”). Można ją zatem uznać za – przede wszystkim – osadzoną w teraźniejszości, z podgrupami zgodnymi z podziałem na zwrotki: teraźniejszość, przeszłość, przyszłość.

Mając na uwadze fakty z życia Grażyny, uznać można, że *Mamo, nie pij* jest piosenką o przeszłości. Choć prowadzona w czasie teraźniejszym, dotyczy przeszłych wydarzeń i uczuć. Trzecia z piosenek mówi znów o aktualnym samopoczuciu dziewczyny, jednak najsmielej, najbardziej wprost wyraża też pogląd na przyszłość – „chciałabym żyć normalnie”. Czasową orientację trzech utworów przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Czasowa orientacja trzech utworów

<i>Siedzę na ławce</i>	<i>Mamo, nie pij</i>	<i>Różne myśli</i>
Teraźniejszość (teraźniejszość, przeszłość, przyszłość)	Przeszłość	Przyszłość

Można mieć nadzieję, że taka treść piosenek odzwierciedla przebieg procesu muzykoterapeutycznego. Grażyna rozpoczęła terapię, formułując w pierwszej piosence ocenę sytuacji, w której się znalazła. Następnie skonfrontowała się z przeszłością i trudnymi doświadczeniami, jakie były jej udziałem. Wreszcie w ostatnim utworze nieśmiało spojrziała przed siebie i przyznała się do żywionych nadziei i obaw.

Muzyka

W warstwie muzycznej ingerencja muzykoterapeuty była zdecydowanie większa niż przy pracy z tekstem; była w tym zakresie dominująca. Element muzyczny, stanowiący swoisty nierozzerwalny komentarz do treści werbalnych, miał – w zamierzeniu – umacniać, wzbogacać i ukierunkowywać terapeutyczny proces zmagania z uczuciami, doświadczeniami oraz oczekiwaniami poprzez wsparcie tekstu komponentem czysto emocjonalnym i wyzwalającym oraz stabilizującym nastrój. Jednocześnie warstwa muzyczna musiała korespondować z możliwościami wokalnymi dziewczyny.

Siedzę na ławce... w dużej części jest wykonywana w konwencji rapu. Gatunek ten jest kojarzony z wyrażaniem buntu, sprzeciwu wobec rzeczywistości, dobrze zatem sprawdza się w zawierającej opis osobistych doświadczeń i bolesnych przeżyć narracji, obecnej w pierwszej piosence. Refren skonstruowano na melodyjnym, łatwo wpadającym w ucho, prostym, dwukrotnie powtórzonym zdaniu muzycznym. Druga z piosenek najbliższa jest charakterowi rockowej ballady. Wolne tempo oddaje refleksyjną stronę przekazu werbalnego. Zarówno zwrotki, jak i refren *Mamo, nie pij*, a także całą piosenką kończą brzmienia dominanty. Mnogość kadencji zawieszonych dobrze koresponduje z zadawanymi w piosence pytaniami oraz poczuciem

nieodwracalnego już żalu. Utwór ostatni nawiązuje do reggae, stylu związanego z pokojowym, optymistycznym nastawieniem do życia. Zwrotki poprowadzono w tonacji molowej, jednak refren jest już durowy. Celem takiego zabiegu jest wzmocnienie pozytywnego elementu słów „chciałabym żyć normalnie”. Łączenie pewnych cech muzycznych ze stanami uczuciowymi (jak często spotykane wiązanie trybów dur i moll z radością i smutkiem) jest kontrowersyjne; wszelkie uogólnienia tego typu rzadko posiadają naukowe uzasadnienie. Nie budzi jednak wątpliwości, że – czy to na skutek wrodzonych uwarunkowań, czy kontekstu kulturowego – człowiek kultury zachodniej nauczył się łączyć pewne elementy muzyczne z przekazem emocjonalnym. W przypadku Grażyny, dzięki bezpośredniemu, indywidualnemu współdziałaniu, wykorzystano kody kulturowe jej dostępne, bazujące na jej osobistych skojarzeniach.

Konkluzje

W czasie trwania muzykoterapii odnotowano poprawę zachowania Grażyny, z wyłączeniem incydentu złodziejskiego. Zmniejszyła się liczba opuszczanych w szkole zajęć, nie miały miejsca kolejne ucieczki. Dziewczyna sprawiała wrażenie bardziej stabilnej i pogodniejszej. W rozmowach z opiekunami i koleżankami często nawiązywała do swoich muzycznych poczynań. Nie można jednak z pewnością uznać, że zmiana w postępowaniu miała związek z muzykoterapią. Równie dobrze mogła być wynikiem przypadkowej zbieżności z innymi wydarzeniami bądź z ogólną zwyżką w psychicznym funkcjonowaniu dziewczyny.

Przebieg procesu terapeutycznego związany był z typowym schematem sesji z użyciem techniki pisania piosenek. Bieżące decyzje muzykoterapeutka podejmowała, w dużej mierze korzystając z własnej intuicji oraz na podstawie ogólnego planu terapii, prowadzonej w ramach założeń humanistycznych. Jednak analizując proces, zauważyć można analogię do typowych faz pojawiających się w psychoterapii werbalnej, takich jak: nawiązanie kontaktu z klientem, wstępna diagnoza zaburzeń, zawarcie kontraktu, praca nad problemami, zakończenie procesu. Nawiązanie kontaktu miało miejsce już przed podjęciem muzykoterapii indywidualnej, wstępna diagnoza odbyła się już podczas sesji pierwszej, w ramach której Grażyna przedstawiła tekst *Siedzę na ławce...*; wtedy też w pewnym sensie zawarto kontrakt – ustalono porządek spotkań oraz obowiązki dziewczyny związane z udziałem w muzykoterapii. Pracę nad problemami można zauważyć w całym przebiegu procesu pracy nad piosenkami, swoistą jej formą była także publiczna konfrontacja z otoczeniem, mająca miejsce podczas koncertów. Stworzenie piosenki *Różne myśli* stanowiło już przygotowanie do zakończenia, które – w pewnym sensie – nastąpiło podczas ostatniej sesji, o charakterze podsumowującym. Ze względu na sytuację Grażyny

(pozostanie w ośrodku) nie postawiono tu jednak ostrej granicy – muzykoterapeutka, jako osoba zatrudniona w placówce, starała się w ten sposób pozostawić otwartą możliwość dalszego korzystania z muzykoterapii, podkreślając w ten sposób trwałość relacji oraz dalszą gotowość do pomocy.

Technika pisania piosenek, wykorzystana w pracy z Grażyną, okazała się obszarem zastosowania technik wynikających z rogersowskiej terapii skoncentrowanej na kliencie, takich jak: klaryfikacja, akceptacja, strukturalizacja, niedyrektywne wprowadzanie (Grzesiuk 1998). Klaryfikacja, której celem jest wyrażenie rozpoznania i zrozumienia emocji pacjenta, obecna była zarówno na poziomie werbalnym, gdy tekst piosenek poddawany był przeróbkom, jak i – co ciekawsze – na poziomie muzycznym. Można uznać, że muzykoterapeutka, próbując stworzyć struktury muzyczne na bazie ogólnego pomysłu klientki, empatycznie realizowała jej przekaz, klaryfikując go i umieszczając w muzycznych ramach. Emocjonalna siła muzyki została wykorzystana dla nadania kształtu emocjom, wypowiedzianym przez Grażynę w formie tekstów piosenek oraz podczas rozmów na ich temat. Zgoda z wypowiedzią pacjenta wyraża się poprzez technikę akceptacji – w procesie muzykoterapeutycznym Grażyny zauważyć można ją w akcie wspólnego wykonywania napisanego utworu. Niedyrektywne wprowadzanie, technika mająca zachęcać klienta do opisywania własnych problemów, realizowane było w pewnym stopniu w ramach rozmów dotyczących tematyki piosenek. Jedynie strukturalizacja, zmierzająca do objaśnienia klientowi procesu terapii, nie pojawia się w muzykoterapii dziewczyny w pełnej formie. Proces muzykoterapeutyczny jest w tym przypadku znacznie bardziej pośredni niż w przypadku psychoterapii, natomiast Grażyna niechętnie angażowała się w pogłębiony kontakt werbalny.

W muzykoterapii Grażyny pojawiły się także techniki, których stosowanie powinno być – wedle założeń humanistycznych – ograniczane, ze względu na ich częściowo dyrektywny charakter: wyrażanie uznania oraz udzielanie wsparcia (Grzesiuk 1998, s. 204–205). Uznanie dotyczyło jednakże przede wszystkim produktów działania twórczego dziewczyny, zaś udzielanie wsparcia miało pełnić funkcję podtrzymywania motywacji do terapii oraz podniesienia poczucia własnej wartości.

Zbieżność zjawisk typowych dla procesu psychoterapeutycznego z muzykoterapią w opisanym przypadku pozwala dostrzec, że oddziaływania oparte na muzyce mogą spełniać podobną funkcję jak techniki werbalne. Ze względu na bardzo otwarty, niedyrektywny i humanistyczny charakter opisanego procesu następstwo kolejnych wydarzeń było efektem empatycznej intuicji muzykoterapeutki oraz potrzeb tkwiących w klientce. Mimo tego, głównie dzięki doborowi techniki pisanie piosenek, podjęte działania podporządkowane były jasnej

strukturze; element niekontrolowany ujawniał się w precyzyjnie planowanych warunkach (ekspresja ujęta została w ramy schematu piosenek).

Nawiązując do analogii pomiędzy przedstawionym procesem muzykoterapeutycznym a działalnością psychoterapeutyczną, stwierdzić można, że w niektórych przypadkach możliwe jest zrealizowanie w ich ramach tych samych celów oraz przeżycie podobnych zmian. Z dużym prawdopodobieństwem można uznać, że sama Grażyna nie osiągnęłaby podobnych rezultatów w ramach terapii stosującej rozmowę. Jak wspomniano, w kontakcie werbalnym ulegała ona nawykowej manipulacji i dotarcie do faktycznych treści emocjonalnych byłoby bardzo utrudnione; nie posiadała również zupełnie motywacji do podjęcia psychoterapii, natomiast z dużym zaangażowaniem brała udział w muzykoterapii.

Przypadek Grażyny zdaje się wskazywać, że w pracy z osobami z różnych względów niepodjętymi psychoterapii, jak np. młodzież z zaburzeniami emocji i zachowania, działania muzykoterapeutyczne mogą stanowić alternatywę. Muzykoterapia unika konieczności bezpośredniej, konkretnej werbalizacji, często zagrażającej lub po prostu zbyt trudnej dla osób funkcjonujących w podobny jak Grażyna sposób. Jednocześnie, dużo bardziej wprost eksploruje obszar emocjonalny, być może nie do końca uświadomiony, a z pewnością – niełatwy do uchwycenia i nazwania za pomocą komunikatu werbalnego. Wydaje się, że istotne jest także wzięcie pod uwagę faktu, że młodzi ludzie w sytuacji życiowej podobnej do Grażyny rzadko dysponują słownictwem adekwatnie opisującym emocjonalne zawilości. Muzyka może pomóc im przekazać treści, których wypowiedzenie jest niemożliwe.

W przypadku muzykoterapii Grażyny ważne wydają się dwa aspekty procesu: 1) jej własna zmiana i wgląd osiągnięty dzięki twórczości piosenkarskiej oraz 2) przekaz dotyczący jej osoby, jaki mógł zaistnieć w sytuacji upublicznienia produktów tejże twórczości. Można mieć nadzieję, że muzykoterapia pomogła Grażynie przepracować własne problemy; jednocześnie koncerty pozwoliły otoczeniu lepiej zrozumieć, docenić i wesprzeć autorkę piosenek.

Aneks

Tabela 1 a, oryginal – Siedzę na lawce

<p> Rodziców bym chciała mieć prawdziwą rodzinę przyjaźniół też czuję się samotna chociaż mam dwóch braci siostrę najstarszą lecz niewiduje się z nimi. Jestem w domu dziecka już od dziesięciu lat rodzzeństwo odeszło w swój świat jedynie odwiedza mnie tylko jeden brat rodzice odeszli gdy byłam mała nierozumiałam tego jeszcze tak dokładnie co się dzieje co z nami będzie lecz wyszło akurat tak po paru latach dotarło do domnie tak już na poważnie miałam głupie </p>	<p> Rodziców bym chciała mieć prawdziwą rodzinę przyjaźniół też czuję się samotna chociaż mam dwóch braci siostrę najstarszą lecz niewiduje się z nimi. Jestem w domu dziecka już od dziesięciu lat rodzzeństwo odeszło w swój świat jedynie odwiedza mnie tylko jeden brat rodzice odeszli gdy byłam mała nierozumiałam tego jeszcze tak dokładnie co się dzieje co z nami będzie lecz wyszło akurat tak po paru latach dotarło do domnie taj już na poważnie miałam głupie </p>
---	---

myśli by do rodziców dołączyć
 miałam wiele prób
 samobójczych bytatem
 byłam w szpitalu
 chodziłam do lekarza
 lecz i tak jest tych
 myśli coraz więcej
 pewnego dnia będzie
 tak że w końcu uda
 się. Niechce już tak
 mieć lecz to wszystko
 silniejsze jest po prostu
 w życiu pragnę by ktoś
 pokochał mnie prawdziwą
 miłością tęsknię za
 wspólnymi chwilami
 z całą rodziną.
 Jak
 już wspomniałam
 mam tylko rodzeństwo
 lecz brakuje nam

najwazniejszego wielkiej
 więzi między nami.
 Teraz siedzę sobie na
 ławce i myślę co by to było
 gdyby mnie nie było.
 Ale mówiono mi, żeby
 ciszyć się z z najszczęśliwszych
 chwil w życiu i tak
 powinno być!

najwazniejszego wielkiej
 więzi między nami.
 Teraz siedzę sobie na
 ławce i myślę co by to było
 gdyby mnie nie było.
 Ale mówiono mi, żeby
 ciszyć się z z najszczęśliwszych
 chwil w życiu i tak
 powinno być!

najwazniejszego wielkiej
 więzi między nami.
 Teraz siedzę sobie na
 ławce i myślę co by to było
 gdyby mnie nie było.
 Ale mówiono mi, żeby
 ciszyć się z z najszczęśliwszych
 chwil w życiu i tak
 powinno być!

najwazniejszego wielkiej
 więzi między nami.
 Teraz siedzę sobie na
 ławce i myślę co by to było
 gdyby mnie nie było.
 Ale mówiono mi, żeby
 ciszyć się z z najszczęśliwszych
 chwil w życiu i tak
 powinno być!

najwazniejszego wielkiej
 więzi między nami.
 Teraz siedzę sobie na
 ławce i myślę co by to było
 gdyby mnie nie było.
 Ale mówiono mi, żeby
 ciszyć się z z najszczęśliwszych
 chwil w życiu i tak
 powinno być!

najwazniejszego wielkiej
 więzi między nami.
 Teraz siedzę sobie na
 ławce i myślę co by to było
 gdyby mnie nie było.
 Ale mówiono mi, żeby
 ciszyć się z z najszczęśliwszych
 chwil w życiu i tak
 powinno być!

Tabela 1a – oryginał i wersja ostateczna

<p><i>Rodziców bym chciała mieć prawdziwą rodzinę przyjaciół też czuję się samotna chociaż mam dwóch braci siostrę najstarszą lecz niemiędzy się z nimi.</i></p> <p><i>Jestem w domu dziecka już od dziewięciu lat rodzeństwo odeszło w swoją świat jedynie odwiedza mnie tylko jeden brat</i></p> <p><i>rodzice odeszli gdy byłam mała nierozumiałam tego jeszcze tak dokładnie co się dzieje co z nami będzie lecz wyszło akurat tak po paru latach dotarło do domnie tak już na poważnie miałam głupie</i></p> <p><i>myśli by do rodziców dołączyć miałam wiele prób samobójczych byłam w szpitalu chodzę do lekarza lecz i tak jest tych myśli coraz więcej pewnego dnia będzie tak że w końcu uda się.</i></p> <p><i>Niechce już tak mieć lecz to wszystko silniejsze jest po prostu w życiu pragnę by ktoś</i></p>	<p>Siedzę na ławce i myślę sobie jakby to było gdyby mnie nie było... Ale tak mówiono mi: w życiu trzeba cieszyć się ze szczęśliwych chwil, z tych najlepszych chwil. Tak powinno być...</p> <p>Rodziców bym chciała mieć, prawdziwą rodzinę, prawdziwych przyjaciół też na trudne chwile.</p> <p>Mam dwóch braci i siostrę, lecz ich nie widuję jestem w domu dziecka i samotnie się czuję.</p> <p>Jestem tutaj już od dziewięciu lat rodzeństwo odeszło... w swój świat, odwiedza mnie tylko jeden brat.</p> <p>Siedzę na ławce...</p> <p>Rodzice odeszli, gdy byłam mała. Nie rozumiałam, nie rozumiałam co się dzieje, co będzie z nami, dotarło do mnie to z latami.</p> <p>Myślałam by do rodziców dołączyć, miałam wiele samobójczych prób. Byłam w szpitalu, chodzę do lekarza, lecz tych myśli coraz więcej, pewnego dnia tak będzie że w końcu uda się, tak czy nie...</p> <p>Siedzę na ławce...</p> <p>Nie chcę już tak mieć, lecz to silniejsze jest. Po prostu w życiu pragnę, by ktoś pokochał mnie prawdziwą miłością</p>
--	--

<p><i>pokochał mnie prawdziwą miłością tęsknię za wspólnymi chwilami z całą rodziną. Jak już wspomniałam mam tylko rodzeństwo lecz brakuje nam</i></p> <p><i>najważniejszego wielkiej więzi między nami.</i></p> <p><i>Teraz siedzę sobie na ławce i myślę co by to było gdyby mnie nie było. Ale mówiono mi, żeby ciszyć się z najszcześniejszych chwil w życiu i tak powinno być!</i></p>	<p>i tęsknie też za rodzinnymi chwilami i z rodzeństwem więziami...</p> <p>Siedzę na ławce...</p>
---	---

Tabela 2 – oryginał – Mamo nie pij

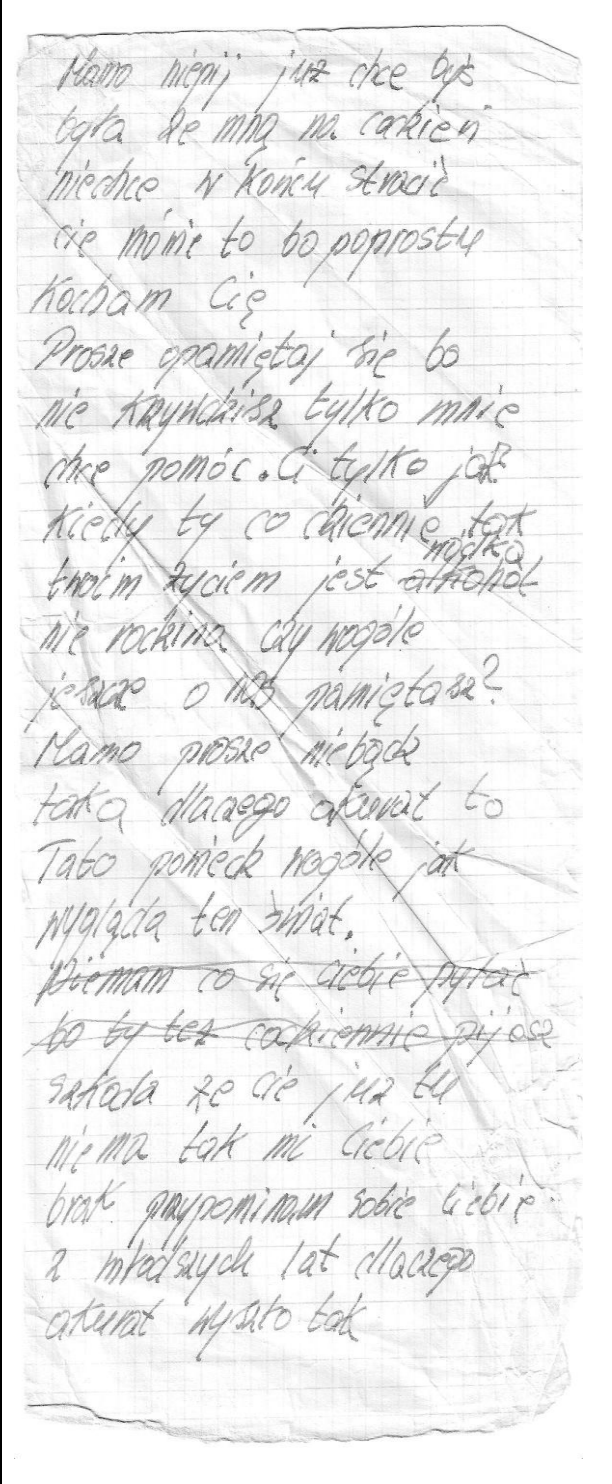
	<p>Mamo nie pij już chcę być była ze mną na co dzień nie chce w końcu stracić cie mówię to bo po prostu Kocham Cię</p> <p>Proszę opamiętaj się bo nie krzywdzisz tylko mnie chce pomóc Ci tylko jak Kiedy ty co dziennie tak twoim życiem jest wódka nie rodzina czy wogóle jeszcze o nas pamiętasz?</p> <p>Mamo proszę nie bądź taka dlaczego akurat to Tato powiedz wogóle jak wygląda ten świat.</p> <p>Szkoda że cie już tu nie ma tak mi Ciebie brak przypominam sobie Ciebie z młodszych lat dlaczego akurat wyszło tak</p>
--	---

Tabela 2a - oryginal i wersja ostateczna

<p><i>Mamo nie pij już chcę byś była ze mną na co dzień niechce w końcu stracić cię mówię to bo po prostu Kocham Cię Proszę opamiętaj się bo nie krzywdzisz tylko mnie</i></p> <p><i>chce pomóc. Ci tylko jak Kiedy ty co dziennie tak twoim życiem jest wódka nie rodzina czy wogóle jeszcze o nas pamiętasz? Mamo proszę nie bądź taka dlaczego akurat to Tato powiedz wogóle jak wygląda ten świat.</i></p> <p><i>Szkoda że cie już tu nie ma tak mi Ciebie brak przypominam sobie Ciebie z młodszych lat dlaczego akurat wyszło tak</i></p>	<p>Mamo nie pij, już chcę byś była ze mną na co dzień a nie ciągle piła. Mamo powiedz w ogóle jak wygląda ten za oknem świat.</p> <p>Mówię to po prostu, bo kocham Cię! Proszę opamiętaj się, krzywdzisz nie tylko mnie.</p> <p>Chcę Ci pomóc, lecz nie wiem jak kiedy ty codziennie tylko tak... Twoim życiem wódka jest - czy jeszcze w ogóle pamiętasz mnie?</p> <p>Mówię to po prostu, bo kocham Cię! Proszę opamiętaj się, krzywdzisz nie tylko mnie.</p> <p>Szkoda, że Cię już tu nie ma, tak mi Ciebie strasznie brak... Przypominam sobie Ciebie z młodszych lat dlaczego wyszło właśnie tak?</p>
---	---

Tabela 3 – oryginał – Różne myśli

<p>Ref: Mam różne myśli w głowie lecz to nie jest moje zdrowie zapamiętaj sobie to, że to nie jest to czego szukasz w mojej głowie lecz serduszek Ci podpowie że nie znajdziesz tego czego inni tylko chcą – miłości tej kiedy przyszłam dziś do domu niewiedziałałam że popłatane jest całe życie mo. Mama, tata piją wciąż jak zrobić to żeby sprzątnąć to.</p> <p>Tak wogóle jestem tutaj w domu dziecka ^{nie chcąc ale mi jest} kolibnie z nimi mi jest. Mam kolegów, koleżanki którzy pomagają mi kiedy dużo we mnie jest ale czasami jest ok.</p> <p>Chciałam bym żyć normalnie lecz nie wiem czy to realne Boże proszę pomóż mi niechce już tak żyć.</p> <p>Ref:</p>	<p>Ref: Mam różne myśli w głowie lecz to nie jest moje zdrowie zapamiętaj sobie to, że to nie jest to czego szukasz w mojej głowie lecz serduszek Ci podpowie że nie znajdziesz tego czego inni tylko chcą – miłości tej kiedy przyszłam dziś do domu niewiedziałałam że popłatane jest całe życie me. Mama, tata piją wciąż jak zrobić to żeby sprzątnąć to</p> <p>Tak wogóle jestem w domu dziecka i dobrze z nimi mi jest. Mam kolegów, koleżanki którzy pomagają mi kiedy dużo we mnie jest ale czasami jest ok.</p> <p>Chciałam bym żyć normalnie lecz nie wiem czy to realne Boże proszę pomóż mi niechce już tak żyć.</p> <p>Ref:</p>
--	--

Tabela 3a - oryginal i wersja ostateczna

<p>Ref:</p> <p><i>Mam różne myśli w głowie lecz to niejest moje zdrowie zapamiętaj sobie to, że to niejest to czego szukasz w mojej głowie lecz serduszek Ci podpowie że nie znajdziesz tego czego inni tylko chcą – miłości tej kiedy przyszłam dziś do domu niewiedziałam że popłatane jest całe życie me. Mama, tata piją wciąż jak zrobić to żeby sprzątnąć to</i></p> <p><i>Tak wogóle jestem w domu dziecka i dobrze z nimi mi jest. Mam kolegów, koleżanki którzy pomagają mi kiedy dużo we mnie jest ale czasami jest ok.</i></p> <p><i>Chciałam bym żyć normalnie lecz niewiem czy to realne Boże proszę pomóż mi niechce już tak żyć.</i></p> <p>Ref:</p>	<p>Różne myśli w mojej głowie, to nie jest na moje zdrowie, różne myśli w mojej głowie, moje serce niech podpowie</p> <p>Chciałabym żyć normalnie lecz nie wiem czy to realne Chciałabym żyć normalnie ale nie wiem czy to realne</p> <p>Tu nie znajdziesz tego, co szukasz - miłości której każdy chce Wszystko jest popłatane jak całe życie me...</p> <p>Chciałabym żyć normalnie lecz nie wiem czy to realne Chciałabym żyć normalnie ale nie wiem czy to realne</p> <p>Boże proszę pomóż mi... Nie wiem czy to mi się śni. Różne myśli w mojej głowie to nie jest na moje zdrowie...</p> <p>Chciałabym żyć normalnie lecz nie wiem czy to realne Chciałabym żyć normalnie ale nie wiem czy to realne</p>
---	---

Bibliografia

1. Amir D., Yair M., 2008, *When The Piano Talks: Finding Meaning in Piano Improvisations Created by Three Children at Risk who Live in Residential Care Qualitative. Inquiries in Music Therapy: A Monograph Series*, Barcelona Publishers.
2. Crowe B. J., 2007, *Music Therapy for Adolescents with Emotional/Behavioral Disturbances*, [w:] *Music Therapy for Children, Adolescents, and Adults with Mental Disorders. Using Music to Maximize Mental Health*, red. B. J. Crowe, C. Colwell, Silver Spring, American Music Therapy Association, s. 224–230.

3. Davies E., 2005, *You Ask Me Why I'm Singing: Song creating with Children and Parents in Child and Family Psychiatry*, [w:] *Songwriting. Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*, red. F. Baker, T. Wigram, London, Jessica Kingsley Publishers, s. 45-67
4. Derrington P., 2005, *Teenagers and Songwriting: Supporting in a Mainstream Secondary School*, [w:] *Songwriting. Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*, red. F. Baker, T. Wigram, London, Jessica Kingsley Publishers, s. 68-81.
5. Flower C., 1993, *Control and Creativity – Music Therapy with Adolescents in Secure Care*, [w:] *Music Therapy in Health and Education*, red. M. Heal, T. Wigram, London, Jessica Kingsley Publishers, s. 40–45.
6. Freed B., 1987, *Songwriting with the Chemically Dependent*, „Music Therapy Perspectives”, nr 4, s. 13–18.
7. Gold C., Voracek M., Wigram T., 2004, *Effects of Music Therapy for Children and Adolescents with Psychopathology: A Meta-analysis*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, nr 45(6), s. 1054.

Metoda w praktyce, czyli jak różne techniki badawcze służą analizie pracy muzykoterapeutów Nordoff-Robbins z dziećmi z autyzmem

Dominika Dopierała

Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego w Katowicach

Streszczenie

Pozytywny wpływ muzykoterapii na rozwój osób z autyzmem został opisany i potwierdzony w licznych publikacjach i pracach badawczych. Opisywany projekt skoncentrował się na ewaluacji metody badawczej, służącej analizie pracy z tą grupą klientów w technice Nordoff-Robbins. Projekt uwzględniał zarówno ilościowe, jak i jakościowe możliwości metody, uprzednio opracowanej przez Wydział Badawczy londyńskiego centrum muzykoterapii Nordoff-Robbins. Połączenie w niej obu perspektyw badawczych umożliwiło ukazanie rozwoju interakcji pomiędzy terapeutą a pacjentem. Badanie oparte zostało na szczegółowej analizie nagrań z pierwszej i ostatniej sesji muzykoterapii z dzieckiem z autyzmem. Analiza przyniosła wyniki dotyczące rozwoju terapii, jak również przydatności użytej metody. Wyniki ilościowe potwierdziły zwiększoną interakcję pomiędzy terapeutą a klientem. Wyniki jakościowe umożliwiły dalszą analizę wykorzystanej techniki oraz wgląd w jej podstawy teoretyczne. Niniejszy projekt przedstawił zastosowanie metody w praktyce, wykazując przy tym, jak techniki ilościowe i jakościowe – pomimo skrajnych różnic – wzajemnie się uzupełniają.

Słowa kluczowe: muzykoterapia Nordoff-Robbins, autyzm, metody badawcze

Wprowadzenie

Muzykoterapia a autyzm – uzasadnienie komunikacji muzycznej w pracy z osobami z autyzmem

Autyzm definiowany jest jako szerokie spektrum upośledzeń i zachowań z nich wynikających (Brown 1994). Symptomy objawiają się w zaburzeniach związanych ze świadomością społeczną, rozwojem motorycznym integracją wrażeń zmysłowych oraz z rozwojem emocjonalnym i poznawczym (Baron-Cohen i in. 1985; Trevarthen 2002; Wigram 2002; Williams 1998).

Elementy muzyczne są obecne w naszym ciele jak w brzmącym organizmie (Brown 1994; Nordoff-Robbins 1971, 2002). Istnieją nie tylko w nas, ale też w naszym sposobie komunikowania się z innymi (Holck 2004; Malloch, Trevarthen 2010; Wigram, Gold 2006). Ton i barwa naszego głosu, dźwięk naszego oddechu, bicie serca, puls krwi – wszystkie te elementy muzyczne brzmią w nas i pomiędzy nami (Brown 1994). To właśnie wzajemna muzykalność pozwala nam tworzyć wspólne znaczenia, a przez to dzielić nasze zainteresowania i emocje (Trevarthen 2002).

Na tej podstawie muzykoterapia jest uważana za działanie, które bezpośrednio zwraca się ku problemom rozwojowym osób z autyzmem. Muzykoterapeuci Nordoff-Robbins pracują z muzykalnością, która tkwi w ruchach pacjenta, w jego śpiewie lub jego grze na instrumentach. Przez „wsluchanie” się w klienta, terapeuta tworzy muzyczny kontekst, który stymuluje lepszy poziom współdziałania za pomocą werbalnych, wokalnych i niewerbalnych sygnałów. W tej wspólnie tworzonej strukturze muzycznej klient odnajduje „zrozumiałą formę swoich działań oraz działań terapeuty” (Robarts 1996).

Poza pobudzaniem aktywności społecznej muzykoterapia wspomaga również rozwój motoryczny i integrację wrażeń zmysłowych. Śpiew lub gra na instrumentach muzycznych motywują pacjenta do celowego ruchu, użycia przedmiotów i uczestniczenia we wspólnym muzykowaniu (Trevarthen 2002). Tworzenie muzyki rozwija koncentrację, pamięć i mowę, które z kolei pomagają usprawnić procesy poznawcze (Wigram 2002).

Główne zagadnienie pracy badawczej

Powyższy przegląd opinii i aktualnych badań stanowi kontekst dla opisanych w dalszej części wyników. Technika muzykoterapii Nordoff-Robbins ukształtowała się w dużej mierze właśnie w pracy z dziećmi z autyzmem. Dlatego też nagrania sesji z tą grupą klientów posłużyły jako źródło danych w niniejszej pracy.

Badanie efektów muzykoterapii Nordoff-Robbins w pracy z osobami z autyzmem było jednak celem pośrednim. Głównym zadaniem pracy było zbadanie metody, która umożliwi przedstawienie techniki Nordoff-Robbins w przejrzystej, a zarazem wyczerpującej formie.

Zwiększanie świadomości na temat muzykoterapii i jej procesów jest istotną częścią zawodu muzykoterapeuty. Terapeuci dążą do opracowania metod badawczych, które zapewnią wyniki wiarygodne klinicznie (Gold i in. 2006). Wielu terapeutów odeszło od stosowania pomiarów ilościowych, które tylko częściowo obrazują charakter ich pracy (Aigen 1993; Bruscia 1998). Zamierzeniem tego projektu była ewaluacja metody, która działa na dwóch równoległych

plaszczynach: jest oparta na obserwacjach, które ukazują to, co dzieje się w ciągu sesji muzykoterapii, ale też demonstruje jej podstawy teoretyczne i ich zastosowanie w praktyce.

Cele pracy

W opracowaniu skupiono się na ocenie sposobu, w jaki metoda przedstawia rezultaty i naturę pracy w modelu Nordoff-Robbins. Wiązało się to z kształtowaniem jej na bieżąco w trakcie procesu badania. Głównym celem była analiza możliwości adaptacyjnych metody, poprzez połączenie w niej technik ilościowych i jakościowych.

Istotne były odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jakie zmiany w procesie terapii widoczne są pomiędzy nagraniami z pierwszej i ostatniej sesji?
2. Jakie wnioski można wyciągnąć z zestawienia liczbowego wyników?
3. Jaki wpływ na przedstawienie wyników ma połączenie perspektywy ilościowej ze szczegółowymi opisami działań terapeuty i pacjenta?

Hipoteza badawcza

Celem analizy pierwszej i ostatniej sesji była obserwacja rozwoju kursu terapii. Na podstawie wskazanej literatury oczekiwano, że wyniki badania wykażą zwiększone zaangażowanie klienta we wspólne muzykowanie i interakcję z terapeutą. Spodziewano się, że całościowy sposób ewaluacji ukaże możliwości – lub ograniczenia – użytej metody, jak również wskaże dalsze sugestie dla jej rozbudowy i zakresu stosowania.

Dane i opis metody

Badanie oparte było na analizie nagrań wideo udostępnionych przez Wydział Badawczy londyńskiego centrum muzykoterapii Nordoff-Robbins. Nagrania prezentują pracę terapeuty Nordoff-Robbins z pięcioletnim dzieckiem z autyzmem. Zaczepnięte zostały z pierwszej i ostatniej sesji terapii. Sesje trwały około 25 minut i odbywały się cotygodniowo, pomiędzy wrześniem 2009 roku a styczniem roku 2011. Klient miał pięć lat w momencie rozpoczęcia terapii.

Projekt pracy badawczej został zatwierdzony przez Komitet Etyki Badawczej Nordoff-Robbins. Zarówno terapeuta, jak i prawni opiekunowie klienta wydali zgodę na użycie nagrań z sesji.

Nagrania zostały zanalizowane przy użyciu metody opracowanej przez dr Netę Spiro z Wydziału Badawczego centrum muzykoterapii Nordoff-Robbins w Londynie. Niniejsze badanie było częścią większego projektu, który został przeprowadzony przez tenże Wydział. Opracowana metoda badawcza wraz z protokołem zostały udostępnione wszystkim terapeutom i studentom zaangażowanym w projekt. Metodę stworzono z myślą o jak najlepszym przystosowaniu jej do zagadnienia. Protokół badawczy wyznaczał i definiował kategorie opisujące czynności terapeuty i klienta.

Aby zapewnić przejrzystość wyników, uznano za stosowne ograniczenie zakresu prezentowanych wyników do dwóch kategorii: *inicjacji klienta* i *odpowiedzi terapeuty* (tabela 1). Protokół badawczy definiował te kategorie następująco:

- *Inicjacja – czynność, która zostaje rozpoczęta bez uprzednich instrukcji, propozycji lub zachęty ze strony drugiej osoby w ciągu poprzedzających ją pięciu minut.*
- *Odpowiedź – czynność, która wyraźnie następuje i wynika z czynności drugiej osoby.*

Tabela 1. Wybrane kategorie opisane w protokole badawczym

Kategoria	Klient	Terapeuta
INICJACJA	Każda z tych kategorii może odpowiadać klientowi lub terapeutce. Kategorie mogą mieć charakter muzyczny, fizyczny lub/i werbalny.	
ODPOWIEDŹ		

Metoda ta została poddana adaptacjom, które zostaną opisane poniżej.

Proces badania

Analiza nagrań wideo

Nagrania zostały zanalizowane przy użyciu programu adnotacyjnego ELAN. Ten sposób badania umożliwił dokładny pomiar czasu, który upłynął przy każdej z czynności, jak również wyznaczenie liczby ich występowania w ciągu sesji. W celu zobrazowania natury techniki Nordoff-Robbins dodano szczegółowy komentarz do każdej z czynności. Definiował on muzyczne, fizyczne lub werbalne cechy działań, ich regularność i ich temat.

Grupowanie wyników i sprawdzanie ich spójności

Ważną rzeczą było zaszeregowanie czynności wykonywanych przez terapeutę i pacjenta do poszczególnych kategorii, określonych w protokole badawczym. W trosce o spójność

wyników sprawdzono i ujednolicono kryteria przypisywania czynności do każdej z kategorii. W kilku przypadkach dylematem okazało się przypisanie muzycznego charakteru do niektórych czynności klienta. Nieoczekiwanie jednak problem ten naświetlił naturę technik użytych przez terapeutę. Zostanie on poruszony w części opisującej wyniki badań.

Zestawienie wyników z obu sesji

W celu ukazania zmian w funkcjonowaniu klienta, które zaszły pomiędzy pierwszą a ostatnią sesją, ilościowe i jakościowe wyniki badań zostały zestawione w tabeli (załącznik 1). Porównanie wyników umożliwiło przejrzyste **zobrazowanie różnic** pomiędzy pierwszą a ostatnią sesją w obu kategoriach – *inicjacje klienta* i *odpowiedzi terapeuty*. To zestawienie pozwoliło na wstępny ogólny ogląd wyników badania.

Forma prezentowania wyników

Ostatni etap badań miał na celu ocenę przejrzystości użytej metody, w szczególności jeśli chodzi o przedstawianie jej wyników. W trakcie ich spisania konieczna okazała się analiza czynności uczestników w porządku chronologicznym. Jej celem było przedstawienie wyników nie jako osobnych opisów czynności klienta i terapeuty, ale raczej ujęcie ich w kontekście wzajemnej relacji pomiędzy uczestnikami sesji muzykoterapeutycznej. Analiza ukazała istotne aspekty dotyczące rozwoju terapii i działań terapeuty. Na podstawie tych wniosków skojarzono praktykę terapeutyczną z jej teoretycznymi podstawami charakterystycznymi dla metody Nordoff-Robbins.

Użyta metoda nie pozwalała jednak na dalsze uzasadnienie działań terapeuty. Propozycja rozszerzenia metody będzie opisana w końcowej części tego projektu.

Wyniki badań

Poniższa prezentacja wyników projektu jest ostatnim etapem procesu badania metody.

W pierwszej kolejności wyniki zobrazowane zostały przy użyciu metod ilościowych. Posłużyło to przedstawieniu ogólnych zmian, jakie zaszły pomiędzy pierwszą a ostatnią sesją terapii. Następnie – w celu zweryfikowania możliwości jakościowych metody – przedstawiono szczegółowy opis omawianych czynności.

Wyniki ilościowe dotyczące obu kategorii – *inicjacje klienta* i *odpowiedzi terapeuty* – są przedstawione w tabelach 2 i 3:

Tabela 2. Relacja pomiędzy liczbą odpowiedzi terapeuty i czasem ich trwania w obu sesjach

Odpowiedzi terapeuty	Całkowity czas (min:s)	Liczba odpowiedzi	Najdłuższa odpowiedź
PIERWSZA SESJA	05:46	17	01:47
OSTATNIA SESJA	01:48	54	00:07

Tabela 3. Relacja pomiędzy liczbą inicjacji klienta i czasem ich trwania w obu sesjach

Inicjacje klienta	Całkowity czas (min:s)	Liczba inicjacji	Najdłuższa inicjacja
PIERWSZA SESJA	00:49	7	00:25
OSTATNIA SESJA	02:35	11	02:05

Odpowiedzi terapeuty

Wyraźną różnicą pomiędzy pierwszą a ostatnią sesją była odwrotna sytuacja pomiędzy całkowitym czasem odpowiedzi, a ich liczbą (tabela 2). Całkowity czas odpowiedzi terapeuty był znacznie dłuższy w ciągu pierwszej sesji. Z kolei, liczba odpowiedzi była wyraźnie większa w ciągu ostatniej sesji. Porównując najdłuższe odpowiedzi z obu sesji, można wywnioskować, że chociaż liczba odpowiedzi w ostatniej sesji była większa, były one zdecydowanie krótsze niż odpowiedzi w sesji początkowej.

Powyższy opis jest ilościowym ujęciem wyników badań. W celu prowadzenia dalszej dyskusji na temat użytej techniki zaprezentowano dwa przykłady odpowiedzi terapeuty przy użyciu opisów jakościowych. Odpowiedzi terapeuty z pierwszej sesji zostały opisane następująco:

CZAS: 22:19–24:06	CZYNNOŚĆ: <i>Podczas gdy klient siedzi po przeciwnej stronie pokoju, terapeuta akompaniuje jego wyraźnemu niezainteresowaniu. Akompaniując mu na pianinie, terapeuta śledzi i odzwierciedla minimalne ruchy ciała klienta, tempo jego oddechu i ciche wokalizacje.</i>
-----------------------------	--

W sesji ostatniej odpowiedzi terapeuty prezentowały się odmiennie. Tutaj w kontekście krótkiej części muzyczno-wokalnej konwersacji:

CZAS:	CZYNNOŚĆ:
16:14	Terapeuta <i>śpiewa na jednej nucie: ba ba ba ba</i>
16:16	Klient <i>powtarza: ba ba ba ba</i>
16:17	Terapeuta odpowiada: <i>ba ba ba ba</i>
16:20	Klient <i>odpowiada: ba</i>
16:23	Terapeuta odpowiada: <i>ba ba!</i>

W odniesieniu do wyników ilościowych powyższe opisy ukazały, że mniejsza liczba odpowiedzi terapeuty wynikała z małej aktywności klienta. Tabela dotycząca inicjacji pacjenta również sugeruje znaczny wzrost jego aktywności pomiędzy obiema sesjami (tabela 3). W ciągu pierwszej sesji terapeuta akompaniował i odpowiadał przy braku akceptacji klienta w dyskretny, lecz wrażliwy sposób. Jego odpowiedzi były stosunkowo długie, jako że starają się dopełnić statyczność klienta. Znacznie większa liczba odpowiedzi terapeuty w ostatniej sesji wskazywała na równie zwiększoną aktywność klienta. Częste odpowiedzi dziecka zapraszały i wymagały częstszych odpowiedzi terapeuty. Odpowiedzi terapeuty w ciągu ostatniej sesji powtarzały się i tworzyły przewidywalną strukturę muzyczną. Były oparte na sylabach i krótkich frazach muzycznych, które podtrzymywały bieg wspólnego muzykowania.

Powyższe opisy odpowiedzi terapeuty nawiązują do kluczowych technik Nordoff-Robbins, używanych w pracy z dziećmi z autyzmem. Odpowiedzi z pierwszej sesji były przykładem wstępnego stadium terapii – akceptacji i zapoznania się ze stanem emocjonalnym klienta (Bruscia 1987). Różnica w odpowiedziach terapeuty pomiędzy sesjami jest przykładem, jak praca z oporem klienta (pierwsza sesja) może być pierwszym krokiem do jego aktywnego udziału

we wspólnej wymianie muzycznej – ostatnia sesja (Brown 1994; Robarts 1996; Nordoff, Robbins 1971, 2007).

Regularność i powtarzalność odpowiedzi w ostatniej sesji podkreślają wysokie znaczenie przejrzystej struktury czynności muzycznych. Terapeuta ujął i przemienił czynności dziecka w następstwo kolejnych fraz muzycznych. Ustalił on zwięzłą strukturę motywiczną, która z kolei przyciągnęła muzyczną aktywność dziecka (Robarts 1998).

Inicjacje klienta

Wyraźną oznaką zwiększonej aktywności klienta była różnica całkowitego czasu inicjacji pomiędzy pierwszą a ostatnią sesją (tabela 3). Większa aktywność dziecka potwierdziła się również w czasie najdłuższej inicjacji klienta – miała miejsce w ciągu ostatniej sesji.

Opisy jakościowe inicjacji dziecka pozwalały na dalszą analizę ich charakteru. W ciągu pierwszej sesji inicjacom dziecka przypisano charakter fizyczny lub muzyczny. Najdłuższa inicjacja w ciągu pierwszej sesji opisana była jako fizyczna:

Terapeuta kontynuuje akompaniowanie czynnościom dziecka. Klient siedzi na podłodze, dotyka bębenka, który leży obok, i przesuwa go po ziemi.

Ta inicjacja występowała podczas jednej z wcześniej opisanych odpowiedzi terapeuty. Mimo że uwaga klienta skupiona była na bębnie, nie próbował on gry na nim, ale raczej bawił się instrumentem. Ten przykład ukazał ryzyko nieścisłości przy prezentowaniu wyników w postaci ilościowej. Czas inicjacji klienta był stosunkowo długi, mimo tego jego zaangażowanie nie miało natury muzycznej.

W części nagrania z sesji końcowej najdłuższy czas inicjacji był bliski ich całkowitemu czasowi. Czynność ta została opisana jako werbalno-fizyczna:

Klient bawi się kłapą od pianina i rozmawia na temat zawiąsów, które się na niej znajdują. Terapeuta rozpoczyna improwizowaną piosenkę na temat kłapy i zawiąsów.

Długi czas trwania powyższej czynności w połączeniu z jej opisem wskazuje na monotonię czynności klienta. Późniejsze opisy ukazywały podobne przykłady powtarzalności w zachowaniu dziecka.

Przedłużony czas trwania inicjacji klienta w ostatniej sesji był znaczący i niewątpliwie ukazywał jego większą aktywność. Mimo to inicjacje klienta w ostatniej sesji nie były przykładem jego muzykowania. Opisy inicjacji klienta z obu nagrań wydają się być wyrazem dotykowego zapoznawania się z otoczeniem – zachowania charakterystycznego dla osób z autyzmem

(Williams 1998). Mimo że czynności klienta ukazywały jego aktywność w sesji, nie były to jednak inicjacje muzyczne.

Znacząca zmiana zaszła jednak w dystansie pomiędzy klientem a terapeutą. W ekstrakcie z pierwszej sesji klient siedział na podłodze w przeciwnej części pokoju. Jego aktywność była skupiona na oddzielnym instrumencie, z dala od terapeuty. Z kolei, w ekstrakcie z ostatniej sesji zarówno terapeuta, jak i klient koncentrowali się na grze lub rozmowie o tym samym instrumencie. Dzielili tym samym wspólne miejsce i temat czynności.

Kolejny przykład inicjacji klienta, który pozwolił na obserwacje użytych technik terapeutycznych, miał miejsce we fragmencie nagrania z pierwszej sesji. W ciągu tego nagrania pacjent wydał cichy dźwięk podczas wydechu. Problemy z decyzją co do muzycznego charakteru tej czynności naświetliły kolejny aspekt dotyczący użytej techniki. Niejednoznaczność działania pacjenta doprowadziła do analizy jego zachowania w kontekście odpowiedzi terapeuty:

Terapeuta akompaniuje klientowi, czekając tym samym na jakikolwiek znak aktywności dziecka, który mógłby być odzwierciedlony muzycznie. Klient wzdycha cicho. Dźwięk jego oddechu zostaje podjęty przez terapeute. Kontynuując swój akompaniament, terapeuta powtarza ten wydech, nadając mu przy tym wyraźną linię melodyczną.

Muzykalność wydechu, który nie powtarza się regularnie i tym samym nie prezentuje muzycznego zamiaru, jest kwestią sporną. Mimo to brzmiący wydech dziecka niewątpliwie zawiera w sobie elementy muzyczne. Terapeuta słyszy go jako muzyczny i w ten sam sposób odzwierciedla go swoim śpiewem.

Ta odpowiedź terapeuty jest przykładem konceptu *muzycznego dziecka* lub *wewnętrznej muzykalności* – kluczowego założenia techniki Nordoff-Robbins. Wewnętrzna muzykalność to nasza wrodzona muzykalność, która jest obecna w człowieku pomimo upośledzenia lub doznanych urazów (Nordoff, Robbins 1971, 2007). Muzyczność inicjacji dziecka dostarczyła terapeutce materiału, na którym mógł oprzeć swoje dalsze działania. Terapeuta starał się odzwierciedlić stan klienta poprzez ujęcie jego wydechu w linię melodycznej swojego śpiewu. Zmieniając wydech dziecka we frazę melodyczną, terapeuta otworzył możliwość dalszej interakcji muzycznej. Moment ten można interpretować jako pierwszy krok w kierunku budowania interakcji pomiędzy terapeutą a klientem.

Wnioski

Podsumowanie wyników

Celem pracy badawczej była weryfikacja przejrzystości przypisanej metody oraz analiza jej ilościowych i jakościowych możliwości opisu. Kolejność prezentowanych wyników – od ilościowych do jakościowych – umożliwiła uwydatnienie różnic pomiędzy nimi, jak również sposobu, w jakim się one dopełniają. Wyniki ilościowe wstępnie potwierdziły rozwój interakcji pomiędzy uczestnikami, ukazując przy tym pozytywny wpływ muzykoterapii na pracę z dziećmi z autyzmem. Ujęcie wyników w sposób ilościowy nie umożliwiło jednak wglądu w techniki użyte przez terapeutę czy też w jakość interakcji pomiędzy nim a klientem. W celu uzyskania bardziej szczegółowych wyników uwzględniono perspektywę jakościową. Połączenie metod przyniosło dalsze wnioski dotyczące:

- symptomów autyzmu objawiających się w zachowaniu klienta,
- interwencji muzykoterapeuty i jej podstaw teoretycznych.

Wyniki zostały ostatecznie podsumowane w odniesieniu do kluczowych założeń techniki Nordoff-Robbins oraz do przyswojonej przez terapeutów teorii pozamuzycznej. Możliwość osiągnięcia konkluzji dotyczących kluczowych interwencji w technice Nordoff-Robbins potwierdziła skuteczność użytej metody.

Interpretacja wyników

Techniki ilościowe i jakościowe prezentują dwie skrajnie różne metody poznawcze. Bruscia (1998) prezentuje dość radykalne stanowisko, stwierdzając, że obie metody z natury wzajemnie się wykluczają. Technika ilościowa działa na podstawie powszechnie przyjętych standardów badawczych. Jej zadaniem jest zaprezentowanie wyników w sposób definitywny – jako prawdę absolutną.

Technika jakościowa jest zdecydowanie trudniejsza do sprecyzowania. Powodem jest jej uniwersalność w przystosowaniu do badanego zagadnienia, jak również do uczestników badania – badanych i samych badaczy. Aldridge (1996) uznaje, że mimo tych fundamentalnych różnic obie metody wskazane są w badaniach muzykoterapeutycznych. Implementacja obu technik jest konieczna, aby zwiększyć świadomość na temat procesów zachodzących w muzykoterapii.

Założenia przyjęte w tej pracy wspomogły rozwój i przystosowanie bazowej metody:

- jej miarodajność w stosunku do badanego zagadnienia,
- jej przejrzystość i dostosowanie do potrzeb czytelnika.

Wydaje się jednoznaczne, że stosowanie różnorodnych technik staje się niezbędne.

Wyniki potwierdziły niewystarczalność ich prezentacji wyłącznie w sposób ilościowy. Ujęcie liczbowe wyników mogło w najlepszym wypadku sugerować kierunek rozwoju terapii. Pomocny może być tu przykład z kategorii *inicjacje klienta*. Ilościowe wyniki sugerują znaczny wzrost aktywności klienta pomiędzy pierwszą a ostatnią sesją. Jednak dopiero w momencie, gdy przyjrzymy się rezultatom jakościowym, dostrzegamy prawdziwą istotę tego procesu – mianowicie mniejszy dystans i pogłębioną współpracę pomiędzy klientem a terapeutą.

Tymczasem kategoria *odpowiedzi terapeuty* jest przykładem na to, jak obie metody wzajemnie się dopełniają. Długie odpowiedzi terapeuty w pierwszej sesji nie prowadziły do żadnych konkluzji bez informacji jakościowych. Przeciwnie, opisany charakter odpowiedzi terapeuty zyskiwał na znaczeniu dopiero wtedy, gdy zestawiono go z ich długością. To połączenie wyników pozwoliło na wyciągnięcie wniosków dotyczących wzajemnej relacji pomiędzy uczestnikami i użytych przez terapeutę działań muzycznych.

Poza uwzględnieniem opisów jakościowych niezbędna okazała się kolejna analiza. Wyniki ilościowe i jakościowe dotyczące czynności uczestników nie znaczyłyby wiele bez uwzględnienia ich następstwa i wzajemności. Obie kategorie wyników – mimo że skoncentrowane na czynności jednego z uczestników – wymagały częstego nawiązania do czynności drugiej osoby (np. długotrwałe odpowiedzi terapeuty w kontekście braku akceptacji dziecka). Badanie tej wzajemnej reakcji dostarczyło dalszych informacji dotyczących podstaw teoretycznych, na których terapeuta opierał swoje działania.

Ostateczna ocena przejrzystości i wiarygodności przedstawionej metody należy do odbiorców niniejszego projektu. Czytelnicy, którym styl terapii Nordoff-Robbins nie jest znany, mogą wstępnie zapoznać się z pewnymi jego aspektami. Z kolei muzykoterapeuci mogą odnieść się do tego projektu jako swoistego wstępu, który prowadzi do dalszych poszukiwań w zakresie opisanej techniki muzykoterapii lub metody jasno ją opisującej.

Wydaje się słuszną dalsza rozbudowa metody o punkt widzenia terapeuty. Uwzględnienie jego zdania byłoby cennym uzasadnieniem użycia konkretnych działań. Dałoby również wskazówki dotyczące dostosowania technik terapeutycznych do potrzeb klienta. Mając na uwadze subiektywny charakter niektórych z powyższych interpretacji, uwagi terapeuty mogłyby zasugerować jakiegokolwiek nieścisłości w analizie wyników badania. Jego perspektywa mogłaby być argumentem za wiarygodnością powyższych sugestii lub przeciwnie, wykazałaby jej brak.

Załącznik 1. Zestawienie wyników ilościowych i jakościowych badania*(F = charakter fizyczny M = charakter muzyczny W = charakter werbalny)*

Kategoria	Sesja pierwsza	Sesja ostatnia
Odpowiedzi terapeuty	<ul style="list-style-type: none"> - całkowity czas – 05:45:8 - liczba: 17 (8M 6W 1F (1W/F, 1M/W)) - zdecydowana większość odpowiedzi terapeuty polegała na akompaniowaniu nieakceptacji klienta – jego ruchów ciała, oddechu i cichych wokalizacji. Odpowiedzi terapeuty dopełniają statyczności klienta – puls prawie regularny - większość ma charakter muzyczny (bez użycia słów, niewielka aktywność fizyczna) - odpowiedzi z użyciem słów – oznajmiają i opisują brak akceptacji ze strony klienta - powtarzane i kontynuowane przez dłuższy czas 	<ul style="list-style-type: none"> - całkowity czas – 1:48:4 - liczba: 54 (37W 14M 1F 2W/F) - odpowiedzi z użyciem słów – terapeuta opisuje czynności klienta lub jego odpowiedzi są częścią rozmowy z klientem - w większości odpowiedzi o charakterze muzycznym terapeuta używa swojego głosu, odpowiadając na ciche wydechy lub wokalizacje pacjenta - większość odpowiedzi o charakterze muzycznym ma regularny puls - odpowiedzi o charakterze werbalnym zawierają krótkie, powtarzające się sylaby lub słowa – puls regularny - większość odpowiedzi opiera się na powtarzanych frazach/słowach

Inicjacje klienta	<ul style="list-style-type: none"> - całkowity czas: 00:48:6 - liczba: 7 (3M 4F) - wiele inicjacji oznaczonych zostało jako muzyczne, ponieważ zawierają w sobie elementy muzyczne, są odzwierciedlone jako muzyczne przez terapeutę – ciche wydechy 	<ul style="list-style-type: none"> - całkowity czas: 2:35:2 – liczba: 11: wszystkie o charakterze werbalnym poza jedną werbalno-fizyczną - przytacza temat gorących mikrofalówek i pękniętego bębena
	<ul style="list-style-type: none"> - inicjacje fizyczne nie przedstawiają muzycznego zaangażowania pacjenta: przesuwanie bębena nogą lub ręką po ziemi - najdłuższe inicjacje mają charakter fizyczny (przesuwanie bębena – 00:16:4 nogą; 00:24:6 ręką) 	<ul style="list-style-type: none"> - używa pojedynczych słów, powtarzając je wiele razy – najdłuższa inicjacja (2:04:8) – pacjent bawi się kłapą od pianina i rozmawia na temat zawiasów od kłapy

Bibliografia

1. Aigen K., 1993, *The Music Therapist as Qualitative Researcher*, „Music Therapy”, nr 12(1), s. 16–39.
2. Aldridge D., 1996, *Music Therapy Research and Practice in Medicine: From Out of the Silence*, London, Jessica Kingsley Publishers.
3. Baron-Cohen S., Tager-Flusberg H., Cohen D. J., 1993, *Understanding Other Minds: Perspectives from Autism*, Oxford, Oxford University Press.
4. Brown S., 1994, *Autism and Music Therapy – Is Change Possible, and Why Music?*, „Journal of British Music Therapy”, nr 8(1), s. 15–25.
5. Bruscia K. E., 1987, *Improvisational Models of Music Therapy*, Illinois, Charles C Thomas Publisher.
6. Bruscia K. E., 1998, *Standards of Integrity for Qualitative Music Therapy Research*, „Journal of Music Therapy”, nr 35(3), s. 176–220.
7. Gold C., Wigram T., Elefant C., 2006, *Music Therapy for Autistic Spectrum Disorder*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, wyd. 2.

8. Holck U., 2004, *Turn Taking in Music Therapy with Children with Communication Disorders*, „British Journal of Music Therapy”, nr 18(2), s. 45–54.
9. Malloch S., Trevarthen C., 2010, *Communicative Musicality: Exploring the Basis of Human Companionship*, Oxford, Oxford University Press.
10. Nordoff P., Robbins C., 1985, *Therapy in Music for Handicapped Children*, London, Victor Gollancz.
11. Nordoff P., Robbins C., 2007, *Creative Music Therapy*, Gilsum, Barcelona Publishers.
12. Trevarthen C., 2002, *Autism, Sympathy of Motives and Music Therapy*, „Enfance”, nr 54(1), s. 86–99.
13. Trevarthen C. i in., 1996, *Children With Autism*, London, Jessica Kingsley Publishers.
14. Wigram T., 2002, *Indications in Music Therapy: Evidence from Assessment That Can Identify Expectations of Music Therapy as a Treatment for Autistic Spectrum Disorder (ASD); Meeting the Challenge of Evidence Based Practise*, „British Journal of Music Therapy”, nr 16(1), s. 11–28.
15. Wigram T., Gold C., 2006, *Music Therapy in the Assessment and Treatment of Autistic Spectrum Disorder: Clinical Application and Research Evidence*, „Child: Care, Health and Development”, nr 32(5), s. 535–542.
16. Williams D., 1998, *Autism and Sensing: the Unlost Instinct*, London, Jessica Kingsley Publishers.

Improwizacja jako medium komunikacyjne. Refleksje z praktyki muzykoterapeutycznej.

Sara Knapik-Szweda

Uniwersytet Śląski, Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego w Katowicach

Streszczenie

Artykuł prezentuje podstawowe informacje na temat improwizacji i jej znaczenia w muzykoterapii. Punktem wyjścia do rozważań na ten temat będą trzy pytania: czym jest improwizacja, jakie są jej cechy, jakie jest jej znaczenie w interakcji terapeuta – klienta? W tekście – obok treści teoretycznych – zostaną zaprezentowane sylwetki trójki dzieci ze sprzężonymi zaburzeniami, wraz z opisem walorów improwizacji zastosowanej w toku ich terapii.

Słowa kluczowe: improwizacja, komunikacja, interakcja terapeuta-klient

Wprowadzenie

Czym jest improwizacja? Jakie są jej cechy i znaczenie w terapeutycznej relacji?

Improwizacja (łac. *improvisus*) oznacza nieprzewidywalne, niespodziewane działanie. Według *Nowego Słownika Języka Polskiego* jest to „komponowanie i równoczesne wykonywanie utworu literackiego lub muzycznego bez przygotowania i zapisywania, czasem na zadany temat” (*Nowy Słownik Języka Polskiego* 2003, s. 271). Kenneth E. Bruscia (1998) w proponowanej charakterystyce doświadczeń muzykoterapeutycznych, które funkcjonują w różnych modelach tej formy terapii, wymienia improwizację właśnie jako pierwszą formę muzycznej interwencji. Kolejne to: odtwarzanie/wykonywanie, tworzenie, słuchanie (*Case Study in Music Therapy* 2006, s. 7–8).

Tony Wigram przedstawia muzyczną improwizację jako kombinację dźwięków stworzonych wewnątrz pewnej struktury: początku i końca (Wigram 2004, s. 37). Improwizacja w muzykoterapii jest tworzeniem muzyki przez terapeutę i klienta w ramach procesu terapeutycznego osadzanego w różnych ramach teoretycznych. Według tego autora muzyczna improwizacja tworzy przestrzeń opartą na wspólnym zaufaniu i wsparciu, w której stopniowo realizowane są potrzeby klienta. Improwizacja w muzykoterapii należy do aktywnych jej form, obejmuje granie na instrumentach, śpiewanie czy improwizację ruchową do muzyki. Ma potencjał

umożliwiający realizację potrzeb, takich jak humanistycznie rozumiana samorealizacja i samoakceptacja. Klient podczas tworzenia może się czuć wolny, nieoceniany, nieograniczony żadnymi barierami i nieprzysłony, np. osobą terapeuty. Ważne jest, aby „miał poczucie, że wszystko, co robi, jest dobre” (Stachyra 2012, s. 77), aby mógł sam decydować o sposobie gry, jakości, ilości oraz intensywności uczestniczenia w improwizacji. Improwizację porównać można do zabawy o określonej strukturze, zawierającej w sobie pewne działania. Zmieniając zasady gry, tworzymy nowe ramy i nowe spojrzenie na sytuację. Improwizowanie uświadamia istnienie wielorakich możliwości, daje przestrzeń i – jakże ważną – możliwość dokonywania wyboru, decydowania. Taka muzyczna zabawa pokazuje nie to, jak coś POWINNO wyglądać, lecz jedynie jaką formę MOŻE przyjąć. Pozwala wyrazić różne stany emocjonalne, opisać zdarzenia z życia klienta, będąc zarazem alternatywną formą eksploracji siebie (Ruud 1998, s. 119). Jest eksperymentowaniem, odkrywaniem siebie, swoich umiejętności i relacji międzyludzkich.

Even Ruud zaznacza, że improwizacja daje możliwość zmiany, przejścia z jednej sytuacji w drugą, przejścia z jednej relacji w inną. Umożliwia zmianę pozycji, struktury czy nawet stanu świadomości, dzięki czemu jest istotnym narzędziem terapeutycznym (Ruud 1998, s. 117–118). Improwizacja ujawnia również swoją symboliczną rolę – wytwarzać może swoisty stan liminalny, oznaczający zawieszenie i jednoczesną dużą intensywność emocjonalną. Ten stan, który ujawnia się w zbiorowych okolicznościach, gdy ludzie wspólnie przeżywają emocje, powoduje, iż tworzą oni specyficzne relacje między sobą, na kształt istniejących więzi w ich prywatnych życiach (Ruud 1998, s. 121). Specyficzny stan zawieszenia, rodzące się w nim relacje międzyludzkie, odkrywanie nowych znaczeń dla siebie, dla swojego wnętrza to formy, które kształtują improwizację. Fritiz Hegi uważa, że improwizacja to obszar życiowego eksperymentowania, w którym uczymy się przekraczać granice i dążymy do poczucia wolności (Ruud 1998, s. 121). Simon Procter (2002) stwierdza, że wspólnimprowizacja to połączenie dwóch lub więcej osób, które wspólnie dążą do osiągnięcia nowego poziomu gry.

Mercedes Pavlicevic wprowadziła kliniczną definicję improwizacji: „Dostarcza ona przestrzeni dla wysoce dynamicznej, wzajemnej interakcji pomiędzy terapeutą a klientem [...]” (za: Procter 2002). Ponadto porównała muzyczną więź do interakcji matki z dzieckiem oddziałujących na siebie wzajemnie. Pavlicevic zauważyła, że już noworodki posiadają zdolność do odczytywania stanów wewnętrznych matki poprzez rozszyfrowywanie mowy, emocjonalnych sygnałów w jej głosie, gestach i mimice. Otrzymując te sygnały, dziecko koordynuje je, tworząc pewne stałe wzorce zachowań, które matka może wyrażać na wiele sposobów. Taka interakcja zachodzi wtedy, gdy matka i dziecko uzupełniają się i reagują na siebie wzajemnie oraz komunikują w sposób niewerbalny (Pavlicevic 2002). Podobne elementy dostrzegła Pavlicevic w

relacji podczas improwizacji. Terapeuta, prawidłowo rozpoznając wewnętrzny stan klienta w formie muzycznego odzwierciedlenia, sprawia, że czuje się on bezpieczny i rozumiany w danej sytuacji terapeutycznej oraz – dzięki zaufaniu do terapeuty – gotowy jest do budowania głębszych relacji, na fundamentach muzycznego dialogu (Wigram 2004, s. 98).

Wszelkie procesy zachodzące w trakcie tworzenia improwizacji sprawiają, że staje się ona środkiem terapeutycznym o dużym natężeniu ekspresyjnym. Nie tylko stanowi niewerbalny kanał komunikacyjny, doprowadzający do interakcji, ale również opierając się na holistycznym podejściu, staje się formą stymulacji wielopoziomowej (pobudzając sfery rozwojowe każdego klienta).

Aby przybliżyć praktyczne zastosowanie improwizacji, pokazać, jak improwizacja stała się istotną formą komunikacyjną w pracy z klientami, zostanie przedstawiona praca z trojgiem dziećmi z całościowymi zaburzeniami rozwoju – chłopcem z autyzmem oraz dziewczynkami z syndromem Retta.

Improwizacja z chłopcem z autyzmem

Pięcioletni chłopiec został zdiagnozowany jako dziecko z niepełnosprawnością sprzężoną, której cechą jest niepełnosprawność intelektualna znaczna, niepełnosprawność ruchowa oraz autyzm. Wykazywał globalne opóźnienie rozwoju psychoruchowego, z zaburzeniami integracji sensorycznej. Zauważalne były *stereotypie ruchowe* w postaci autostymulacji, kręcenia głową na boki i podskakiwania oraz ogólne pobudzenie ruchowe w pewnych sytuacjach, np. przed rozpoczęciem sesji muzykoterapeutycznej. Inicjował kontakt, ale nie potrafił podtrzymać go przez dłuższy czas. Kontakt wzrokowy był znacznie utrudniony, czasem występował w chwilach motywacji i zainteresowania daną rzeczą lub zdarzeniem. Nie komunikował się werbalnie, pojawiały się natomiast wokalizacje.

Muzykoterapia skoncentrowana na improwizacji była prowadzona raz/dwa razy w tygodniu przez 30 minut. Sesje miały niedyrektywny charakter i wynikały z założeń muzykoterapii kreatywnej. Terapeuta nie oczekiwał od klienta wykonywania konkretnych poleceń, nie zmuszał do realizowania czynności wymagających grania czy śpiewania, starał się ograniczyć słowne komentarze i próby werbalnego zachęcania klienta do aktywności, bazując przede wszystkim na interakcji muzycznej. Każda sesja była zbliżona do innych strukturą, miejscem i czasem. Sesje dokumentowane były w postaci zapisków terapeuty, nagrań oraz pomiarów dokonywanych według skal: *Scale I Child – Therapist Relationship In Coactive Musical Experience Rating Form* i *Scale II Musical Communicativeness Rating Form* utworzonych przez Paula Nordoffa i Clive’a Robbinsa (Nordoff, Robbins 2007, s. 415–417).

Celem improwizacji była przede wszystkim praca nad *muzyczną i pozamuzyczną interakcją* – wśród konkretnych zachowań wymienić można podtrzymywanie muzycznego dialogu, nawiązywanie kontaktu wzrokowego, zwracanie się do terapeuty i nawiązywanie fizycznego kontaktu przez dotyk. Stopniowo uwidaczniała się *muzyczna ekspresja* i *zaangażowanie* chłopca (radość, jego uśmiech adekwatny do sytuacji, napięcie przed wykonywanym ruchem grania na instrumencie, a następnie rozluźnienie po zagranium; wokalizacje utrzymane w tej samej tonacji co grana improwizacja czy chwytywanie ręki terapeuty i przyciąganie jej do siebie i grania za jej pomocą na gitarze). Spośród wielu instrumentów (gitarę, dzwonki, bęben, tamburyno, grzechotki) dzwonki sztabkowe stały się sposobem dotarcia do dziecka i – tym samym – instrumentem, który wspomagał kontakt między terapeutą i klientem. Umożliwiały utworzenie wspólnego pola uwagi. Chłopiec wykazywał dużą wrażliwość słuchową na muzyczne zmiany, np. często wsłuchiwał się w brzmiały instrument, i koncentrował się nad sposobem wydobywania dźwięku i nad jego brzmieniem. Odczuwając drgania, kładł się przy wibrującym instrumencie i nasłuchiwał.

Angażowanie klienta do muzycznej relacji opierało się na zastosowaniu przez muzykoterapeutkę wielu środków muzycznych: pochodów melodycznych prowadzących do górnych rejestrów, zastosowaniu dysonansów, skal (bluesowej, pentatonicznej, orientalnej, modalnej), charakterystycznych rytmów (synkopy, stałe, ostinatowe schematy rytmiczne), dynamiki i zróżnicowanego tempa. Istotnym elementem w procesie terapeutycznym był fakt, że sama interakcja z terapeutą przynosiła wiele radości i satysfakcji, co motywowało klienta do ponownych działań muzycznych i pozamuzycznych. Improwizacja stała się dla chłopca formą naprzemiennej komunikacji, zabawy oraz poznawania siebie i świata.

Podczas procesu terapeutycznego chłopiec znacznie poprawił swoją muzyczną i pozamuzyczną komunikację (podtrzymywanie kontaktu, który stopniowo się wydłużał, intencjonalny kontakt wzrokowy). Pod względem stereotypii ruchowych czy autostymulacji pojawiły się pozytywne zmiany w częstotliwości niepożądanych zachowań. Nastąpiło również polepszenie funkcjonowania sfery poznawczej, zwłaszcza w zakresie takich umiejętności jak: utrzymywanie wspólnego pola uwagi, koncentracji, zapamiętywania sekwencji, naśladowania czy ciekawości poznawczej, związanej, np. z eksplorowaniem instrumentów, brzmień, kształtów i faktur.

Improwizacja z dziewczynkami z zespołem Retta

Dwie dziewczynki: dziewięcioletnia oraz siedmioletnia z zespołem Retta uczęszczały na muzykoterapię raz w miesiącu. Ze względu na charakter zaburzenia wykazywały trudności komunikacyjne, społeczne, motoryczne wynikające z apraksji oraz stereotypie ruchowe w

okolicach rąk: klepanie, klaskanie, czasem wkładanie rąk do ust. Obie dziewczynki miały dysfunkcję oddechową, polegającą na hiperwentylacji i polykaniu powietrza, co wiązało się z problemami gastrycznymi.

Muzykoterapia w przypadku dziewczynek była prowadzona w obecności rodziców i specjalisty od komunikacji wspomagającej. Podobnie jak u chłopca z autyzmem, muzykoterapia opierała się na swobodnej improwizacji. Sesje muzykoterapeutyczne były dokumentowane w postaci nagrań. Każda sesja (pomimo rzadkich spotkań) powodowała stopniowe rozluźnienie w sferze motorycznej i dostarczała wielu momentów umożliwiających komunikację z dziewczynkami. Współimprowizacja przyczyniała się do zaktywizowania dzieci i zachęcenia ich do wspólnego grania na instrumentach, śpiewania (mruczenia, wokalizacji), a nawet próby improwizacji ruchowej. Muzykoterapeuta dostosowywał metrum oraz rytm do tempa oddechu dziewczynek, co w konsekwencji wpływało pozytywnie na jego miarowość. Liczne momenty budowania napięcia dynamiczno-harmonicznego i późniejszego jego rozładowania stymulowały skupienie, nawiązywanie kontaktu wzrokowego z terapeutami oraz budowanie relacji między sobą.

Jednym z istotnych elementów procesu muzykoterapeutycznego było dostrzeżenie, że jedna z dziewczynek (o wzmożonej stereotypii ruchowej rąk) przestawała wykonywać ruchy, w sytuacji, gdy muzykoterapeuta zmieniał puls improwizacji czy jej nastrój. Jej uwaga koncentrowała się na zmianach w muzycznych materiale, przez co następowało samoistne zatrzymywanie stereotypii. Inną formą rozładowania energii wynikającej ze stereotypii było podsuwanie bębenka, w który można było uderzyć. Taka forma dawała dziewczynce możliwość sprawstwa pomimo swoich trudności i przyzwyczajień. Chwile takie jak te opisane powyżej sugerują, że improwizacja ze względu na swoją muzyczną różnorodność może pomóc w niwelowaniu lub zmniejszaniu częstotliwości ruchów stereotypowych. Podczas sesji dziewczynki wielokrotnie podejmowały komunikacyjne próby w postaci wokalizacji, mruczenia, oddechu dostosowanego do tempa improwizacji, uśmiechu w chwilach rozluźnienia i grania na ulubionym instrumencie. Ważną rolę w tym przypadku odgrywały także pauzy, stanowiąc chwile odpoczynku po dużym napięciu emocjonalnym i mięśniowym, jakie wywoływała u dziewczynek ekspresja muzyczna.

Bawmy się razem dzięki improwizacji – podsumowanie

Paul Nordoff i Clive Robbins pisali: „efektywność terapii zależy od głębi doświadczanej przez dziecko patologii, od wieku, osobowości i warunków zewnętrznych, w jakich żyje” (Nordoff, Robbins 2008, s. 50). Podstawowym zadaniem improwizacji w terapii każdego

człowieka, niezależnie od jego fizycznych czy psychicznych uwarunkowań, jest stworzenie przestrzeni dla spontanicznej zabawy i nieskrępowanej ekspresji. Każda muzyczna aktywność klienta musi być wspierana muzyczną podstawą proponowaną przez muzykoterapeutę.

Celem niniejszego artykułu było pokazanie walorów improwizacji w muzykoterapii ogólnie, a także jakie możliwości wpływu na funkcjonowanie dzieci z autyzmem czy z zespołem Retta ma ten sposób oddziaływania. Praca z klientami jest nieprzewidywalna i naładowana wieloma emocjami, których nie da się (i chyba nie należy) unikać podczas tworzenia muzyki.

Najważniejszym elementem w muzykoterapii rozumianej w ramach humanistycznego paradygmatu jest nie tylko to, aby realizować wyznaczone cele, lecz również aby klienci odczuwali radość obecną w trakcie tworzenia. Doświadczając przyjemności płynącej z kreatywnego działania, klienci stopniowo realizują wyznaczone cele terapeutyczne, czasem zupełnie nieświadomie dokonują wielu postępów. Jeżeli te elementy: radość, zaangażowanie, interakcja – będą wiodące w procesie terapeutycznym, wtedy cała terapia stanie się nie tylko skutecznym narzędziem w podnoszeniu poziomu funkcjonowania, lecz również będzie fascynującą przygodą zarówno dla klienta, jak i dla terapeuty.

Bibliografia

1. Aigen K., 1998, *Paths of Development in Nordoff-Robbins Music Therapy*, Gilsum, NH, Barcelona Publishers.
2. Boso M. i in., 2007, *Effect of Long-Term Interactive Music Therapy on Behavior Profile and Musical Skills in Young Adults with Severe Autism*, [online:] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17931062> [data dostępu: 6.07.2014].
3. Bruscia K. E., 1998, *Defining Music Therapy*, Gilsum, NH, Barcelona Publishers.
4. Bunt L., 1994, *Music Therapy. An Art Beyond Word*, London–New York, Routledge.
5. *Case Study in Music Therapy*, 2006, red. K. E. Bruscia, wyd. 3, Gilsum, NH, Barcelona Publishers.
6. *Clinical Application of Music Therapy in Developmental Disability, Pediatrics and Neurology*, 2002, red. T. Wigram, J. de Backer, London–Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers.
7. Davis W. B., Gffeler K. E., Thaut M. H., 1998, *An Introduction to Music Therapy. Theory and Practise*, wyd. 2, USA, The McGraw-Hill Companies.
8. Kenny C. B., 1989, *The Field of Play. A Guide for the Theory and Practise of Music Therapy*, California, Ridgeview Publishing Company.
9. Lee C., 2000, *A Method of Analyzing Improvisations in Music Therapy*, „Journal Music Therapy”, [online:],

- <http://www.chinamusictherapy.org/file/doc/A%20Method%20of%20Analyzing%20Improvisations%20in%20Music%20Therapy.pdf> [data dostępu: 6.07.2014].
10. *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*, 2012, red. K. Stachyra, Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
 11. *Music Therapy Research*, 2005, red. B. L. Wheeler, wyd. 2, Gilsum, Barcelona Publishers.
 12. Wigram T., 2004, *Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators, and Students*, London, Jessica Kingsley Publishers.
 13. Nordoff P., Robbins C., 1971, *Music Therapy in Special Education*, New York, The John Day Company.
 14. Nordoff P., Robbins C., 2007, *Creative Music Therapy. A Guide to Fostering Clinical Musicianship*, wyd. 2, Gilsum, Barcelona Publishers.
 15. *Nowy Słownik Języka Polskiego*, 2003, oprac. zbiorowe, Warszawa, Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN.
 16. Pavlicevic M., 2000, *Improvisation in Music Therapy. Human Communication in Sound*, [online:] http://www.chinamusictherapy.org/file/doc/Improvisation%20in%20Music%20Therapy_%20Human%20Communication%20in%20Sound.pdf Journal Music Therapy [data dostępu: 6.07.2014].
 17. Pavlicevic M., 2002, *Dynamic Interplay in Clinical Improvisation*, [online:] <https://normt.uib.no/index.php/voices/article/viewarticle/88/70> Voices [data dostępu: 6.07.2014].
 18. *Podstany muzykoterapii*, 2012, red. K. Stachyra, Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
 19. Ruud E., 1998, *Music Therapy, Improvisation, Communication and Culture*, Gilsum, Barcelona Publishers.
 20. Wheeler B. L., Shultis C. L., Polen D. W., 2005, *Clinical Training Guide for the Student Music Therapist*, Gilsum, NH, Barcelona Publishers.
 21. Wigram T., Gold C., 2005, *Music Therapy in the Assessment and Treatment of Autistic Spectrum Disorder: Clinical Application and Research Evidence*, [online:] http://noteabilities.com/downloads/Benefits_of_MT_for_Autism_3.pdf PubMed [data dostępu: 6.07.2014].
 22. Wigram T., Pedersen I. N., Bonde L. O., 2004, *A Comprehensive Guide To Music Therapy. Theory, Clinical, Practise, Research and Training*, London–Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers.