

**WROCŁAWSKA 3
MUZYKOTERAPIA**

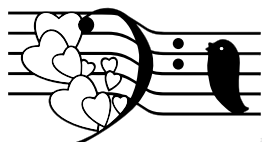


Diagnoza i diagnostyka muzykoterapeutyczna



**Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu
Zakład Muzykoterapii**

**DIAGNOZA
I DIAGNOSTYKA
MUZYKOTERAPEUTYCZNA**



Seria:

WROCŁAWSKA MUZYKOTERAPIA **3**
Tom



Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu
Zakład Muzykoterapii

DIAGNOZA I DIAGNOSTYKA MUZYKOTERAPEUTYCZNA

Redakcja naukowa
Paweł Cylulko
Joanna Gładyszewska-Cylulko

Wrocław 2020

Recenzent

dr hab. Lidia Kataryńczuk-Mania, prof. Uniwersytetu Zielonogórskiego

Redakcja naukowa

dr hab. Paweł Cylulko

dr Joanna Gładyszewska-Cylulko

Opracowanie redakcyjne

Dorota Kanafa

Ewa Skotnicka

Korekta

Iwona Huchla

Grafiki na okładce i stronach tytułowych części publikacji

Ewa Nosal

Opracowanie graficzne okładki, layout i DTP

Aleksandra Snitsaruk

© Copyright by Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu,
Wrocław 2020

ISBN 978-83-65473-24-0

Druk

Soft Vision Mariusz Rajski

Wydawnictwo Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

www.amuz.wroc.pl

*Niniejszą publikację poświęcamy pamięci
doktora Andrzeja Janickiego, pioniera polskiej
i wrocławskiej muzykoterapii, współzałożyciela
i wieloletniego kierownika Zakładu Muzykoterapii
Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego
we Wrocławiu, Honorowego Prezesa i inicjatora
Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich –
z ogromną wdzięcznością i szacunkiem.*

Autorzy

SPIS TREŚCI

Paweł Cylulko, Joanna Gładyszewska-Cylulko Od diagnozy w muzykoterapii do diagnozy muzykoterapii – refleksje wstępne	9
--	----------

Część I

Praktyka muzykoterapii z udziałem osób dorosłych

Helena Cesarz Muzykoterapia jako pomoc w diagnozowaniu nastroju pacjenta kardiologicznego leczonego na oddziale szpitalnym	17
Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk Metody i narzędzia diagnostyczne w muzykoterapii zaburzeń nerwicowych – doniesienia z praktyki muzykoterapeuty	45
Agnieszka Zygmunt Znaczenie obrazu ciała w procesie diagnozy muzykoterapeutycznej i choreoterapeutycznej	69
Szymon Chrobak Diagnoza w muzykoterapii w opiece paliatywnej	85
Ewa Klimas-Kuchtowa Muzyka przy łóżku chorego – przebieg działań muzycznych i ich znaczenie diagnostyczne	103

8 » SPIS TREŚCI

Wojciech Strzelecki	
Diagnoza w muzykoterapii systemowej	117

Część 2

Praktyka muzykoterapii z udziałem dzieci

Daniela Colonna-Kasjan	
Działania diagnostyczne w muzykoterapii dzieci	143
Paweł Cylulko	
Podejście badawcze do twórczości muzycznej dzieci na instrumentach perkusyjnych i jej znaczenie dla diagnostyki muzykoterapeutycznej	157
Agnieszka Szymajda	
Aspekty diagnostyczne „muzycznego lustra”	179

Część 3

Narzędzia diagnostyczne i badania naukowe nad muzykoterapią

Katarzyna Turek	
Omówienie wybranych skal do oceny skuteczności muzykoterapii w obszarze chorób otępiennych	195
Joanna Gładyszewska-Cylulko	
Projekcyjny aspekt improwizacji muzycznej i rysunkowej	219
Magdalena Urbanek	
<i>Internet Gaming Disorder</i> – problematyka, spostrzeżenia oraz refleksje nad diagnozą w muzykoterapii	239
Joanna Gładyszewska-Cylulko, Maria Cylulko	
Metody badawcze w muzykoterapii	257

OD DIAGNOZY W MUZYKOTERAPII DO DIAGNOZY MUZYKOTERAPII – REFLEKSJE WSTĘPNE

Drodzy Czytelnicy,

oddajemy do Państwa rąk publikację zatytułowaną *Diagnoza i diagnostyka muzykoterapeutyczna*, stanowiącą trzeci tom zapoczątkowanej w roku 2014 serii wydawniczej „Wrocławska Muzykoterapia”. Książka powstała dzięki twórczemu i naukowemu wysiłkowi wielu autorów skupionych wokół Zakładu Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Liczymy, że okaże się ona istotnym wypełnieniem pewnej luki, ponieważ na brak publikacji naukowych z zakresu diagnostyki muzykoterapeutycznej od kilkadziesiąt lat zwracają uwagę zarówno czynni zawodowo muzykoterapeuci, jak i nauczyciele akademicki uczący muzykoterapii oraz adepci tej profesji.

Muzykoterapeuci są zgodni co do tego, że uprawiana przez nich terapia i diagnoza są ze sobą ściśle powiązane. Niezależnie od specyfiki funkcjonowania pacjenta podjęcie terapii z wykorzystaniem sztuki muzycznej poprzedzone jest zwykle diagnozą jego właściwości psychofizycznych, mechanizmów funkcjonowania, muzycznych preferencji, umiejętności itp. Diagnosta zaczyna od etapu prediagnostycznego, przechodzi przez etap identyfikacji i wyjaśniania, kończy zaś na etapie interwencji. Tak pojmowana diagnoza łączy się ściśle z terapią czy rehabilitacją, stanowi jej punkt wyjścia i jednocześnie punkt odniesienia. Postępowanie postdiagnostyczne zakończone jest bowiem zwykle

kolejną diagnozą (ewaluacją), potwierdzającą słuszność wybranego sposobu i kierunku oddziaływań lub wskazującą na potrzebę dokonania ich modyfikacji. Dobry muzykoterapeuta diagnosta powinien nie tylko wykazywać się bogatą wiedzą teoretyczną i różnorodnymi umiejętnościami praktycznymi, lecz także mieć pełną świadomość swoich kompetencji zawodowych i prezentować znajomość metod i technik diagnostycznych. Warto wspomnieć w tym miejscu, że w ostatnich latach powstają coraz to nowsze narzędzia służące diagnozie muzykoterapeutycznej, umożliwiające poznanie pacjenta ze szczególnym uwzględnieniem jego percepcji słuchowej, reaktywności na muzykę, ekspresji, twórczości muzycznej itp. Jest to wielce pożądane zjawisko, ponieważ dzięki temu muzykoterapia może ugruntowywać swą tożsamość, a diagnoza muzykoterapeutyczna może stanowić cenne uzupełnienie diagnozy psychologicznej, pedagogicznej lub logopedycznej.

Słowa „diagnoza” czy „diagnozowanie” mają jeszcze jedno znaczenie: diagnozy naukowej. Jest ono fundamentalne dla muzykoterapii jako dyscypliny zarówno teoretycznej, jak i praktycznej. Jednym z problemów nurtujących współczesną muzykoterapię jest bowiem wypracowanie wiarygodnego modelu diagnozy naukowej umożliwiającej analizowanie jej licznych aspektów (zwłaszcza na polu sztuki muzycznej), wybór metod (jakościowych i ilościowych) adekwatnych do podejmowanej przez nią problematyki oraz stworzenie jednoznacznych kryteriów skuteczności jej oddziaływań (nie tylko wspomagających, lecz także samodzielnych). Możliwość skorzystania w muzykoterapii z powszechnie uznanych procedur badawczych z jednej strony, z drugiej zaś zaproponowanie innym dyscyplinom wypracowanych rzetelnych narzędzi eksploracyjnych przyczyni się do pogłębienia wiedzy na jej temat. Pozwoli także na właściwe rozeznanie, a następnie odrzucenie działań, które z pewnością nie są muzykoterapią.

Diagnostyka muzykoterapeutyczna podejmowana przez praktyków różni się od tej przeprowadzanej w celach naukowo-badawczych. Choć procedura w obu wypadkach może być bardzo podobna, to jednak inny jest rodzaj i zakres zmiennych uznanych za istotne dla danego zjawiska. W badaniach naukowych muzykoterapeuta diagnosta dąży przede

wszystkim do jak najdokładniejszego poznania danej sytuacji, okoliczności i problemu, do znalezienia prawidłowości ogólnych, hipotez i teorii. W podejściu praktycznym celem jego postępowania zawodowego jest przede wszystkim projektowanie zdarzeń i ich następstw. Wyboru metod rozwiązywania problemu dokonuje zaś pod kątem możliwości ich modyfikowania w praktycznym działaniu. Najważniejsze różnice pomiędzy procesem diagnozy prowadzonej dla celów praktycznych a badaniem diagnostycznym służącym celom naukowym wynikają z charakteru celów i specyfiki zmiennych. Dla badacza diagnosty najważniejszy jest utylitarny charakter diagnozy muzykoterapeutycznej i znalezienie dzięki niej rozwiązania problemów jednostki. Natomiast badacz naukowiec dąży do osiągnięcia innego celu – do wyjaśniania generalizującego, stanowiącego podstawę formułowania praw uniwersalnych dotyczących dyscypliny muzykoterapii. Tak więc najogólniej można przyjąć, że diagnosta bardziej rozumie, niż ocenia, a badacz – bardziej ocenia, niż rozumie.

Publikacja składa się z trzech integralnych części i obejmuje trzyście artykułów. W części poświęconej muzykoterapii osób dorosłych pierwszy z nich, autorstwa Heleny Cesarz, przybliży zagadnienia dotyczące diagnozowania aktualnego nastroju pacjentów kardiologicznych. Autorka przedstawia wieloletnie doświadczenia własne dotyczące pracy przy łóżku chorego leczonego na oddziale szpitalnym. Narzędzie diagnostyczne, jakim jest bilans psychomuzyczny, stanowi przedmiot zainteresowania badawczego Klaudii Kukięłczyńskiej-Krawczyk. Autorka prezentuje doświadczenia własne wyniesione z wieloletniej praktyki muzykoterapeutycznej zaburzeń nerwicowych na oddziale szpitalnym. Zagadnieniom znaczenia obrazu ciała w procesie diagnozy zarówno muzykoterapeutycznej, jak i choreoterapeutycznej poświęca swoją uwagę Agnieszka Zygmunt. Problematykę tańca i ruchu przybliży nie tylko z perspektywy wzorców ruchowych, sposobów oddychania i przyjmowanej postawy ciała, lecz także w kontekście nawiązywania relacji interpersonalnych i wchodzenia w interakcje społeczne z innymi osobami. Autor kolejnego artykułu, Szymon Chrobak, skupia się na muzykoterapii w opiece paliatywnej. Na podstawie zdobytego doświadczenia ukazuje

rolę diagnozy opartej w głównej mierze na wywiadzie, rozmowie i obserwacji podopiecznych hospicjum dla osób dorosłych. Następne dwa artykuły stanowią niejako pomost do prac zamieszczonych w kolejnej części książki. Ewa Klimas-Kuchtowa omawia przebieg działań muzycznych przy łóżku chorego realizowanych przez profesjonalnych muzyków na oddziałach szpitalnych w ramach międzynarodowego projektu. Zdaniem autorki uzyskane w przebiegu prowadzonych badań wyniki wskazują na to, że tego typu działania prowadzone z udziałem osób dorosłych i przedwcześnie urodzonych noworodków mogą mieć obok znaczenia promującego zdrowie, profilaktycznego i terapeutycznego także wartość diagnostyczną. Artykuł Wojciecha Strzeleckiego podejmuje tematykę roli procesu diagnostycznego w pracy muzykoterapeutycznej w ujęciu systemowym. Autor skupia się głównie na muzycznej ekspresji pacjentów, dającą możliwość rozeznania na przykład przejawianych przez nich schematów komunikacyjnych mogących zaburzać lub wręcz uniemożliwiać rozwiązywanie sytuacji trudnych i konfliktowych.

Kolejną część publikacji rozpoczyna artykuł dotyczący działań muzykoterapeutycznych realizowanych z udziałem dzieci. Jego autorka Daniela Colonna-Kasjan porusza podstawowe zagadnienia odnoszące się do prowadzenia sesji terapeutycznych zgodnie z dokonywanym rozpoznaniem muzykoterapeutycznym. Paweł Cylulko prezentuje podejście badawcze do twórczości muzycznej dzieci. W artykule stara się przybliżyć problematykę analizy i interpretacji improwizacji realizowanych na prostych instrumentach muzycznych. Drugą część książki kończy artykuł Agnieszki Szymajdy zawierający refleksje nad diagnostycznymi aspektami autorskiej koncepcji „muzycznego lustra”. Autorka swoje rozważania odnosi głównie do roli improwizacji muzycznej w muzykoterapii kreatywnej.

Część poświęconą narzędziom diagnostycznym i badaniom naukowym nad muzykoterapią rozpoczyna praca Katarzyny Turek dotycząca wybranych narzędzi służących do oceny skuteczności muzykoterapii w obszarze chorób otępiennych. Omówiona została w nim m.in. *Music in Dementia Assessment Scale* (MiDAS), stanowiąca standaryzowaną metodę oceny muzykoterapeutycznej. Artykuł autorstwa Joanny

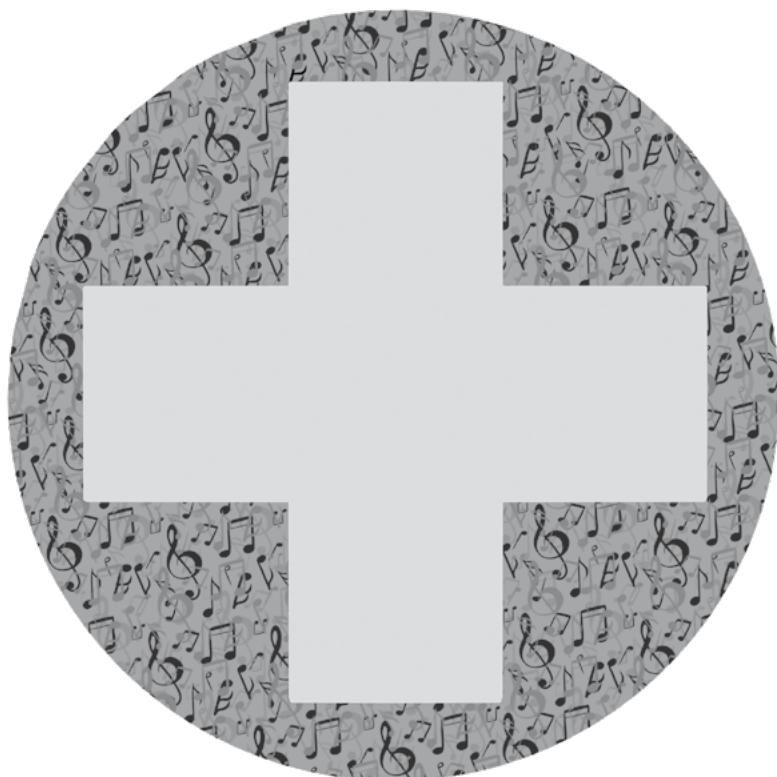
Gładyszewskiej-Cylulko poświęcony jest improwizacji muzycznej i rysunkowej w muzykoterapii. W poszukiwaniach analogii pomiędzy improwizowaną działalnością rysunkową a instrumentalną autorka proponuje własną metodę transkrypcji używanych przez pacjentów środków wyrazu plastycznego na środki wyrazu muzycznego w muzykoterapii. Magdalena Urbanek podejmuje zagadnienia określane mianem *Internet Gaming Disorder*. Autorka dokonuje próby wskazania pewnych charakterystycznych zachowań osób nadużywających internetowych gier komputerowych, mogących mieć znaczenie diagnostyczne w muzykoterapii. Całość pracy kończy wspólny artykuł Joanny i Marii Cylulko odnoszący się do metod badawczych stosowanych współcześnie w badaniach nad muzykoterapią. Autorki, dokonując przeglądu badań nad skutecznością muzykoterapii na podstawie piśmiennictwa angielskojęzycznego, wskazują na konieczność wypracowania na jej polu najbardziej adekwatnych modeli badawczych odpowiednich do zgłębianej problematyki.

Mamy nadzieję, że niniejszy tom serii „Wrocławska Muzykoterapia” zatytułowany *Diagnoza i diagnostyka muzykoterapeutyczna* z jednej strony wzbogaci poruszaną problematyką polski rynek wydawniczy, z drugiej zaś będzie inspirował kolejnych autorów do wnikliwych i poszerzonych studiów nad muzykoterapią jako wiedzą teoretyczną i praktycznym doświadczeniem, a tym samym przyczyni się do rozwoju piśmiennictwa naukowego z zakresu diagnostyki muzykoterapeutycznej.

Paweł Cylulko
Joanna Gładyszewska-Cylulko

CZĘŚĆ **I**

Praktyka muzykoterapii z udziałem osób dorosłych



MUZYKOTERAPIA JAKO POMOC W DIAGNOZOWANIU NASTROJU PACJENTA KARDIOLOGICZNEGO LECZONEGO NA ODDZIALE SZPITALNYM

Helena Cesarz » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

Wprowadzenie

Choroby układu sercowo-naczyniowego są najczęstszą przyczyną przedwczesnej umieralności ludzi na świecie. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z powodu schorzeń serca rocznie umiera 17,5 miliona osób, w Europie 4 miliony, natomiast w Polsce 175 tysięcy – co stanowi blisko 46 procent wszystkich zgonów w naszym kraju. W statystykach umieralności z powodów kardiologicznych (dane GUS) Polska od ponad pół wieku znajduje się na pierwszym miejscu w świecie [Koblańska 2018]. Liczebność zgonów jest więc zatrważająca, dlatego potrzebne są wszelkie możliwe strategie terapeutyczne w celu zapobiegania tym schorzeniom.

Najczęściej występującą chorobą serca jest choroba niedokrwienna (wieńcowa), która stanowi groźne schorzenie zwiększające ryzyko wystąpienia zawału serca bądź innych problemów kardiologicznych. Zawał serca powoduje silny stres i lęk oraz staje się zagrożeniem dla życia [Katzenstein 2011: 85]. Jednak lęk spowodowany nieprawidłową pracą serca może pojawiać się nawet przy niewielkim zaburzeniu jego rytmu, kołataniu lub duszności. Może być przyczyną obniżonego nastroju, zaburzeń w sferze

poznawczej, a nawet powodować objawy psychotyczne w wyniku pogorszenia przepływu krwi przez ośrodki mózgowo [Bilikiewicz 1992: 271–272].

Badania przeprowadzone przez wiele ośrodków udowodniły, że u osób z chorobą niedokrwinną serca [Carney, Freedland 2008, 2009] po zabiegu pomostowania naczyń wieńcowych [Pietrzyk i in. 2014: 989–990] i z przebyłym zawałem mięśnia sercowego oprócz lęku występuje również depresja oraz że istnieje obustronny związek między depresją a chorobami serca. Oznacza to, iż z jednej strony depresja źle wpływa na rokowanie po zawale lub operacji serca, a z drugiej u osób leczonych kardiologicznie częściej odnotowuje się zaburzenia depresyjne. Depresja jest często nierozpoznana i przez to nieleczona, ponieważ złe samopoczucie i przygnębienie towarzyszą również innym schorzeniom somatycznym, na które mogą cierpieć chorzy kardiologicznie. Nieleczona depresja pociąga za sobą ryzyko nawracania incydentów sercowo-naczyniowych, a nawet zawału [Dobrzyńska, Pawłowski 2004: 47; Grochulska, Lesińska-Sawicka 2015: 5]. W Klinice Chorób Psychosomatycznych Uniwersytetu w Getyndze stwierdzono, że u pacjentów z chorobami serca (w zależności od kryteriów diagnostycznych i socjodemograficznych) częstość występowania lęku i depresji waha się między 15 a 50%. Zaburzenia te nie tylko negatywnie wpływają na samopoczucie, lecz także nie motywują do prozdrowotnych zachowań, obniżają samokontrolę i jakość życia pacjentów. W leczeniu chorych stosowana jest terapia kompleksowa: farmakoterapia, trening fizyczny i ustrukturyzowana psychoterapia [Herrmann-Lingen 2001]. Inne badania udowodniły, że aż 65% chorych po zawale doświadcza obniżonego nastroju, a 15–22% osób spełnia kryteria dużej depresji. Pacjenci z przebyłym zawałem serca oraz ze współistniejącą depresją stanowią grupę wysokiego ryzyka zgonu lub ponownego zawału [Dobrzyńska, Pawłowski 2004: 47].

Sylwetka psychologiczna pacjenta kardiologicznego

Każdy z nas doznaje w życiu smutku i przygnębienia. Gdy zniknie jego powód, nastrój się wyrównuje. Wszyscy też w codziennym życiu

doświadczamy stresujących sytuacji, które również mijają, kiedy poznamy ich przyczynę. Inaczej jest w wypadku bardzo silnego stresu spowodowanego zawałem serca czy operacją lub długotrwałego stresu spowodowanego nawracającymi bólami wieńcowymi. Typową sekwencją reakcji na tego rodzaju stresory jest strach i lęk, które zastępowane są kolejno przez smutek bądź depresję lub z nimi się łączą [Clark, Watson 1999: 124]. W wypadku chorych kardiologicznie dochodzi jeszcze ból fizyczny potęgujący napięcie emocjonalne i uniemożliwiający funkcjonowanie w wielu obszarach życia. Emocje wywołane chorobą zmieniają motywacje i cele – priorytetem stają się dążenia związane z ochroną własnego zdrowia i życia, natomiast potrzeba osiągnięć zawodowych i dążenie do sukcesu za wszelką cenę (wzór zachowania A, zespół psychosomatyczny) stają się mało istotne [Wrześniewski 1986: 14, 22, 49–50].

Człowiek w chorobie inaczej postrzega świat i siebie. To, co wydawało się piękne, kolorowe, jest szare, smutne, nijakie, beznadziejne. Depresyjny nastrój powoduje zanik energii życiowej i zwalnia tempo procesów psychicznych: myślenie staje się trudne, kojarzenia są skąpe, słabnie pamięć, otaczający świat przestaje pociągać, wspomnienia przywołują przykre wydarzenia i krążą wokół jednego tematu, chorego ogarnia apatia, na nic nie ma ochoty [Kępiński 1985: 16]. Lęk, będący składową każdego zespołu depresyjnego, wzmacnia się w okresie nasilenia choroby. Biologiczne sygnały zagrożenia – lęk i ból – zmuszają chorego do wycofania się z kontaktu z otoczeniem, a nawet do zaprzestania interakcji [Kępiński 1977: 131–137]. Potrzebna jest więc pomoc drugiej osoby, która swoją obecnością zmniejszy napięcie lękowe i tym samym poprawi samopoczucie i nastrój chorego. Może to być psycholog, psychoterapeuta bądź muzykoterapeuta, który wybierze najlepszą metodę muzycznego postępowania.

Wybitny polski psychiatra profesor Antoni Kępiński pisał:

W leczeniu depresji na podłożu somatycznym ważne jest, aby chory uzyskał optymistyczne spojrzenie na otaczający świat i samego siebie i by w ten sposób choroby nie zapisywał tylko na straty, ale

umiał z niej wyciągnąć korzystne dla siebie doświadczenia. Poprawa nastroju wpływa z reguły korzystnie na przebieg leczenia choroby somatycznej. Dlatego lekarz i pielęgniarz powinni zarówno swoją postawą, jak i cechami osobowości redukować napięcie lękowe towarzyszące każdej chorobie somatycznej, a także wpływać mobilizująco na nastrój i chęć do życia chorego [Kępiński 1985: 44].

Wypowiedź ta odwołuje się do koncepcji psychoterapii humanistyczno-egzystencjalnej Carla Rogersa i psychoterapii podtrzymującej, podkreślających wagę bezpośredniego spotkania z drugim człowiekiem [Aleksandrowicz 2000: 272; Grzesiuk 2005: 384]. W pracy z pacjentem kardiologicznym wskazana jest muzykoterapia. Jako niewerbalna forma psychoterapeutyczna może być stosowana między innymi w celu diagnozowania i poprawy nastroju pacjenta. Prowadzona przy łóżku chorego – a więc w sytuacji bezpośredniego spotkania – wykorzystuje techniki wyobraźniowo-projekcyjne stymulowane muzyką (między innymi wybrane ciągi katatymicznych wyobrażeń według koncepcji Hanscarla Leunera) oraz muzyczną relaksację [Cesarz 2000, 2010, 2016].

Psychoterapia Carla Rogersa

Kontakt z pacjentem to przede wszystkim bezpośrednie spotkanie ze światem chorego człowieka, doświadczanie jego obecności tu i teraz; to nie tylko zwykła rozmowa, lecz także empatyczne rozumienie jego cierpienia i przeżyć, to uważne słuchanie, odczuwanie jego nastroju i emocji. Twórca terapii skoncentrowanej na osobie – Carl Rogers – reprezentujący model psychoterapii humanistyczno-egzystencjalnej – za najistotniejszy czynnik leczący uznaje związek, jaki powstaje między terapeutą a klientem/pacjentem. Wymienia trzy najważniejsze cechy postawy terapeutycznej wobec pacjenta: autentyczność psychoterapeuty (szczerłość, otwartość, spójność, zgodność – kongruencję),

bezwarunkową akceptację pacjenta oraz empatyczne rozumienie pacjenta – emocjonalne współbrzmienie (terapeuta powinien zachować rozumiejący, a nie oceniający stosunek do jego prywatnego świata). Istotny jest również wymiar duchowy, mistyczny, a więc zdolność terapeuty do kontaktowania się ze światem duchowym klienta/pacjenta. Rogers podkreśla, że zmiana zachodząca w toku psychoterapii jest skutkiem kształtowanych przez terapeuta warunków umożliwiających podopiecznemu rozwój, a nie wynikiem działania specyficznych technik czy interwencji. W terapii nie chodzi o to, aby klient/pacjent uzyskał wgląd we własne problemy, ani o usunięcie nieprawidłowych zachowań, ale o świadomość swoich przeżyć i odczuć oraz zdolność do otwartego ich komunikowania, co wpłynie na satysfakcjonujące relacje z innymi [Aleksandrowicz 2000: 105; Grzesiuk 2005: 387–390].

Psychoterapia podtrzymująca

To odmiana psychologicznego oddziaływania (bliższa pomocy psychicznej niż leczeniu) mająca na celu zmniejszenie cierpień i dolegliwości pacjenta, zmianę jego postawy wobec faktu choroby oraz jej przejawów i udzielenie wsparcia w okresie przeżywania kryzysów. Jest wskazana między innymi dla pacjentów depresyjnych, przewlekle chorych, w podeszłym wieku, mało odpornych na stres, źle znoszących frustrację. W terapii ważną rolę odgrywa autorytet psychoterapeuty akceptującego tak potrzebę zależności, jak i dążenie pacjenta do niezależności oraz prawo do przyjemności, gotowego wspierać go w trudnościach itp. Cenna jest umiejętność słuchania, okazywanie zainteresowania, danie choremu możliwości podzielenia się swoimi przeżyciami, a także pobudzanie go do ekspresji emocji. Istotną funkcję pełnią takie elementy jak udzielanie informacji, uspokajanie, wyjaśnianie, wyrażanie aprobaty, sugestie. Zalecane są również techniki behawioralne: trening autogeny, relaksacja i desensytyzacja [Aleksandrowicz 2000: 272–273].

Psychoterapia Hanscarla Leunera

Koncepcja Hanscarla Leunera (katatymiczne przeżywanie obrazowe – *Guided Affective Imagery*) opiera się na założeniach psychologii analitycznej i psychoanalizy. Nawiązując do nich, reprezentanci różnych szkół (między innymi terapii humanistyczno-egzystencjalnych) jako narzędzie psychoterapeutyczne wykorzystują wizualizację. Jest ona różnie definiowana. W odniesieniu do wymienionych kierunków psychologicznych stanowi technikę polegającą na wprowadzaniu pacjenta w stan relaksu i zachęcaniu go do swobodnego wyobrażania sobie różnych obrazów i scen – zarówno realnych, jak i fantastycznych [Siek 1989: 181] – w celu odzyskania zdrowia, podtrzymania go, wspomaganie, przeciwdziałania stresowi i czerpania satysfakcji z podejmowanych działań [Paul-Cavallier 1994: 10]. Natomiast w ujęciu Leunera rozumiana jest jako pobudzanie „do wyzwalań i przeżywania kilku typowych ciągów wyobrażeń związanych z: widokiem łąki, strumienia, góry, domu, brzegu lasu” [Siek 1989: 183–184]. Podczas spotkania z pacjentem terapeuta „przeprowadza” go od jednego obrazu do drugiego, nie wpływając na treść ani tok fantazji. Dodam, że realizacja ciągów wyobrażeniowych odbywa się bez muzyki, a przeciętny czas przeżywania sugerowanych obrazów wynosi od 30 do 40 minut w czasie jednego posiedzenia [Siek 1989: 183–190]. Na marginesie wspomnę, że inni autorzy [Aleksandrowicz 2000: 149–151] wymieniają więcej scen i nieco inaczej je szeregują. Kierowanie wyobrażeniami powinno się rozpocząć od przyjęcia wygodnej pozycji (siedzącej lub leżącej), wewnętrznego wyciszenia, rozluźnienia, czyli stanu relaksu, który można wspomóc klasyczną muzyką symfoniczną, muzyką religijną lub inną o charakterze relaksacyjnym. Ćwiczeniem wstępnym może być wyobrażenie sobie bukietu kwiatów lub jednego kwiatu [Siek 1989: 188–190], natomiast punktem startowym – wyobrażenie łąki, jej obraz bowiem wskazuje na aktualny nastrój pacjenta. Po zakończonej sesji (która jest protokołowana) pacjent może namalować istotne dla niego treści i wspólnie z terapeutą je interpretować [Siek 1989: 190]. Ta symboliczna projekcja informuje o nieuświadomianych fantazjach, diagnozuje aktualny nastrój, energię

życiową, wewnętrzne konflikty, umożliwia ekspresję wypartych i stłumionych przeżyć, regeneruje psychikę [Siek 1989: 181; Aleksandrowicz 2000: 149–151].

Przedstawione powyżej rodzaje psychoterapii, które zajął się wzajemnie, stanowią podstawę do zastosowania muzykoterapii w pracy z chorymi kardiologicznie leczonymi na oddziale szpitalnym i wyodrębnienia odpowiednich technik muzykoterapeutycznych.

Muzykoterapia kardiologiczna

W literaturze przedmiotu spotyka się dwa podejścia do muzyki stosowanej dla poprawy kondycji psychofizycznej chorych kardiologicznie: pierwsze – psychofizjologiczne, urzeczywistniane przez personel medyczny (bez udziału muzykoterapeuty), traktowane jako pomocniczy środek w różnego rodzaju procedurach medycznych i wykorzystujące słuchanie muzyki w celu promowania dobrostanu psychicznego osoby chorej – zostało nazwane medycyną muzyczną; drugie – ukierunkowane na proces i realizowane przez dobrze wyszkolonego terapeutę posiadającego wiedzę muzyczną oraz umiejętności muzyczne, wykorzystującego w pracy z pacjentem różne gatunki muzyki, jej poszczególne elementy, instrumenty muzyczne oraz cały zestaw metod i technik zarówno receptywnych, jak i aktywnych – określa się mianem muzykoterapii. Obie procedury istnieją obok siebie i niezależnie od siebie, są jednakowo ważne, gdyż ich celem jest dobro chorego, o czym świadczą podane poniżej przykłady badań i doświadczeń związanych z prowadzeniem muzykoterapii w różnych ośrodkach na całym świecie.

Amerykańscy terapeuci [Bradt i in. 2013] przeprowadzili badania w grupie osób z chorobą wieńcową w celu poprawy ich fizjologicznego i psychologicznego funkcjonowania – zmniejszenia stresu i lęku. Uczestników podzielono na dwie grupy (łącznie 1369 osób i 26 prób): w pierwszej zastosowano standardową opiekę medyczną, w drugiej – interwencję muzykoterapeutyczną w postaci słuchania muzyki. Wyniki

pokazały, że słuchanie muzyki miało umiarkowany wpływ na obniżenie poziomu lęku u osób z chorobą wieńcową, natomiast nieco większy u osób z zawałem serca. Nie znaleziono mocnych dowodów na zmniejszenie stresu psychologicznego. Co ciekawe, w grupie, w której pacjenci sami decydowali, czego chcą słuchać, efekt zmniejszenia lęku był bardziej zauważalny. Stwierdzono ponadto, że muzyka obniżyła skurczowe ciśnienie krwi, zwolniła akcję serca i częstość oddechów, a u pacjentów po zabiegu kardiochirurgicznym bądź operacji serca zmniejszyła ból i poprawiła jakość snu. Jak podkreślają autorzy badań, stres związany z chorobą wieńcową zwiększa ryzyko powikłań i może być przyczyną nagłej śmierci sercowej, stąd niezwykle ważna jest opieka psychologiczna w każdej możliwej formie – między innymi muzykoterapii.

O eksperymentalnym zastosowaniu muzyki w trakcie i po zabiegu angioplastyki wieńcowej donoszą polscy profesorowie: Wojciech Pospiech i Jacek Kubica z Collegium Medicum w Bydgoszczy [Pospiech (red.) 2009]. W trakcie i po zabiegu angioplastyki wieńcowej, która odbywała się tylko ze znieczuleniem, bez narkozy, pacjent (przez cały czas świadomy) słuchał preferowanej przez siebie muzyki, co w subiektywnym odczuciu zredukowało u niego stres, przykre doznania i poprawiło nastrój, a inicjatorów tego eksperymentu zachęciło do opracowania programów muzykoterapeutycznych współdziałających z zabiegami kardiologicznymi. Inne doświadczenia tych autorów dotyczą roli muzyki w redukcji lęku i bólu podczas usprawniania pacjentów po operacjach serca: u pacjentów, którzy poddawani byli rehabilitacji z udziałem muzyki relaksacyjnej, poziom bólu i lęku oraz stężenie kortyzolu (hormonu stresu) w ślinie były mniejsze niż w grupie kontrolnej bez udziału muzyki, co przełożyło się na mniejszą ilość zastosowanych środków przeciwbólowych [Pospiech (red.) 2009: 85–88].

Muzykoterapię we wczesnej rehabilitacji kardiologicznej, a więc prowadzonej u osób przebywających w szpitalu, opisują egipscy badacze z Aswan Heart Center w Asuanie [Luis i in. 2019]. Chcąc się dowiedzieć, jak na pacjentów przed operacją i po operacji kardiochirurgicznej (obejmującej wymianę zastawek, wycięcie przegrody, by-passy) wpływa słuchanie muzyki granej na żywo, badaniom poddali grupę 12 dobranych losowo

osób: 6 kobiet i 6 mężczyzn (średnia wieku wynosiła 48 lat). Spośród nich wyodrębnili grupę interwencyjną (6 osób) i kontrolną (6 osób). Pacjenci z grupy interwencyjnej przed operacją i po niej przez 20–30 minut słuchali improwizowanej na żywo muzyki z kręgu kultury arabskiej i bliskowschodniej, dobranej indywidualnie dla każdego z nich (w pierwszej części zajęć na życzenie słuchali ulubionych piosenek w wybranych przez siebie skalach arabskich). Improwizacja muzyczna wykonywana była przez profesjonalnego muzyka – w obecności muzykoterapeuty – na instrumencie będącym odmianą lutni. Instrument ten – o nazwie *oud*, o kojącym brzmieniu, zakorzeniony w kulturze arabskiej, był im znany i przez to bliski. W grupie kontrolnej sesje muzykoterapii zastąpiono standardowym odpoczynkiem, podczas którego pacjenci słyszeli odgłosy szpitala. Słuchanie muzyki na żywo statystycznie istotnie zmniejszyło częstość akcji serca, oddechów (bez zmiany ciśnienia krwi), obniżyło lęk przedoperacyjny (badany skalą Hamiltona) i ból pooperacyjny oraz poziom kortyzolu. Zmian tych nie zaobserwowano w grupie kontrolnej. Jak podkreślają autorzy, to zindywidualizowane podejście do chorego wpisuje się w koncepcję Carla Gustawa Junga (dzięki takim elementom jak wspólne dziedzictwo kulturowe, instrument, skale) i Carla Rogersa – terapii skoncentrowanej na osobie dającej podczas bezpośredniego spotkania tu i teraz swobodę wyboru, poczucie odpowiedzialności i bezpieczeństwa, co znacznie zmniejsza stres i ułatwia zaangażowanie w proces terapii.

O zastosowaniu muzykoterapii w rehabilitacji kardiologicznej donoszą badacze australijscy [Short i in. 2013]. Twierdzą, że dla pacjentów po operacji serca nie ma zadowalającej opieki psychospołecznej, co oznacza, że zwraca się przede wszystkim uwagę na odzyskanie sprawności fizycznej, zaniedbując opiekę psychologiczną, która jest równie ważna w powrocie do zdrowia po hospitalizacji. U tych pacjentów obniżony nastrój, depresja, złość utrzymują się nawet do kilku miesięcy po operacji, dlatego autorzy ci uważają, że muzyczna psychoterapia może przyspieszyć zdrowienie. W leczeniu ambulatoryjnym (drugi/trzeci etap rehabilitacji) proponują metodę Helen Bonny – *Guided Imagery and Music* (BMGIM), czyli wizualizację kierowaną muzyką (pojedyncza sesja trwa od 1,5 do 2 godzin i składa się z czterech stałych części). Chcę dodać,

że metoda ta wywodzi się z koncepcji Hanscarla Leunera – *Guided Affective Imagery* [Stachyra 2012: 117–118], która została pokrótce opisana powyżej. Autorzy podają przykład korzystnego wpływu tej metody na zdrowie sześciu osób, które przeszły operację serca (pomostowanie aortalno-wieńcowe, tzw. by-passy). Analiza narracji tych pacjentów, podawanych przez okres sześciu tygodni terapii metodą BMGIM, wykazała, że dzięki sesjom z udziałem muzyki zmniejszyło się u nich poczucie dyskomfortu i ograniczeń związanych z odczuwaniem bólu pooperacyjnego i postrzeganiem własnego ciała. Zwiększyła się też świadomość przeżywanych emocji, wzrosła samoocena, poprawił się nastrój, co zaowocowało planowaniem aktywności i optymistycznym spojrzeniem w przyszłość.

Wartość muzykoterapii dla chorych kardiologicznie dostrzega profesor Wolfgang Mastnak z Monachium [Mastnak 2015], uznając muzykę za samoleczące narzędzie przywracające równowagę ustroju, wyzwalające mechanizmy regulujące układ sercowo-naczyniowy, wyrównujące parametry fizjologiczne, łagodzące stres, objawy depresji i poczucie osamotnienia. Choroby sercowo-naczyniowe – zwłaszcza u osób starszych – mogą powodować utratę sprawności fizycznej, izolację społeczną, problemy psychiczne (lęk, depresję, zaburzenia osobowości), a nawet utratę woli życia. Mastnak, powołując się na antropologiczno-kulturowe badania naukowe, zaleca chorym na serce słuchanie kołysanek, gdyż to one zmniejszają częstość akcji serca, synchronizują oddech i uspokajają, ale podkreśla też, że muzykoterapia może generować nieprzewidziane efekty, kiedy postrzegamy ją w kontekście retrospektywnym i współistniejącym. W kontekście biograficznym terapia muzyką może wspomagać strategię radzenia sobie z traumatycznymi doświadczeniami życiowymi, wspierać pamięć, ułatwiać integrację przeszłości z teraźniejszością, a więc stanowić formę psychoterapii. Jak pisze autor, działania muzykoterapeutyczne w stosunku do osób starszych (tzw. muzykoterapia kardiogeriatryczna) powinny współgrać z tempem ich życia, wolniejszym biorytmem i zapewnić poczucie bezpieczeństwa, ze względu zaś na wieloaspektowe wartości muzykoterapia powinna być włączona w długofalową, interdyscyplinarną opiekę nad chorymi kardiologicznie.

Opisane przykłady, reprezentujące obszary medycyny muzycznej i muzykoterapii, wskazują na uniwersalność oddziaływania muzycznego, które może być prowadzone indywidualnie bądź grupowo – zarówno tuż po przyjęciu pacjenta do szpitala, a więc w okresie wczesnej rehabilitacji, jak i kilka tygodni/miesiący po jego wypisaniu, a więc w okresie późnej rehabilitacji. W świetle powyższych spostrzeżeń warto zwrócić uwagę na znaczenie preferencji muzycznych (rozumianych jako „stopień sympatii dla utworu muzycznego i jego gatunku oraz ujawniania się tendencji do określonych zachowań [...], stosunek słuchacza do muzyki, który rozwija się na osi [...] lubię – nie lubię” [Kokowska 2017: 107]), stanowiących jeden z elementów decydujących o sukcesie muzykoterapii pacjentów kardiologicznych. Co istotne: ważna jest ich zmienność w czasie i zależność od kontekstu, oznaczająca, że w chorobie mogą być inne niż w okresie zdrowia. Ważność preferencji podkreśla wielu badaczy – nie tylko tych zajmujących się muzykoterapią kardiologiczną – między innymi Darcy DeLoach Walworth [2003] z USA, która dowiodła, że na redukcję lęku korzystnie wpływa muzyka zgodna z preferencjami badanych.

Poniżej zaprezentuję własne doświadczenia w prowadzeniu muzykoterapii u chorych na serce w warunkach oddziału szpitalnego, wcześniej jednak za słuszne uważam przybliżenie/opis objawów zaburzeń lękowych i depresyjnych obrazujących stan psychiczny chorego, jego nastrój i zachowanie [Kępiński 1989; Rabe-Jabłońska 2001], co ułatwia muzykoterapeucie obserwację, lepsze zrozumienie chorego i właściwy dobór programu muzycznego.

Co możemy zaobserwować u pacjenta w depresyjnym nastroju?

Obserwacji pacjenta dokonuje się od chwili wejścia do sali chorych. Ważna jest liczba osób (bywa, że na sali leży tylko jeden pacjent, bywa, że jest ich trzech lub czterech) oraz to, ile z nich jest unieruchomionych z powodu podłączenia do EKG, cewnika, kroplówki; istotne jest, czy pacjent

oddycha samodzielnie, czy za pomocą maski tlenowej; czy leży swobodnie, czy śpi, czyta, czy też siedzi; znaczenie ma także ogólna atmosfera panująca w sali: ponura, neutralna, pogodna – to ona bowiem może rzutować na nastrój osób przebywających razem w jednym pomieszczeniu. Źródłem informacji o pacjencie jest również jego zachowanie podczas rozmowy (lub słuchania muzyki), treść jego wypowiedzi – to, co ujawni w słowach, w tonie i sile głosu; w ekspresji niewerbalnej – spojrzeniu, wyrazie twarzy, milczeniu; w ekspresji ruchowej – postawie, mimice, gestach. Styl ekspresji słownej, sposób mówienia, psychomotoryka odkrywają stan emocjonalny, wolicjonalny i poznawczy chorego. Możemy się zorientować, w jakim jest nastroju, jakie jest jego nastawienie uczuciowe do otoczenia i rozmówcy – czy chętnie podejmuje dialog, czy mówi z dużymi oporami, ważąc każde słowo, czy też milczy, co może stanowić wyraz lęku, depresyjnego nastroju lub wrogości. Ale może być tak, że pacjent przebywający w tej samej sali z innymi chorymi czuje się skrępowany ich obecnością i odczuwa barierę w mówieniu [Kępiński 1989: 114–124; Grzesiuk 2005: 285–286]. Wtedy muzykoterapeuta powinien dążyć do stworzenia klimatu sprzyjającego nawiązaniu kontaktu werbalnego z chorym. I w tym pomóc mogą muzyka i muzykoterapia. Żeby ją jednak rozpocząć, pacjent musi wyrazić świadomą zgodę na tę formę terapii [Sidorowicz 2003: 42]. Dobrze jest usiąść na krześle przy chorym i z pozycji partnerskiej, „horyzontalnej” (a nie stojąc i patrząc „z góry”) wczuć się w jego nastrój, dynamikę jego życia w chorobie – jego bioritm – spytać o samopoczucie i zainicjować rozmowę na temat muzykoterapii, podając jasne informacje na temat jej terapeutycznych walorów i zasadności jej stosowania. Chory somatycznie, w obniżonym nastroju lękowym, nie zawsze musi być smutny: może być rozdrażniony, napięty, odczuwać znużenie, utratę energii, zainteresowań bądź nadmiernie reagować na bodźce. Lęk i depresja mogą powodować brak koncentracji uwagi, osłabienie pamięci, wahania nastroju, a nawet drżenie całego ciała i drżenie głosu. Ból w klatce piersiowej i nierówne bicie serca to kolejne przykre objawy [Tomb 1998: 40; Rabe-Jabłońska 2001: 11]. Dolegliwości somatyczne i psychiczne są identyfikowane przez pacjenta [Grzesiuk 2005: 286], dlatego rozmowa z nim i uważne słuchanie ułatwiają wstępną

diagnozę jego nastroju oraz podjęcie decyzji o rozpoczęciu (bądź zaniechaniu) muzykoterapii i jej właściwym ukierunkowaniu.

W tym miejscu można zadać sobie pytanie, czy nie lepiej zamiast obserwacji zbadać na przykład nasilenie lęku, depresji czy też nastrój pacjenta za pomocą konkretnego narzędzia badawczego i dopiero wtedy rozpocząć muzykoterapię? Oczywiście, można to zrobić, ale w warunkach oddziału szpitalnego nie jest to łatwe. Zbadanie pacjenta po ostrym epizodzie sercowym za pomocą (podaję przykładowe narzędzia badawcze): 1) skali do oceny nastroju *The University of Wales Institute of Science and Technology Mood Adjective Checklist* (UWIST-UMACL) Matthews, Jonesa i Chamberlaina – to 29 pytań [Cylkowska-Nowak, Strzelecki 2017: 9; Chęć i in. 2019: 342–343]; 2) *Testu wrażliwości muzycznej* w ramach tzw. *Bilansu psychomuzycznego* Verdeau-Paillès – to odsłuch 10 zróżnicowanych serii fragmentów muzycznych [Lecourt 2008: 89–90; Kukielczyńska-Krawczyk 2014]; 3) *Inwentarza depresji* Becka – to 21 pytań [Tomb 1998: 40]; 4) *Skali lęku* Hamiltona – to 14 objawów do oceny [Rabe-Jabłońska 2001: 10–12] jest niemożliwe ze względu na słabą kondycję psychofizyczną tych chorych. Poza tym pacjenci leżący na oddziale najczęściej oczekują wsparcia, zrozumienia, akceptacji, poczucia bezpieczeństwa, a nie odpowiadania na liczne kwestionariuszowe pytania, które – oprócz dodatkowego stresu, obciążenia intelektualnego i emocjonalnego – nie poprawią ich nastroju ani samopoczucia. Chcę dodać, że już podczas rozmowy wstępnej (a potem w trakcie zajęć) każde zachowanie pacjenta, każda jego wypowiedź na temat przeżyć związanych z chorobą i doznań wywołanych przez muzykę zwiększa o nim wiedzę, to znaczy weryfikuje na bieżąco wstępną diagnozę nastroju, potrzebną do działań muzykoterapeutycznych, dokonaną na podstawie obserwacji.

Muzykoterapia przy łóżku chorego

Podstawą teoretyczną do zastosowania muzykoterapii u chorych na serce w warunkach oddziału szpitalnego są wyżej opisane koncepcje

psychoterapeutyczne (Rogersa, Leunera i psychoterapia podtrzymująca), a także dwie koncepcje muzykoterapeutyczne Barbary Wheeler: 1) muzykoterapia aktywna (ukierunkowana między innymi na relacje z terapeutą, obserwację zachowania pacjenta, udzielanie informacji, porady, wsparcia); 2) muzykoterapia wglądowa z celami reedukacyjnymi (ukierunkowana na przeżycia wywołane przez muzykę tu i teraz, ich werbalizację i uzyskanie wglądu) [Wheeler 2010: 5–7]. Na marginesie dodam, że w cele muzykoterapii chorych kardiologicznie wpisują się również koncepcje wyróżnione przez Cheryl Dileo-Maranto [Cesarz 2016: 135–136].

Jak już wiemy, najczęstszymi problemami psychologicznymi chorych kardiologicznie są stres, lęk i depresja, a więc zaburzenia w sferach nastroju i emocji. Nastrój to stan emocjonalny doświadczany przez dłuższy czas niż emocje, które są zjawiskami krótkotrwałymi, powstającymi w kontekście konkretnej adaptacyjnej interakcji z otoczeniem. Konsekwencją nastroju są myśli i działania człowieka, co oznacza, że u osób depresyjnych nastrojów smutku może predysponować do przywoływania przykrych, smutnych wspomnień [Davidson 1999: 51; Lazarus 1999: 78]. Nieco inaczej, szerzej, pojmują nastrojów psycholodzy muzyki odwołujący się do trójwymiarowego modelu nastroju Geralda Matthews, Andrew Grahama Jonesa i Dylana Chamberlaina [Chęć i in. 2019: 342–343]: nastrojów to doznanie afektywne składające się z trzech połączonych ze sobą dwubiegunowych wymiarów: hedonistycznego (przyjemność – nieprzyjemność), pobudzenia napięciowego związanego z lękiem (napięcie – relaksacja) oraz pobudzenia energetycznego (zmęczenie – energia do działania).

Te trzy wymiary doskonale korespondują z celami muzykoterapii (opartej na koncepcji Leunera – *Guided Affective Imagery* – prowadzonej przy łóżku chorego), które możemy ująć następująco: słuchanie muzyki powinno: 1) sprawiać przyjemność, regulować nastrojów i emocje, pomagać w utrzymaniu dobrego nastroju i wydłużeniu czasu jego trwania; 2) redukować napięcie, lęk, uczucie strachu, ułatwiać relaksację, prowadzić do wyciszenia; 3) mobilizować do szeroko pojętych aktywności po wyjściu ze szpitala. Jednak celem nadrzędnym jest próba zdiagnozowania

aktualnego nastroju pacjenta kardiologicznego w warunkach oddziału szpitalnego za pomocą symbolicznej projekcji wybranych obrazów katatymicznych (łąki, strumienia i domu) opisanych przez Leunera [Siek 1989: 183–216] i stymulowanych muzyką wybraną przez muzykoterapeutę.

Sterowanie wyobrażeniami do muzyki ma charakter projekcji (czyli rzutowania własnych cech, emocji, marzeń, pragnień na muzykę) i daje bogaty materiał diagnostyczny dotyczący aktualnych problemów pacjenta, jednakże w wypadku omawianego zagadnienia diagnozowany jest przede wszystkim nastrój chorego i obserwowane są zmiany, jakie zachodzą podczas kolejnych spotkań. Bodziec do wywołania wyobrażeń stanowi w pierwszej kolejności słowo, a więc podany przez terapeutę temat-zadanie, a następnie włączana jest odpowiednio dobrana do danego obrazu muzyka z uwzględnieniem zasady ISO¹ (czyli dostosowania nastroju muzyki do aktualnego nastroju pacjenta). Na marginesie dodam, że według Elżbiety Galińskiej [Galińska, Kozińska 2005: 7–9] ta metoda projekcyjno-wyobrażeniowa, zwana techniką kierowanej wyobraźni, w ciągu lat doczekała się wielu określeń: wizualizacja do muzyki, projekcja tematyczna, terapia narracyjna, autonarracja. Wyobrażenia przy muzyce są dużo bogatsze niż te, które pojawiają się bezpośrednio po instrukcji słownej. Pacjenci twierdzą, że muzyka ożywia i ubarwia ich obrazy mocniej niż słowo, ale nie zawsze zmienia ich pierwsze skojarzenie wywołane tekstem słownym. Jednakże – jak mówią: „gdy gra muzyka, to dużo więcej dzieje się na łące i przy strumieniu, czasami ożywa cały martwy i smutny świat”. Tę wypowiedź pozostawiam bez komentarza. Wizualizacja do muzyki, tematycznie ukierunkowująca wyobraźnię, z jednej strony przenosi chorego na łono natury, jest namiastką kontaktu z przyrodą, wyłącza z kręgu dręczących myśli, z drugiej – informuje terapeutę o aktualnym nastroju pacjenta, dominujących emocjach czy nastawieniu do rzeczywistości. Wpływając na nastrój, jest bodźcem wywołującym różnorodne emocje, zarówno pozytywne, jak i negatywne; działając polisensorycznie (słuch, węch, dotyk,

1 » Niem. Isoprinsip; ang. Sound Identity, Isomoodic.

czucie), ułatwia wizualizację oraz myślenie metaforyczne; pobudzając fantazję, wyobraźnię, wpływa na procesy poznawcze, potęguje doznania emocjonalne; wprowadzając pacjenta w stan zmienionej świadomości, odrealnienia, sprzyja uruchamianiu myślenia metaforycznego i symbolicznego, a więc semantyzacji poszczególnych sekwencji muzycznych [Galińska, Kozińska 2005: 6].

Elementy leunerowskiej psychoterapii wykorzystywałam w muzykoterapii różnych schorzeń. W wyniku wieloletniej praktyki wyodrębniłam model muzykoterapii dla chorych kardiologicznie, którą prowadziłam w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Józefa Babińskiego we Wrocławiu na oddziale wewnętrznym C podczas ćwiczeń ze studentami wrocławskiej Akademii Muzycznej. Odbywały się one dwa razy w tygodniu i w zależności od stanu zdrowia pacjentów trwały od 10 (15) do 45 minut. Muzyki słuchano przez słuchawki.

Pojedyncze spotkanie składało się z kilku faz (na wzór *Guided Affective Imagery*), a więc: 1) rozmowy wstępnej i przyjęcia najwygodniejszej pozycji leżącej, 2) wyobrażenia sobie bukietu kwiatów lub jednego kwiatka, 3) relaksacji przy muzyce bądź w ciszy, 4) wizualizacji przy muzyce jednego wybranego (z kilku ciągów) obrazu. Po każdej fazie przeprowadzałam z pacjentem/grupą krótką rozmowę.

Realizacja tego typu zadań na pierwszym spotkaniu nie zawsze jest możliwa, gdyż pacjenci, słysząc o muzykoterapii, chcą tylko posłuchać muzyki, wyciszyć się, ukoić swoje myśli. Ale kiedy terapeuta nawiąże z chorymi emocjonalny kontakt, opowie o korzyściach płynących z muzykoterapii, wesprze ich ciepłym słowem, zaspokoi potrzebę bezpieczeństwa oraz ich ciekawość, może zaproponować pierwszą sesję.

Poniżej omówię krótko poszczególne fazy muzykoterapii według zmodyfikowanego modelu psychoterapii Hanscarla Leunera. Podam przykłady zachowań i reakcji emocjonalnych pacjentów podczas różnych faz zajęć. Niezwykle rzadko się zdarzało, aby pacjent uczestniczył w trzech kolejnych sesjach z wykorzystaniem modelu leunerowskiego (pobyt chorych na oddziale trwał kilka dni), stąd przytaczam wypowiedzi osób uczestniczących w spotkaniach w różnym czasie i w różnych fazach. Ich imiona zostały celowo zmienione.

Faza I – Rozmowa

Obejmuje przedstawienie się pacjentom, podanie kilku informacji o muzykoterapii, zachęcenie do uczestnictwa w zajęciach, pytania o samopoczucie i muzyczne preferencje oraz prośbę o przyjęcie jak najwygodniejszej pozycji leżącej – jest to wstępna faza muzykoterapii.

Faza II – Bukiet kwiatów

Proszę pacjentów, aby w ciszy wyobrazili sobie bukiet kwiatów lub pojedynczy kwiat i o tym opowiedzieli. Jest to wstępne ćwiczenie przygotowujące do dalszych zadań pobudzających wyobraźnię. Najczęstsze wyobrażenia to ulubione kwiaty, te, które ostatnio otrzymali, kwiaty w domu, we własnym ogrodzie lub na balkonie. Wydawać by się mogło, że jest to bardzo łatwe zadanie. Nie każdy jednak (szczególnie mężczyźni) potrafi swoje wyobrażenia szczegółowo opisać, wymienić kolory, a nawet nazwać dany kwiat. I bywają chorzy, dla których to zadanie jest trudne, a nawet bolesne. Oto dwa przykłady:

1. Pan Stanisław (w wieku 65+) po niedawno przeżytym zawale mięśnia sercowego, unieruchomiony z powodu podłączenia do aparatu monitorującego akcję serca, nie był w stanie wykonać tego prostego ćwiczenia. Utrzymujący się wysoki poziom lęku – co przejawiało się niepokojem, drżeniem głosu, bólem w klatce piersiowej, obniżoną sprawnością funkcji poznawczych, szczególnie wyobraźni i koncentracji, a tym samym złym samopoczuciem – sprawił, że chory powiedział: „Nie mogę sobie wyobrazić żadnej rośliny ani żadnego kwiatka, chociaż mam działkę, którą od lat uprawiam... widzę przed sobą tylko czarną ścianę i na niej jasną plamę! Nic, nic, nic więcej... co się ze mną dzieje!?”. Uspokoiliam pacjenta, tłumacząc mu, że stan jego zdrowia osłabia wiele funkcji, również wyobraźnię, dlatego każde zadanie może być trudne, ale jest to sytuacja przemijająca. Zrozumiał i chętnie poddał się kolejnemu etapowi – relaksacji przy muzyce, jednakże ze względu na powracający ból w klatce piersiowej zdjął słuchawki i nie brał udziału w dalszej części zajęć.

2. Pan Andrzej to pacjent około siedemdziesięcioletni, z niewydolnością serca, trafił do szpitala po śmierci żony. Zamiast bukietu kwiatów widział usychający, samotnie stojący w polu słonecznik. Ten symboliczny depresyjny obraz odniósł natychmiast do siebie i porównał go ze swoją aktualną sytuacją. Chętnie uczestniczył w muzycznej relaksacji (faza III), która go ukołysa, jednakże podczas kolejnej, czwartej fazy zajęć smutne wyobrażenia powróciły (jego wypowiedź cytuję poniżej – IVa Motyw łąki).

Faza III – Relaksacja

Relaks dla większości pacjentów jest lubianą formą zajęć. Może być wspomagany muzyką (muzyczna relaksacja) lub odbywać się w ciszy – wtedy podaję kilka krótkich sugestii dotyczących zwolnienia napięć mięśniowych, uspokojenia myśli i oddechu. W zależności od liczby osób leżących w sali oraz ogólnej atmosfery proponuję, aby pacjenci ułożyli się – jeśli to możliwe – na plecach z rękami lekko zgiętymi w łokciach, rozrzuconymi nogami, zamkniętymi (kto chce) oczami, oddalili swoje myśli, uspokoiili oddech, weszli w ciszę. Po chwili włączam (lub nie) instrumentalną muzykę relaksacyjną – w tempie poniżej częstości akcji serca – preferowaną przez większość pacjentów i obserwuję ich reakcje. Bywa różnie: jedni przysmykają oczy i poddają się nastrojowi muzyki, są rozluźnieni, a nawet lekko uśmiechnięci, inni (nieliczni) są niespokojni, głośno wzdychają, a nawet siadają. Pytam o odczucia, o ich zachowanie podczas muzycznej ekspozycji. Ci, którzy są niespokojni, odpowiadają, że muzyka jest za wolna i ich denerwuje, chcieliby posłuchać czegoś żywszego. Spełniam wtedy ich oczekiwania (zasada ISO), często kosztem wizualizacji, czyli fazy IV zajęć. Gdy relaksacja odbywa się w ciszy, zwiększa się efekt oddziaływania muzyki podczas wizualizacji, ale ten sposób stosuję jedynie wtedy, gdy pacjenci kolejny raz uczestniczą w muzykoterapii.

Faza IV – Wizualizacja

Do wizualizacji wykorzystuję trzy obrazy: łąki, strumienia i domu, przy czym każdy z nich realizowany jest – w miarę możliwości – na kolejnych

zajęciach. Podaję sugestie: „Proszę wyobrazić sobie łąkę (strumień, dom), po prostu łąkę. Jeżeli pojawi się coś innego, to też dobrze. Będzie dobre wszystko, co pojawi się przed oczyma” [Siek 1989: 189].

IVa Motyw łąki

Łąka jest symbolem rajskiego ogrodu – Edenu [Siek 1989: 190–192], a więc przyjacielskiego, macierzyńskiego świata, szczęścia i spokoju; możemy chodzić po łące, zbierać i wachać kwiaty, upajać się ich zapachem, kłaść się na niej; na łące może świecić słońce, może być bezchmurne niebo, mogą się pojawić ludzie i różne zwierzęta. Taki obraz symbolizuje bardzo dobry nastrój i optymistyczne nastawienie do życia i ludzi. Ale łąka może też obrazować depresyjne nastroje i wewnętrzne konflikty, utratę nadziei na lepszą przyszłość, o czym świadczą szare i zachmurzone niebo, deszcz, burza, wypalona trawa.

Oto wypowiedź pana Andrzeja (70 lat): „Podczas słuchania muzyki [kołysanki Bernharda Fliesa], widziałem łąkę pustą, bez kwiatów, motyli, owadów, zwierząt, ludzi, i otoczoną nieznanym mi lasem”. Płacząc, mówił o swoim smutku i samotności, których nigdy wcześniej przed nikim nie ujawniał. Poczuł się lepiej, kiedy wypowiedział swój żal, odczuł wyraźną ulgę. Jego kryzys psychiczny zauważalny był również podczas kolejnych zajęć, pomimo to chętnie słuchał muzyki i był bardzo rozmowny. Koledzy z sali poradzili mu, aby spróbował się z kimś zaprzyjaźnić, zaopiekować zwierzątkiem ze schroniska itp. Pan Andrzej potraktował te słowa bardzo serio, wszedł w relację z kolegą z sąsiedniego łóżka, którego odwiedzał po wyjściu ze szpitala.

IVb Motyw strumienia

Na kolejnym (drugim spotkaniu) proponuję pacjentom wyobrażenie sobie strumienia/rzeki, będącego symbolem rozmachu, psychicznej energii, aktywności, drogi życiowej, zakładam bowiem, że w trakcie procesu terapeutycznego nastąpi jakaś poprawa stanu zdrowia (a tym samym samopoczucia i nastroju), co znajdzie odbicie w wizji tego obrazu. Motyw strumienia [Siek 1989: 192–194], ujmowany jako symbol linii życia,

może świadczyć o chęci (bądź jej braku) powrotu do aktywności, podjęciu działań w kierunku zmiany stylu życia i motywacji do zachowań prozdrowotnych po wyjściu ze szpitala. I tak wizja rozszerzającego się strumienia/rzeki o czystej, wartko płynącej wodzie i brzegach pokrytych roślinnością, zanurzanie się w wodzie, a także śledzenie jego biegu od źródła symbolizują zdrowie psychiczne, energię, chęć działania, czyli optymistyczny nastrój. Natomiast wizja strumienia cienkiego, nikłego, który ledwo się sączy, ginie lub wsiąka w piasek, płynie zakolami, wskazuje na problemy psychiczne, kryzys, utratę celów i osłabienie witalności. Nieco inaczej było w wypadku pana Krystiana, sześćdziesięcioletniego pacjenta od lat zmagającego się z chorobą niedokrwienną serca.

Oto jego wypowiedź:

Kiedy pani podała temat do rozważań, natychmiast ujrzałem strumień z mojego dzieciństwa, z mojej miejscowości, w której się wychowywałem. Wszystko odżyło w mojej pamięci, przypomniały mi się najpiękniejsze lata mojego życia – prace w polu, zabawy z kolegami, kopanie piłki na trawie, która była boiskiem, opowiadania dziadka o wojnie... Ale kiedy usłyszałem muzykę, którą znam [*V Koncert brandenburski D-dur* Johanna Sebastiana Bacha – początkowo cz. II, potem cz. III], ogarnęła mnie nostalgia, że to wszystko przeminęło i już nie wróci. Uświadomiłem sobie, gdzie się znajduję, że od lat nic się nie zmienia w moim życiu, ciągle czuję strach i ból lub ból i strach – i tak naprzemiennie. Chciałem wykonać zadanie, które pani podała, ale jakoś trudno mi było odnieść tę muzykę do biegu strumienia, jego nurt nie był wartki, to dziwne, ale ciągle jakby ustawał, gubił się, znikał. Zdenerwowało mnie to, bo nie potrafiłem go śledzić, więc się wyłączyłem, ale bardzo chciałbym jeszcze raz posłuchać tego nagrania – może też kolejnej części, ale już bez żadnych wyobrażeń.

Spełniłam prośbę pacjenta, była ona możliwa do zrealizowania, ponieważ w sali nie było innych chorych. Po wysłuchaniu koncertu pan Krystian powiedział:

Nigdy nie przypuszczałem, że tu, w szpitalu, mogę przeżyć coś tak wspaniałego, że będę słuchał muzyki, którą kocham, i rozmawiał o niej, a nie o chorobie. To było piękne doświadczenie, nie czuję bólu, odeszły moje przerażające dla mnie samego myśli o przyszłości, czuję się odprężony i zrelaksowany, a przecież to nie była tzw. muzyka relaksacyjna, lecz koncertowa.

Bodźcem do mimowolnie przywołanych wspomnień było w pierwszej kolejności słowo, temat-zadanie (strumień), potem muzyka, która – w zamierzeniu – miała wspomóc i ukierunkować fantazję pacjenta. Wyobrażony strumień odzwierciedlał depresyjny nastrój i bezradność pacjenta wobec długo trwającej choroby. Chcąc poprawić sobie nastrój, chory – meloman – zaproponował ponowne wysłuchanie muzyki: chciał skonfrontować wykonanie usłyszanego utworu z nagraniem, które miał w swoich zbiorach fonograficznych. Koncentrując się na muzyce, której słuchał z zamkniętymi oczami, śledząc jej strukturę, dynamikę, doświadczając głębokich przeżyć estetycznych, zredukował napięcie i strach, poprawił swoje samopoczucie, a więc muzyka słuchana dla przyjemności podziałała katartycznie oraz dała mu poczucie satysfakcji.

IVc Motyw domu

Podczas trzeciego spotkania (które nie zawsze dochodzi do skutku) proponuję, by pacjenci wyobrazili sobie dom, łącząc ten obraz ze swoim aktualnym nastrojem, opowiedzieli o towarzyszących im uczuciach i obawach przed wyjściem do domu (badania pokazują, że najwyższy poziom lęku chorzy kardiologicznie odczuwają bezpośrednio przed opuszczeniem szpitala), o motywacji do działań, o hobby itp., a jeśli zaistnieje konieczność – zachęcam do wizyty w poradni psychologicznej. Analiza motywu domu dokonana przez Leunera [Siek 1989: 198–200] wskazuje głównie na wątki psychoanalityczne dotyczące osobowości, trudnych, nierozwiązanych konfliktów z okresu wczesnego dzieciństwa itp. – tym aspektem nie poświęcam uwagi. Dom symbolizuje konkretną osobę oraz te osoby, które w nim przebywają, i atmosferę, jaką tworzą, stąd proponuję pacjentom wyobrażenie sobie własnego domu/mieszkania oraz

osób, które w nim na nich czekają. Nie zawsze chorzy chcą uzewnętrznić swoje uczucia, opowiadać o swojej sytuacji, warunkach, w których mieszkają, domownikach, czasami są zupełnie samotni i zdani na siebie, wtedy proszę, aby podczas słuchania muzyki wyobrazili sobie kogoś, do kogo mogą się zwrócić, gdy zaistnieje taka potrzeba, lub by zobaczyli oczyma wyobraźni siebie w najpiękniejszej sytuacji, którą kiedyś przeżyli i do której często wracają. Do tego obrazu-zadania proponuję spokojną i bardzo pogodną muzykę, najczęściej preferowaną przez pacjentów i ich bliskich, po to, aby stworzyć jak najkorzystniejszy nastrój przed powrotem do domu, zminimalizować lęk oraz wzbudzić motywację do zachowań prozdrowotnych po wyjściu ze szpitala. Żeby zakończyć optymistycznie opis doświadczeń pacjentów, zacytuję wypowiedź pani Ireny, siedemdziesięcioletniej pacjentki, która finalizując swój pobyt w szpitalu, gdzie znalazła się z powodu choroby wieńcowej, powiedziała:

Nigdy w żadnym szpitalu (a dość często w nich bywam) nie doświadczyłam muzykoterapii. Nie miałam pojęcia, że istnieje taka forma leczenia i są studia z tego zakresu. Spotkania z wami stanowiły osłodę mojego smutnego i trudnego – ale nie tylko z powodu choroby – życia. Tu dowiedziałam się, że muzyki można nie tylko słuchać, ale wyobrażać sobie do niej przeróżne krajobrazy. Na pewno spróbuję poruszyć swoją wyobraźnię w domowym zaciszu, wykorzystując swoje nagrania i wasze sugestie. Dziękuję za wszystkie piękne poruszenia mojego serca.

I my też wszyscy byliśmy poruszeni i uskrzydleni tą wypowiedzią.

Podsumowanie

Koncepcja muzykoterapii oparta na założeniach psychoterapii Leunera pozwala na zdiagnozowanie aktualnego nastroju pacjenta kardiologicznego leczonego w warunkach oddziału szpitalnego. Symboliczna

projekcja obrazów – głównie łąki i strumienia – odzwierciedla zdarzenia z życia pacjenta i emocje z nimi powiązane, co ma odniesienie zarówno do odległej przeszłości, jak i aktualnej sytuacji, a więc etapu choroby, samopoczucia psychofizycznego i aktualnego nastroju – najczęściej depresyjnego. Pacjent, opowiadając o przeżyciach związanych z podanym do wizualizacji tematem, niejednokrotnie uświadamia sobie własne problemy, z którymi się boryka w codzienności, jednakże pomoc muzykoterapeutyczna ze względu na krótki czas pobytu na oddziale ogranicza się jedynie do wsparcia „tu i teraz”. Podczas jednorazowego spotkania lub dwóch czy trzech sesji zajęciowych w obecności innych, nieznanymi pacjentowi osób leżących w tej samej sali muzykoterapia sprowadza się do doraźnej pomocy, przede wszystkim w zakresie poprawy nastroju, i wspierającej rozmowy terapeutycznej. Jednakże zawsze, gdy pacjent zgłasza problemy psychiczne, informuję go o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej w poradni.

Z całą stanowczością stwierdzam, że muzykoterapia w warunkach oddziału szpitalnego dla wielu chorych kardiologicznie ma istotne znaczenie w procesie zdrowienia, ponieważ: 1) sprawia przyjemność – szczególnie wtedy, gdy uwzględniane są preferencje pacjentów; 2) poprawia (u niektórych jedynie nieznacznie) nastrój, pozwalając go utrzymać podczas całych zajęć (niestety, nie wiemy, jak długo utrzymuje się on po zakończeniu muzykoterapii); 3) zmniejsza napięcie, uczucie strachu, prowadzi do wyciszenia, ułatwia relaksację, pozwala uzyskać odprężenie, oczyszczenie, a więc działa katartycznie; 4) ćwiczy funkcje poznawcze – koncentrację uwagi, myślenie, wyobraźnię, fantazję; 5) mobilizuje do prozdrowotnego stylu życia po wyjściu ze szpitala oraz zachęca do słuchania i poznawania muzyki, w specyficzny sposób przeciwdziałając depresji. Chcę dodać, że samo słuchanie muzyki dla niektórych było/jest przyjemnością, dostarcza bowiem wielu estetycznych przeżyć, a nawet ekscytacji.

Muzykoterapia może uzupełniać terapię chorych kardiologicznie o te obszary, które przekraczają kompetencje innych terapeutów (lekarzy, psychologów, fizjoterapeutów), i może być pomocna między innymi w diagnozowaniu nastroju pacjentów.

Bibliografia

- Aleksandrowicz Jerzy, 2000, *Psychoterapia*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Bilikiewicz Adam, 1992, *Zaburzenia psychiczne w wybranych chorobach somatycznych (psychozy somatogenne)*, [w:] A. Bilikiewicz, W. Strzyżewski (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, s. 266–277.
- Bradt Joke, Dileo Cheryl, Potvin Noah, 2013, *Music for Stress and Anxiety Reduction in Coronary Heart Disease Patients*, Cochrane Database of Systematic Reviews, 28 December, [online:] <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006577.pub3> [18.03.2020].
- Carney Robert M., Freedland Kenneth E., 2008, *Depression in Patients with Coronary Heart Disease*, „American Journal of Medicine”, vol. 121, no. 11, suppl. 2, s. 20–27, [online:] [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(08\)00865-6/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(08)00865-6/fulltext) [21.03.2020].
- Carney Robert M., Freedland Kenneth E., 2009, *Depression and Heart Rate Variability in Patients With Coronary Heart Disease*, „Cleveland Clinic Journal of Medicine”, vol. 76, suppl. 2, s. 13–17, [online:] https://www.ccjm.org/content/76/4_suppl_2/S13.long [19.03.2020].
- Cesarz Helena, 2000, *Psychoterapeutyczna funkcja muzyki u chorych na serce w warunkach oddziału szpitalnego*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia w agresji, lęku i cierpieniu*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 173–178.
- Cesarz Helena, 2010, *Muzyka i śpiew w oddziale wczesnej rehabilitacji kardiologicznej*, [w:] E. Aleksandrowicz, E. Wojtyga (red.), *Rytmika w kształceniu muzyków, aktorów, tancerzy i w rehabilitacji*, Łódź: Akademia Muzyczna im. Grażyny i Kiejstuta Bacewiczów, s. 131–142.
- Cesarz Helena, 2016, *Muzykoterapia we wczesnej rehabilitacji kardiologicznej*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Wrocławskie modele muzykoterapii*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 127–153.
- Chęć Magdalena, Ligocka Maria, Janik Inga, Samochowiec Jerzy, Samochowiec Agnieszka, 2019, *Pośrednicząca rola nastroju we wpływie muzyki na emocjonalny odbiór materiału obrazowego przez adolescentów*, „Psychiatria Polska”, nr 53 (2), s. 341–357.
- Clark Lee Anna, Watson David, 1999, *Funkcjonalne i dysfunkcjonalne reakcje uczuciowe*, [w:] P. Ekman, R.J. Davidson (red.), *Natura emocji*, tłum. B. Wojciszke, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 119–125.
- Cylkowska-Nowak Mirosława, Strzelecki Wojciech, 2017, *Terapeutyczny wpływ muzyki relaksacyjnej i preferowanej – propozycje modelu badawczego*, „Polskie Pismo Muzykoterapeutyczne”, nr 4, s. 4–14.

- Davidson Richard J., 1999, *O emocji, nastroju i innych pojęciach afektywnych*, [w:] P. Ekman, R. Davidson (red.), *Natura emocji*, tłum. B. Wojciszke, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 50–54.
- DeLoach Walworth Darcy, 2003, *The Effect of Preferred Music Genre Selection Versus Preferred Song Selection on Experimentally Induced Anxiety Levels*, „Journal Music Therapy”, no. 40 (1), s. 2–14.
- Dileo-Maranto Cheryl, 1993, *Music Therapy Clinical Practice: A Global Perspective and Classification System*, [w:] Ch. Dileo-Maranto (ed.), *Music Therapy. International Perspectives*, Pipersville, Pennsylvania: Jeffrey Books, s. 683–706.
- Dobrzyńska Ewelina, Pawłowski Tomasz, 2004, *Depresja a choroba niedokrwienna serca*, „Magazyn Lekarza Rodzinnego”, nr 6, s. 46–55.
- Galińska Elżbieta, Kozińska Joanna, 2005, *Wpływ muzyki na symboliczny i diagnostyczny wymiar procesu wyobraźniowego*, „Muzyka”, nr 4, s. 3–29.
- Grochulska Agnieszka, Lesińska-Sawicka Małgorzata, 2015, *Psychologiczne konsekwencje przebytego zawału mięśnia sercowego*, „Geriatrics”, nr 9, s. 3–13.
- Grzebiuk Lidia, 2005, *Dynamika relacji pacjent-terapeuta*, [w:] L. Grzebiuk (red.), *Psychoterapia. Teoria*, Warszawa: Eneteia, Wydawnictwo Psychologii i Kultury, s. 355–394.
- Herrmann-Lingen Christoph, 2001, *Angst und Depressivität bei Herzpatienten – wie erkennen, wie behandeln?* [Anxiety and depression in cardiology patients: how to diagnose, how to treat?], „Herz”, nr 26, s. 326–334, [online:] <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00059-001-2300-4> [21.03.2020].
- Katzenstein Larry, 2011, *Choroby serca. Schorzenia, leczenie, profilaktyka, rehabilitacja*, tłum. M. Kadłubowski, Warszawa: Weltbild.
- Kępiński Antoni, 1977, *Lęk*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Kępiński Antoni, 1985, *Melancholia*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Kępiński Antoni, 1989, *Poznanie chorego*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Koblańska Marta, 2018, *Choroby sercowo-naczyniowe głównym zabójcą w Polsce i na świecie*, „Lekarz POZ”, [online:] <https://www.termedia.pl/poz/Choroby-sercowo-naczyniowe-glownym-zabojca-w-Polsce-i-na-swiecie,31574.html> [1.03.2020].
- Kokowska Mariola, 2017, *Związek osobowości i preferencji muzycznych z regulacją nastroju w praktyce muzykoterapii*, [w:] B. Trzop, K. Walentynowicz-Moryl (red.), *Społeczne wymiary zdrowia i choroby: od teorii do praktyki*, Zielona Góra: Uniwersytet Zielonogórski, s. 103–117.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, 2014, *Programowanie muzyki do terapii – 20 lat po wydaniu książki Tadeusza Natansona*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko

- (red.), *Muzykoterapia – stałość i zmiana*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 48–56.
- Lazarus Richard, 1999, *Stażłość i niestałość emocji*, [w:] P. Ekman, R. Davidson (red.), *Natura emocji*, tłum. B. Wojciszke, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 75–80.
- Lecourt Édith, 2008, *Muzykoterapia, czyli jak wykorzystać siłę dźwięków*, tłum. L. Teodorowska, Katowice: Videograf II.
- Luis Merna, Doss Ramy, Zayed Basel, Yacoub Magdi, 2019, *Effect of Live Oud Music on Physiological and Psychological Parameters in Patients Undergoing Cardiac Surgery*, „Global Cardiology Science & Practice”, no. 2, [online:] <https://europemc.org/article/MED/31799291> [3.04.2020].
- Mastnak Wolfgang, 2015, *Music Therapy in Cardiovascular Patients*, „Today’s Geriatric Medicine”, vol. 8, no. 6, p. 5.
- Paul-Cavallier François, 1994, *Wizualizacja. Od obrazu do działania*, tłum. A. Suchańska, Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Pietrzyk Edward, Gorczyca-Michta Iwona, Michta Kamil, Nowakowska Magdalena, Wożakowska-Kapłon Beata, 2014, *Depresja u chorych po pomostowaniu aortalno-wieńcowym*, „Psychiatria Polska”, nr 48 (5), s. 987–996.
- Pospiech Wojciech (red.), 2009, *Muzykoterapia służbą dla człowieka*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera.
- Rabe-Jabłońska Jolanta, 2001, *Zaburzenia lękowe. Rozpoznawanie, przebieg, leczenie. Poradnik dla lekarzy rodzinnych*, Warszawa: Medical Communications Sp. z o.o.
- Short Alison, Gibb Heater, Fildes Jennifer, Holmes Colin, 2013, *Exploring the Role of Music Therapy in Cardiac Rehabilitation After Cardiothoracic Surgery: A Qualitative Study Using the Bonny Method of Guided Imagery and Music*, „Journal of Cardiovascular Nursing”, vol. 28, no. 6, s. E74–E81, [online:] <https://insights.ovid.com/article/00005082-201311000-00022> [31.03.2020].
- Sidorowicz Sławomir, 2003, *Tezy do dyskusji nad deontologią zawodu muzykoterapeuty*, „Muzykoterapia Polska”, t. 2, nr 2(6), s. 39–44.
- Siek Stanisław, 1989, *Walka ze stresem*, Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej.
- Stachyra Krzysztof, 2012, *Wizualizacja w muzykoterapii*, [w:] K. Stachyra (red.), *Podstawy muzykoterapii*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 115–136.
- Tomb David A., 1998, *Psychiatria*, red. S. Sidorowicz, tłum. M. Kantorska-Janiec, Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Wheeler Barbara L., 2010, *Psychoterapeutyczna klasyfikacja praktyk muzykoterapeutycznych – kontinuum procedur*, tłum. M. Jeziorski, K. Stachyra, „Terapia przez Sztukę”, t. 1 (2), s. 3–9.

Wrześniewski Kazimierz, 1986, *Psychologiczne problemy chorych z zawałem serca*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

Streszczenie

Tekst prezentuje koncepcję muzykoterapii prowadzonej przy łóżku chorego kardiologicznie w warunkach oddziału szpitalnego, opartą na elementach psychoterapii Hanscarla Leunera (*Guided Affective Imagery*), której celem jest próba zdiagnozowania aktualnego nastroju pacjenta za pomocą symbolicznej projekcji wybranych obrazów katatymicznych: łąki, strumienia i domu, stymulowanych muzyką. W artykule zwrócono uwagę na koncepcję psychoterapii humanistycznej Carla Rogersa i psychoterapii podtrzymującej, które zazębiają się wzajemnie, opisano fazy muzykoterapii i wypowiedzi pacjentów.

Słowa kluczowe: chory kardiologicznie, diagnoza nastroju, muzykoterapia

HELENA CESARZ – doktor nauk o kulturze fizycznej, mgr edukacji muzycznej, muzykoterapeuta, absolwentka Wydziału Edukacji Muzycznej oraz Podyplomowych Studiów Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu (dawniej: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna, Wydział Wychowania Muzycznego) w latach 1983–2020, pracownik dydaktyczny Zakładu Muzykoterapii. Od 1999 do 2015 roku kierownik Podyplomowych Studiów Muzykoterapii. Jako pedagog i muzykoterapeuta zatrudniona zarówno we wrocławskiej Akademii Muzycznej, jak i w ośrodkach służby zdrowia (Dolnośląskim Centrum Zdrowia Psychicznego, Zespole Opieki Zdrowotnej dla Szkół Wyższych, Domu Opieki Społecznej), przez wiele lat prowadziła muzykoterapię (również w ramach ćwiczeń ze studentami) z osobami chorymi psychicznie, kardiologicznie, niepełnosprawnymi ruchowo oraz z osobami starszymi. Autorka licznych publikacji z zakresu muzykoterapii, które prezentowała na krajowych i międzynarodowych konferencjach. Zainteresowania: muzykoterapia dorosłych, podróże.

METODY I NARZĘDZIA DIAGNOSTYCZNE W MUZYKOTERAPII ZABURZEŃ NERWICOWYCH – DONIESIENIA Z PRAKTYKI MUZYKOTERAPEUTY

Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego
we Wrocławiu

Wprowadzenie

Diagnoza w muzykoterapii zaburzeń nerwicowych obejmuje zarówno sferę muzyczną, jak i psychiczną. Opisując to zagadnienie, należy jednak odróżnić diagnozę w rozumieniu psychiatrycznym od działań podejmowanych przez muzykoterapeutów [Wheeler, Shultis, Polen 2005: 31]. Diagnoza (gr. *diagnosis* = rozpoznanie) stawiana przez lekarzy, psycho-terapeutów i psychologów ma związek ze ściśle przestrzeganyymi procedurami medycznymi i klasyfikacjami zaburzeń, takimi jak *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10* [Pużyński, Wciórka (red.) 1998: 90–105].

Amerykański badacz Michael Silverman zauważa, że tak rozumiana diagnoza nie jest częścią pracy muzykoterapeuty. Zaproponowana przez niego teoria transdiagnostyczna (ang. *transdiagnostic theory*), dotycząca pracy w grupach terapeutycznych, nie skupia się na pojmowanym w sensie medycznym diagnozowaniu, ale raczej na problematyce związanej z tym, co jest obserwowalne u pacjentów [Silverman 2015: 122]. Takie

podejście zmniejsza stygmatyzację wynikającą z przypisywania danej osobie konkretnej jednostki chorobowej [Silverman 2015: 121]. W Stanach Zjednoczonych obserwowane były przypadki zaniechania szukania pomocy przez pacjenta po uzyskaniu diagnozy medycznej. Oczywiście bywa i tak, że diagnoza przynosi choremu ulgę w cierpieniu, pomagając mu zrozumieć własny stan zdrowia.

U podłoża koncepcji transdiagnostycznej leży założenie, że podejmujemy leczenie czy terapię pacjenta jako osoby, a nie jego choroby czy zaburzenia. Dla muzykoterapeuty ważne jest, jak pacjent znosi swoje cierpienia, jakiej konkretnie potrzebuje pomocy [Silverman 2015: 121–126]. Powstaje zatem pytanie: jak powinien postępować muzykoterapeuta wobec diagnozy medycznej? Wydaje się, że podstawą pracy terapeutycznej jest znajomość stanu i sytuacji pacjenta, dlatego muzykoterapeuta może uzupełniać wiedzę z dokumentacji medycznej własną obserwacją zajęć terapeutycznych bądź używać narzędzi diagnostycznych stworzonych przez innych muzykoterapeutów.

Benedikte Scheiby, muzykoterapeutka ukierunkowana analitycznie, nie zaleca zbyt wnikliwego i szybkiego zapoznawania się muzykoterapeuty z kartami pacjentów przed odbyciem pierwszej sesji terapeutycznej. W jej opinii ocena, czyli diagnoza muzykoterapeuty, powinna być jak najbardziej niezależna od oceny klinicznej innych członków zespołu terapeutycznego. W muzykoterapii chodzi bowiem o konfrontację rzeczywistych problemów pacjenta napotykanym w życiu codziennym i w relacjach ze światem zewnętrznym [Scheiby 2012: 63].

W muzykoterapii istnieją narzędzia diagnostyczne opracowane przez specjalistów z tej dziedziny, na przykład *Wigram's Music Therapy Assessment for Diagnosis of Autism and Communication Disorders in Children* [Wigram 2000: 13–22]. Do takich narzędzi zaliczyć można również *Bilans psychomuzyczny*, zrodzony ze współpracy psychiatrów i muzykoterapeutów francuskich, także ukierunkowanych analitycznie [Lecourt 2008: 82–108].

Narzędzia diagnozy muzykoterapeutycznej łączą w sobie zazwyczaj aspekt muzyczny z psychicznym. Ten pierwszy związany jest z preferencjami muzycznymi pacjenta, jego reakcjami bądź reaktywnością na

muzykę. Ten drugi odnosi się bardziej do prognozowania dalszych celów terapeutycznych na podstawie odbioru muzyki i niejednokrotnie łączony jest z zastosowaniem konkretnych technik i metod terapeutycznych, ma przykład metod projekcyjno-wyobrażeniowych [Kukiełczyńska-Krawczyk 2014: 132–135]. W takim rozumieniu przydatna może być dla muzykoterapeuty *Metoda kwalitometryczna* Tadeusza Natansona, oceniająca zapotrzebowanie na muzykę w sferach: emocjonalnej, skojarzeniowo-wyobrażeniowej, psychomotorycznej i intelektualnej [Kukiełczyńska-Krawczyk 2010: 157–172]. W szczególności zastosowanie mogą mieć standaryzowane testy preferencji muzycznych lub *Profil biegunowości cech dzieła muzycznego*, oceniający emocjonalny odbiór muzyki [Kukiełczyńska-Krawczyk 2019: 195–212].

Uzupełnienie diagnozy medycznej wiąże się z zastosowaniem podczas pracy indywidualnej i grupowej metod i technik muzykoterapeutycznych, które niejednokrotnie mają znaczenie diagnostyczne. Przykładowo opis wyobrażeń do muzyki o charakterze projekcyjnym może być pomocny w kształtowaniu obrazu pacjenta nie tylko dla muzykoterapeuty, lecz także dla współpracujących z nim psychoterapeutów i psychiatrów [Kukiełczyńska-Krawczyk 2014: 132–135]. Dla diagnozy terapeutycznej istotna jest również obserwacja każdej sesji terapeutycznej, zachowań pacjentów, reakcji na muzykę, w tym także wyboru instrumentu [Pietkiewicz 1998: 64–68]. Takie postępowanie skupione na rozumieniu problemów pacjenta, a nie na diagnozowaniu sprzyja prognozowaniu dalszych celów terapeutycznych [Silverman 2015: 121].

Techniki improwizacyjne i kompozytorskie również pozwalają na obserwację pacjenta, umożliwiając mu ekspresję [Cylulko 2017: 48]. Dość często w literaturze muzykoterapeutycznej pisze się o „diagnostycznej wartości samego muzycznego wytworu pacjenta” [Cylulko 2017: 48], na przykład napisanej przez grupę terapeutyczną piosenki, która może zostać poddana analizie, „mniej natomiast o trwającym w czasie i przechodzącym ciągle ewolucję procesie tworzenia przez niego muzyki – klinicznej muzycznej improwizacji” [Cylulko 2017: 48]. Muzykoterapeuta może bowiem dokonywać analizy projekcyjnej prostych improwizacji instrumentalnych bądź głosu pacjenta, przebiegu samego procesu

improwizacji, stosując niekiedy w tym celu specjalne techniki zapisu materiału improwizacyjnego [Wosch, Trondalen, Erkkilä 2016: 115–116].

W niniejszym artykule rozwinięte zostaną jedynie dwa podejścia do diagnozowania w muzykoterapii. Pierwsze dotyczy narzędzia stworzonego przez muzykoterapeutów do oceny reakcji na muzykę pacjentów i prognozowania dalszych celów terapeutycznych, a drugie – wybranej metody terapeutycznej, projekcyjno-wyobraźniowej, w tym wypadku zastosowanej w celach diagnostycznych. Obydwa podejścia zaprezentowane będą na przykładach z realnej pracy terapeutycznej na Dziennym Oddziale Leczenia Nerwic.

Niemniej, aby w pełni objaśnić temat diagnozowania dokonywanego przez muzykoterapeutę, w pierwszej kolejności należy zrozumieć sposób diagnozowania zaburzenia nerwicowego przez psychologów i psychiatrów. Zaburzenia nerwicowe bowiem „zmuszają do spojrzenia na jednostkę ludzką nie tylko jako biologiczny, ale także psychospołeczny fenomen, którego funkcjonowanie (i zakłócenia tego funkcjonowania, określane jako »choroba«) jest wyznaczone zarówno procesami fizycznymi, biochemicznymi, jak i socjokulturowymi” [Aleksandrowicz 1998: 13]. Zalicza się je do zaburzeń psychicznych „charakteryzujących się występowaniem lęków i środków obronnych stosowanych przeciwko tym lękom oraz poszukiwaniem rozwiązań kompromisowych w powstających sytuacjach konfliktowych” [Horney 1993: 23]. Zaburzenia nerwicowe związane są zarówno ze stosunkiem jednostki do samej siebie, jak i z zaangażowaniem w relacje z innymi ludźmi, a dotyczą: okazywania i przyjmowania uczuć, sposobu wyrażania agresji, zdolności do samooceny, wyrażania samego siebie i domagania się swoich praw oraz zachowań seksualnych [Domańska-Pękala 2004: 90, 91]. W diagnozie w nurcie neopsychoanalitycznym zwraca się uwagę na znaczenie wczesnych reakcji dziecka w kontakcie z otoczeniem społecznym, zwłaszcza rodzicami, rówieśnikami i środowiskiem szkolnym. W genezie nerwicy zasadnicze znaczenie przypisuje się określonej postawie emocjonalnej, którą przyjmują wobec dziecka rodzice. To z kolei wywołuje odpowiedź dziecka w postaci pewnych sposobów reagowania i zachowania, które utrwalane są w dalszym życiu [Pawlik 2008: 12]. Dlatego w niektórych

aspektach diagnoza dokonywana jest także w trakcie trwania terapii. Dokładną charakterystykę zaburzeń nerwicowych podaje *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 (F40-F48)* [Pużyński, Wciórka (red.) 1998: 90–105].

***Bilans psychomuzyczny* jako narzędzie diagnostyki w muzykoterapii zaburzeń nerwicowych**

Bilans psychomuzyczny, którego głównym elementem jest *Test wrażliwości*, został stworzony przez muzykoterapeutów francuskich ukierunkowanych analitycznie. Ostateczną formę nadała mu Jacqueline Verdeau-Paillès [Lecourt 2008: 88]. *Bilans psychomuzyczny* jest wykorzystywanym w diagnozie muzykoterapeutycznej narzędziem służącym do ukierunkowania celów terapeutycznych, doboru technik receptywnych bądź aktywnych, a także oceny reaktywności na muzykę w jej różnorodnych aspektach [Lecourt 2008: 78–79, 83]. Na gruncie polskim pewne elementy *Bilansu psychomuzycznego* wykorzystywane były w aspekcie praktycznym, a także badawczym do oceny potrzeb terapeutycznych kobiet w ciąży [Skroboł 2015].

Celem *Testu wrażliwości* nie jest badanie zdolności muzycznych, lecz raczej określenie na podstawie reakcji na muzykę typu wrażliwości, czyli reaktywności na muzykę w różnych sferach: wrażliwości, emocjonalnej, poznawczej czy obronnej. Uzyskana ocena wiąże się zatem także z cechami osobowości pacjenta i ułatwia prognozowanie zarówno w stosunku do rodzaju preferowanej przez niego muzyki, jak i w odniesieniu do możliwości zajęcia się daną osobą w terapii, włączając w to dobór odpowiednich technik terapeutycznych [Lecourt 2008: 91]. *Test wrażliwości* polega na wysłuchaniu 10 fragmentów muzycznych, a następnie dzieleniu się przez pacjenta – słownie, pisemnie bądź w innej formie ekspresji – skojarzeniami i odczuciami wywołanymi przez wysłuchaną muzykę [Lecourt 2008: 89]. Ważne jest we wspomnianym narzędziu właściwe dobieranie utworów muzycznych. W 10 fragmentach powinny być

zawarte odmienne rodzaje i style muzyczne: muzyka klasyczna, zwana także poważną, ludowa, współczesna, rozrywkowa, filmowa. Istotna jest też różnorodna obsada wykonawcza: głos żeński i męski, muzyka instrumentalna solowa i orkiestrowa. Fragmenty muzyczne powinny różnić się charakterem: od sentymentalnej uczuciowości po monumentalizm, i dawać możliwość wystąpienia zróżnicowanych reakcji emocjonalnych: od spokoju po niepokój [Lecourt 2008: 89, 90].

Jacqueline Verdeau-Paillès proponuje następujący układ utworów pod względem ich charakteru [Lecourt 2008: 90]:

1. utwór opisowy,
2. utwór ciężki i wyrażający niepokój,
3. utwór uczuciowy i sentymentalny,
4. utwór intymny i serdeczny,
5. utwór dziwny,
6. utwór uspokajający 1,
7. utwór dekoncentrujący,
8. utwór uspokajający 2,
9. fragment muzyki orientalnej,
10. utwór zrównoważony i monumentalny.

Niezwykle ważne jest, by przynajmniej część prezentowanej muzyki pochodziła z repertuaru, który jest pacjentowi znany i bliski [Lecourt 2008: 90]. W ramach przeprowadzania *Testu wrażliwości* u osób z polskiego kręgu kulturowego proponuję jako dziewiąty fragment muzyczny wybrać utwór tradycyjny, ludowy. Polski słuchacz bowiem nie ma tak dużego kontaktu z muzyką orientálną jak na przykład francuski.

W przeprowadzonym przeze mnie badaniu diagnostycznym u osób z zaburzeniem nerwicowym zaproponowałam następujący układ utworów:

1. Camille Saint-Saëns – *Karnawał zwierząt*, fragment *Akwarium*;
2. Nino Rota – muzyka z filmu *Ojciec chrzestny II*, fragment *The Immigrant*;
3. Georges Bizet – suita *Carmen*, część III;
4. Rod Stewart – piosenka *That's All*;
5. Erik Satie – *Utwory na fortepian*, fragment *Gymnopédie I*;

6. Charles Aznavour – *She* w wykonaniu duetu gitarowego Clavelitos;
7. Vangelis – *The Year of Living Dangerously*;
8. Johannes Brahms – *Kołysanka*, piosenka *Dobranoc* w wykonaniu Ewy Lorskiej;
9. *Oczy czarne* – utwór tradycyjny w wykonaniu duetu fortepianowego Marek i Wacek;
10. Ennio Morricone – *Once Upon a Time in the West*.

Wyboru utworów dokonałam na podstawie moich osobistych doświadczeń klinicznych w dwudziestoletniej pracy z różnymi grupami terapeutycznymi we wrocławskich oddziałach leczenia nerwic. W zestawie utworów zawarto muzykę klasyczną, filmową, tradycyjną i rozrywkową (pop). Zgodnie z założeniami Jacqueline Verdeau-Paillès wykorzystano: głos żeński (utwór nr 8), męski (utwór nr 4), różnorodne instrumentarium (duet gitarowy – utwór nr 6, skład orkiestrowy – utwory nr 1, 2, 3, fortepian solo – utwór nr 5, brzmienia elektroniczne – utwory nr 7 i 8). Test przeprowadzono w styczniu 2019 roku, w drugim tygodniu trzymiesięcznych spotkań terapeutycznych, bezpośrednio po testach psychologicznych i diagnozie psychiatrycznej postawionej przez zespół terapeutyczny. Badanie odbyło się w grupie pacjentów w izolowanym pomieszczeniu, przeznaczonym do zajęć terapeutycznych. Przeprowadzono je w formie pisemnej, anonimowo, czas trwania wynosił jedną godzinę.

W tabelach 1, 2 i 3 (s. 52–55) zaprezentowano trzy wybrane profile *Bilansu psychomuzycznego* wraz z moją interpretacją diagnostyczną.

Bilans psychomuzyczny zawiera w sobie odpowiedzi proste (S): S1 – odpowiedzi sensoryczne węchowe, smakowe, słuchowe; S2 – odpowiedzi sensoryczne wzrokowe proste; S3 – odpowiedzi cenestetyczne; S4 – odpowiedzi motoryczne; S5 – frazesy. Drugą kategorię stanowią odpowiedzi złożone (C): C1 – odpowiedzi intelektualne, kulturalne; C2 – złożone obrazy wizualne; C3 – wspomnienia, C4 – odpowiedzi czysto afektywne lub dotyczące uczuć. Kategoria trzecia obejmuje odpowiedzi o charakterze obronnym (D): D1 – sądy wartościujące, D2 – racjonalne uzasadnienie, D3 – negowanie, zaprzeczanie, D4 – defensywny niedostatek.

Tabela 1. Bilans psychomuzyczny pacjenta nr 1 (przedstawione dane oznaczają liczbę odpowiedzi)

Odpowiedzi	Fragmenty muzyki										Razem
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	
S1	–	–	–	1	–	2	1	1	1	1	7
S2	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	1
S3	–	–	–	–	1	–	–	2	–	–	3
S4	1	–	2	–	–	2	–	1	5	–	11
S5	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	1
C1	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	1
C2	4	1	2	–	–	2	2	–	–	1	12
C3	–	–	–	–	–	–	–	2	–	1	3
C4	3	4	–	1	2	3	1	3	–	1	18
D1	–	–	–	2	–	–	–	–	–	1	3
D2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0
D3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0
D4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0
Razem	8	5	4	6	3	9	4	9	7	5	60

Opis diagnostyczny pacjenta:

Ogólna liczba odpowiedzi świadczy o bardzo wysokiej reaktywności na muzykę. Występuje duża liczba odpowiedzi zarówno ze sfery wrażeniowej (odpowiedzi proste – 23), jak i emocjonalno-wyobrażeniowej (odpowiedzi złożone – 34). Nieliczne odpowiedzi o charakterze obronnym to wypowiedzi pozytywnie wartościujące odbieraną muzykę.

Liczne odpowiedzi wrażeniowe świadczą o szczególnej wrażliwości sfery zmysłowej, zarówno słuchowej, jak i smakowej, węchowej oraz dotykowej (wyrażenia takie jak: „szum fal”, „lody”, „papierosy”, „szorstkie

elementy”). Zauważalna jest również duża wrażliwość w zakresie sfery motorycznej (11 odpowiedzi – „bieg”, „gonitwa”).

Silnie uaktywniona jest sfera złożonych obrazów wizualnych (12 odpowiedzi), związana głównie z pozytywnymi obrazami przyrody („ptaki”, „szeroka plaża”). Nieliczne są wspomnienia odnoszące się do przemijania, szczęśliwego dzieciństwa i osoby matki.

Pojawiają się liczne odpowiedzi afektywne (18), dotyczące emocji zarówno pozytywnych, religijnych („nadzieja”, „wiara”, „harmonia”, „magia”, „spokój”), jak i negatywnych („irytacja”, „nostalgia”).

Całość bilansu jest bogata w wypowiedzi, często o charakterze refleksyjnym i emocjonalnym. W muzykoterapii wydaje się możliwe zastosowanie większości technik, zarówno treningowych, wizualizacyjnych, jak i projekcyjno-wyobrażeniowych, reminescencyjnych. Wysoką wrażliwość motoryczną można by wykorzystać w technikach swobodnej improwizacji instrumentalnej. W zakresie percepcji stylów muzycznych widoczne jest zapotrzebowanie na muzykę o charakterze uspokajającym i opisowym.

Tabela 2. Bilans psychomuzyczny pacjenta nr 2 (przedstawione dane oznaczają liczbę odpowiedzi)

Odpowiedzi	Fragmenty muzyki										Razem
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	
S1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0
S2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0
S3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0
S4	–	–	–	–	–	–	–	–	2	–	2
S5	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1
C1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0
C2	–	–	1	–	–	–	1	–	–	–	2
C3	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	1

Tabela 3. ciąg dalszy

Odpowiedzi	Fragmenty muzyki										Razem
S3	-	-	1	-	1	1	-	-	1	-	4
S4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
S5	3	4	-	1	1	-	-	-	3	1	13
C1	4	-	1	1	1	1	1	1	2	3	15
C2	-	2	2	4	1	7	2	8	-	4	30
C3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
C4	4	3	7	1	3	8	3	2	5	9	45
D1	-	-	-	1	-	-	4	-	-	-	5
D2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
D3	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2
D4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Razem	11	9	11	8	8	18	10	14	12	18	119

Opis diagnostyczny pacjenta:

Duża liczba odpowiedzi (119) świadczy o wysokiej wrażliwości na muzykę. Zauważalna jest przewaga odpowiedzi złożonych (C=90) nad prostymi (S=21), a także osiem odpowiedzi o charakterze obrony. Duża liczba odpowiedzi – frazesów (S5=13) oraz odpowiedzi intelektualnych (C1=15) wynika prawdopodobnie z faktu, że badany zajmował się muzyką w zespole amatorskim. Istnieje u niego bowiem duża potrzeba przyporządkowywania muzyki do danego stylu (np. kołysanka), oceny barwy instrumentu (np. lira) czy wykorzystania utworu (sala balowa). W reaktywności sensorycznej zaobserwować można potrzebę lekkości (S3=4), co może się wiązać z pragnieniem uwolnienia od uporczywych objawów nerwicowych. Zdziwiająco duża liczba odpowiedzi afektywnych (C4=45) zawiera w sobie całą gamę odczuć od ukojenia po irytację,

a także wzruszenie, powagę oraz emocje o charakterze introspektywnym (pojednanie, odpuszczenie, smutek z nadzieją). Zwraca uwagę duża liczba wyobrażeń związanych z przyrodą (chmury, strumyk), z postacią matki i macierzyństwem, a także ujawniających potrzebę odniesień intymnych i romantycznych. W muzykoterapii właściwe wydaje się zastosowanie muzyki i technik dających odprężenie oraz łagodzących objawy chorobowe i nadmierną afektywność, a także zachęcenie do werbalizacji wyobrażeń do muzyki, pozwalającej na odkrycie stanu psychicznego pacjenta i towarzyszących mu emocji.

Powyższe trzy bilanse wskazują na znaczną różnorodność reakcji badanych na muzykę i ich potrzeb terapeutycznych. Szczególnie istotne jest zbadanie sfery emocjonalnej, tłumionej bądź nadmiernie eksponowanej przez pacjentów. Ważne jest także określenie reakcji w zakresie sfery wyobraźniowej i wspomnieniowej, co pozwala na wykorzystanie technik projekcyjno-wyobraźniowych, istotnych w terapii zaburzeń nerwicowych. Występujące w badaniu odpowiedzi proste zachęcają terapeutę do stosowania skojarzeń do muzyki bądź technik relaksacyjnych i aktywizujących, jednakże w zależności od potrzeb pacjentów. Pojawiające się ewentualne reakcje o charakterze obronnym mogą zawierać informacje o stosunku pacjentów do pewnych stylów muzycznych, a także o przyjmowanych postawach wobec własnych reakcji emocjonalnych. Zatem przeprowadzony na początku procesu terapeutycznego *Bilans psychomuzyczny* pozwala muzykoterapeucie efektywniej programować muzykę i dostosować techniki pracy do potrzeb pacjentów.

Techniki projekcyjno-wyobraźniowe jako metoda diagnostyczna w muzykoterapii zaburzeń nerwicowych

Techniki projekcyjno-wyobraźniowe wywodzą się z psychoterapii, zajmują jednakże znaczące miejsce także w muzykoterapii. W tym wypadku

oparte są one na percypowaniu muzyki, która u słuchacza uruchamia procesy wyobrazeniowe i pobudza skojarzenia pozamuzyczne o charakterze projekcyjnym [Kukiełczyńska-Krawczyk 2014: 132]. Skojarzenia te psycholodzy nazywają wyobrażeniami, natomiast muzykolodzy określają je mianem znaczeń referencjalnych [Cesarz 2003: 7]. Cheryl Dileo-Maranto [1993: 694] nazywa powyższe techniki „projekcyjnym słuchaniem muzyki” (ang. *projective music listening*), a Kenneth Bruscia [1998: 124] zalicza do nich m.in. „projekcyjne opowiadanie” (ang. *projective storytelling*), czyli tworzenie opowiadania do muzyki. Techniki projekcyjnego słuchania muzyki najczęściej realizowane są w postaci skojarzeń do wybranego fragmentu muzycznego. Wyobrażenia są ukierunkowane przez temat narzucony przed słuchaniem muzyki przez terapeutę (np. trudna rozmowa, ulubiona postać z książki lub baśni) [Kukiełczyńska-Krawczyk 2003: 34–35; 2016: 187–191].

Wspomniane powyżej techniki opierają się na uruchomieniu u pacjentów mechanizmu projekcji, czyli rzutowania własnych cech na muzykę. Jak podają Katarzyna Krasoń i Ludwika Konieczna-Nowak [2016: 36], projekcja jest dla muzykoterapii podstawowym narzędziem poznania pacjenta (łac. *proicere* – wyrzucać, wyciągać, rzutować). Na muzykę jak na ekran rzutowany jest obraz własnego „Ja”: emocje, także te nieujawniane bądź negatywnie odbierane przez pacjenta, pragnienia, marzenia, cele życiowe, skrywane potrzeby, motywacje, własne spojrzenie na świat, najbliższe otoczenie, własne role w społeczeństwie [Kukiełczyńska-Krawczyk 2003: 34–35]. Dzieje się tak dzięki szczególnym właściwościom muzyki, która, rozumiana jako system znaków, może symbolicznie ulec przekodowaniu, czyli być nośnikiem treści i znaczeń wyrażonych na przykład metaforycznie. Ale projekcja taka możliwa jest także dzięki umiejętności, która „jest niejako przyrodzona każdemu człowiekowi” [Krasoń, Konieczna-Nowak 2016: 44, 45], a polega na naturalnym i nieświadomym procesie przekodowywania przez odbiorcę tej symboliki na osobiste doznania.

Z punktu widzenia psychologii muzyki, według koncepcji percepcji muzyki Anny Jordan-Szymańskiej [1991: 274], podczas słuchania muzyki aktualizują się często zarówno treści pozamuzyczne mające genezę

w osobistych przeżyciach słuchacza, jak i znaczenia będące wynikiem oddziaływań kulturowych, tzw. konotacje muzyczne. „Tekst kulturowy jest metaforą” [Krasoń, Konieczna-Nowak 2016: 45], a dekodowanie tej metafory, czyli jej odbiór w postaci własnych refleksji do słuchanej muzyki, może się stać dla pacjenta źródłem poznania, w tym uświadomienia sobie wewnętrznych konfliktów i problemów.

Taka świadomość ma znaczenie nie tylko diagnostyczne, lecz także terapeutyczne. Pozwala odczuć odprężenie, oczyszczenie, rodzaj *katharsis*, które dotyczy treści konfliktowych oraz przeżyć patogennych. Techniki projekcyjne umożliwiają również aktywizację emocjonalną, uruchamiają procesy twórcze i fantazje pozamuzyczne [Kukiełczyńska-Krawczyk 2003: 34–35]. Mogą się też przyczynić do odkrycia przez pacjenta sposobów radzenia sobie z zaistniałą sytuacją [Krasoń, Konieczna-Nowak 2016: 45]. Dzięki technikom projekcyjnym – tak jak w psychoterapii – pacjent, poznając swoje doświadczenia, uzyskuje nowe spojrzenie na siebie, swoje związki z innymi ludźmi i wypracowuje bardziej dojrzałe sposoby rozwiązywania problemów [Pawlik 2008: 17].

W niniejszym artykule rozpatrywana jest funkcja eksploracyjna technik projekcyjno-wyobrażeniowych, która ma znaczenie diagnostyczne [Cylulko 2017: 48]. Ujawnianie sytuacji i problemów pacjenta w skojarzeniach i wyobrażeniach o charakterze projekcyjnym, powstałych pod wpływem odpowiednio dobranej muzyki, pozwala zebrać pewien konkretny materiał diagnostyczny, który może być podstawą do wysnucia określonych wniosków. W ten sposób techniki projekcyjne umożliwiają postawienie diagnozy bądź opracowanie prognozy dotyczącej dalszych celów terapii.

Poniżej zaprezentowany został materiał zebrany podczas kilku sesji muzykoterapii grupowej na Dziennym Oddziale Leczenia Nerwic Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Wybrane i sugerowane pacjentom tematy wyobrażeń wynikają z typowej problematyki zaburzenia nerwicowego. Dostosowana do tematyki wyobrażeń muzyka była przeze mnie wielokrotnie wykorzystywana w ramach wieloletniej praktyki terapeutycznej.

Temat wyobrażenia do muzyki 1:**Jakie to zwierzę i jaką jego cechą chciałbym zaczerpnąć dla siebie?**

Cele diagnostyczne i terapeutyczne: ćwiczenie umiejętności wyrażania i nazywania emocji, poprawa nastroju, uświadamianie sobie własnych potrzeb, uruchomienie skojarzeń o charakterze projekcyjnym, projekcja własnych cech osobowości na muzykę, integracja grupy.

Utwory muzyczne:

Camille Saint-Saëns – *Karnawał zwierząt*:

- > Utwór 1: *Słoń*
- > Utwór 2: *Łabędź*
- > Utwór 3: *Kangury*
- > Utwór 4: *Ptaszarnia*

Reakcje pacjentów:

- > Utwór 1: „niedźwiedź, nosorożec, hipopotam, słoń”; „siła, moc, szlachetność, społeczność, opiekuńczość, rodzicielstwo, cierpliwość”; „zaczerpnęłabym dla siebie siłę słonia, bo wtedy mogłabym sobie ze wszystkim poradzić”; „siła, stabilność słonia”; „mądrość słonia”;
- > Utwór 2: „łabędź, żurawie, orły, albatrosy”; „dostojność, wierność, piękno, czystość, szlachetność”; „zaczerpnęłabym dla siebie dostojność i grację łabędzia”; „spokój łabędzia”;
- > Utwór 3: „wiewiórka, lisek, myszka, zajączek”; „macierzyństwo, szybkość, siła”; „zaczerpnęłabym dla siebie usportowienie kangura oraz figlarność wiewiórki”;
- > Utwór 4: „wróbelek, stado kolibrów, żuczek”.

Temat wyobrażenia do muzyki 2:**Kogo obdarowałbym tym utworem i dlaczego?**

Cele diagnostyczne i terapeutyczne: przełamywanie postaw egocentrycznych, uświadamianie sobie własnych potrzeb i potrzeb bliskich osób, praca z nastrojem.

Utwory muzyczne:

- > Utwór 1: Christoph Willibald Gluck – *Melodia* z opery *Orfeusz i Eurydyka*;
- > Utwór 2: Richard Clayderman – *Badinerie*, aranżacja utworu Johanna Sebastiana Bacha;
- > Utwór 3: Jimmy McHugh – *On the Sunny Side of the Street*, aranżacja instrumentalna piosenki w stylu dixieland.

Reakcje pacjentów:

- > Utwór 1: „za względu na spokojno-żałobny charakter utworu nie podarowałbym go nikomu”; „utwór mi się nie podobał, nie dam go nikomu w prezencie”; „byłby to dobry prezent dla żony, ponieważ chaotyczny charakter utworu odpowiada jej charakterowi”;
- > Utwór 2: „podarowałbym go pani D., gdyż charakter zabawy byłby dla niej dobry”; „podarowałbym go także sobie, ponieważ lubię taką muzykę”; „podarowałabym ten utwór sobie, żeby mieć więcej energii”; „podarowałbym go córkom, które lubią tańczyć”;
- > Utwór 3: „odczuwam w tym utworze charakter litanii, dlatego nie dałbym go nikomu”; „podarowałbym go sobie i panu K., wyobraziłem sobie, że po skończonej terapii idziemy razem do knajpki”; „dałabym go wszystkim w grupie, zabrałabym wszystkich do Nowego Jorku, do knajpki, gdzie moglibyśmy się rozluźnić”.

Temat wyobrażenia do muzyki 3: Moja rozmowa

Cele diagnostyczne i terapeutyczne: poprawa komunikacji i umiejętności słuchania, uświadomienie sobie problematyki konfliktowej, pobudzenie procesu projekcyjno-wyobrażeniowego.

Utwór muzyczny:

- > Ennio Morricone – *Love Theme* z filmu *Cinema Paradiso*

Reakcje pacjentów:

- > „para siedząca na ławce, rozmawiająca o tym, że chcieliby być razem, odeszli z parku, trzymając się za ręce”; „rozmowa na dachu

z mężczyzną przy montowaniu anten telewizyjnych o charakterze kokietującym”; „luźna rozmowa z mężem przy lampce szampa”; „rozmowa z koleżanką przez telefon, którą przerywa mąż koleżanki”; „rozmowa pomiędzy dzieckiem i rodzicem, który stara się akceptować wypowiedzi dziecka”.

Temat wyobrażenia do muzyki 4:

Miłe wspomnienie z dzieciństwa i z ostatnich dni

Cele terapeutyczne: uruchomienie wyobraźni i reminiscencji, kształtowanie obrazu własnego „Ja”, kształtowanie spojrzenia na rzeczywistość przez rozpoznawanie wzmacniających, radosnych chwil w życiu, praca z nastrojem.

Utwory muzyczne:

- > Utwór 1: Oscar Strauss – *Rondo miłości*;
- > Utwór 2: George Gershwin – *Summertime*.

Reakcje pacjentów:

- > Utwór 1: „przypomniała mi się huśtawka, gdzie chodziłam razem z siostrą, początkowo się jej bałam, ale podobała mi się przyroda i otoczenie”; „wspomniałam wspólne rodzinne święta, ciepło, wszyscy razem się kochamy”; „pomyślałam o piekarni i eklerkach, jak wtedy było fajnie”; „pamiętam wspólne rozmowy z babcią przy piecu i smak sera robionego przez babcię, kontakt z babcią zapewniał mi bezpieczeństwo”; „wspominam zabawy z kolegami, polewanie się wodą ze strzykawek, to była radość, zabawa, bez troska”; „przypomina mi się skakanie po tapczanie, zabawy z rodzeństwem”; „wypiek ciasta drożdżowego razem z babcią, kontakt z babcią, miłość”; „rodzice huśtający mnie w kocu, ważne, że byli wtedy razem, zajmowali się mną i skupiali na mnie uwagę”; „rower i pokonywanie swoich lęków razem z bratem”;
- > Utwór 2: „wspólne zakupy z koleżankami, miła rozmowa, odczucie wolności i radości”; „wizyta u kosmetyczki, pranie, które robi córka, by mnie nie bolały zranione ręce”; „zakupy z koleżanką,

oderwanie się, zapomnienie, wolność”; „refleksja na cmentarzu, spokój, miałem trudność w przypomnieniu sobie miłych chwil z ostatnich dni”; „miałem trudność z przypomnieniem, ale w końcu wspomniałem wydarzenie sprzed siedmiu lat, kiedy grałem na instrumencie w górach dla ludzi, którzy mnie oklaskiwali, chcę wrócić do grania, chcę wiązać z tym swoją przyszłość”, „radosne doświadczenie z córeczką, która ma chłopaka w żłobku”; „mój powrót do pracy po chorobie, akceptacja okazana przez współpracowników”; „moje dzieci pocieszające, przytulające, kochające”; „podczas joggingu pojawiły się myśli, że wszystko jest piękne, i życzę sobie więcej takich przemyśleń”.

W powyższych wyobrażeniach pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi cele diagnostyczne spełnione są przez:

1. eksplorację obecnych przeżyć i doświadczeń: „miła rozmowa, odczucie wolności i radości”; „zakupy z koleżanką, oderwanie się, zapomnienie”;
2. ujawnienie dawniejszych doświadczeń, w tym tych z dzieciństwa, i ich związku z problematyką zaburzenia: „rower i pokonywanie swoich lęków razem z bratem”; „kontakt z babcią zapewniał mi bezpieczeństwo”; „zabawy z rodzeństwem”;
3. uświadomienie sobie własnych nastrojów i aktualnie przeżywanych emocji: „odczuwam w tym utworze charakter litanii”; „spokojno-żałobny charakter utworu”;
4. odkrycie charakteru relacji z bliskimi osobami: „podarowałbym ten utwór córce”; „przypomina mi to moją dominującą siostrę”; „akceptacja okazana przez współpracowników”;
5. uświadomienie sobie nieujawnianych, często nieakceptowanych potrzeb: „para siedząca na ławce, rozmawiająca o tym, że chcieliby być razem”; „wolność”;
6. poznanie cech osobowości i reakcji w trudnych sytuacjach: „podarowałabym ten utwór sobie, żeby mieć więcej energii”; „zaczepnęłabym dla siebie dostojność i grację łabędzia”; „siła, stabilność słonia”; „dostojność, wierność, piękno, czystość, szlachetność”;

7. odkrywanie pozytywnie wzmacniających zasobów i prognozowanie rozwoju potrzeb w procesie terapii: „radosne doświadczenie z córeczką”; „wydarzenie sprzed siedmiu lat, kiedy grałem na instrumencie w górach dla ludzi”; „zabrałabym wszystkich do knajpki, gdzie moglibyśmy się rozluźnić”.

Jak wynika z powyższych przykładowych wypowiedzi pacjentów, techniki wyobrazeniowo-projekcyjne dostarczają wiele materiału dającego podstawę do wnioskowania i prognozowania potrzeb i celów terapeutycznych, ponieważ wydobywają z pacjenta to, co jest w jego osobowości dominujące. Jak wspominają Katarzyna Krasoń i Ludwika Konieczna-Nowak [2016: 36], zmuszają one „uczestnika sesji do aktualizowania własnych, indywidualnych doświadczeń”. Metafora powstająca podczas wyobrażenia o charakterze projekcyjnym interpretowana jest w odniesieniu do własnego świata emocji i przeżyć [Krasoń, Konieczna-Nowak 2016: 45].

Zarówno przeszłe, jak i aktualne doświadczenia pacjenta mają wpływ na powstanie zaburzenia nerwicowego, a także na obecne związki emocjonalne z innymi ludźmi. Odkrycie tych wczesnych doświadczeń, zwłaszcza w sytuacjach rodzinnych, pomaga zdiagnozować tzw. konflikt nerwicowy [Chutkowska, Pawlik 2008: 53]. Powstałe podczas muzykoterapii skojarzenia i wyobrażenia mogą wzbogacić materiał diagnostyczny zebrany przez zespół terapeutyczny i pozwolić na skuteczniejsze prognozowanie dalszych celów terapeutycznych.

Podsumowanie

Diagnoza w muzykoterapii zaburzeń nerwicowych może być uzupełnieniem diagnozy dokonywanej przez zespół terapeutyczny w aspekcie psychiatrycznym. Jej odmienność wynika ze skupienia się głównie na bieżących problemach i sytuacji pacjenta, ujawnianych przez kontakt z muzyką. Zarówno reakcje na różne style muzyczne, jak i wyobrażenia do muzyki mogą się przyczynić do pogłębienia obrazu pacjenta w terapii

i rozpoznania jego potrzeb w odniesieniu do dalszych działań terapeutycznych, a także dają możliwość prognozowania co do zastosowania konkretnych technik muzykoterapii.

Bibliografia

- Aleksandrowicz Jerzy, 1998, *Zaburzenia nerwicowe*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Bruscia Kenneth, 1998, *Defining Music Therapy*, Barcelona: Barcelona Publishers.
- Cesarz Helena, 2003, *O muzyce i muzykoterapii*, „Muzykoterapia Polska”, nr 5, s. 7–13.
- Chutkowska Kinga, Pawlik Jerzy, 2008, *Założenia analitycznej psychoterapii grupowej*, [w:] J. Pawlik (red.), *Psychoterapia analityczna. Procesy i zjawiska grupowe*, Warszawa: Eneteia, Wydawnictwo Psychologii i Kultury, s. 47–56.
- Cylulko Paweł, 2017, *Ekspresja muzyczna pacjentów*, [w:] M. Cylkowska-Nowak, W. Strzelecki (red.), *Muzykoterapia. Między wglądem a inkluzją*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 21–52.
- Dileo-Maranto Cheryl, 1993, *Music Therapy International Perspectives*, Pipersville, Pennsylvania: Jeffrey Books.
- Domańska-Pękala Alicja, 2004, *Karen Horney. Filozoficzne podstawy koncepcji nerwicy*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Semper”.
- Horney Karen, 1993, *Neurotyczna osobowość naszych czasów*, tłum. H. Grzegółowska, Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Jordan-Szymańska Anna, 1991, *Model uwarunkowań percepcji utworu muzycznego. Podstawa teoretyczna planu badań eksperymentalnych*, [w:] K. Miklaszewski, M. Meyer-Borysewicz, *The International Seminar of Researchers and Lecturers in the Psychology of Music, Poland 24–29 September, Radziejowice*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Muzycznej, s. 272–279.
- Krasoń Katarzyna, Konieczna-Nowak Ludwika, 2016, *Sztuka – terapia – poznanie. W stronę podejścia indywidualizującego w badaniach muzykoterapeutycznych*, Warszawa: PWN.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, 2003, *Muzykoterapia na oddziale leczenia nerwic*, „Muzykoterapia Polska”, nr 1 (5), s. 33–36.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, 2010, *Metoda kwalitometryczna Tadeusza Natansona w badaniach muzykoterapeutycznych*, [w:] A. Granat-Janki i zespół (red.), *Tadeusz Natanson. Kompozytor, uczyony, pedagog*, [w serii:] „Muzycy

- Wrocławscy”, t. 2, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 157–172.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, 2014, *Programowanie muzyki do terapii – 20 lat po wydaniu książki Tadeusza Natansona*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia – stałość i zmiana*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 115–144.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, 2016, *Programowanie muzyki w praktyce klinicznej grupowej muzykoterapii zaburzeń nerwicowych*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Wrocławskie modele muzykoterapii*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 173–196.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, 2019, *Emotional Reception of Ludwig van Beethoven’s Music – The Author’s Own Research*, [w:] A. Granat-Janki, *Musical Analysis. Historia – Theoria – Praxis*, t. 5, Wrocław: The Karol Lipiński Academy of Music in Wrocław, s. 195–212.
- Lecourt Édith, 2008, *Muzykoterapia, czyli jak wykorzystać siłę dźwięków*, tłum. L. Teodorowska, Katowice: Videograf II.
- Pawlik Jerzy, 2008, *Założenia psychoanalizy i ich zastosowanie w psychoterapii grupowej*, [w:] J. Pawlik (red.), *Psychoterapia analityczna. Procesy i zjawiska grupowe*, Warszawa: Eneteia, Wydawnictwo Psychologii i Kultury, s. 11–46.
- Pietkiewicz Grażyna, 1998, *Muzykoterapia w terapii kompleksowej ośrodka leczenia nerwic dla dorosłych*, [w:] P. Cylulko (red.), *Moc muzyki – pro memoria Tadeusz Natanson*, „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu”, nr 73, s. 62–64.
- Pużyński Stanisław, Wciórka Jacek (red.), 1998, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Scheiby Benedikte B., 2012, *Muzykoterapia zorientowana analitycznie*, [w:] K. Stachyra (red.), *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 51–74.
- Silverman Michael J., 2015, *Music Therapy in Mental Health for Illness Management and Recovery*, Oxford: Oxford University Press.
- Skrobol Anna, 2015, *Diagnoza potrzeb terapeutycznych kobiet w ciąży na podstawie cech osobowości i wrażliwości na muzykę*, nieopublikowana praca magisterska, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu.
- Wheeler Barbara L., Shultis Carol L., Polen Donna W., 2005, *Clinical Training Guide for the Student Music Therapist*, Barcelona: Barcelona Publishers.
- Wosch Thomas, Trondalen Gro, Erkkilä Jaakko, 2016, *Microanalysis in Music Therapy: Objectivist and Interpretivist Approaches and Methods 2016*, „Nordic Journal of Music Therapy”, no. 25 (suppl. 1), s. 115–116.

Wigram Tony, 2000, *A Method of Music Therapy Assessment for the Diagnosis of Autism and Communication Disorders in Children*, „Music Therapy Perspectives”, no. 18, s. 13–22.

Streszczenie

Diagnoza w muzykoterapii zaburzeń nerwicowych obejmuje zarówno sferę muzyczną, jak i psychiczną. Niemniej nie skupia się na pojmowanym w sensie medycznym diagnozowaniu, ale raczej na problematyce związanej z tym, co jest obserwowalne u pacjentów w kontakcie z muzyką. Sfera muzyczna diagnozy związana jest z preferencjami muzycznymi pacjenta oraz jego reakcjami na muzykę. Pomocnym narzędziem w tym względzie okazuje się *Bilans psychomuzyczny*. Sfera psychiczna związana jest z prognozowaniem dalszych celów terapeutycznych na podstawie odbioru muzyki, niejednokrotnie łączonym z zastosowaniem konkretnych technik terapeutycznych, takich jak techniki projekcyjno-wyobrażeniowe. Obydwa wspomniane podejścia zaprezentowane są w artykule na przykładach z pracy terapeutycznej na Dziennym Oddziale Leczenia Nerwic Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Słowa kluczowe: bilans psychomuzyczny, metody diagnostyczne, techniki projekcyjno-wyobrażeniowe

KLAUDIA KUKIEŁCZYŃSKA-KRAWCZYK – muzykoterapeuta, kompozytor, wykładowca Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. W roku 2006 obroniła rozprawę doktorską na temat *Oddziaływanie wybranych elementów dzieła muzycznego o charakterze uspokajającym na zmienność rytmu zatokowego* na Wydziale Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. W jej dorobku naukowym znajduje się kilkadziesiąt publikacji w języku polskim i angielskim. Zagadnienia muzykoterapii prezentowała na wielu krajowych i międzynarodowych konferencjach naukowych, m.in. w Krems i w Wiedniu, na Dolnośląskim Festiwalu Nauki oraz w Artez Conservatorium w Enschede w Holandii.

Autorka specjalizuje się w muzykoterapii zaburzeń nerwicowych, programowaniu muzyki do terapii, improwizacji w terapii oraz historii muzykoterapii. Prowadzi zajęcia terapeutyczne na oddziałach psychiatrycznych we Wrocławiu. Przez 10 lat opiekowała się Studenckim Kołem Naukowym Muzykoterapii, organizując krajowe i międzynarodowe konferencje studentów muzykoterapii, zapraszając wybitnych muzykoterapeutów z krajów europejskich i ze Stanów Zjednoczonych oraz wspierając projekty naukowo-artystyczne studentów. Popularyzuje zagadnienia związane z muzykoterapią na Uniwersytetach Trzeciego Wieku oraz Otwartej Akademii na Akademii Muzycznej we Wrocławiu. Jej dorobek kompozytorski obejmuje kilkadziesiąt utworów, do których należą m.in. *Koncert fortepianowy* oraz *Quasi passacaglia na skrzypce solo i taśmę*, wykonana na Festiwalu Polskiej Muzyki Współczesnej *Musica Polonica Nova* (1998) we Wrocławiu.

ZNACZENIE OBRAZU CIAŁA W PROCESIE DIAGNOZY MUZYKOTERAPEUTYCZNEJ I CHOREOTERAPEUTYCZNEJ

Agnieszka Zygmunt » Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu
Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

Obraz ciała i jego znaczenie dla funkcjonowania człowieka jest w ostatnich latach często podejmowanym tematem oraz przedmiotem badań i rozważań w różnych dziedzinach nauki [Kobierecka 2012: 383]. Początkowo prace dotyczące tego zagadnienia zdominowane były przez autorów o orientacji neurobiologicznej i ograniczały się do badania schematu ciała (sylwetki, ruchów ciała itp.). Również współcześni neurologowie podkreślają, że człowiek nie rodzi się z obrazem własnego ciała, lecz ze schematem ciała, który jest zbiorem jego neuronowych reprezentacji i funkcji znajdujących się w mózgu. Dopiero mózgowa aktywacja schematu ciała prowadzi do doświadczenia jego obrazu, określanego przez Maxima Stamenova jako mentalna reprezentacja ciała i jego funkcji. Jeden z głównych przedstawicieli psychologii rozwojowej, Jean Piaget, uznawał ciało za „wehikuł” wprowadzający dziecko w adolescencję [Rzeszutek, Schier 2008: 6].

Thomas Cash opracował model kognitywno-behawioralny obrazu ciała, który kształtowany jest przez dwie grupy czynników: historyczno-rozwojowe oraz pośredniczące. Według modelu Casha czynniki historyczno-rozwojowe obejmują dotychczasowe doświadczenia, myśli i działania dotyczące ciała, takie jak: doświadczenia interpersonalne,

nawyki żywieniowe, cechy budowy i waga ciała (BMI) oraz kształtujące się w życiu jednostki poczucie własnej wartości. Do czynników pośredniczących Cash zalicza m.in. myśli i interpretacje oraz emocje związane z ciałem, a także behawioralne strategie samoregulacji [Talarczyk, Nowakowska 2013: 46]. Autor wymienia trzy etapy tworzenia się cielesnego „Ja”, przebiegające od pierwszych fizycznych doświadczeń cielesnych dziecka, przez odkrywanie granic ciała i umiejętności identyfikowania sygnałów płynących z wnętrza, aż do ukonstytuowania się spójnego obrazu ciała, który jest podstawą samoświadomości. Zakłada istnienie trzech wymiarów ciała:

- > poznawczego,
- > emocjonalnego,
- > behawioralnego.

Tak skonstruowany obraz własnego ciała odgrywa istotną rolę w budowaniu poczucia własnej wartości. Pozytywny obraz ciała jest jak kotwica, która daje nam poczucie stabilności – nawet w obliczu przeciwności losu. Można sobie wyobrazić, co dzieje się z pacjentami, którym brakuje pozytywnego obrazu swojego ciała albo których postrzeganie samych siebie jest zniekształcone. Pozytywny obraz ciała symbolizuje dobre funkcjonowanie w świecie. Tym samym zaburzenia tego obrazu można symbolicznie interpretować jako wyraz trudności wewnętrznych danej osoby.

Od normy do zaburzeń

Poszukując przyczyn powstawania zaburzeń obrazu ciała, Thomas Cash i Thomas Pruzinsky zwrócili uwagę na następujące czynniki z okresu dzieciństwa, które mogą prowadzić do ich rozwoju lub do wykształcenia nieadekwatnego obrazu ciała:

- > zbytnia intruzywność i przestymulowanie dziecka przez rodzica,
- > brak empatycznych odpowiedzi ze strony rodzica na zachowanie dziecka,
- > niedostępność emocjonalna opiekuna,

> niestabilność reakcji lub selektywne reagowanie za strony opiekuna na sygnały wysyłane przez dziecko [Pędzich (red.) 2013: 179].

Analiza cielesności w kontekście zjawisk społeczno-kulturowych pozwala zaobserwować, że współcześnie w naszym kręgu cywilizacyjnym ciało zostało uprzedmiotowione, własne „Ja” zaś – ucieleśnione. Wygląd zaczął przesądzać o wartości osoby oraz decydować o powodzeniu wśród innych ludzi. W tzw. epoce ponowoczesności tożsamość człowieka opiera się w dużej mierze na cielesności [Kobierecka 2012: 390]. Szczególnie interesujący wydaje się ten fenomen wśród kobiet.

W licznych badaniach wykazano, że kobiety stanowią grupę, w której poziom satysfakcji z własnego ciała jest często obniżony. Niezależnie od wieku kobiety częściej od mężczyzn doznają w życiu negatywnych uczuć w obszarze doświadczania własnego ciała. Częściej ujawniają zaburzony stosunek do swojego ciała, przejawiający się w różnych formach psychopatologii.

Na podstawie przeglądu literatury można stwierdzić, że osoby osiągające wysoki poziom stresu uzyskują wyniki znacząco niższe w takich skalach obrazu własnego ciała, jak ocena wyglądu, ukierunkowanie na wygląd, ocena sprawności, ukierunkowanie na sprawność, ocena zdrowia, ukierunkowanie na zdrowie i satysfakcja z obszarów ciała. Obraz ciała jest często swoistym pośrednikiem ujawniającym ślady zróżnicowanych doświadczeń danej osoby (w tym traumatycznych). Owe doświadczenia mogą się wiązać z wystąpieniem różnych zaburzeń zachowania (wypaleniem zawodowym, lękiem, stresem), które z kolei są często wtórnie „rozgrywane”, interpretowane w ciele lub na ciele. Próba pracy nad omówionymi negatywnymi schematami ciała jest celem terapii tańcem.

Znaczenie obrazu ciała jest podkreślane w rozwoju jednostki oraz jej interpersonalnym i intrapsychoicznym funkcjonowaniu. Doświadczanie własnej cielesności odgrywa ważną rolę w rozwoju osobowym człowieka: wiąże się z samooceną, poczuciem atrakcyjności, jakością kontaktów z innymi, doświadczaniem emocji i ich integracji, jakością życia i psychologicznym dobrostanem [Kobierecka 2012: 392]. Stanowi także jeden z korelatów chorób psychosomatycznych, autodestrukcyjnych zachowań czy zaburzeń odżywiania. „Ja” cielesne kształtuje się w relacji

z osobami w dzieciństwie. Poczucie własnego ciała to pierwsze poczucie siebie wzbudzone przez dotyk matki w niemowlęctwie. Dziecko, uwnętrzniając powtarzające się interakcje z opiekunem i związane z nimi emocje, kształtuje swoje struktury wewnątrzpsychiczne, co z kolei ma związek z tym, jak postrzega ono siebie i świat, w tym własną cielesność. Relacje rodzinne, obok kontekstu społeczno-kulturowego czy cech intrapsychicznych, wymieniane są w literaturze jako jeden z czynników „spustowych”, predysponujących do nieprawidłowości w obrębie stosunku do własnego ciała i je podtrzymujących [Kobierecka 2012: 394].

Poznawcza koncepcja rozbieżności Tory’ego Higginsa

Poznawcza koncepcja rozbieżności Tory’ego Higginsa wskazuje na sposób, w jaki osoba przez swoje psychologiczne (zwłaszcza poznawcze) funkcjonowanie wpływa na podejmowane przez siebie zachowania wobec wizerunku (wielkości, proporcji) własnego ciała. Higgins wskazuje, że treści zawarte w strukturze „Ja” cielesnego determinują to, jak osoba postrzega i ocenia siebie („Ja” aktualne), jaką chce być, to znaczy – jak chce wyglądać („Ja” idealne), lub jaką być powinna wobec innych („Ja” powinnościowe). Trzy stany „Ja” nazywane są zakresami lub obszarami „Ja”. Zgodnie z omawianą koncepcją osoba dąży do minimalizowania rozbieżności między tym, jak siebie postrzega („Ja” aktualne), a tym, jaka chciałaby być („Ja” idealne) lub jaka powinna być („Ja” powinnościowe). Dla procesów samoregulacji duże znaczenie ma to, czy jednostka ocenia dany obszar „Ja” z osobistego punktu widzenia czy z punktu widzenia innych znaczących dla niej osób (rodziców, przyjaciół). Osobiste przekonania jednostki o posiadanych przez nią cechach tworzą obszar „Ja” aktualnego „w oczach własnych”. Przekonania odnoszące się do cech, które według jednostki przypisywane są jej przez innych, tworzą zakres struktury „Ja” w obszarze „w oczach innych”. Reprezentacje nadziei, aspiracji, życzeń, cech, które jednostka chciałaby posiadać, tworzą „Ja” idealne „w oczach własnych”. Z kolei reprezentacje tych atrybutów,

które w opinii jednostki inni chcieliby, aby miała, wchodzi w zakres „Ja” idealnego „w oczach innych”. Odpowiednio, powinnościowy obszar „Ja” jest zbiorem atrybutów (reprezentacji poczucia obowiązku, odpowiedzialności), które jednostka we własnym przekonaniu powinna posiadać („Ja” powinnościowe „w oczach własnych”) lub które, jak sądzi, powinny ją charakteryzować zdaniem innych („Ja” powinnościowe „w oczach innych”) [Izydorczyk, Rybicka-Klimczyk 2009: 289].

Należy zwrócić uwagę na sprzężenie zwrotne pomiędzy reprezentacją poznawczą ciała a emocjami. U osób, które mają negatywną reprezentację poznawczą swojego wyglądu, mogą występować negatywne emocje. Z kolei negatywny nastrój może powodować brak satysfakcji ze schematu ciała i nasilać obniżone samopoczucie, jednocześnie pogłębiając zaburzenia w obrazie ciała. Metodami, które idealnie wpisują się w poprawę obrazu i schematu ciała, są terapia tańcem, zwana choreoterapią, oraz muzykoterapia.

„Ja” cielesne w zaburzeniach odżywiania

Powszechny jest pogląd, że wizerunek ciała odgrywa zasadniczą rolę w rozwoju zaburzeń odżywiania się. W wielu badaniach opisywane są związki między pierwiastkami kulturowymi, tj. ideałem szczupłej sylwetki, i ich internalizacją a niezadowoleniem ze swojego ciała. Obecnie przyjmuje się, że niezadowolenie z własnego ciała stanowi ważny czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń odżywiania się. Osoby chorujące na anoreksję doświadczają więcej nieprzyjemnych uczuć związanych ze swoim ciałem niż osoby zdrowe. W aspekcie świadomości interoreceptywnej (świadomości własnych emocji, sygnałów płynących z ciała) pacjentki z anoreksją i bulimią psychiczną doznają trudności w zakresie identyfikowania, rozpoznawania i nazywania własnych emocji, a czynniki te pozostają w związku zarówno z powstawaniem, jak i z utrzymywaniem się objawów. Zniekształcenie obrazu ciała przyczynia się do zniekształcenia obrazu „Ja”. W porównaniu ze zdrowymi kobietami zarówno osoby

z anoreksją, jak i te z bulimią w większym stopniu negatywnie oszacowują wymiary swojego ciała, wykazują zdecydowanie mniejszą zażyłość z własnym ciałem oraz są w większym zakresie z niego niezadowolone. Badania pokazują, że u osób otyłych obraz ciała pozostaje zniekształcony lub nieadekwatny i najczęściej wiąże się z przeszacowywaniem wymiarów ciała. Do czynników predysponujących do powstawania zaburzeń obrazu ciała u osób otyłych zalicza się: wczesny początek otyłości, obecność zaburzeń emocjonalnych i negatywną ocenę otyłości przez osoby bliskie. Kobiety otyłe częściej niż osoby nieotyte maskują swoje ciało za pomocą ubrań, przybieranej postawy, sposobu poruszania się, unikają patrzenia na siebie, doznają smutku, gdy myślą o swoim ciele. Zaburzenia odżywiania się i samookaleczenia jako symptomy psychopatologiczne pozostają ze sobą w związku nie tylko ze względu na współwystępowanie czy też przynależność do jednej kategorii zaburzeń autodestruktywnych, lecz także z uwagi na fakt, że u podłoża obydwu leżą patologiczne i dysfunkcyjne uczucia i postawy związane z ciałem, a ogólnie rzecz ujmując – negatywne ustosunkowanie się do własnego ciała [Nitsch i in. 2012: 179].

Rozpoznanie jadłowstrętu psychicznego i bulimii

Zaburzenia odżywiania są to poważne nieprawidłowości psychiczne, mające związek z różnorodnymi chorobami somatycznymi, które mogą krytycznie wpływać na zdrowie zarówno psychiczne, jak i fizyczne. Każdy rodzaj zaburzenia odżywiania cechuje się określonymi działaniami charakterystycznymi dla danej jednostki chorobowej, jednak wszystkie je łączy poczucie zakłopotania związane z niezdolnością do kontrolowania masy ciała i spożywanego jedzenia, a także towarzyszący mu strach przed oceną ich stanu zdrowia przez otoczenie i lekarzy [Leslie i in. 2011: 66].

Do najczęściej występujących nieprawidłowości żywieniowych należą *anorexia nervosa* oraz bulimia, w wypadku których zbyt późne rozpoznanie lub niepodjęcie leczenia może prowadzić nawet do śmierci. Podobieństwo

objawów tych dwóch chorób może przyczynić się do mylnej diagnozy. W związku z tym, aby poprawnie rozpoznać jednostkę chorobową, korzysta się z *Międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD-10* (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) oraz z *Klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-5* (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), których kryteria ułatwiają zdiagnozowanie pacjenta [Paniagua 2018].

Podstawową różnicą między tymi dwoma systemami klasyfikacji jest to, że ICD-10 nie uwzględnia potrzeby rozważenia zmiennych kulturowych w kontekście diagnozowania osób z zaburzeniami psychicznymi, podczas gdy DSM-5 ostrzega lekarzy zdrowia psychicznego, iż stawiając diagnozę w tym kontekście, powinni brać pod uwagę zmienne kulturowe potencjalnie wpływające na rozpoznanie i ocenę zaburzeń [Paniagua 2018].

Obraz ciała w wymiarze filozoficznym

Jedną z dziedzin, które zajmują się ciałem oraz teoretycznymi zagadnieniami dotyczącymi jego związku z ruchem, tańcem i muzyką, jest filozofia ciała. Jej częścią jest sfera postrzegania ciała. Można postrzegać swoje ciało i interpretować je w sposób obiektywny. Maurice Merleau-Ponty wyjaśnia jednak, że istnieje pewna dwuznaczność dotycząca kwestii ciała, wskazująca na potrzebę traktowania go nie tylko przedmiotowo, lecz także podmiotowo, co wynika z faktu, że ciało się nie tylko *ma*, lecz także się nim *jest*. W związku z tym autor porusza zagadnienie „ucieleśnionego poznania” polegającego przede wszystkim na relacji między ciałem a osobą poruszającą się, która doświadcza świata, funkcjonując w środowisku zarówno fizycznym, jak i społecznym [Gallagher, Payne 2015: 70]. Teoria ta ma też odniesienie do warunków klinicznych. Percepcja i poznanie w procesie rozumowania klinicznego mogą być bowiem modulowane za pomocą ruchów i działań, które obejmują manipulację otoczeniem. W fizjoterapii, a także we wszelkich podejściach psychoterapeutycznych uwzględniających ciało istotna jest praca terapeuty, który

wraz z pacjentem zdobywa wiedzę dostarczającą informacji o obecnych i przyszłych rozwiązaniach terapeutycznych [Gallagher, Payne 2015: 71]. W swojej pracy *Fenomenologia percepcji* Maurice Merleau-Ponty [2006] po dokonaniu krytycznej analizy intelektualizmu i empiryzmu, leżących u podstaw naukowego myślenia o człowieku, opisuje własną koncepcję cielesności. W myśl tej koncepcji cielesność przejawia się przez swą przestrzenność, motoryczność, zdolność do syntezy percepcyjnej i doświadczania. Tak ujmowana – ma możliwości nie tylko uczenia się i nadawania sensu, lecz także integrowania tego, co wewnętrzne, z tym, co zewnętrzne, i tego, co pozaracjonalne, z tym, co racjonalne [Nowacka-Dobosz i in. 2015: 58]. Poznawanie i budowanie mapy własnego ciała to pierwsza odpowiedź, jaką człowiek może uzyskać w swoim życiu na pytanie: kim jestem? – odpowiedź budująca zręby ludzkiej samoświadomości. Jest pierwszym krokiem do poznania siebie i zrozumienia własnych czynów oraz emocji [Pezdek, Rasiński 2016]. Richard Shusterman, amerykański neopragmatysta i twórca tzw. somaestetyki, zainspirowany koncepcją „ciało-umysłu” Johna Deweya, doceniając spontaniczny charakter naszej cielesności, przestrzega jednocześnie przed jej przeszacowaniem. Zwraca uwagę na konieczność refleksyjnej kontroli somatycznych automatyzmów, podkreślając przy tym, że potrzeba sprawdzania i ewentualnego korygowania cielesnych nawyków wzrasta zwłaszcza teraz, gdy współczesny człowiek wciągany jest coraz głębiej w wir cyfrowych, wirtualnych światów [Dobrowolski 2011: 50]. Shusterman uważa, że zdolność somatycznego czucia i cielesnej autopraktyki u przeciętnego mieszkańca Zachodu jest nieprawidłowa i że ułomność ta jest zazwyczaj nieuświadomiona [Shusterman 2008].

Rola terapii tańcem i muzyką w diagnostyce zaburzeń obrazu ciała

Terapia tańcem jako holistyczna metoda pracy z ciałem i rehabilitacji jest coraz częściej i szerzej wykorzystywana w badaniach naukowych

w USA oraz w Europie. Jej zasady i stosowane nazewnictwo zostały spisane w latach czterdziestych XX wieku w Stanach Zjednoczonych. Zdecydowana większość badań nad terapią tańcem to badania jakościowe, choć istnieją również metaanalizy badań ilościowych, które wykazały skuteczność tej metody porównywalną z efektywnością innych form terapii [Koch i in. 2014: 56]. Badania wskazują te obszary, w których terapia tańcem znajduje największe zastosowanie. Są to m.in. choroby psychiczne oraz niepełnosprawność fizyczna i umysłowa.

Coraz częściej w literaturze przedmiotowej oraz na konferencjach naukowych pojawiają się informacje o aktywnych, alternatywnych formach rehabilitacji, do których należy terapia tańcem. Zakłada ona kompleksowe interakcje, a także zależność umysłu i ciała [Garbacik, Węgrzyn 2008: 132]. Stany psychiczne człowieka znajdują odzwierciedlenie w fizycznych napięciach mięśniowych, sposobie oddychania i postawie ciała. Założenie o jedności psychofizycznej człowieka podkreśla relację ciało – psychika [Appelhans i in. 2012: 395]. Ciało zatem ma wpływ na uczucia, nastawienie do życia, a nawet na tożsamość kulturową.

Jak podaje Danuta Kozieńko [Kozieńko 2002], psychoterapia tańcem jest to psychoterapeutyczne wykorzystanie ruchu jako procesu, który zwiększa fizyczną i psychiczną integrację jednostki. Terapia muzyką, tańcem i ruchem sięga starożytności, już wtedy bowiem obserwowano kojące i oczyszczające działanie ruchów tanecznych oraz oddziaływań muzycznych. Prostota środków używanych w terapii tańcem i w muzykoterapii oraz różnorodność zastosowań czynią z nich metody możliwe do powszechnego wykorzystania. Organizm pacjenta postrzegany jest w nich w sposób holistyczny, dzięki czemu proces rehabilitacji nie zostaje rozdrobiony na kilka, aplikowanych etapami, kierunków usprawniania. Muzykoterapia i choreoterapia z uwagi na swój charakter uznawane są za niezmiernie atrakcyjne i mało nużące dla pacjenta formy oddziaływania leczniczego, dające duże szanse wytrwania chorego na drodze do wyleczenia. Nie należy traktować ich jednak jako jedyne środki prowadzącego do odzyskania przez pacjenta sprawności, lecz jako metody wspomagające farmakoterapię oraz inne formy konwencjonalnego leczenia ruchem [Gnat i in. 2002: 61].

Podczas zajęć tanecznych ważną rolę odgrywa muzyka. To ona wpływa bezpośrednio na taniec, a taniec – na osobę tańczącą, która nie tylko porusza swym ciałem, lecz także uruchamia procesy wewnętrzne utożsamiane z psychiką i osobowością. Taniec jest formą komunikacji niewerbalnej [Puszczalowska-Lizis i in. 2015: 23]. Synchronizuje aktywność motoryczną z wewnętrznym rytmem, wyrównuje akcję serca, oddech, prowadząc do stanu fizjologicznej harmonii całego organizmu. Badania kliniczne wykazały istotną statystycznie wyższość – pod względem parametrów kinematycznych – rehabilitacji z muzyką nad rehabilitacją bez muzyki [Galińska 2015: 841].

Celem terapii tańcem jest angażowanie się w ruch, a konkretnie w aktywność ruchową tu i teraz. Jej istotne elementy stanowią zwiększanie świadomości ciała i uważności oraz werbalne wyrażanie doświadczeń ruchowych, skoncentrowane na cechach doświadczenia [Pylvänäinen i in. 2015: 6]. Aby dotrzeć do pełnego potencjału naszej osobowości, musimy szukać synchronizacji z innymi ludźmi, ponieważ rozwija ona możliwości emocjonalne i osobowościowe mózgu [Bentzen 2015: 220]. Muzykoterapia oraz choreoterapia przeciwdziałają postawom autoagresywnym, a tym samym eliminują uczucie żalu i straty. Podstawowym założeniem terapii tańcem i ruchem jest przekonanie o tym, że uczucia odzwierciedlają zmiany stanu ciała wywołane przez świat zewnętrzny. Przez zaangażowanie w trzech obszarach: podmiotowości, empatii i refleksyjności, następuje reakcja ucieleśnionego doświadczenia. Zdolność do skupienia uwagi na tych trzech aspektach doświadczenia jest ściśle związana z jakością terapii tańcem. Praca na tych trzech płaszczyznach pomaga skupić się na byciu tu i teraz [Sletvold 2015: 89].

Ekspresyjność naszego ruchu jest zakorzeniona w odmiennych atrybutach ludzkiego ciała i poczucia siebie, w świadomości, że jest się istotą oddzieloną od innych istot i rzeczy. Zintegrowane ciało i umysł kształtują nasze relacje z innymi przez wytwarzanie i wyrażanie emocji, uczuć i pragnień, które mogą być zapamiętane. Colwyn Trevarthen wyjaśnia: „emocje są tym, co możemy zrobić, aby uregulować nasz wewnętrzny stan dobrego samopoczucia i chronić się przed błędami” [Trevarthen, Fresquez 2015: 208]. Powtarzalna i rytmiczna synchronizacja ruchu

grupy ludzi ma pozytywny wpływ na postrzeganie relacji społecznych i stanowi ważny czynnik codziennej interakcji społecznej [Woolhouse i in. 2016: 5]. Działanie w synchronizacji z innymi zwiększa współpracę przez wzmocnienie więzi społecznych wśród członków grupy.

W niektórych wypadkach taniec oraz muzykę można stosować jako alternatywę dla leczenia farmakologicznego. Słuchanie muzyki wywołuje w mózgu złożony proces, w którym biorą udział elementy percepcyjne, poznawcze, motoryczne i emocjonalne. Pociąga to za sobą aktywizację części skroniowej, ciemieniowej i czołowej mózgu, regionów układu limbicznego, które są związane z pobudzeniem uwagi, pamięci i emocji. Stosowanie muzyki podczas ćwiczeń ruchowych i rehabilitacji fizycznej pacjentów zwiększa ich ciekawość oraz przyjemność czerpaną z zajęć [Jun i in. 2012: 24]. W literaturze naukowej podkreśla się, że przeżywanie nawet najbardziej intensywnych emocji i uczuć nie powinno zaszkodzić, natomiast hamowanie czy blokowanie ich ekspresji zdecydowanie może taką szkodę wyrządzić. W muzykoterapii można mówić o procesie terapeutycznym kierowanym przez muzykoterapeutę. Podobnie ma się rzecz w terapii tańcem. Terapeuta stosuje w swojej pracy techniki kreatywne, wyobrażeniowe, komunikatywne, treningowe i relaksacyjne, wykorzystując elementy percepcji muzyki, improwizację, odtwarzanie, komponowanie czy połączenie różnych form sztuki, m.in. przez taniec. Te dwie dyscypliny uwzględniają zarówno umysł, jak i ciało w pracy nad poprawą obrazu własnego ciała.

Ważne jest, aby w trakcie analizowania i interpretowania ruchu pacjenta podczas zajęć muzykoterapeutycznych czy choreoterapeutycznych zawsze brać pod uwagę kontekst, w jakim ten ruch się pojawia i w jakim funkcjonuje konkretna osoba. Należy podchodzić do analizy w sposób indywidualny i uważny. Mocno pasywny ciężar ciała¹ pacjenta, wolne poruszanie się i silna ukierunkowana przestrzeń² mogą komunikować brak chęci zaangażowania się w proces terapeutyczny, po-

1 » Określenie to oznacza sztywność, blokadę, niemożność wykonywania pewnych ruchów.

2 » Pojęcie nawiązujące do teorii ruchu Rudolfa Labana.

wstrzymywanie się od podejmowania decyzji, skoncentrowanie pacjenta na cierpieniu mentalnym, niezauważanie pozytywnych stron sytuacji i brak nadziei na rozwiązanie problemów. Osoba poruszająca się po sali bezwiednie z opuszczonymi ramionami może, ale nie musi, przekazywać komunikat o swojej bezradności, rezygnacji. Silne przygarbienie ciała to potencjalny sygnał doświadczanego ciężaru oraz nadmiernej odpowiedzialności, jaką pacjent jest w życiu obciążony. Mocno uniesiona głowa może odzwierciedlać potrzebę bycia ważnym, bardziej zauważanym. Posługujemy się pewnymi schematami w diagnozowaniu obrazu ciała, należy jednak przestrzec przed szablonowym stawianiem diagnozy. Do każdego pacjenta należy podchodzić indywidualnie i mieć wgląd w emocje, sytuację materialną i zawodową danej osoby. Pogłębiony wywiad, twórcze i kreatywne podejście oraz nieschematyczne patrzenie na drugiego człowieka mogą pomóc w zaprojektowaniu zajęć terapeutycznych, które mają na celu pracę nad obrazem ciała.

Każdy człowiek posiada pewne wzorce ruchowe, czyli indywidualne aspekty ruchu. Jak zachowujemy się w nowym, a jak w znanym dla nas miejscu? Czy do pokoju wchodzimy mocnym, zdecydowanym krokiem, koncentrując swój wzrok na danym celu, czy delikatnie, lękliwie, kierując wzrok w bok, w dół? W jakiej odległości od innych osób decydujemy się być? W jaki sposób podajemy rękę? Czy poruszając się, mamy świadomość swojego oddechu, ustawiania stopy na podłodze? Obserwując dane wzorce ruchowe, warto zwrócić uwagę na te, które się powtarzają, gdyż są one bardzo cennym elementem w diagnozie obrazu ciała danej osoby. Co dzieje się w moim ciele, kiedy doznaję silnych emocji? Jaką przyjmuje wtedy postawę ciała, co dzieje się z moim oddechem? W analizowaniu obrazu ciała podczas zajęć terapeutycznych obserwacja oddechu jest bardzo ważna. Oddech jest procesem, który zachodzi samoistnie, bez udziału naszej woli. Często nie zdajemy sobie sprawy, jak bardzo ograniczony, nieświadomy oddech może przeszkadzać w pełnym wykorzystaniu potencjału ruchowego i w reagowaniu w trakcie zajęć muzykoterapeutycznych lub choreoterapeutycznych. Oddech odzwierciedla nasze samopoczucie w danym momencie. Możemy popracować nad nim świadomie podczas ćwiczeń relaksacyjnych, grając na instrumencie czy tańcząc.

W trakcie zajęć muzykoterapeutycznych i terapii tańcem warto stosować różnego rodzaju improwizacje muzyczno-taneczne, które umożliwiają lepszą diagnozę obrazu ciała pacjenta. Wchodzenie na różne sposoby do centrum kręgu, w grupie ustawionej na linii koła, przywołuje ważne myśli i odczucia związane z gotowością lub brakiem gotowości do bycia w centrum, bycia zauważanym, do zbliżania się i oddalania od grupy. Zadania w improwizacji polegające na zatrzymywaniu się i ruszaniu mogą pokazać, czy jesteśmy gotowi w życiu zaangażować się w działanie, ale też wskazywać na możliwość zatrzymywania się w pewnych obszarach, aby stać się świadomym obserwatorem. Czy jest to duże wyzwanie, czy stanowi to dla nas problem?

Nie ma terapii tańcem ani muzykoterapii bez relacji. Gdy spotykają się dwie osoby i nie ma między nimi żadnej więzi, wtedy pojawia się obojętność. Aby wywiązała się autentyczna relacja, należy być świadomym siebie, swojego ciała, swoich emocji. Proces terapeutyczny się rozwija, kiedy terapeuta buduje przestrzeń, w której mogą się pojawić nowe, istotne dla pacjenta w danym momencie tematy wyrażone w ruchu i w dźwięku. Rolą terapeuty nie jest oceniać, ale współtowarzyszyć pacjentowi na drodze poszukiwań. Praca nad obrazem ciała jest pracą niełatwą, ale rozwijającą świadomość i uważność, co dotyczy nie tylko pacjenta, lecz także samego terapeuty.

Bibliografia

- Appelhans Bradley M., Whited Matthew C., Schneider Kristin L., Yunsheng Ma, Oleski Jessica L., Merriam Philip A., Waring Molly E., Olendzki Barbara C., Mann Devin M., Ockene Ira S., Pagoto Sherry L., 2012, *Depression Severity, Diet Quality, and Physical Activity in Women with Obesity and Depression*, „Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics”, no. 112 (5), s. 693–698.
- Bentzen Marianne, 2015, *Dances of Connection: Neuroaffective Development in Clinical Work with Attachment*, „Body, Movement and Dance in Psychotherapy”, vol. 10, no. 4, s. 211–226.
- Dobrowolski Robert, 2011, *O korygowaniu nawyków spontanicznego ciała (Dewey, Shusterman)*, „Fizjoterapia”, t. 19, nr 1, s. 49–53.

- Galińska Elżbieta, 2015, *Znaczenie muzykoterapii w rehabilitacji neurologicznej*, „Psychiatria Polska”, t. 49, nr 4, s. 835–846.
- Gallagher Shaun, Payne Helen, 2015, *The Role of Embodiment and Intersubjectivity in Clinical Reasoning*, „Body, Movement and Dance in Psychotherapy”, vol. 10, no. 1, s. 68–78.
- Garbacik Jolanta, Węgrzyn Ewa, 2008, *Choreoterapia jako jedna z metod leczenia ruchem*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego”, nr 570, s. 132–133.
- Gnat Rafał, Sczogieł Daria, Saulicz Edward, Żukowska Anna, 2002, *Charakterystyka choreoterapii oraz możliwości jej wykorzystania w kompleksowej rehabilitacji pacjentów różnych grup schorzeń*, „Fizjoterapia”, t. 10, nr 1, s. 55–65.
- Izydorczyk Bernadetta, Rybicka-Klimczyk Adriana, 2009, *Poznawcze aspekty obrazu ciała u kobiet a zaburzenia odżywiania*, „Endokrynologia Polska”, t. 60, nr 4, s. 287–294.
- Jun Eun-Mi, Roh Young Hwa, Kim Mi Ja, 2012, *The Effect of Music-Movement Therapy on Physical and Psychological States of Stroke Patients*, „Journal of Clinical Nursing”, vol. 22, no. 1–2, s. 22–31.
- Kobierecka Anna, 2012, *Emocjonalny aspekt obrazu ciała a ocena relacji z rodzicami u młodych kobiet*, „Przegląd Psychologiczny”, t. 55, nr 4, s. 383–395.
- Koch Sabine, Kunz Teresa, Lykou Sissy, Cruz Robyn, 2014, *Effect of Dance Movement Therapy and Dance on Health-Related Psychological Outcomes: A Meta-Analysis*, „The Arts in Psychotherapy”, vol. 41, no. 1, s. 46–64.
- Koziełło Danuta, 2002, *Taniec i psychoterapia*, Poznań: Wyd. KMK Promotions.
- Leslie Sim, McAlpine Donald, Grothe Karen, Himes Susan, Cockerill Richard, Clark Matthew, 2011, *Rozpoznawanie i leczenie zaburzeń odżywiania się w podstawowej opiece zdrowotnej*, tłum. Ł. Świąćicki, „Medycyna po Dyplomie”, nr 7, s. 51–63.
- Merleau-Ponty Maurice, 2006, *Fenomenologia percepcji*, tłum. M. Kowalska, J. Migasiński, Warszawa: Fundacja Aletheia.
- Nitsch Katarzyna, Prajs Elżbieta, Kurpisz Jacek, Tyburski Ernest, 2012, *Obraz ciała i jego zaburzenia. Aspekty teoretyczne w kontekście wybranych jednostek psychopatologicznych*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, t. 12, nr 3, s. 176–182.
- Nowacka-Dobosz Sylwia, Femiak Joanna, Pędraszewska-Sołtys Barbara, 2015, *Rola ciała w kształtowaniu świadomości. Inspiracje filozoficzne i naukowe*, „Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu”, nr 48, s. 56–62.
- Paniagua Freddy, 2018, *ICD-10 Versus DSM-5 on Cultural Issues*, „Sage Open”, vol. 8, no. 1, [online:] <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/21582-44018756165> [26.06.2020].
- Pezdek Krzysztof, Rasiński Lotar, 2016, *Between Exclusion and Emancipation: Foucault's Ethics and Disability*, „Nursing Philosophy”, vol. 18, no. 2, [online:] <https://doi.org/10.1111/nup.12131> [27.06.2020].

- Pędzich Zuzanna (red.), 2013, *Psychoterapia tańcem i ruchem. Teoria i praktyka*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Puszczalowska-Lizis Ewa, Pop Teresa, Szymańska-Smoleń Ewelina, 2015, *Wpływ choreoterapii na rozwój dzieci z opóźnieniem psychoruchowym*, „Postępy Rehabilitacji”, t. 29, nr 3, s. 21–28.
- Pylvänäinen Päivi, Muotka Joonas, Lappalainen Raimo, 2015, *A Dance Movement Therapy Group for Depressed Adult Patients in a Psychiatric Outpatient Clinic: Effects of the Treatment*, „Frontiers in Psychology”, no. 6, s. 1–11.
- Rzeszutek Marcin, Schier Katarzyna, 2008, *Tak bolesne, że aż obce? Związek pomiędzy depresją a obrazem ciała u młodych dorosłych*, „Psychoterapia”, t. 4, nr 4, s. 5–16.
- Shusterman Richard, 2008, *Świadomość ciała. Dociekania z zakresu somaestetyki*, tłum. W. Małecki, S. Stankiewicz, Kraków: Universitas.
- Sletvold Jon, 2015, *Embodied Empathy in Psychotherapy: Demonstrated in Supervision*, „Body, Movement and Dance in Psychotherapy”, vol. 2, no. 10, s. 82–93.
- Talarczyk Małgorzata, Nowakowska Iwona, 2013, *Praca skoncentrowana na ciele jako jedna z metod terapii pacjentek z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego – doświadczenia kliniczne*, „Psychoterapia”, nr 1 (164), s. 43–54.
- Trevarthen Colwyn, Fresquez Carla, 2015, *Sharing Human Movement for Well-Being: Research on Communication in Infancy and Applications in Dance Movement Psychotherapy*, „Body, Movement and Dance in Psychotherapy”, vol. 4, no. 10, s. 194–210.
- Woolhouse Matthew, Tidhar Dan, Cross Ian, 2016, *Effects on Inter-Personal Memory of Dancing in Time with Others*, „Frontiers in Psychology”, vol. 7, no. 26, s. 1–8.

Streszczenie

Obraz ciała definiowany jest jako zmysłowy wizerunek rozmiarów, kształtów i formy naszego ciała, obejmujący również uczucia, jakimi je obdarzamy. Doświadczenie własnego ciała jest często opisywane z zastosowaniem takich terminów, jak schemat ciała czy też „Ja” cielesne. Obraz ciała stanowi uwewnętrznione spojrzenie na własny wygląd, połączone z przekonaniem na temat tego, jak oceniają osobę i jej ciało inni, oraz doświadczanymi w związku z tym uczuciami. W poznawczej koncepcji Thomasa Casha i Thomasa Pruzinsky'ego obraz ciała definiowany jest jako umysłowa struktura reprezentująca indywidualne doświadczenia poznawcze, emocjonalne i behawioralne osoby związane z wyglądem jej własnego ciała.

Jeśli dominują w nim zniekształcone schematy poznawcze, obejmujące negatywną percepcję i postawę wobec własnego wizerunku, to zwykle łączą się one z rozwijającym się u danej osoby poczuciem nieakceptowania wizerunku własnego ciała i eksploracją zachowań zmierzających do jego zmiany.

Słowa kluczowe: muzykoterapia, obraz ciała, terapia tańcem, zaburzenia odżywiania

AGNIESZKA ZYGMONT – doktor nauk o kulturze fizycznej, pedagog, certyfikowana choreoterapeutka – terapeutka tańcem. Ukończyła liczne kursy i szkolenia związane z tańcem, terapią tańcem oraz pracą z ciałem; instruktorka Hatha Jogi. Dwukrotna stypendystka Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego. Prowadzi zajęcia w Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, Akademii Muzycznej we Wrocławiu oraz na Uniwersytecie Wrocławskim na kierunkach pedagogika i psychologia. Współpracuje z fundacjami zajmującymi się pacjentami onkologicznymi, osobami niepełnosprawnymi intelektualnie oraz fizycznie, dla których prowadzi autorskie warsztaty z terapii tańcem i ruchem. Pracuje w Dziennym Domu Pomocy „Na Ciepłej” we Wrocławiu, gdzie prowadzi zajęcia z ekspresji ciała z seniorami chorującymi na demencję. Propaguje idee arteterapii jako niefarmakologicznej formy terapii.

DIAGNOZA W MUZYKOTERAPII W OPIECE PALIATYWNEJ

Szymon Chrobak » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

Wprowadzenie

W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat możemy zaobserwować duże postępy w rozumieniu potrzeb osób przewlekle chorych oraz będących w terminalnym okresie choroby, a także w udzielaniu im wielopłaszczyznowej pomocy i wsparcia. Opieka paliatywna należy do najszybciej rozwijających się dziedzin medycyny, jest tematem przewodnim konferencji, szkoleń i warsztatów na całym świecie, skierowanych zarówno do specjalistów różnych dziedzin związanych ze zdrowiem, jak i do szerokiego grona odbiorców pragnących pogłębić swoją wiedzę w tym zakresie. Tendencja ta wydaje się zrozumiała, jeśli weźmiemy pod uwagę statystyki. Główny Urząd Statystyczny podaje liczbę 414 200 zgonów w Polsce w roku 2018 [*Zgony według płci...* 2018]. Szacuje się, że przy utrzymaniu się trendów zachorowań i tempa starzenia się populacji na obecnym poziomie liczba zgonów z powodu samych tylko chorób układu krążenia (figurujących jako najczęstsza przyczyna śmierci Polaków) w 2020 roku wyniesie ponad 200 tysięcy [Strzelecki, Szymborski (red.) 2015: 5]. Przewiduje się również, że w kolejnych latach będzie wzrastać procent populacji zmagającej się z nowotworami złośliwymi i schorzeniami degeneracyjnymi. Większa świadomość społeczna, a także duże oczekiwania co do osiągnięć i możliwości medycyny zaostrzają sprzeciw

wobec umierania w cierpieniu i napędzają dążenia do zapewnienia dotkniętym chorobą jak najlepszej opieki. Pomimo szybkiego rozwoju tej sfery medycyny dane z ubiegłej dekady pokazują, że potrzeby chorych, a także ich rodzin w Polsce były zaspokojone w około 50%, co może być jednym z głównych wyznaczników poziomu opieki paliatywnej [de Walden-Gałuszko (red.) 2005: 5]. Ponad 25,5 miliona ludzi, co stanowi 45% z 56,2 miliona zgonów zarejestrowanych na całym świecie w 2015 roku, doświadczyło poważnego cierpienia w ostatnich etapach życia. Spośród nich ponad 80% osób pochodziło z regionów rozwijających się, a zdecydowana większość takich osób nie ma dostępu do opieki paliatywnej i możliwości łagodzenia bólu. Każdego roku prawie 2,5 miliona dzieci umiera w cierpieniu, z czego 98% pochodzi z regionów rozwijających się. Uwzględniając zarówno tych, którzy w danym roku umierają, jak i tych, którzy żyją w warunkach zagrażających życiu lub prowadzących do poważnych konsekwencji zdrowotnych, oszacowano, że cierpienie, któremu z powodzeniem można było zaradzić, dotyczy ponad 61 milionów ludzi. Ponad 80% tych osób żyje w krajach o niskim lub średnim dochodzie, gdzie opieka paliatywna i łagodzenie bólu są rzadkie lub nie istnieją [Knaul i in. 2018: 1392].

Potrzeby związane z godnym końcem życia bez bólu i cierpienia są jednymi z podstawowych, jakie powinniśmy zaspokoić jako społeczeństwo pragnące uczciwie określać się mianem wysoko rozwiniętego. Dzięki podnoszonym od lat standardom opieki paliatywnej muzykoterapia zajmuje ważne miejsce spośród stosowanych form interwencji. Umiejętne wykorzystanie muzyki i wartości z nią związanych może nieść ulgę w cierpieniu na poziomie fizycznym, psychicznym i duchowym, wpływać na zachowanie, nastroj, emocje i wspomnienia. Podejmowanie właściwych działań w toku muzykoterapii, nawiązanie terapeutycznej relacji i duża skuteczność nie mogą być osiągnięte bez licznych informacji na temat pacjenta. Dane te pozyskuje się w procesie diagnostycznym obejmującym między innymi skrupulatną obserwację i wywiad. Brakuje jednak polskiej literatury poświęconej zarówno diagnozie w muzykoterapii w opiece paliatywnej, jak i ogólnie muzykoterapii w tym obszarze w porównaniu z innymi sferami. Bogatym źródłem wiedzy są licznie

publikowane artykuły poświęcone ocenie muzykoterapii w opiece paliatywnej. Można do nich dotrzeć przez angielskojęzyczne bazy danych typu PubMed i EBSCO.

Pacjent w opiece paliatywnej

Jednym z wyzwań we wdrażaniu opieki paliatywnej był brak konsensusu co do tego, czym dokładnie jest opieka paliatywna, kiedy i w wypadku jakich osób należy ją stosować, a także kto może i powinien taką pomoc świadczyć. Funkcjonujące od lat terminy „opieka paliatywna” i „opieka hospicyjna” są – w zależności od osoby lub instytucji – różnie interpretowane, a kilka organizacji opieki paliatywnej przyjęło własne definicje [Knaul i in. 2018: 1399]. Do niedawna najbardziej powszechna była definicja Światowej Organizacji Zdrowia z 2002 roku, skupiająca się na opiece paliatywnej dla dorosłych, opisująca ją jako

[...] działanie, które poprawia jakość życia chorych i ich rodzin stojących wobec problemów związanych z zagrażającą życiu chorobą, poprzez zapobieganie i znoszenie cierpienia dzięki wczesnemu rozpoznaniu oraz bardzo starannej ocenie, leczeniu bólu i innych problemów: somatycznych, psychosocjalnych i duchowych [WHO 2019].

W 2017 roku Komisja Lancet ds. Globalnego Dostępu do Opieki Paliatywnej i Łagodzenia Bólu (The Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain Relief) opublikowała raport *Alleviating the Access Abyss in Palliative Care and Pain Relief – An Imperative of Universal Health Coverage*, w którym zalecano dokonanie przeglądu definicji WHO i uwzględnienie postępów w systemie opieki zdrowotnej, a przede wszystkim sytuacji środowisk o niskich dochodach, w nich bowiem lekarze często mają trudne zadanie opieki nad pacjentami bez niezbędnych leków, sprzętu lub przeszkolenia. W takich warunkach problemem są już nie tylko choroby bezpośrednio zagrażające życiu – na

które ukierunkowana jest definicja WHO – lecz także choroby uleczalne w krajach o lepszym zapleczu medycznym, tj. niedożywienie, mała masa urodzeniowa, gorączka krwotoczna, urazy, zatrucia itp. [Knaut i in. 2018: 1400]. Zgodnie z zaleceniami Komisji w 2018 roku Międzynarodowe Stowarzyszenie Hospicjum i Opieki Paliatywnej (International Association for Hospice and Palliative Care – IAHPIC) z udziałem 450 członków z 88 krajów ustaliło w wyniku konsensusu definicję opieki paliatywnej jako

aktywnej holistycznej opieki nad osobami w każdym wieku, cierpiącymi z powodu poważnych chorób, w szczególności pod koniec życia. Ma ona na celu poprawę jakości życia pacjentów, ich rodzin i ich opiekunów [IAHPIC 2018].

Przez szersze ujęcie problemu koncentruje się ona na łagodzeniu cierpienia, jest aktualna i ma zastosowanie do wszystkich pacjentów bez względu na diagnozę, rokowanie, lokalizację geograficzną, miejsce opieki i poziom dochodów.

Choroba utożsamiana jest z niekorzystną przemianą w życiu człowieka, a jej wpływ jest różny w zależności od charakteru, przebiegu, pojawiających się symptomów i ich skutków. Z objawami somatycznymi zazwyczaj wiąże się cierpienie, które organizm rozpoznaje jako bodźce niepokojące. Ponadto choroba oddziałuje na funkcjonowanie chorego w wielu obszarach życia społecznego, rodzinnego, zawodowego i kulturalnego. Może to prowadzić do pogorszenia ogólnego dobrostanu i sytuacji osoby cierpiącej, a także osób z najbliższego środowiska [Strelau (red.) 1999: 514]. Położenie chorego staje się pod wieloma względami trudniejsze, gdy diagnozy sugerują zagrożenie życia. Taka wiadomość zaburza kształtowany od dziecka obraz pozornie pewnej i naturalnej ścieżki przez etapy, jakie przechodzi człowiek od narodzin do odroczonej w czasie starości. Choroby i wypadki, choć funkcjonują w świadomości społecznej, wydają się często „błędem” i nieprawidłowością, gdy w niespodziewany sposób przerywają lub zaburzają stabilną dotychczas sytuację życiową i zdrowotną. Osoba, która po dłuższym lub krótszym

czasie leczenia docelowego przechodzi na leczenie objawowe i trafia pod opiekę paliatywną, może mieć poczucie utraty dotychczasowego życia i staje w obliczu niepewnej przyszłości.

Okoliczności, w których możemy mówić o zagrożeniu życia, należą do skrajnych doświadczeń i bez wsparcia oraz specjalistycznej pomocy psychologicznej zasadniczo trudno je udźwignąć. Stres w obliczu śmierci jest dla pacjenta i jego bliskich nierzadko największym, jakiego dotychczas doświadczyli. Trudny do oszacowania czas postępu choroby, od diagnozy aż do śmierci, wymaga przystosowywania się do zmieniających się warunków, kondycji i możliwości chorego. Pomoc i wsparcie w tym procesie są niezwykle istotne, gdyż na różnych etapach zmianie będzie ulegać również nastawienie pacjenta i bliskich [Watson i in. 2007: 662–663]. Światopogląd i stosunek do śmierci mogą być tak różne, jak różni są ludzie, ale w czysto formalnym ujęciu zgon jest końcem życia dla człowieka, bez względu na miejsce, czas i poglądy. Jednocześnie jest doświadczeniem absolutnie indywidualnym, a postawa człowieka w konfrontacji z nim może być wspierająca lub może komplikować i wzmacniać lęk [Corr 1998: 31]. Biorąc pod uwagę kryzysowe i stresogenne położenie pacjenta objętego opieką paliatywną, w szczególności należy rozpatrywać objawy takie jak smutek i depresja [Watson i in. 2007]. Wielkiego kroku w rozumieniu śmierci i procesu odchodzenia, a przede wszystkim potrzeb i przeżyć osób umierających dokonała pochodząca ze Szwajcarii lekarz psychiatra Elisabeth Kübler-Ross. Pracując w jednym ze szpitali w Chicago, miała okazję do wielu spotkań i rozmów z pacjentami i wysłuchiwała ich w ostatnich momentach życia. Dały one podstawę do napisania przez nią opublikowanej w 1969 roku książki *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, która wraz z całą działalnością autorki przełamała nieco tabu śmierci, jakie istnieje w społeczeństwie, a nawet w niektórych kręgach medycznych, i stanowiła duży wkład w aktualną psychotanatologię oraz psychoonkologię [Kübler-Ross 1998: 8–10].

Jednakże wszelkie działania względem chorego są traktowane drugorzędnie w stosunku do łagodzenia bólu i objawów somatycznych, których uśmierzenie jest fundamentalne i daje punkt wyjścia do wszystkich

innych wymiarów opieki paliatywnej. W związku z tym pośród rozbudowanego i interdyscyplinarnego personelu oraz osób wspomagających na oddziale paliatywnym czy też w opiece domowej czołową rolę odgrywa lekarz. Żadne interwencje i starania nie mają sensu, jeśli pacjent cierpi z powodu dokuczliwego bólu [Cummings 1998: 19]. Z przykrymi objawami somatycznymi w ścisłej współpracy z lekarzami walczą pielęgniarki i pielęgniarze. Niejednokrotnie mają oni największy kontakt z chorym oraz jego bliskimi, a co za tym idzie – najwięcej danych na temat tego, kim jest pacjent, i możliwości zindywidualizowanego postępowania w danym przypadku [Dicks 1990: 197–203]. Odciążeniem dla pielęgniarek w wielu mniej specjalistycznych działaniach skupiających się m.in. na codziennej pomocy przy toalecie, czynnościach higienicznych i wymagających sprawności fizycznej (często mocno ograniczonej u pacjentów) są opiekunowie medyczni.

Za kwintesencję i cel działań w opiece paliatywnej można uznać osiągnięcie subiektywnego uczucia komfortu. Krystyna de Walden-Gałaszko wskazuje, że istotne jest tu ukierunkowanie uwagi chorego na terażniejszość, skupienie jej na tym, co tu i teraz, a odciążenie od stałego kontemplowania tego, co było lub będzie. Pomaga w tym różnorodna aktywizacja angażująca psychicznie oraz motorycznie, a także mające ogromną wartość dla większości pacjentów odwiedziny bliskich. Charakter i wymiar czasowy aktywności i zajęć są dopasowywane do danego pacjenta [de Walden-Gałaszko (red.) 2005: 14]. Wpisują się w to m.in. spotkania z psychologiem, ćwiczenia z fizjoterapeutą, których cel stanowi poprawa lub zachowanie pogarszającego się funkcjonowania psychomotorycznego [Ebel, Langer 1993: 32–35], muzykoterapia, terapia zajęciowa i arteterapia, oprócz których korzystny jest kontakt ze sztuką w postaci literatury, muzyki, filmów, a także zajęcia relaksacyjne, kreatywne i wizualizacyjne [Dawson 1993: 13–17; de Walden-Gałaszko (red.) 2005: 14], uczestnictwo w obrzędach religijnych i spotkania z kapłanem lub osobą duchowną, której obecność jest zasadniczo zagwarantowana w placówkach paliatywnych [Kemp 1994: 31–36], rozmowy i podejmowanie różnych aktywności z wolontariuszami [Cummings 1998: 21].

Diagnoza muzykoterapeutyczna potrzeb pacjenta objętego opieką paliatywną

Muzykoterapię do opieki paliatywnej jako pierwsza wprowadziła Susan Porchet-Munro w 1977 roku w Royal Victoria Hospital w Montrealu. Według niej muzykoterapia paliatywna „[...] jest kontrolowanym i intencjonalnym wykorzystaniem właściwości i potencjału muzyki, która stanowi formę psychosocjalnego i duchowego wsparcia oraz wpływa na poprawę jakości życia człowieka” [Stańczyk 2015: 38]. Odkąd w „Canadian Medical Association Journal” ukazała się pierwsza publikacja opisująca muzykoterapię paliatywną, *Music Therapy in Palliative Care* autorstwa Susan Munro i Balfoura Mounta z 1978 roku [Munro, Mount 1978], zainteresowanie tą tematyką wzrosło. W niedługim czasie muzykoterapię włączono do podstawowego programu postępowania terapeutycznego skoncentrowanego na jakości życia osób w opiece paliatywnej. Początkowo najwięcej muzykoterapeutów w placówkach paliatywnych pracowało w Stanach Zjednoczonych, w Niemczech, Kanadzie i w Australii, tam też prowadzono najwięcej badań [Hilliard 2001: 161–166].

We wszystkich działaniach muzykoterapeutycznych podejmowanych w opiece paliatywnej istotne jest podejście spersonalizowane i koncentrujące się na potrzebach i możliwościach pacjentów. Wyróżnić można cztery główne ścieżki interwencji:

- > słuchanie muzyki (na żywo lub z nagrań),
- > muzyczną improwizację i ekspresja,
- > komponowanie muzyki,
- > rozmowy z pacjentem [Porchet-Munro 1998: 855].

Do najczęściej stosowanych form muzykoterapii o nastawieniu receptywnym w opiece paliatywnej można zaliczyć:

- > słuchanie muzyki z nagrań lub na żywo,
- > techniki wyobrazeniowe,
- > techniki relaksacyjne,
- > koncerty terapeutyczne.

Spośród technik o charakterze aktywnym często wykorzystywane są:

- > improwizacja instrumentalna,

- > *song-writing*,
- > techniki pracy na piosenkach (np. uzupełnianie tekstu w piosenkach).

Wybór i dostosowanie odpowiedniej formy muzykoterapii powinny być poprzedzone rozeznaniem w sytuacji i historii chorego. Dalsza część niniejszego artykułu, dotycząca diagnozy w muzykoterapii stawianej na podstawie wywiadu, rozmowy i obserwacji, oparta jest na doświadczeniach autora zdobytych podczas kilkuletniej praktyki muzykoterapeutycznej w Bonifraterskim Centrum Stacjonarnej Opieki Hospicyjnej dla dorosłych we Wrocławiu.

Przed rozpoczęciem interwencji warto zapoznać się z dokumentacją pacjenta, jeżeli jest dostępna. Informacje udzielone przez lekarza prowadzącego, pielęgniarki, psychologa, fizjoterapeutę lub innych członków zespołu medyczno-terapeutycznego pomagają w zorientowaniu się w sytuacji pacjenta. Nieocenionymi informatorami są bliscy i opiekunowie, w szczególności gdy werbalny i logiczny kontakt z chorym jest ograniczony. Pierwsze spotkanie i nawiązanie dobrego kontaktu z pacjentem często owocuje jego większą otwartością i motywacją do podejmowania aktywności, a wstępna wiedza na temat chorego pomaga w podtrzymaniu rozmowy i jego zaangażowaniu. Długi wywiad może być wyczerpujący lub drażniący dla osób cierpiących i słabych. Warto ograniczyć wówczas rozmowę do niezbędnego minimum. Zbierane podczas wywiadu informacje, które mogą być pomocne w skuteczniejszej interwencji, obejmują m.in.:

- > Rozeznanie w ogólnym stanie zdrowia, ustalenie, na jakie choroby somatyczne i psychiczne osoba cierpi, czy zмага się z jakąś niepełnosprawnością, jak funkcjonuje poznawczo, czy leki, które przyjmuje, mogą znacząco wpływać na jej samopoczucie, kontakt, skupienie, zachowanie itp. Na podstawie informacji na ten temat możliwe jest lepsze dostosowanie interwencji pod kątem wymagań i oczekiwań pacjenta oraz zrozumienie reakcji, które bez kontekstu mogłyby być trudne do rozszyfrowania. Świadomość w tym zakresie pozwala także zadbać o bezpieczeństwo muzykoterapeuty, przykładowo gdy w grę wchodzi choroba zakaźna. Niezależnie

od rozpoznania w kontakcie z chorymi należy zawsze przestrzegać prewencyjnych środków ostrożności.

- > Przybliżony wiek. Jest to parametr, który niekiedy może determinować sposób prowadzenia interwencji. Pomaga w rozeznaniu się w doświadczeniach danej osoby przez odwołanie do zmian i wydarzeń istotnie oddziałujących na życie większej społeczności. Przykładowo inna jest percepcja i świadomość człowieka, który przeżył drugą wojnę światową, w porównaniu ze sposobem postrzegania kogoś, kto zna te wydarzenia jedynie z książek i opowieści. Nierzadko podobnie ma się rzecz z kwestiami technicznymi. Pomimo powszechnej dziś dostępności sprzętu pozwalającego odtwarzać muzykę osoba starsza, dla której przez większość życia tego typu urządzenia były poza zasięgiem, a muzyki doświadczała na żywo, ewentualnie z radia, inaczej będzie rozumieć pojęcie słuchania muzyki niż młody człowiek wychowany w czasach Internetu i odtwarzaczy mp3.
- > Pochodzenie i środowisko pacjenta z uwzględnieniem narodowości, regionów, społeczności i kultury bliskiej choremu. Są to czynniki mogące wpływać na światopogląd chorego i jego preferencje, również w odniesieniu do muzyki. Pewne postawy i zachowania pacjenta mogą odnosić się do tych, które były powszechne w środowisku, z jakiego się wywodzi. Przykładowo inne założenia przyjmujemy, pracując z pacjentem, który wychowywał się w kultuwającej swoje tradycje społeczności romskiej i był z nią mocno związany przez większość życia, a inne w wypadku osoby osadzonej w kulturze amerykańskiej.
- > Wykształcenie, zwłaszcza muzyczne, zawód. To, czy pacjent śpiewał, grał na jakimś instrumencie, solo lub w zespole, odebrał teoretyczną edukację muzyczną, wykonywał zawód związany z kulturą itp., stanowi cenną wskazówkę, do której możemy się odnieść w interwencji. Doświadczenia w tej sferze, a przede wszystkim stosunek do nich pacjenta, mogą sprzyjać wejściu w proces muzykoterapeutyczny lub mu przeszkadzać, a nawet go uniemożliwić. Może tak być w wypadku, gdy przeżycia muzyczne wiążą

się z traumą, np. ze zmuszaniem do gry na instrumencie – nawet sprzed wielu dekad, z okresu dzieciństwa.

- > Doświadczenia muzyczne, preferencje, miejsce muzyki w życiu, uczestnictwo w kulturze. Nierzadko muzyka w codzienności pacjenta pojawiała się przypadkowo, na zasadzie tła, nie słuchał on jej intencjonalnie, co może się przekładać na brak bliżej określonych preferencji muzycznych. Zdarza się, że taka osoba ma trudności w zrozumieniu sensu korzystania z muzyki, szczególnie w sposób aktywny, i warto być na to przygotowanym, podejmując interwencję. Na drugim biegunie znajduje się audiofil, który chce słuchać muzyki wyłącznie w znany sobie sposób.
- > Doświadczenia związane z muzykoterapią. Wcześniejszy kontakt z muzykoterapią podczas zajęć lub choćby ograniczona wiedza teoretyczna na jej temat często bywają pomocne w nawiązaniu wstępnej relacji, o ile doświadczenia te mają pozytywny charakter.
- > Samopoczucie w danym dniu – tuż przed interwencją, w jej trakcie i po niej. Osoby cierpiące z powodu licznych nieraz objawów chorobowych i pogarszającego się stanu zdrowia często trudniej zachęcić do skorzystania z muzykoterapii, w której uczestnictwo jest dobrowolne. Podążanie za pacjentem i liczenie się z jego życzeniami jest wpisane w ideę opieki [Cesarz 2007: 67–72]. Uwzględniając powyższe stwierdzenia, sztuką jest uchwycić moment, w którym „nie” chorego jest tak naprawdę sygnałem wycofywania się w cierpienie i poczucie braku nadziei na zmianę sytuacji, nie zaś odmową uczestnictwa w niewłaściwie dobranej aktywności. W tym wypadku pacjent szczególnie potrzebuje uwagi i trzeba podjąć próbę przebicia się przez jego przekonania wypaczone przez chorobę i uciążliwe objawy.

Im bardziej szczegółowy wywiad, tym lepiej będziemy w stanie zrozumieć zachowanie i podejmowane przez pacjenta decyzje. Bardzo duże różnicowanie ze względu na niepełnosprawność, skutki i dolegliwości wynikające z choroby oraz przyjmowanych leków sugeruje szczególnie nacisk w sferze opieki paliatywnej na zindywidualizowane podejście do pacjenta. Jest to wyzwanie w procesie diagnostycznym zarówno przy przeprowadzaniu badań, jak i w toku terapii.

Wszystkie szczegóły, jakie zauważamy, poczynając od pierwszego kontaktu, mogą być wartościowymi danymi, na których powinniśmy się opierać, podejmując decyzje w wyborze interwencji. W ośrodkach opieki paliatywnej, takich jak hospicjum, przy sesjach indywidualnych najczęściej to muzykoterapeuta odwiedza pacjenta w jego sali i zazwyczaj pracuje przy łóżku chorego. Postawa ciała pacjenta będzie pierwszym sygnałem, który może zdradzać gotowość i motywację do podjęcia aktywności. Jeżeli śpi, to na podstawie informacji zdobytych podczas wywiadu należy podjąć decyzję, czy jest wskazane, aby go budzić, bo w danym wypadku i momencie sen może być bardziej potrzebny niż muzykoterapeutyczna interwencja. Należy mieć na uwadze, że pacjent może być zbyt słaby lub w danej chwili niezdolny poznawczo do odmówienia czy też wejścia w sesję muzykoterapeutyczną. Dlatego istotne jest wyłapywanie nawet drobnych przesłanek werbalnych i niewerbalnych, np. mimicznych, sygnalizujących reakcję osoby na muzykę i interwencję. U chorych, zwłaszcza z zaburzeniami świadomości, logicznego myślenia, afazją, demencją itp., warto rozpocząć od utworu lub piosenki potencjalnie zgodnej z preferencjami osoby i na podstawie obserwacji zdiagnozować, czy *feedback* jest pozytywny, czy negatywny. Pacjent może to sygnalizować przez postawę ciała, mimikę (np. grymas, uśmiech, płacz, otwarcie/zamknięcie oczu), napięcie/rozluźnienie mięśni, zaciskanie dłoni, przyspieszony/spowolniony oddech (podobnie płytki/głęboki oddech), zwiększoną/zmniejszoną chęć wypowiedzi, perseweracje, a także podejmowanie czynności niezwiązanych z sesją, np. picie, jedzenie, porządkowanie szafki, korzystanie z telefonu, określoną reakcją na pojawiające się osoby. W trafniejszym odczytywaniu sygnałów bardzo pomocne mogą być osoby, które spędzają z chorym dużo czasu i potrafią wyłapać i zinterpretować najmniejsze przejawy reakcji. Na ich podstawie możliwe jest dostosowanie rodzaju interwencji, muzyki, stosowanych instrumentów, głośności, sposobu odtwarzania i rodzaju sprzętu (odtwarzacz, słuchawki, rzutnik multimedialny) oraz czasu trwania sesji i planowanie kolejnych spotkań. Oczywiście jeżeli kontakt słowny z pacjentem jest możliwy, znacząco ułatwia to uzyskanie pełniejszych informacji, choć wymaga nie mniejszej wnikliwości i uwagi oraz nie zwalnia z dalszej obserwacji niewerbalnych

sygnałów. Nierzadko osoby biorące udział w sesji (szczególnie jeśli jest to ich pierwsze doświadczenie z muzykoterapią lub nawet aktywnym korzystaniem z muzyki) mają opór przed wypowiedaniem się wprost o swoich wrażeniach, emocjach, przemyśleniach czy pragnieniach. Pomocne są tu pytania spersonalizowane, dotyczące samopoczucia, preferencji, przeżywanych uczuć, emocji, wspomnień, marzeń, refleksji, oraz pytania otwarte, zachęcające do wypowiedzi, np. „Czy chciałby pan/chciałaby pani coś dodać?”. Zadawane mogą być przed interwencją, w jej trakcie oraz po niej.

Podobne zasady w obserwacji mogą dotyczyć muzykoterapii grupowej, przy czym warto uwzględnić to, jak pacjent funkcjonuje w grupie, jaki jest jego stosunek do innych uczestników sesji, czy podejmuje inicjatywę, a może się wycofuje, woli współpracować czy jest skupiony na sobie itp. Jeśli prowadzone są również sesje indywidualne, możliwe jest porównanie zachowania chorego i jego doświadczeń w obu sytuacjach, co da pełniejszy obraz pacjenta.

W sferze opieki paliatywnej przy wyciąganiu wniosków na podstawie działań podejmowanych przez chorego, jego decyzji i doświadczeń należy szczególnie skrupulatnie uwzględniać sytuację zdrowotną. Przykładowo głównym powodem wyboru przez osobę określonego instrumentu może być jego waga i prostota obsługi, zwłaszcza gdy pacjent jest niesprawny motorycznie. Trudno się w takiej sytuacji doszukiwać głębszych i zawiłych uzasadnień. Podobnie będzie z interpretacją sposobu, w jaki zagra.

Ze względu na bardzo dużą liczbę zmiennych i specyfikę każdego przypadku trudno jest nakreślić uniwersalne ścieżki postępowania w odpowiedzi na wszystkie informacje zebrane na temat pacjenta w danym momencie. Biorąc pod uwagę cel nadrzędny przyświecający opiece paliatywnej, jakim jest poprawa jakości życia, w postępowaniu muzykoterapeutycznym oraz obieraniu korzystnych kierunków terapii może być pomocne podążanie nawet za subtelnymi przesłankami świadczącymi m.in. o:

- > pozytywnym feedbacku od pacjenta na podejmowane przez nas działania,

- > zaangażowaniu pacjenta w proces muzykoterapeutyczny,
- > pogłębieniu relacji terapeutycznej,
- > przeżyciach pacjenta, które wskazują na dotknięcie istotnych z punktu widzenia terapii kwestii, uczuć, wartości,
- > otwartości na różne formy interwencji i ich modyfikacje,
- > wyrażaniu przez pacjenta swoich oczekiwań i pragnień względem terapii,
- > korzystaniu z muzyki poza sesjami muzykoterapii lub chęci podejmowania przez pacjenta aktywności z nią związanych,
- > chęci uczestniczenia w kolejnych spotkaniach.

Podsumowanie

W ciągu ostatnich dekad obserwuje się znaczący postęp w dziedzinie opieki i medycyny paliatywnej. W związku z dążeniem do podnoszenia jakości życia pacjenta i zapewniania wsparcia w holistycznym podejściu do jego potrzeb muzykoterapia jest coraz częściej włączana w wyjściowy program opieki. Pełniejsze zrozumienie położenia, w jakim znajduje się osoba przewlekle chora lub umierająca, i możliwie indywidualne podejście mogą decydować o skuteczności opieki, realnej pomocy choremu oraz lepszej odpowiedzi na jego potrzeby. Szerokie spektrum danych na temat pacjenta pozwala na dokładniejsze i trafniejsze diagnozowanie w procesie terapii, co jest mocnym argumentem przemawiającym za współpracą muzykoterapeutów z personelem terapeutycznym, medycznym, opiekuńczym, a także z bliskimi pacjenta i wolontariuszami. Biorąc pod uwagę dużą różnorodność rozpoznań, stanu zdrowia, deficytów i przykrych objawów u chorych, interwencja muzykoterapeutyczna musi być elastyczna. Wymagane jest zwracanie dużej uwagi nawet na subtelne reakcje werbalne oraz niewerbalne pacjenta i, co często bardzo trudne, uszanowanie jego woli, a jednocześnie konsekwencja w działaniu, gdy jest potrzebne wsparcie i bodziec do wyjścia z trudnych, negatywnych stanów. Podążanie za pacjentem, oprócz korzystnych efektów z perspektywy muzykoterapii,

wpisuje się w ideę opieki paliatywnej i może dać poczucie sprawczości osobie, która często ze względu na wiele deficytów wynikających z choroby zмага się niemal bez przerwy ze swoimi ograniczeniami. Diagnoza nie powinna być dodatkowym obciążeniem dla chorego. Pomocne może być umiejętne włączenie jej w proces interwencji, zwłaszcza gdy nie ma pewności, czy kolejne sesje się odbędą (przez wzgląd na ciężki stan osoby). Wyciąganie wniosków na podstawie obserwacji i rozmowy powinno zawsze przebiegać w odniesieniu do wszystkich danych na temat pacjenta w ujęciu długoterminowym oraz odbywać się w danym dniu i w ostatnich godzinach przed interwencją.

Dużą wartością i wskazówką dla muzykoterapeutów pracujących w ośrodkach paliatywnych mogłyby być badania poświęcone skuteczności zastosowania standaryzowanych i poddanych walidacji skal muzykoterapeutycznych ukierunkowanych na procesy zachodzące podczas muzykoterapii, przeznaczonych do diagnozy w interwencji muzykoterapeutycznej w opiece paliatywnej. Potwierdzone pozytywne efekty muzykoterapii i zwiększające się zapotrzebowanie na włączanie jej do prężnie rozwijającej się dziedziny opieki paliatywnej sprzyja tworzeniu coraz wyższych standardów w diagnozie i ocenie skuteczności interwencji muzykoterapeutycznej.

Bibliografia

- Aldridge David, 1991, *Music Therapy II. Research Methods Suitable for Music Therapy*, „Arts in Psychotherapy”, vol. 20, no. 2, s. 117–131.
- Cesarz Helena, 2007, *Muzykoterapia jako czynnik aktywizujący i wzbogacający jakość życia osób starszych*, „Fizjoterapia”, t. 15, nr 3, s. 67–72.
- Corr Charles A., 1998, *Death in Modern Society*, [w:] D. Doyle, G.W.C. Hanks, N. MacDonald (eds), *Oxford Textbook of Palliative Medicine. Second Edition*, London: Oxford University Press, s. 31–40.
- Cummings Ina, 1998, *The Interdisciplinary Team*, [w:] D. Doyle, G.W.C. Hanks, N. MacDonald (eds), *Oxford Textbook of Palliative Medicine. Second Edition*, London: Oxford University Press, s. 19–29.

- Dawson Sky, 1993, *The Role of Occupational Therapy Groups in an Australian Hospice*, „American Journal of Hospice and Palliative Medicine”, vol. 10, no. 4, s. 13–17.
- de Walden-Gałuszko Krystyna (red.), 2005, *Podstawy opieki paliatywnej*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Dicks Barbara, 1990, *The Contribution of Nursing to Palliative Care*, „Palliative Medicine”, vol. 4, no. 3, s. 197–203.
- Ebel Susan, Langer Karla, 1993, *The Role of the Physical Therapist in Hospice Care*, „American Journal of Hospice and Palliative Medicine”, vol., 10, no. 5, s. 32–35.
- Hilliard Russell E., 2001, *The Use of Music Therapy in Meeting the Multidimensional Needs of Hospice Patients and Families*, „Journal of Palliative Care”, vol. 17, no. 3, s. 161–166.
- IAHPC, 2018, *Global Consensus-Based Palliative Care Definition*, Houston, The International Association for Hospice and Palliative Care, [online]: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/> [10.01.2020].
- Kemp Charles, 1994, *Spiritual Care in Terminal Illness*, „The American Journal of Hospice and Palliative Medicine”, vol. 11, no. 5, s. 31–36.
- Knaul Felicia M., Farmer Paul E., Krakauer Eric L., De Lima Liliana, Bhadelia Afsan, Jiang Kwete Xiaoxiao, Arreola-Ornelas Héctor, Gómez-Dantés Octavio, Rodriguez Natalia M., Alleyne George A.O., Connor Stephen R., Hunter David J., Lohman Diederik, Radbruch Lukas, del Rocío Sáenz Madrigal María, Atun Rifat, Foley Kathleen M., Frenk Julio, Jamison Dean T., Rajagopal M.R., 2018, *Alleviating the Access Abyss in Palliative Care and Pain Relief – An Imperative of Universal Health Coverage: The Lancet Commission Report*, „The Lancet”, vol. 391, no. 10128, s. 1391–1454.
- Kübler-Ross Elisabeth, 1998, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, tłum. I. Doleżał-Nowicka, Poznań: Media Rodzina.
- Munro Susan, Mount Balfour, 1978, *Music Therapy in Palliative Care*, „Canadian Medical Association Journal”, vol. 119, no. 9, s. 1029–1034.
- Porchet-Munro Susan, 1998, *Music Therapy*, [w:] D. Doyle, G.W.C. Hanks, N. MacDonald (eds), *Oxford Textbook of Palliative Medicine. Second Edition*, London: Oxford University Press, s. 855–860.
- Stańczyk Małgorzata M., 2015, *Rola muzykoterapii w opiece paliatywnej*, „Psychoonkologia”, t. 19, nr 1, s. 37–40.
- Strelau Jan (red.), 1999, *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3: *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Strzelecki Zbigniew, Szymborski Janusz (red.), 2015, *Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski*, Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa.

Watson Max S., Lucas Caroline F., Hoy Andrew M., Back Ian N., 2007, *Opieka paliatywna*, red. wyd. pol. A. Kübler, Wrocław: Elsevier Urban & Partner.

WHO, 2002, *WHO Definition of Palliative Care*, [online]: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [10.01.2020].

Zgony według płci, wieku zmarłych i województw, 2018, Główny Urząd Statystyczny, [online:] <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Tables.aspx> [8.01.2020].

Streszczenie

Artykuł składa się z dwóch części. We wstępie oraz w pierwszej części zamieszczono statystyki wskazujące na ogromną potrzebę dostępu do rzetelnej opieki medycznej, uśmierzenia lub łagodzenia cierpienia u pacjentów w Polsce i na świecie, zwłaszcza w regionach rozwijających się. Przedstawiono również podstawowe informacje na temat opieki paliatywnej oraz sytuacji osoby, która zostaje nią objęta. Zaprezentowano najnowszą definicję opieki paliatywnej, ogólną ideę i najważniejsze założenia tej formy pomocy. W drugiej części omówiono rolę i charakter muzykoterapii w opiece paliatywnej. Najwięcej uwagi poświęcono diagnozie w interwencji muzykoterapeutycznej, opartej na rozmowie i obserwacji, co stanowi wynik doświadczeń autora zebranych w czasie pracy z podopiecznymi Bonifraterskiego Centrum Stacjonarnej Opieki Hospicyjnej dla dorosłych we Wrocławiu.

Słowa kluczowe: diagnoza, muzykoterapia, opieka paliatywna

SZYMON CHROBAK – magister sztuki w zakresie muzykoterapii, absolwent Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Koordynator Centrum Spotkań dla osób z otępieniem i ich opiekunów działającego w Dziennym Domu Pomocy „Na Ciepłej” Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej we Wrocławiu. Od kilku lat zdobywa doświadczenia w dziedzinie muzykoterapii paliatywnej w Hospicjum

Stacjonarnym we Wrocławiu oraz w pracy z osobami starszymi w ośrodkach stałego i dziennego pobytu. Zajmuje się głównie muzykoterapią skierowaną do osób z zespołami otępiennymi i w terminalnych stadiach choroby.. Podejmuje działania na rzecz aktywizacji osób starszych zagrożonych wykluczeniem społecznym oraz wspierania opiekunów osób z demencją.

MUZYKA PRZY ŁÓŻKU CHOREGO – PRZEBIEG DZIAŁAŃ MUZYCZNYCH I ICH ZNACZENIE DIAGNOSTYCZNE

Ewa Klimas-Kuchtowa » Zespół Państwowych Szkół Muzycznych im. Mieczysława Karłowicza w Krakowie
Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa im. Wojciecha Korfańtego
w Katowicach

Realizacja projektu

Rozważania zawarte w tekście artykułu opierają się na wynikach międzynarodowego projektu zrealizowanego przez Podyplomowe Studia „Muzykoterapia” prowadzone w Akademii Muzycznej w Krakowie w okresie od 1 sierpnia 2008 roku do 31 lipca 2010 roku¹. W programie ze strony polskiej brało udział dwóch wykładowców wspomnianych Studiów, dwóch ich absolwentów (ta czwórka osób szkoliła się i pracowała na oddziałach szpitalnych) oraz autorka niniejszego tekstu (jako menadżer grupy). Pozostałymi uczestnikami tej międzynarodowej tury szkolenia byli muzycy z Musique & Santé (Francja), The Royal Northern College of Music (Wielka Brytania) i Music Network (Irlandia). Cała grupa szkolonych składała się z 14 osób. W programie (ale nie w szkoleniach) brali udział również menadżerowie wszystkich grup partnerskich. Koordynatorami projektu,

1 » Dokładniejszy opis działań objętych projektem znaleźć można w artykule autorki *Muzyk instrumentalista w nowej roli. Muzyka przy łóżku chorego* [Klimas-Kuchtowa, w przygotowaniu].

głównymi organizatorami, pomysłodawcami i trenerami prowadzącymi szkolenia byli muzycy z Francji (Musique & Santé).

Realizowane na salach chorych, korytarzach szpitali i klinik oraz salach spotkań z rodzinami zajęcia miały bardzo ciekawy charakter. Było to oddziaływanie muzyką na żywo, wykonywaną na instrumentach tonacyjnych i atonacyjnych (przyniesionych przez prowadzących) oraz głosem przez profesjonalnych muzykoterapeutów, inspirujące słuchaczy do włączenia się w wykonanie – oczywiście całkowicie dobrowolnego. Słuchacze mieli pełne prawo odmówienia współdziałania i rezygnacji z uczestniczenia w proponowanych rodzajach aktywności.

Zajęcia odbywały się na oddziałach Royal Manchester Children's Hospital (Pediatria), St. James Hospital w Dublinie (Onkologia, Geriatria), Szpitala Zakonu Bonifratrów w Krakowie (Chirurgia Ogólna, Interna z Kardiologią, Chirurgia Naczyniowa, Anestezjologia i Intensywna Terapia), Hôpital Robert-Debré w Paryżu (Neonatologia) oraz w Institut Gustave Roussy także w Paryżu (Onkologia Pediatriczna). Wymienione placówki skupiają przede wszystkim przypadki osób w podeszłym wieku (często leżących lub terminalnie chorych) oraz (krańcowo odmiennie) bardzo poważnie chorych dzieci, dzieci przedwcześnie narodzonych i urodzonych z wadami uniemożliwiającymi funkcjonowanie w społeczeństwie poza oddziałami szpitalnymi (stąd tytuł niniejszego artykułu). Warto też zaznaczyć, że opisywane działania mogą z powodzeniem być stosowane w hospicjach oraz Domach Pomocy Społecznej, szczególnie wobec pensjonariuszy poważnie chorych i z trudnościami w samodzielnym poruszaniu się.

Pomaganie jako terapia, profilaktyka i promocja zdrowia

Zajęcia miały charakter nie tyle terapeutyczny, ile przede wszystkim psychoprofilaktyczny i promujący zdrowie („dodawanie życia do lat”). W kontekście dalszych rozważań istotne wydaje się dookreślenie terminu „pomaganie”, stosowanego w języku potocznym, lecz posiadającego

specyficzne znaczenie w odniesieniu do relacji pomagający – wspomagany², a w naszym programie: muzyk – wspomagany. Bardzo ważne jest oczywiście, aby proponowana pomoc miała charakter w pełni profesjonalny i aby zapewniała wspomaganemu całkowitą dobrowolność uczestnictwa. Pociąga to za sobą dwupodmiotowość relacji. W działaniach tych chodzi w dużym stopniu o pomoc w utrzymywaniu i podnoszeniu poczucia dobrostanu (szczególnie psychicznego) u wspomaganych. Przydatne będzie tutaj wyjaśnienie nieco bardziej szczegółowe, zaczerpnięte z artykułu Eda Dienera, Richarda Lucasa i Shigehiro Oishiego [2004: 35]. Piszą oni:

Dobrostan psychiczny definiuje się jako poznawczą i emocjonalną ocenę własnego życia. Ocena ta obejmuje zarówno emocjonalne reakcje na zdarzenia, jak i poznawcze sądy dotyczące zadowolenia i spełnienia. Tak więc dobrostan psychiczny jest pojęciem szerokim, obejmującym doświadczanie przyjemnych emocji, niski poziom negatywnych nastrojów i wysoki poziom zadowolenia z życia.

Chodzi więc tutaj przede wszystkim o poczucie zdrowia, o zdrowie subiektywne, samopoczucie. Rozważania te dotyczą oczywiście osób dorosłych – w wypadku grupy neonatologicznej, małych dzieci oraz ludzi z zaburzeniami psychicznymi trudno mówić o wiarygodnej samoświadomości, a nawet o samoświadomości w ogóle. W tych wypadkach relacje dotyczące odczuwanego stanu nie mogą być brane pod uwagę lub pozostają niemożliwe. O zaistniałych zmianach można natomiast wnioskować z różnorodnych oznak somatycznych bądź fizjologicznych, o których informacji dostarczają badania specjalistyczne oraz obserwacja zachowania.

Warto też rozwinąć kwestię istoty stosowanej profilaktyki i promocji zdrowia oraz wyjaśnić różnicę w znaczeniu tych terminów, także

2 » W tekście konsekwentnie używane są terminy „pomagający” i „wspomagany” jako lepiej oddające istotę zaistniałej tutaj relacji niż „terapeuta” i „pacjent”, a tym bardziej „klient”.

w stosunku do założeń i zadań terapii. Terapia to działanie ukierunkowane na osoby chore i mające na celu leczenie w obszarze schorzenia czy dysfunkcji. W działaniach stosowanych podczas projektu nie to jednak było głównym celem proponowania i stosowania muzyki. Leczenie w obszarze istoty schorzenia muzycy pozostawiali specjalistom medykom. Nie można oczywiście w wypadku omawianego tu oddziaływania wykluczyć zaistnienia poprawy, wynikającej z faktu, że muzykę odbiera całe ciało człowieka i może na nią reagować w różny sposób i w różnych obszarach (będzie o tym mowa bardziej szczegółowo nieco dalej), ale nie to jest istotą „muzyki przy łóżku chorego”.

Jeśli chodzi o profilaktykę (prewencję), to literatura przedmiotu różni trzy jej poziomy [Rysiewicz (red.) 1961: 537]. Ogólnie terminem tym określa się zespół środków stosowanych w celu zapobiegania objawom chorobowym. Wymieniane w literaturze poziomy to:

- > Prewencja pierwotna (pierwszego stopnia), czyli ogół działań i sposobów, których celem jest ograniczenie możliwości pojawienia się jakiegoś zaburzenia. Można to uzyskać na dwa sposoby: po pierwsze, przez zmniejszenie oddziaływania jakichś czynników szkodliwych (strategia prewencyjna negatywna – w omawianym wypadku na przykład wyeliminowanie nudy i beczynności) oraz po drugie, przez zwiększenie szeroko rozumianych zasobów odpornościowych, które zmniejszą prawdopodobieństwo pojawienia się patologii (strategia prewencyjna pozytywna – w interesującej nas sytuacji angażowanie chorego w działania dostarczające pozytywnych emocji, dodające życiu radości).
- > Prewencja wtórna (drugiego stopnia), obejmująca działania skierowane do osób, u których zaburzenie już wystąpiło, i mające na celu zapobieganie jego rozszerzaniu się na inne sfery zachowania, emocji, nastroju, osobowości. Mogą one być stosowane równoległe z leczeniem zasadniczego objawu chorobowego. Ta forma działań profilaktycznych ma w wypadku opisywanego programu największe znaczenie. Przykładem może być wciągnięcie wspomaganych w spontaniczne wspólne muzykowanie (na przyniesionych instrumentach atonacyjnych), śpiewanie czy tańczenie.

- > Prewencja trzeciego stopnia – zapobieganie nawrotom – najrzadziej występująca w opisywanym programie i w związanych z nim działaniach.

Do omówienia pozostaje jeszcze termin „promocja zdrowia”. Można tutaj odwołać się do sformułowania z opracowanej w 1986 roku Karty Ottawskiej [Sęk 2000: 42]: „promocja zdrowia jest to proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na własne zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania”. Działania promocyjne mają oczywiście pozytywną formę realizacji, charakter rozwojowy, ekspansywny i długoterminowy. W wypadku większości działań promocyjnych trudno jednoznacznie określić ich formę docelową, finalną. Zawsze można je jeszcze rozwinąć i doprecyzować – te długoterminowe działania to np. poprawa obrazu samego siebie, wzmocnienie przekonania o własnej skuteczności czy poczucia koherencji (przekonania o sensowności i zrozumiałości świata, o własnej zaradczości – wszystkie te elementy mogą zwiększać poczucie dobrostanu).

Przebieg zajęć

Jak realizowane były omawiane tu zajęcia? Jeszcze raz podkreślę, że wymagały one dużego profesjonalizmu, zarówno w kwestii wykonawstwa muzycznego (także umiejętności improwizacji instrumentalnej i głosowej), jak i w sferze oddziaływania muzykoterapeutycznego. Ze względu na wielonarodowościową i wielokulturową, a nawet zróżnicowaną wyznaniowo (szczególnie w placówkach francuskich i brytyjskich) grupę wspomaganych potrzebny był bardzo bogaty i różnorodny repertuar. Muzycy wykorzystywali takie instrumenty, które bez trudu można przetransportować z sali do sali, np. skrzypce, wiolonczelę, fagot czy gitarę (mające jednocześnie łagodne, spokojne brzmienie), a także niewielkie instrumenty perkusyjne – tonacyjne i atonacyjne – oraz głos ludzki. Każde zajęcia w szpitalu poprzedzała sesja przygotowawcza (dzień wcześniej, poza szpitalem), podczas której przygotowywano zarys repertuaru. Była

to oczywiście propozycja wstępna, gdyż ostateczna forma zajęć zależała od grupy wspomaganych, ich kondycji, oczekiwań (czasami realizacja miała formę specyficznego „koncertu życzeń”, wymagała dużej giętkości, wspomnianej improwizacji instrumentalnej i głosowej) oraz czasu, który można było przeznaczyć na działanie w danym miejscu – nie dało się więc arbitralnie zaplanować ich przebiegu. Francuscy trenerzy wprowadzili bardzo istotne dla działań hasło, którego nauczyli uczestników: „Działając w tym programie, trzeba pamiętać, z kim się gra [może to również być wspomagany, obecny niekiedy podczas prezentacji personelu szpitalny czy rodzina wspomaganego] oraz dla kogo się gra”. Obydwa człony tej sentencji okazały się bardzo ważne i, jak stwierdzili szkoleni uczestnicy projektu, miały bardzo duże znaczenie praktyczne. Następnego dnia po sesji przygotowawczej muzycy, podzieleni na trzy-, cztero- lub pięcioosobowe grupki, każda pod okiem trenera, pracowali na oddziałach szpitalnych. Kolejnego dnia wszystkie zajęcia, odbywające się znów w całym zespole, były poddawane superwizji, planowano też działania na dzień następny (także poza szpitalem).

W połowie kursu (mniej więcej po roku zajęć) muzycy zostali poproszeni o przygotowanie, a potem o wspólne omówienie pisemnych odpowiedzi na dwa pytania:

- a) Czym jest dla Ciebie muzyka, gdy wykonujesz ją w szpitalu?
- b) Jak sądzisz, czym jest muzyka dla pacjenta, gdy słucha jej w szpitalu?

Ze względu na fakt, że zasadniczym tematem niniejszego artykułu jest możliwość działań diagnostycznych związanych z opisywanym projektem, warto przytoczyć tutaj kilka wybranych odpowiedzi na powyższe pytania (szczególnie na drugie z nich), gdyż mogą one rzucić światło na rozważania o diagnozie i pokazać, jak opisywaną sytuację odbierali muzycy. Tak więc zgodnie z odpowiedziami uczestników, gdy pacjent słucha muzyki w szpitalu, jest ona dla niego:

- > „poprawą nastroju, przyjemnością”;
- > „relaksacją, przeżyciem emocjonalnym i estetycznym, *katharsis*”;
- > „ucieczką, dystrakcją, oderwaniem się od sytuacji szpitalnej, od rutyny”;

- > „przeniesieniem w inną rzeczywistość”;
- > „przywołaniem wspomnień – radosnych, ale i smutnych”;
- > „ulgą w cierpieniu”;
- > „dowartościowaniem: muzyk poświęca swój czas i umiejętności właśnie pacjentowi”;
- > „humanizacją: dostrzeżeniem osoby, nie choroby”;
- > „okazją do zobaczenia szpitalnego personelu w innej roli, jako uczestników wspólnych z pacjentem działań niemedycznych, oraz do tego, aby personel zobaczył pacjenta w innej roli – nie jako chorego”;
- > „wspólnym z innymi doświadczaniem, dzieleniem się radością”;
- > „oderwaniem się od myśli o chorobie i problemach”;
- > „zdumieniem, że coś tak niesamowitego jak muzyka pojawiło się w szpitalu”;
- > „jest ruchem sfer – wibracją wszechświata – ściany oddziału/szpitala znikają”.

Na końcu kursu szkoleni muzycy zobowiązani byli przygotować prace podsumowujące, będące, poza uczestnictwem, warunkiem uzyskania certyfikatu. Prace te miały charakter esejów, również skoncentrowanych na ich odczuciach jako uczestników, i były szczegółowo i obszernie omawiane podczas ostatniego spotkania w Paryżu. Ich dokładna analiza została przedstawiona we wspomnianym wcześniej artykule opisującym działania projektowe [Klimas-Kuchtowa, w przygotowaniu].

Na zakończenie tej części można jeszcze przytoczyć bezpośrednie odpowiedzi wspomnianych i towarzyszącego działaniom muzycznym personelu szpitala na postawione w skierowanym do nich kwestionariuszu pytania (ten kwestionariusz wypełniany był przez respondentów po odbytych zajęciach). Badania te udało się przeprowadzić jedynie w Irlandii i w Polsce – łącznie uzyskano odpowiedzi od 78 osób (w Dublinie – 58; w Krakowie – 20). Pytania dotyczyły oceny zaproponowanych działań muzycznych. W Irlandii 54 osoby podkreśliły ich pozytywne znaczenie, w Polsce takiej odpowiedzi udzielili wszyscy pytani. Obydwie grupy w większości zadeklarowały pozytywne emocje (dobre samopoczucie N=47, poczucie szczęścia N=46). Jedynie cztery osoby nie

wyraziły aprobaty dla przeprowadzonych działań, nie uzasadniły jednak swojego sądu. Badanie nie było niestety przeprowadzone na dostatecznie licznej próbie, może więc być traktowane jedynie pilotażowo.

Uwagi na temat diagnostycznego charakteru zmian zaobserwowanych w grupie przedwcześnie urodzonych noworodków

Rozważania o tej grupie wspomaganych mają specyficzny charakter w kontekście grup, wobec których stosuje się „działania przy łóżku chorego”. Diagnoza wymaga w tym wypadku wnikliwej analizy specjalistycznych badań medycznych, ukierunkowanych przede wszystkim na stan somatyczny dziecka. Także w Polsce prowadzi się z sukcesem badania nad przeżywalnością wcześniaków. W ostatnich kilkunastu latach utworzone zostały oddziały intensywnej terapii dla tej grupy wiekowej. Na oddziale dziecko może przebywać wraz ze swoją mamą. Jest tam oczywiście również personel medyczny, lekarz, a nawet psycholog i muzykoterapeuta. Jak podkreślał Antoni Kępiński: „Dziecko wcześniej rozpoznaje stan psychiczny swojej matki niż otaczające je przedmioty” [Lauterbach 2018: 10]. Jest przecież przyzwyczajone do „wewnątrzmacicznej symfonii” [DeNora 2000: 77] obejmującej różnorodne dźwięki z wnętrza jej organizmu, wyuczyło się (przede wszystkim na drodze warunkowania) na bazie styczności czasowej związku pomiędzy tymi właśnie wewnętrznymi bodźcami a jej hormonalnymi reakcjami, które odbierało w macicy.

Tuż po narodzinach dziecko znajduje się w całkowicie nowej sytuacji. Musi zaadaptować się, by osiągnąć wewnętrzną homeostazę, związaną z uregulowaniem podstawowych procesów życiowych – oddychania, ciśnienia krwi, rytmu serca, rytmu czuwania i snu. Musi osiągnąć „organizację stanu” [DeNora 2000: 77], czyli równowagę zarówno „wewnętrznych procesów endogennych, jak i egzogennych wpływów środowiska”. Dzieci przedwcześnie urodzone wymagają w zakresie uzyskania „organizacji stanu” specjalistycznej pomocy medycznej [Lauterbach

2018: 9–18]. Trudności w tym zakresie uzewnętrzniają się także behawioralnie przez takie objawy, jak: bezładne poruszanie kończynami i główką, kompulsywna mimika, grymasy buzi, zmienny rytm serca, nieprawidłowa saturacja i zmienne ciśnienie krwi, niejednolita barwa skóry, nieprawidłowe napięcie mięśni (zbyt wielkie napięcie – nadmierna sztywność, zbyt małe – nadmierna wiotkość), częsty, niejednokrotnie bardzo głośny i gwałtowny płacz. Ogólnie stan taki bywa określany mianem stanu niestabilności. Symptomy te można zdiagnozować aparaturowo, ale niektóre z nich są uchwytnie także obserwacyjnie – i to właśnie na nie dobrze zwrócić uwagę w pracy przy łóżku.

Eksperyment przeprowadzony poza opisywanym projektem [Zych, Ostrowska, Barnaś, Kraśnianin 2011] potwierdził, że stosowanie w polu słyszenia dziecka relaksacyjnej muzyki tzw. poważnej [Klimas-Kuchtowa 2016: 11] zwalnia rytm tętna, zwiększa saturację oraz ogólnie poprawia podatność na leczenie i sprzyja powrotowi do zdrowia.

Można też podkreślić pozytywne znaczenie stosowania przy łóżku muzyki w rytmie i tempie zbliżonym do rytmów sercowo-naczyniowych w ciele matki.

Dziecko po narodzinach utraciło kontakt z bezpieczną „wewnątrzmaciczną symfonią”, a dodatkowo jeszcze urodziło się przedwcześnie, narażone jest na otaczający je hałas aparatury medycznej. Utraciło dotychczasowy świat i musi nauczyć się żyć w nowym otoczeniu. Za wszelką cenę należy mu w tym dopomóc [Klimas-Kuchtowa 2016: 11].

Diagnoza podczas działań przy łóżku chorego w innych grupach wiekowych

W odniesieniu do wspomaganych z pozostałych grup wiekowych objętych programem podstawowa forma diagnozy (poza specjalistyczną przy danych schorzeniach diagnozą medyczną, którą pozostawia się lekarzom i pielęgniarkom) również koncentruje się w dużym stopniu na obserwacji

zachowania oraz interpretacji wypowiedzi uczestników. Muzyków interesują przede wszystkim sygnały wskazujące na możliwość prewencji i promocji zdrowia³, szczególnie te, które można dostrzec w bezpośrednim kontakcie ze wspomaganym i tym samym dostosować do nich działania muzyczne.

Można więc oczywiście zaobserwować zmiany fizjologiczne (opisywane, mniej lub bardziej przystępnie, w większości podręczników psychologii, w rozdziałach o emocjach, zachowaniu czy reakcjach społecznych, np. w publikacjach Gerda Mietzela [1999: 302–308] czy Jana Strelaua [2000]) kierowane przede wszystkim przez autonomiczny układ nerwowy, np. pojawienie się wypieków czy blednięcie, zmiany napięcia mięśniowego, płynięcie łez. Obserwowalne są też zmiany behawioralne kierowane przez ośrodkowy układ nerwowy (w wypadku reakcji na muzykę istotne będą zmiany mimiczne czy pantomimiczne, rytmiczne poruszanie się, klaskanie, przytupywanie). Mogą pojawiać się również wokalizacje, podśpiewywanie oraz tematyczne werbalizacje, wskazujące np. na stosunek chorego do tego, co się dzieje. Wymienione tu zostały sygnały łatwe do zaobserwowania, których dostrzeżenie nie wymaga użycia specjalnej aparatury. W opisywanych działaniach przy łóżku raczej się jej nie stosuje, gdyż chodzi o utrzymanie jak najbardziej swobodnej, nieszpitalnej atmosfery. Jeszcze raz jednak podkreślę, że jeśli diagnoza tego wymaga, można dokonywać pomiaru np. ciśnienia, tętna, saturacji czy innych wskaźników wewnętrznych.

Nie należy oczywiście zapominać o istotnej w muzykoterapii zasadzie ISO działania „podobnym na podobne”. Gdy spotyka się na przykład zamknięte drzwi do sali chorych, trzeba się najpierw upewnić, czy osoby tam leżące życzą sobie, aby muzycy przekroczyli próg (jeszcze raz należy podkreślić pełną dobrowolność uczestniczenia słuchaczy w seansie). Zaproponowany repertuar powinien zostać dostosowany do zaobserwowanego stanu i nastroju słuchaczy. Taka obserwacja może trwać przez cały pierwszy utwór, a nawet nieco dłużej (przed wejściem do sali muzycy mogą też zapytać personel szpitalny o stan osób, które tam spotkają). Dopiero po dostrzeżeniu sygnałów aprobaty można zachęcić

3 » O związku muzyki z prewencją i promocją zdrowia pisałam obszernie w artykule *Muzyka w prewencji i promocji zdrowia* [E. Klimas-Kuchtowa 2014].

słuchaczy do włączenia się w wykonanie muzyki. Niekiedy zdarza się to od razu po wejściu do salki. Muzycy mogą wtedy rozdać przyniesione instrumenty, zachęcić do towarzyszenia przytupywaniem, klaskaniem, wybijaniem rytmu na pościeli czy śpiewem. Bywa też, że wystarczająco sprawni i silni chorzy wstają z łóżek i wychodzą do muzyków, witając ich na korytarzu, albo po prezentacji w salce podążają w orszaku za muzykami, a nawet tańczą. Oczywiście takie działania przebiegają pod troskliwym okiem pielęgniarek i częściej zdarzają się na oddziałach lżej chorych, w grupach dziecięcych czy młodzieżowych. Poza projektem słuchacze muzykoterapii realizujący zajęcia przy łóżku lub w Domach Pomocy Społecznej często mieli okazję obserwować takie właśnie reakcje na zaproponowaną muzykę, nawet wśród starszych pensjonariuszy. Jest to wyraźnym wskaźnikiem diagnostycznym zachodzenia procesów promocyjnych w sferze zdrowia i dobrego samopoczucia.

Nic więc dziwnego, że w odpowiedziach muzyków na pytania zawarte we wspomnianym poprzednio kwestionariuszu znalazły się zdania, które można przytoczyć jako podsumowanie tej części rozważań o diagnozie przy łóżku. Wśród odpowiedzi na pytanie: „Czym jest dla Ciebie muzyka, gdy wykonujesz ją w szpitalu?”, były następujące stwierdzenia:

- > „czystym spotkaniem”;
- > „przypięciem skrzydeł, które unoszą ponad ziemię”;
- > „często widzę muzykę na twarzy i w oczach pacjentów – magiczne lustro” [Klimas-Kuchtowa, w przygotowaniu].

Zdania te w bardzo poruszający, plastyczny, a nawet metaforyczny sposób obrazują odczucia słuchaczy zaobserwowane przez grających i przypisane przez nich wspomaganym.

Bibliografia

- DeNora Tia, 2000, *Music in Everyday Life*, Cambridge: Cambridge University Press.
Diener Ed, Lucas Richard E., Oishi Shigehiro, 2004, *Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia*, tłum. M. Szuster, [w:] J. Czapiński (red.),

- Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, Warszawa: PWN, s. 35–51.
- Klimas-Kuchtowa Ewa, 2014, *Muzyka w prewencji i promocji zdrowia*, [w:] J. Kaleńska-Rodzaj, R. Lewandowski (red.), *Psychologia muzyki. Między wykonawcą a odbiorcą*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 159–184.
- Klimas-Kuchtowa Ewa, 2016, *Muzyka w neonatologii*, [w:] B. Pazur (red.), *Język muzyki dla osób (nie tylko) ze świata autyzmu*, Lublin: Wydawnictwo Muzyczne Polihymnia, s. 161–169.
- Klimas-Kuchtowa Ewa, w przygotowaniu, *Muzyk instrumentalista w nowej roli. Muzyka przy łóżku chorego*.
- Lauterbach Ryszard, 2018, *Wybrane aspekty diagnostyczno-terapeutyczne mające bezpośredni wpływ na poprawę rokowania u noworodków*, [w:] B. Szołtysek (red.), *Progres neonatologii a postawa terapeutów wczesnego wspomaganie rozwoju*, Tarnów: Wydawnictwo Tarnowskiej Szkoły Wyższej, s. 9–18.
- Mietzel Gerd, 1999, *Wprowadzenie do psychologii. Podstawowe zagadnienia*, tłum. E. Pankiewicz, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Rysiewicz Zygmunt (red.), 1961, *Słownik wyrazów obcych*, Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Sęk Helena, 2000, *Zdrowie behawioralne*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 533–554.
- Strelau Jan (red.), 2000, *Psychologia. Podręcznik akademicki*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Zych Barbara, Ostrowska Katarzyna, Barnaś Edyta, Kraśnianin Elżbieta, 2011, *Muzyka w medycynie jako składowa leczenia noworodków przedwcześnie urodzonych*, „Pielęgniarstwo XXI Wieku”, nr 2 (35).

Streszczenie

Treść artykułu dotyczy realizacji międzynarodowego projektu (Francja, Wielka Brytania, Irlandia i Polska) obejmującego działania profesjonalnych muzykoterapeutów podejmowane bezpośrednio na oddziałach szpitalnych różnych specjalności. W trakcie kursu muzycy w niewielkich grupach grali, improwizowali wprost w pokojach chorych, zachęcając ich do włączenia się w muzykę. Było to działanie nie tylko terapeutyczne, lecz także promujące zdrowie i profilaktyczne. Realizacja projektu trwała łącznie dwa lata, obejmując kilkanaście kilkudniowych sesji. Wśród stosowanych technik znalazły się przede wszystkim wnikliwa obserwacja

zachowania wspomaganych oraz techniki kwestionariuszowe. Kwestionariusze wypełniali wspomagani oraz sami muzycy. Analiza tych materiałów pozwoliła na wysnucie bardzo pozytywnych wniosków wskazujących na dodatni prozdrowotny wpływ tak stosowanych działań muzycznych na emocje i samopoczucie wspomaganych.

Słowa kluczowe: prewencja muzyczna, promocja zdrowia, dobrostan fizyczny i psychiczny, muzyka w szpitalu, diagnoza skutków muzykoterapii

EWA KLIMAS-KUCHTOWA – psycholog, doktor nauk humanistycznych, wieloletni pracownik Instytutu Psychologii, potem Instytutu Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Jagiellońskiego, obecnie adiunkt w Katedrze Psychologii Górnośląskiej Wyższej Szkoły Handlowej, psycholog szkolny w Zespole Państwowych Szkół Muzycznych im. Mieczysława Karłowicza w Krakowie, kierownik Studiów Podyplomowych „Muzykoterapia” w Akademii Muzycznej w Krakowie; członek Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich, Towarzystwa im. Edwina E. Gordona (edukacja muzyczna). Autorka kilkudziesięciu artykułów w czasopismach polskich i zagranicznych oraz rozdziałów w pracach monograficznych, przede wszystkim z psychologii muzyki. Dodatkowo zajmuje się tłumaczeniem książek naukowych i popularnonaukowych dotyczących m.in. problematyki psychologii.

DIAGNOZA W MUZYKOTERAPII SYSTEMOWEJ

Wojciech Strzelecki » Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi. Filia w Trzciance
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Diagnoza

Termin diagnoza z jednej strony można traktować jako rozpoznanie, z drugiej natomiast – w szerszym ujęciu – wiąże się on ze sformułowaniem pytań diagnostycznych, wyborem stosowanych narzędzi, zebraniem danych, a następnie ich oceną i interpretacją, co w konsekwencji prowadzić ma do odpowiedzi na postawione pytania. Ażeby zrealizować to zadanie w pełni, diagnoza powinna mieć określone cechy: ważny jest jej pełny charakter – nie może zatem ograniczać się jedynie do samego opisu zjawisk, ale ma również wyjaśniać ich przyczyny i mechanizmy; winna odnosić diagnozowane zjawiska do stanów pożądaných czy też oczekiwanych (w tym miejscu konieczna jest znajomość normy, ażeby uchwycić jakiegokolwiek od niej odstępstwa); powinna koncentrować się nie tylko na deficytach, lecz także na potencjale czy zasobach jednostki lub grupy; istotne jest również angażowanie się osób, środowisk czy systemów w proces diagnostyczny, co sprzyja autorefleksji i samoanalizie, a w konsekwencji pogłębieniu wglądu; proces ten powinien obejmować diagnozę środowiskową, czyli określać udział czynników środowiskowych w zaistniałych i poddawanych analizie sytuacjach [Gładyszewska-Cybulko 2014: 75]. Pełna diagnoza odnosi się również do różnych form jej konstruowania w zależności od zastosowanych metod diagnostycznych. Nierzadko dla uzyskania pełnego obrazu konieczne jest

łączenie metod ilościowych z jakościowymi, których nie należy traktować jako przeciwstawne, lecz jako wzajemnie się uzupełniające.

W naukach społecznych podczas prowadzenia badań naukowych często stosowaną metodą jest metoda triangulacji danych, która polega na łączeniu perspektyw badawczych. Z jednej strony wykorzystuje ona metody właściwe zarówno dla podejścia ilościowego, jak i jakościowego, co pozwala na zniwelowanie ewentualnych obciążeń związanych z ograniczeniami i wadami zastosowanych metod badawczych, z drugiej strony opiera się na źródłach danych – wykorzystując zarówno dane zastane, jak i wywołane, co z kolei pozwala na pełniejsze oświetlenie podmiotu badań z możliwie różnych stron i uwzględnienie odmiennych punktów widzenia w celu ich wzajemnej weryfikacji, dopełnienia, relatywizacji, a także dookreślenia [Strzelecki, Cylikowska-Nowak, Klatkiewicz, Gajewska 2016: 25]. W wypadku konstruowania diagnozy nie rzadko oprócz metod ilościowych i jakościowych dokonuje się również analizy *desk research*, czyli tak zwanej analizy danych zastanych.

Diagnoza ma formę interpretacji i oceny i jest złożonym procesem, na który wpływ mają z jednej strony dane o pacjencie/kliencie, a z drugiej strony również reakcje diagnosty na uzyskane dane, a także jego cechy i paradygmat czy nurt, w którym pracuje. Tak więc ma ona charakter w dużym stopniu zależny od samej osoby stawiającej diagnozę. Nie bez znaczenia pozostają również zmienne sytuacyjne, takie jak choćby warunki obserwacji [Cierpiałkowska, Soroko 2015: 97–98].

Podczas formułowania diagnozy należy pamiętać o wszelkiego rodzaju czynnikach, które mogą zakłócić proces diagnostyczny, oraz w miarę możliwości je wyeliminować. Diagnosta nie jest wolny od deficytów spostrzegania i rozumowania, takich jak: efekt halo, efekt pierwszego wrażenia, mimowolności oceniania i wnioskowania czy stosowania heurystyk emocji [Trzebińska, Filipiak 2015: 63]. Musi wyzbyć się wszelkiego rodzaju stereotypizacji w odniesieniu do płci, wieku, grupy etnicznej, narodowościowej bądź klasy społecznej. Konieczne jest ustrzeżenie się przed niebezpieczeństwem spostrzegania iluzorycznej korelacji, przed nadużywaniem myślenia przyczynowo-skutkowego, informacji kontekstowych czy też przed stosowaniem uproszczeń

terapeutycznych i diagnostycznych, najczęściej wynikających z minionych doświadczeń wyniesionych z pracy [Strzelecki 2014: 208].

Wśród czynników wywołujących poznawcze zniekształcenia oprócz wymienionych zjawisk uniwersalnych należy jeszcze wskazać czynniki specyficzne, zarówno osobiste dyspozycje diagnosty, jak i stany doraźne, które niekorzystnie rzutują na przebieg przetwarzania informacji. Do szczególnie niekorzystnych dyspozycji należy usztywnienie i zawężenie pojęciowej reprezentacji świata, skutkujące ograniczeniem wrażliwości na informacje niezgodne z nią czy wręcz przeinaczeniem lub odrzucaniem takich informacji [Trzebińska, Filipiak 2015: 64].

Błędy diagnostyczne mogą mieć bardzo różne przyczyny i pochodzenie. Przede wszystkim wiążą się z niespostrzeganiem pewnych istniejących objawów, ale mogą wynikać również z błędów pomiaru. Można więc mówić o błędach orzekania, błędach pominięcia oraz o błędach technicznych. Wszystkie one mogą zaburzać proces diagnostyczny i powodować znaczące zafałszowanie uzyskanych informacji, zatem w konsekwencji wpływać na błędy w diagnozie, a następnie w planowanym postępowaniu terapeutycznym.

Diagnoza grupy

Specyficzną formą diagnozy jest diagnoza grupy. Tutaj również znaczącą rolę odgrywa sama osoba diagnosty i paradygmat pracy, który reprezentuje. Diagnoza taka ma charakter złożony i wielopoziomowy. Na jej pełny wymiar składa się analiza procesu grupowego, obserwacja powstawania podgrup i innych elementów strukturalnych grupy oraz problemów w niej występujących.

Traktując diagnozę grupową jako swoistą próbę opisu funkcjonowania społecznego, można przyjąć, że obserwacja jednostki w procesach grupowych przynosi zupełnie nowe informacje nie tylko o jej relacjach społecznych, o tym, w jaki sposób się w nich odnajduje czy też jakie

przyjmuje role, lecz także o samej jednostce, jako że nowy wymiar jej postrzegania wyznacza kontekst społeczny – tego typu informacji nie sposób uzyskać na drodze obserwacji w procesie diagnozy indywidualnej.

Różne mogą być również cele diagnozy grupy – jej przedmiot mogą stanowić dążenia grupowe, normy panujące w grupie, zachodzące w niej interakcje czy też komunikacja. W grupie terapeutycznej zasadniczym celem diagnozy jest natomiast określenie dynamiki grupy, czyli zmian zachodzących w zachowaniu jej członków, w ich interakcjach, odgrywanych przez nich rolach i w spistości grupy. W wypadku trudności w funkcjonowaniu grupy istotą diagnozy może być też ocena jej dysfunkcyjności [Sęk 2001: 148–149].

Podczas diagnozy na przykład funkcjonowania grupy pracowniczej stosowana jest nierzadko metoda Analizy Sieci Społecznych, która w trakcie zadań stawianych przez terapeutę ujawnia sieć powiązań w grupie. W metodzie tej przyjmuje się perspektywę badawczą, według której społeczne zjawiska można wyjaśnić lepiej przez odwoływanie się do relacji pomiędzy podmiotami aniżeli do właściwości samych podmiotów [Chmielewska, Kołodziejczyk 2013: 122]. „Podstawą tworzenia struktury sieci, [...] mogą być m.in. proste relacje interpersonalne między pracownikami (np. zaufanie, współpraca, przyjaźń), formalne i nieformalne kanały komunikacji, przepływ wiedzy w organizacji” [Chmielewska, Kołodziejczyk 2013: 122].

Diagnoza grupy może być przydatna dla określenia właściwie każdej relacji społecznej. Często dokonuje się charakterystyki funkcjonowania grupy w szkołach w celu zapoznania się z rolami, jakie odgrywają w klasie poszczególni uczniowie, oraz ustalenia, jak funkcjonują podgrupy w systemie społecznym klasy. Umożliwia to również wychwycenie nieprawidłowości relacyjnych.

Diagnoza w muzykoterapii

Diagnoza w procesie muzykoterapeutycznym jest niezwykle istotnym elementem, który, włączony w początkową fazę tego procesu, pozwala

na jego przygotowanie z uwzględnieniem wszystkich elementów będących składową diagnozy. Jej podstawę stanowi w dużej mierze ekspresja muzyczna pacjenta/klienta. Muzyczne prezentacje członków grupy mogą być cennym źródłem informacji o rolach, jakie odgrywają w grupie, oraz o innych istotnych aspektach dynamiki grupowej. Są to przekazy o charakterze projekcyjnym, w których „sztukę muzyczną pojmować można jako odbicie rzeczywistości pozamuzycznej człowieka, dające możliwość diagnozowania cech jego osobowości oraz jego stosunku do otaczającej rzeczywistości” [Cylulko 2017: 48], co z jednej strony dotyczy każdego z członków grupy poddawanej diagnozie, a z drugiej strony odnosi się również do relacji w niej panujących.

Funkcja diagnostyczna ekspresji muzycznej wiąże się z uzewnętrznieniem wewnętrznych przeżyć emocjonalnych i myśli w postaci zachowań ekspresyjnych za pośrednictwem muzyki [Cylulko 2017: 48]. W wypadku działań terapeutycznych o charakterze grupowym dynamika grupy i zachodzących w niej interakcji sprawia, że muzyczna ekspresja może nie tylko być wynikiem uzewnętrznienia myśli i emocji, lecz także mieć charakter reaktywny i być swoistą odpowiedzią na ekspresję innego członka grupy. Ma to znaczenie o tyle, że z jednej strony interakcja motywuje pacjentów/klientów do działań ekspresyjnych, z drugiej jednak – niesie ze sobą wyzwanie dla muzykoterapeuty diagnosty z uwagi na konieczność zauważenia i wychwycenia procesów grupowych odzwierciedlonych w muzycznych prezentacjach uczestników oraz odróżnienia ich od tych będących wynikiem cech własnych członków grupy.

Twórcza aktywność pacjenta/klienta rzutuje na proces twórczy i jego wytwory oraz towarzyszące mu emocje, uczucia, postawy i zachowania. Środkiem wyrazu może być głos, ruch lub instrumenty muzyczne, tematem natomiast mogą być różne aspekty życia osoby uczestniczącej w terapii. „Improwizacja analizowana jako nieustannie zmieniający się proces może dostarczać terapeutcie informacji dotyczących pacjenta, w tym między innymi zaburzeń rozwoju psychomotorycznego, nieprawidłowości w kontaktach interpersonalnych, występujących mechanizmów obronnych” [Cylulko 2017: 49]. W wypadku diagnozy grupy szczególną rolę odgrywają informacje dotyczące relacji interpersonalnych

demonstrowanych podczas wspólnych działań muzycznych w grupie. Istotne są tu jednak nie tylko elementy samego wytworu muzycznego, lecz także wszelkiego rodzaju zachowania pozamuzyczne, a w wypadku grupy istotne znaczenie ma również odmienność prezentacji muzycznych w zależności od partnera interakcji.

Uruchamianie procesów symbolizacji u człowieka przez zastosowanie przekazów muzycznych zachodzi przede wszystkim na zasadzie podobieństwa bodźców muzycznych i zachowań emocjonalnych, werbalnych, motorycznych, poznawczych czy fizjologicznych. Następuje również aktywizowanie engramów neuronalnych, czyli śladów pamięciowych, jako że muzyka daje możliwość sięgania do umiejscowionych w ciele migdałowatym emocjonalnych przeżyć człowieka, po czym może nastąpić ich odblokowanie i wydobywanie wydarzeń, które z tymi emocjami były połączone, przez co można odzyskać treści z różnych względów utracone [Galińska 2000: 480].

Prezentacje muzyczne dokonywane przez pacjenta/klienta mogą również w sposób symboliczny odzwierciedlać takie problemy jak słabe poczucie własnej tożsamości, brak koncepcji siebie samego czy też trudności w określaniu granic w kontakcie z innymi osobami. Na poziomie muzycznym charakterystyczną cechą takiej prezentacji jest brak struktury, szczególnie w zakresie czynnika metrycznego. Pacjent/klient nie jest w stanie stworzyć stałego motywu rytmicznego i powtarzać go w określonym metrum, jego muzyczny komunikat pozbawiony jest struktury rytmicznej, a niekiedy i melodycznej. W wypadku diagnozy w pracy grupowej często występuje wówczas zjawisko pełnego dopasowania się do rytmu partnera interakcji, co wskazywać może na nadmierne dostosowywanie się do innych czy też uległość. Ze względu na ogólność i niejednoznaczność muzyki łatwo jest jej przypisać treści symboliczne. Na przykład gdy w grze pacjenta/klienta na instrumencie słyszymy, że przebieg muzyczny posuwa się w górę *crescendo*, możemy to odczytać jako wzrost napięcia, jeśli w dół *diminuendo* – jako rozluźnienie [Galińska 2000: 479; Strzelecki 2017a: 86]. „Jeśli pacjent gra na instrumencie muzycznym glissando – ostro i głośno, może kojarzyć nam się to z przekreśleniem czegoś, z niszczeniem, z irytacją lub rezygnacją, o ile towarzyszy

temu odpowiedni ruch ręki i ciała. To samo glissando grane cicho może kojarzyć się ze ślizganiem się po powierzchni, a więc ze słabym kontaktem” [Galińska 2000: 479]. Treści symboliczne mogą wiązać się z samym wyborem instrumentu przez pacjenta/klienta, np. duży bęben wybierany może być przez osoby chcące dominować. Z kolei preferowanie instrumentów melodycznych, a odrzucanie perkusyjnych można wiązać z problemami z ekspresją agresji [Galińska 1977: 24; Strzelecki 2017a: 86].

Powyższe przykłady dokonywanej dla celów diagnostycznych interpretacji wyrażanych symbolicznie przez muzykę cech i problemów mają swe źródło w psychoanalizie. Założenia psychoanalityczne podkreślają komunikatywne znaczenie regresywnego typu przeżycia muzycznego. Wielu autorów dostrzega analogię między elementami muzycznymi, np. barwą dźwięku, jego wysokością, rytmem, tempem i siłą, a elementami cenestezyjnej komunikacji u niemowlęcia [Galińska 1990: 47; Strzelecki 2010: 116].

Biorąc pod uwagę aspekt projekcyjny ekspresji muzycznej pacjenta/klienta, należy założyć, że każdy wytwór muzyczny niesie ze sobą jakąś informację. Jest to o tyle cenne, że niekiedy werbalne formy wyrazu mogą być w grupie z różnych względów zakłócone, a co za tym idzie – posługiwanie się metodami werbalnymi może nie przynieść zamierzonych efektów. Bywa bowiem, że wypracowane schematy komunikacyjne utrudniają lub też wręcz uniemożliwiają członkom grupy wzajemne słuchanie, co z kolei powoduje, że pojawiająca się reakcja nie stanowi odpowiedzi na odebrany komunikat, tylko na własną interpretację. Tak więc nierzadko wytwór muzyczny może być substytutem treści werbalnych, których ujęcie w słowa jest z różnych powodów trudne bądź niemożliwe. Dotyczy to przede wszystkim sytuacji, kiedy emocje są wyjątkowo silne i mogą być przez pacjenta/klienta uznane za zagrażające. Wówczas wypowiedź niewerbalna daje zdecydowanie większe poczucie bezpieczeństwa. Ponadto sam proces tworzenia może nieść ze sobą bardzo cenne informacje o tym, jak pacjent/klient radzi sobie z relacjami społecznymi. Istotny jest sposób, w jaki uczestnik procesu terapeutycznego dobiera środki wyrazu, jego całościowe podejście do procesu twórczego oraz poziom motywacji itp. [Marszał 2011: 275]. Bardzo ważne jest to,

ażeby takich informacji nie przeoczyć i pozostawać czujnym na wszystkie istotne przekazy pacjenta/klienta.

Jak wspomniano, diagnoza muzykoterapeutyczna w dużej mierze opiera się na projekcji pacjenta/klienta. Metody projekcyjne z natury swojej są bardziej wieloznaczne niż np. psychologiczne testy psychometryczne wykorzystywane w procesie diagnostycznym, co daje większą swobodę pacjentowi/klientowi w zakresie behawioralnym. Większą swobodę interpretacyjną ma w tym wypadku również diagnosta, jednak konieczne jest staranne opracowanie i sformułowanie diagnozy z naciskiem na minimalizowanie możliwości nakładania się własnych projekcji na interpretację działania pacjenta/klienta. Fundamentalnym założeniem w wypadku wszelakich metod projekcyjnych jest przyjęcie hipotezy projekcyjnej Davida Rappaporta, według której każde zachowanie jednostki jest projekcją jej osobowości [Gładyszewska-Cylulko 2014: 79].

Rozważając wszystkie konieczne do postawienia właściwej diagnozy aspekty, warto zwrócić uwagę na miejsce muzykoterapeuty w zespole interdyscyplinarnym. Ponieważ muzykoterapia często stosowana jest jako wspierająca metoda terapeutyczna, zazwyczaj muzykoterapeuta diagnosta powinien zapoznać się z opiniami, diagnozami i zaświadczeniami wystawionymi przez innych specjalistów, jeżeli takie dokumenty zostały wcześniej sporządzone. Jego rolą jako diagnosty jest często uzupełnienie uzyskanych danych przez analizę dokumentów (dane zastane) i obserwacji własnych, które w założeniu mają prowadzić do dopełnienia obrazu stanu pacjenta, wychwycenia ewentualnego procesu zmiany oraz wyznaczenia kierunku właściwych oddziaływań muzykoterapeutycznych.

Rozpatrując muzykę jako możliwy do wykorzystania przez pacjenta/klienta środek wyrazu, należy wziąć pod uwagę fakt, że ma ona charakter wielowarstwowy. Struktura muzyki obejmuje warstwę akustyczną, związaną z drganiem fal dźwiękowych, semantyczną, będącą nośnikiem informacji oraz znaczeń i związaną z odbiorem i oddziaływaniem formy muzycznej, oraz estetyczną, odnoszącą się do odbioru dzieła muzycznego w całości, uchwycenia i zrozumienia istoty i wartości muzyki [Galińska 2000: 479; Strzelecki 2017a: 86].

Muzykoterapia grupowa

Żeby zaistniała możliwość grupowej diagnozy opartej na ekspresji muzycznej, konieczna jest praca muzykoterapeutyczna w grupie. Muzykoterapia grupowa wykorzystuje zasady psychoterapii grupowej, w której wskazać można wiele czynników oddziałujących leczniczo: uczestnictwo w grupie, emocjonalne podtrzymanie, pomaganie innym, informację zwrotną czy uzyskiwanie nowych umiejętności społecznych. „Muzykoterapeuta, pracując z całą grupą, stara się uwzględnić indywidualne możliwości i ograniczenia poszczególnych pacjentów, ich dyspozycje i potrzeby, realizując cały czas cele grupowe” [Cylulko 2012: 38]. W muzykoterapii grupowej wykorzystuje się interakcje między członkami grupy oraz między uczestnikami i terapeutą, uwzględniając procesy związane z dynamiką grupy. Podstawowym celem jest to, żeby stworzone podczas sesji terapeutycznych związki emocjonalne i społeczne przenosiły się następnie na funkcjonowanie poza terapią i przyczyniały się do ogólnego podniesienia poziomu społecznego uczestników. Niewątpliwą zaletą muzykoterapii grupowej jest możliwość wykorzystania leczniczych i diagnostycznych walorów procesów grupowych. Trudnością natomiast jest dobór muzyki terapeutycznej, ponieważ dostosowanie muzyki do preferencji muzycznych grupy jest zdecydowanie trudniejsze niż w odniesieniu do jednostki [Strzelecki 2012: 20].

Zaletą terapii grupowej jest przede wszystkim realizacja naturalnej potrzeby człowieka do bycia częścią grupy. Jak wspomniano, podczas terapii grupowej możliwe jest wykorzystanie terapeutycznych walorów dynamiki grupowej, co dzieje się już przez samo doświadczanie interpersonalnej równorzędności podmiotowej [Stadnicka 1998: 11].

Zdrowie społeczne

Muzykoterapia jest formą terapeutyczną, którą objąć można również osoby zdrowe, jako że nie ma przeciwwskazań dla stosowania metod i technik muzykoterapeutycznych także w wypadku różnego rodzaju warsztatów

związanych z rozwojem, pogłębianiem potencjału, samoanalizą i wglądem czy też poprawą samopoczucia lub poprawą szeroko rozumianej jakości życia [Stachyra 2009: 61]. Podejście tego rodzaju jest bliskie założeniom psychologii pozytywnej, która za cel swoich oddziaływań przyjmuje przede wszystkim dobre samopoczucie i poczucie szczęścia i zajmuje się głównie rozwojem potencjału człowieka, czyli takich elementów jak inteligencja emocjonalna, kreatywność, poczucie szczęścia czy wgląd, a nie jego deficytami [Seligman, Csikszentmihalyi 2000: 5–6; Seligman, Steen, Park, Peterson 2005: 410–411]. Będąca jej odpowiednikiem w ramach muzykoterapii profilaktyka muzyczna nie stworzyła specjalnych metod pracy dla osób zdrowych, tyle że w tym wypadku inne są zazwyczaj cele, nieco inaczej również wygląda sam proces, ponieważ w podejściu takim nacisk położony jest na stymulację doświadczania potencjału twórczego, a nie na działanie korektywne wobec określonej dysfunkcji bądź niepełnosprawności [Stachyra 2009: 61; Strzelecki 2017d: 111].

Nieszkodliwość stosowania metod i technik muzykoterapeutycznych u osób bez stwierdzonej choroby, dysfunkcji, niepełnosprawności, zaburzeń zachowania, trudności funkcjonalnych lub innego rodzaju deficytów jest o tyle istotna, że możliwe jest również ich stosowanie w wypadku na przykład zaburzonych relacji w grupie pracowniczej czy szkolnej bądź też w terapii par czy rodzin. Czy jest to jednak wówczas muzykoterapia? Z punktu widzenia szerokiego pojmowania zdrowia jako takiego jak najbardziej tak, jako że zakłada się wówczas, iż zaburzone mogą być interakcje społeczne, a leczeniu poddaje się funkcjonowanie społeczne jednostki, jej relacje, czyli tzw. zdrowie społeczne. Tak więc element terapeutyczny, implikowany przez termin „muzykoterapia”, jest tu jak najbardziej obecny.

Funkcjonowanie społeczne jest we współczesnym rozumieniu pojęcia zdrowia jednym z jego pełnoprawnych wymiarów, a zaburzenie tego aspektu wskazuje na zaburzenie całościowego zdrowia jednostki. Wymiar ten można uznać za o tyle specyficzny na tle pozostałych elementów wchodzących w skład zdrowia, że jest po części poza jednostką, co wynika z tego, że jego istotą są relacje międzyludzkie [Heszen 2005: 31; Walentynowicz-Moryl 2016: 71].

Na potrzeby niniejszej analizy, w ramach której szczególnie istotne jest zagadnienie zdrowia społecznego, najbardziej zasadne wydaje się osadzenie zagadnienia zdrowia w powstałym na gruncie psychologii zdrowia modelu socjoekologicznym. Jest on oparty na metaforze mandali, symbolizującej wszechświat i miejsce człowieka w tym wszechświecie. Mandala zdrowia pokazuje, że zdrowie człowieka zależy od wzajemnie powiązanych kręgów: biosfery i kultury, naturalnych i materialnych środowisk człowieka, zasobów biologicznych, psychicznych i społecznych człowieka oraz różnych form jego aktywności w ciągu całego życia [Czabała, Sęk 2000: 607]. Model socjoekologiczny ma swoje korzenie w starożytności, a na jego obecny kształt miały wpływ doświadczenia praktyczne i osiągnięcia teoretyczne w epidemiologii biomedycznej i społecznej, medycynie społecznej i psychosomatycznej oraz w socjologii medycyny.

W kontekście mandali zdrowie człowieka podlega wielorakim wpływom. Dużą rolę przypisuje się tutaj czynnikom związanym z ludzkim dążeniem do samorealizacji, zaspokajania potrzeb i aspiracji, poczuciem odpowiedzialności za siebie i swoje zdrowie, a zatem świadomej aktywności podmiotu, oraz czynnikom związanym z funkcjonowaniem człowieka w społeczeństwie, dotyczącym w głównej mierze odgrywania przez niego określonych ról społecznych, co wyraźnie akcentuje znaczenie zdrowia społecznego dla poczucia pełnego dobrostanu. Zdrowie to stan prawidłowy systemu zależny od możliwości przeciwstawiania się zakłóceniom. Ważnym założeniem tego modelu jest subiektywizm pojęcia zdrowia – zgodnie z nim każdy człowiek kształtuje własne pojęcie zdrowia, przypisuje mu inną wartość w osobistym systemie wartości i w konsekwencji inaczej realizuje deklarowaną wartość (zdrowie) na poziomie behawioralnym.

Chcąc zachować zdrowie, samoregulujący się organizm musi utrzymać swą indywidualną autonomię i jednocześnie podjąć wysiłek harmonijnej współpracy z otoczeniem. Zdrowie oznacza bowiem taki stan, w którym panuje synchronizacja fizyczna i umysłowa z sobą samym i innymi podsystemami [Kasperek 1999: 24]. Choroba jest konsekwencją braku równowagi i harmonii pomiędzy poszczególnymi elementami

systemu, a zatem również zakłócenie relacji społecznych jest przejawem zakłócenia zdrowia. Zdrowie jako stan dynamicznej równowagi podlega ciągłym zmianom, które podporządkowane są między innymi działaniom jednostki zmierzającym ku rozwojowi wewnętrznego potencjału zdrowotnego, zgodnym z wymogami społecznymi. Dla utrzymania zdrowia jednostki konieczna jest subiektywna indywidualna interpretacja definicji zdrowia i potrzeb zdrowotnych oraz czynników sprzyjających zachowaniom zdrowotnym.

Tak więc zgodnie z założeniami modelu socjoekologicznego nie bez znaczenia dla określenia zdrowia jednostki są również jej społeczne relacje, role, jakie odgrywa, poczucie przynależności do grupy oraz postrzeganie swojego w niej miejsca, a także wsparcie społeczne i odpowiedź na oczekiwania społeczne. Diagnozując funkcjonowanie społeczne grupy, jednostki czy też wreszcie jednostki w grupie, należy więc zwrócić uwagę na takie elementy, jak: interakcje społeczne, przynależność społeczna, zaangażowanie społeczne, przystosowanie społeczne czy role społeczne [Walentyłowicz-Moryl 2016: 74].

Muzykoterapia systemowa

Muzykoterapia systemowa opiera się na założeniach nurtu systemowego w psychoterapii, zwanego także interakcyjnym. Jego źródłem było zwrócenie uwagi nie tyle na jednostkę, ile raczej na system społeczny, w którym funkcjonuje, oraz relacje panujące w tym systemie. Mogą to być relacje rodzicielskie, małżeńskie, zawodowe, szkolne itp. Przy czym dla przykładu system rodzinny nie jest jedynie jednolitym systemem grupowym, ale istnieje w nim również wiele podsystemów, z których tylko jeden może być zaburzony, powodując tym samym zaburzenie zdrowia społecznego jednostki. Podsystemem w systemie rodzinnym może być choćby para małżeńska – jeśli jego istotą są relacje związkowe, lub też rodzice – w wypadku relacji rodziców z dziećmi. Wszelkie oddziaływania wewnątrz podsystemów realizowane są na drodze zachowań

komunikacyjnych, a każde zachowanie podmiotu jest reakcją na uprzednie zachowanie partnera interakcji w ramach podsystemu, będąc jednocześnie bodźcem wywołującym reakcję partnera. Można zatem przyjąć, że mają one charakter cyrkularny [Grzesiuk 2002: 41; Strzelecki 2017b: 401]. Zachowania jednostki są więc analizowane w kontekście społecznym, a zasadniczym „materiałem” terapeutycznym i diagnostycznym jest proces komunikacji przebiegający pomiędzy ludźmi. Zakładając – na przykładzie rodziny – że mamy do czynienia z systemem (wraz z podsystemami), przyjmuje się, że jest to zespół elementów pozostających ze sobą w ścisłej interakcji. Diagnoza polega zatem w głównej mierze na zbadaniu powiązań pomiędzy członkami systemu i przeanalizowaniu ich wzajemnych oddziaływań [Radochoński 1984: 3; Dudek 2009: 163].

Interwencja dotyczy całego systemu rodziny, a jej celem jest zmiana wzorca interakcji pomiędzy członkami rodziny poprzez: dostarczanie nowych informacji, na które dotychczas rodzina była zamknięta, modyfikowanie reguł kontaktowania się, przerywanie patologicznej sekwencji zdarzeń z prowokowaniem alternatywnego zakończenia [Stanisławska-Kubiak 2009: 78].

Terapia systemowa w sposób naturalny przez dynamikę grupy wyzwala w rodzinie jej twórcze zasoby oraz zwiększa wiedzę rodziny na temat wzorów myślenia, które stosuje. Przy czym podstawowym założeniem jest dążenie do tego, ażeby w efekcie rodzina sama dokonała korekty we własnym funkcjonowaniu i rozumieniu problemów. Podejście systemowe może również w dużym stopniu minimalizować tendencje do tłumienia uczuć i impulsów lub też do zaprzeczania impulsom, które to zjawisko pojawia się nad wyraz często z uwagi na obawę, że konfrontacja emocjonalna może doprowadzić do sytuacji konfliktowych. Jest to szczególnie istotne w rodzinach z kryzysem nagłym [Stanisławska-Kubiak 2009: 79; Strzelecki 2017b: 404].

Takie podejście wyznacza określony cel w odniesieniu zarówno do diagnozy, jak i do działania terapeutycznego – jest nim zmiana systemu, nie zaś „zaburzonej” jednostki [Grzesiuk 2002: 42].

Można również przyjąć podział celów na bezpośrednie i odległe. Te pierwsze wiążą się najmocniej z aspektem diagnostycznym, jako że polegają głównie na ustaleniu, czy dany problem dotyczy całego systemu rodzinnego czy też jedynie jednego lub kilku wybranych funkcjonujących w jego ramach podsystemów. Do celów bezpośrednich należy również określenie ról, jakie poszczególni członkowie rodziny odgrywają w systemie (np. dziecko wcale nie musi odgrywać roli dziecka – może bowiem przez zakłócenie funkcjonowania systemu przejść rolę rodzica), oraz ukazanie poszczególnym członkom systemu (np. rodzinnego) stopnia ich zaangażowania w relację z pozostałymi osobami [Radochoński 1984: 3; Dudek 2009: 162]. Ustalenie wspomnianych aspektów jest istotnym wyznacznikiem dla dalszego programu oddziaływań terapeutycznych, w ramach których odbywać się będzie planowany proces zmiany.

Cele odległe to przede wszystkim poprawa komunikacji, a także wzmocnienie indywidualności i niezależności. Kolejne zadania to stworzenie podstaw do realizacji prawidłowych i niezakłóconych ról rodzinnych, a w dalszej perspektywie redukcja ewentualnych konfliktów [Radochoński 1984: 3; Dudek 2009: 162]. Jednak ażeby możliwe było osiągnięcie celów takich jak redukcja konfliktów czy też realizacja ról w rodzinie, konieczna jest poprawa komunikacji, ponieważ wiele zachowań komunikacyjnych ma charakter utrwalonego nawyku, co znacząco utrudnia pozytywną zmianę we wspomnianych zakresach zdrowia społecznego.

Sama interwencja terapeutyczna uwarunkowana jest osiągnięciem w początkowej fazie celów bezpośrednich, gdyż określenie czynników zaburzających funkcjonowanie systemu jest wyznacznikiem planu terapeutycznego. Należy jednak pamiętać, że również w dalszym procesie terapeutycznym uzyskać można kolejne istotne dane, które mogą wpłynąć na założone i realizowane odległe cele terapeutyczne. W tym sensie nie należy rozpatrywać procesu diagnostycznego w oderwaniu od procesu terapeutycznego. Prowadzenie oddziaływań terapeutycznych opiera się na obserwacji procesu, a zatem i wychwyceniu przebiegu zmian w poddawanej terapii grupie. Jest to więc proces dynamiczny, podczas którego nowe dane mogą przynieść konieczność zmiany

założeń terapeutycznych, dlatego wymaga on od terapeuty elastyczności i gotowości do stworzenia nowych warunków pracy dla grupy.

Powszechnie stosowaną w podejściu systemowym techniką jest zlecenie rodzinie zadań domowych, które ma wykonać pomiędzy sesjami terapeutycznymi. Zadanie terapeuty polega w tym miejscu na nakreśleniu celu działania oraz kierunku zmiany. Żeby to zrobić, terapeuta musi zapoznać się ze stosowanymi dotąd nieskutecznymi metodami rozwiązania danego problemu komunikacyjnego, a zatem fundamentem jest tu ponownie właściwe zdiagnozowanie zaburzeń w zakresie zdrowia społecznego systemu. Wspomniane tzw. zadania domowe pozwalają niekiedy w prosty sposób przezwyciężyć sztywne trzymanie się stosowanych w rodzinie rozwiązań, które zwykle spowodowane są lękiem i poczuciem braku kontroli [Stanisławska-Kubiak 2009: 80–81; Strzelecki 2017b: 405].

Tym, co w muzykoterapii w naturalny sposób nawiązuje do psychoterapii systemowej, jest jej walor komunikacyjny. Szczególnie jednoznaczne nawiązanie odnaleźć można w szkole komunikacyjnej terapii systemowej, w której zasadniczy nacisk położony jest na sposób porozumiewania się partnerów interakcji. Cele osiągnąć są tu przede wszystkim za pomocą technik muzykoterapii aktywnej – np. z wykorzystaniem instrumentarium Orffa. Przy ich zastosowaniu budowana jest relacja komunikacyjna oparta na języku muzycznym, która może być o tyle unikatowa, że omija zablokowane formy werbalne. W wypadku kiedy kontakt werbalny w grupie społecznej zostaje zaburzony, możliwe jest niekiedy porozumiewanie się przez środki artystyczne – na przykład przez muzykę. Szczególne znaczenie ma tu podejście odwołujące się do nurtu komunikacyjnego, w którym muzyka jest traktowana jako środek komunikacji niewerbalnej z drugim człowiekiem, zwłaszcza w sferze emocjonalnej. Muzyka jest tu systemem znaków i sygnałów, zbudowanym według praw muzycznych, przekazującym określone informacje semantyczne i estetyczne [Galińska 1978: 85; Stachyra 2009: 64–65; Strzelecki, Cybulski 2009: 205; Strzelecki 2017c: 75; Strzelecki 2017b: 407]. Może to być cenne i pomocne w pracy nad poprawą funkcjonowania grup rodzinnych, w których relacje są zaburzone. W grupie

rodzinnej następuje wówczas przenoszenie zachowań z życia codziennego na płaszczyznę zachowań muzycznych. Odbywa się to przez odgrywanie ról oraz wyrażanie uczuć w grze na instrumentach. W grupie każdy pacjent/klient ma okazję zobaczyć siebie w relacji z pozostałymi członkami rodziny [Cesarz 2003: 11; Strzelecki 2017b: 408]. Stwarza to okazję do tego, by osoby, które przy zastosowaniu komunikatu werbalnego być może nie odezwałyby się do siebie lub też powtarzałyby zaburzone schematy komunikacyjne, mogły „odezwać się” dźwiękiem. Muzykoterapię systemową stosuje się również w celach rozwojowych, przy założeniu, że można w ten sposób wzmocnić potencjał uczestników. Niekoniecznie więc musi się ona wiązać z chorobą czy niepełnosprawnością któregoś z członków rodziny.

Jedną z istotnych metod komunikatywnych, które stosowane są podczas oddziaływań muzykoterapeutycznych, jest metoda dialogu instrumentalnego.

Podstawą do stosowania tych [komunikatywnych] technik jest założenie, że sposób, w jaki tworzymy związki w muzyce, jest bliski sposobowi, w jaki tworzymy związki w życiu i jak się komunikujemy z innymi. [...] [Jest] to technika stricte muzykoterapeutyczna, w której zamiast słów używa się dźwięków instrumentów (bębenki, pudełka akustyczne, grzechotki, kołatki, tamburyna itd.) [Cesarz 2017: 345].

„Odezwanie się” dźwiękiem może znacząco przyczynić się do ujawnienia siebie przez pacjenta/klienta, pozwala mu również odreagować emocje, co powoduje zmniejszenie napięcia, a tym samym przynosi ulgę i poprawia jakość życia. Ze względu na fakt posługiwania się językiem symbolicznym – językiem muzycznym – zmniejsza się kontrola „wypowiadanych” treści, a co za tym idzie, pacjent/klient jest nierzadko bardziej szczerzy i otwarty i „mówi” więcej, niż gdyby używał języka werbalnego [Cesarz 2003: 8; Cesarz 2017: 345].

Diagnoza muzykoterapeutyczna wykorzystująca język muzyczny może być z pewnych względów szczególnie cenna, a nawet w pewnym

sensie łatwiejsza do postawienia niż przy zastosowaniu metod werbalnych, jako że dzięki zastosowaniu bezpieczniejszej dla pacjenta/klienta formy wyrazu za pośrednictwem treści symbolicznych możliwe jest zmniejszenie zjawiska oporu, które może zaburzać proces diagnostyczny i terapeutyczny [Gładyszewska-Cylulko 2014: 88].

Diagnoza muzykoterapeutyczna w terapii systemowej – doświadczenia własne autora

Podczas działań terapeutycznych z parami i rodzinami, autor niniejszego artykułu, podążając za założeniami nurtu komunikacyjnego w muzykoterapii, wielokrotnie stosował metody wypowiedzi muzycznej w kontakcie pomiędzy członkami rodziny, głównie z wykorzystaniem instrumentarium Orffa. Z tego typu form „odezwania się” instrumentem uzyskać można ważne informacje, które mogą wspomagać formułowanie diagnozy muzykoterapeutycznej. Niewerbalne przedstawienie swojej reakcji na wybrane sytuacje zaistniałe w ramach danej relacji może zawierać więcej ładunku emocjonalnego i być bardziej szczere i rozbudowane niż komunikat werbalny, może również okazać się w mniejszym stopniu obarczone schematami komunikacyjnymi wypracowanymi podczas budowania relacji. Umieszczenie własnej reakcji, opisu cech czy komunikatu w kontekście muzycznym daje możliwość przejścia na inny poziom komunikacji, niezaburzony sytuacjami konfliktowymi. Informacje, które w ten sposób zdobywa terapeuta na temat relacji, wymagają interpretacji oraz znajomości języka muzyki, a zatem mieszczą się w kategorii metody projekcyjnej. Podczas warsztatów rozwojowych dla par, przeznaczonych dla osób chcących rozwinąć swój nowy związek lub wzbogacić dotychczasowy, uczestnicy warsztatów mieli szansę przejrzeć się w oczach partnera, poznać świat swoich uczuć i emocji, uzyskać możliwość twórczej wypowiedzi przez muzykę. Celem warsztatu było

rozwinięcie indywidualnej kreatywności i pogłębienie relacji za pomocą tradycyjnego dialogu oraz niewerbalnych środków wyrazu. Uczestnicy warsztatu, posługując się środkami niewerbalnymi, przy zastosowaniu technik muzykoterapii aktywnej potrafili niekiedy „powiedzieć” sobie rzeczy, z którymi w kontakcie werbalnym mieli poważne problemy bądź nawet nie do końca zdawali sobie z nich sprawę.

Jedną z często stosowanych technik podczas pracy na przykład z parą, której relacja jest mocno zaburzona, jest metoda wyznaczania krzywej konfliktu z zastosowaniem aktywnych technik muzykoterapeutycznych. Polega ona na nagraniu przez każdego z partnerów w określonym czasie (zwykle w ciągu minuty lub dwóch) krótkiej prezentacji wykonanej za pomocą instrumentarium Orffa odzwierciedlającej natężenie własnych emocji podczas konfliktu z partnerem. Istotne jest tu to, że za pomocą elementów dzieła muzycznego, takich jak dynamika czy agogika, pacjent/klient może pokazać z jednej strony zmianę siły przeżycia emocjonalnego, a z drugiej zmianę emocji w sytuacji konfliktowej. Następnie analizowana jest siła przeżycia emocjonalnego, wyrażonego subiektywnie w nagranej projekcji. Interesującym elementem jest jednoczesne odsłuchanie obu prezentacji muzycznych, podczas którego nierzadko wyraźnie można usłyszeć, jak bardzo partnerzy interakcji rozmijają się pod względem natężenia przeżycia, co często może być przyczyną trudności w dojściu do porozumienia – gdy jedna strona zmierza w danym momencie do konsensusu, druga nie jest w stanie podjąć działań pojednawczych, jako że w danym momencie jest akurat w stanie silnego wzburzenia. Częsty wniosek wynikający z analizy tego typu nagrania jest taki, że każda ze stron podczas trwania sytuacji konfliktowej wyraża chęć przerwania sporu, jednak czyni to w innym momencie niż partner interakcji, wskutek czego nie mogą oni się spotkać we właściwym momencie, ażeby konflikt zażegnać. Jednak rozmowa na ten temat zazwyczaj nie przynosi oczekiwanych rezultatów, gdyż opis przeżycia emocjonalnego jest w tej sytuacji nieobiektywny. Nierzadko dopiero symboliczne przedstawienie emocji za pomocą instrumentów daje możliwość „usłyszenia”, na czym konflikt rzeczywiście polega i co jest przyczyną trudności w dojściu do porozumienia. Zwykle

po odsłuchaniu obu prezentacji muzycznych następuje próba przedstawienia sytuacji spornej w formie wykresu ukazującego symbolicznie nałożenie emocji obu stron konfliktu. Te krótkie prezentacje muzyczne zawierające w sobie całość przeżycia emocjonalnego obu osób podczas konfliktu z jednej strony umożliwiają pacjentom/klientom uzyskanie informacji zwrotnej od samych siebie, a z drugiej są również istotne dla terapeuty, który na ich podstawie może wzbogacić diagnozę opierającą się na działaniach muzykoterapeutycznych.

Inną techniką jest muzyczne odzwierciedlenie. Stosuje się je w celu zrozumienia przez uczestników procesu terapeutycznego oraz przez terapeutę schematów komunikacyjnych, które zostały wypracowane przez pacjentów/klientów, nierzadko w ciągu długich lat. Istotą tej techniki jest usłyszenie informacji zwrotnej wyrażonej za pomocą muzycznej projekcji z zastosowaniem instrumentarium Orffa. Po werbalnej wypowiedzi jednego z partnerów drugi z nich ma za zadanie zagrać swoją reakcję emocjonalną na to, co właśnie usłyszał, oraz symbolicznie odzwierciedlić muzycznie wypowiedź werbalną partnera. Okazuje się, że niejednokrotnie to, co jednej ze stron wydaje się stwierdzeniem zupełnie neutralnym, dla drugiej może być nasycone silnymi emocjami. Dodatkowo pojawia się możliwość przedstawienia swojej reakcji emocjonalnej na wypowiedź partnera. Nierzadko dopiero wówczas można w pełni dostrzec, jak duża jest różnica w zakresie oceny tego samego komunikatu. Dla terapeuty stanowi to istotną informację diagnostyczną, pozwalającą na określenie i wyznaczenie dalszych kroków, które powinny zostać podjęte w procesie terapeutycznym. Często partnerzy nie zdają sobie sprawy, jak ich komunikaty są postrzegane przez drugą stronę oraz jak silne emocje może wywoływać to, co według nich jest zupełnie neutralne.

Techniką, która odwołuje się do odzwierciedlania relacji w muzyce w sposób bezpośredni, jest stosowana często przez autora niniejszego artykułu technika wspólnej prezentacji muzycznej. Wykorzystywać można ją nie tylko w pracy z parą czy grupą rodzinną, lecz także w działaniach terapeutycznych, którym poddawane są większe grupy, na przykład grupa pracownicza czy grupa klasowa. Polega ona na odgrywaniu

prezentacji muzycznej przez uczestników procesu terapeutycznego. W wypadku pary nierzadko można usłyszeć duży rozdźwięk pomiędzy improwizacjami na instrumentach perkusyjnych wykonywanymi przez oboje uczestników. Takie wspólne odgrywanie pozwala usłyszeć, która z osób jest dominująca, która natomiast uległa (gdyż swoje wykonanie dostosowuje do prezentacji muzycznej partnera). Jest to wartościowe z punktu widzenia diagnostycznego, ponieważ w dużym stopniu pozwala terapeutcie rozpoznać charakter relacji pomiędzy uczestnikami procesu. Zadanie to w procesie terapeutycznym wykonywane jest kilkakrotnie, przez co możliwe jest zaobserwowanie procesu zmiany, na przykład gdy dochodzi do wzrostu synchronizacji pomiędzy partnerami w wykonywanej przez nich prezentacji muzycznej. Można również zaobserwować, jak zmieniają się role, w które wchodzi uczestnicy procesu terapeutycznego. Warto także zwrócić uwagę na fakt, że podczas tworzenia wspólnej prezentacji muzycznej powstaje wspólne dzieło, co samo w sobie jest doświadczeniem silnie integrującym i zbliżającym partnerów.

Wypowiadanie się przez pacjentów/klientów za pomocą instrumentów może przynosić istotne informacje, które zaznaczają się w różnych elementach tworzonej przez nich prezentacji muzycznej. Zasadne jest tu odniesienie się do elementów dzieła muzycznego. I tak między innymi wzrost synchronizacji między partnerami interakcji tworzącymi wspólnie utwór muzyczny zaobserwować można w warstwie metrycznej. Z kolei poziom nasilenia emocji najbardziej słyszalny jest w dynamice, agogice, barwie oraz artykulacji.

Możliwość porozumiewania się za pomocą środków niewerbalnych bywa bezcenna. Doświadczenia autora wynikają z prowadzenia warsztatów terapeutyczno-twórczych, wykorzystywania elementów muzykoterapeutycznych w terapii par oraz z pracy muzykoterapeutycznej w formie muzykoterapii systemowej z rodzicami/opiekunami dzieci dotkniętych niepełnosprawnościami (głównie z zaburzeniami ze spektrum autyzmu). Tego typu kontakt niewerbalny jest dla tych osób nowy, unikatowy i pozbawiony możliwości zadziałania wielu systemów obronnych, które w sposób naturalny uruchamiają się w wypadku komunikatu werbalnego. W pracy z takimi osobami wskazane są werbalizacje,

jednak dopiero po uzyskaniu efektu na drodze oddziaływań niewerbalnych. Zaczynanie od werbalnych prób rozwiązywania trudności relacyjnych może być o tyle utrudnione, że przypomina próbę naprawienia uszkodzonego przedmiotu za pomocą uszkodzonego narzędzia, to bowiem właśnie komunikacja werbalna jest zazwyczaj najbardziej zaburzonym ze wszystkich systemów komunikacyjnych [Strzelecki 2013: 126; Strzelecki 2017b: 410].

Bibliografia

- Cesarz Helena, 2003, *Muzykoterapeuta dźwiękiem mówiący, czyli kilka refleksji na temat komunikacji za pomocą instrumentu*, „Muzykoterapia Polska”, t. 6, nr 2, s. 7–12.
- Cesarz Helena, 2017, *Muzykoterapia w zaburzeniach psychicznych*, [w:] M. Cyłkowska-Nowak, W. Strzelecki (red.), *Muzykoterapia. Między wglądem a inkluzją*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 324–349.
- Chmielewska Alicja, Kołodziejczyk Jakub, 2013, *Zastosowanie socjometrii jako narzędzia badania ról zespołowych*, „Współczesne Zarządzanie”, nr 2, s. 121–130.
- Cierpiątkowska Lidia, Soroko Emilia, 2015, *Oblicza doświadczenia zawodowego w diagnozie klinicznej. Komentarz do Trzebińska i Filipiak*, „Roczniki Psychologiczne / Annals of Psychology”, t. 18, nr 1, s. 97–102.
- Cyulko Paweł, 2012, *Dziecko niepełnosprawne – czas wolny – muzykoterapia*, [w:] M. Cyłkowska-Nowak, J. Imielska, E. Kasperek-Golimowska (red.), *Podmiot. Sztuka – terapia – edukacja. Między teorią a praktyką*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, s. 32–45.
- Cyulko Paweł, 2017, *Ekspresja muzyczna pacjenta*, [w:] M. Cyłkowska-Nowak, W. Strzelecki (red.), *Muzykoterapia. Między wglądem a inkluzją*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 21–52.
- Czabała Jan Czesław, Sęk Helena, 2000, *Pomoc psychologiczna*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia – podręcznik akademicki*, t. 3, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 605–621.
- Dudek Mieczysław, 2009, *Teoretyczne podstawy terapii rodzin: wybrane problemy*, „Studia nad Rodziną”, t. 13, nr 1–2 (24–25), s. 157–182.
- Galińska Elżbieta, 1977, *Psychoterapeutyczne założenia muzykoterapii i ich realizacja*, „Psychoterapia”, nr 22, s. 21–32.

- Galińska Elżbieta, 1978, *Podstawy teoretyczne muzykoterapii* „Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu”, nr 17, s. 81–98.
- Galińska Elżbieta, 1990, *Muzykoterapia w schizofrenii*, „Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu”, nr 57, s. 45–61.
- Galińska Elżbieta, 2000, *Muzyka w terapii. Psychologiczne i fizjologiczne mechanizmy działania*, [w:] M. Manturzevska (red.), *Człowiek – muzyka – psychologia*, Warszawa: Akademia Muzyczna im. Fryderyka Chopina, s. 473–485.
- Gładyszewska-Cylulko Joanna, 2014, *Miejsce diagnozy muzykoterapeutycznej w diagnostyce psychopedagogicznej osób z niepełnosprawnością wzrokową*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia – stałość i zmiana*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 71–94.
- Grzesiuk Lidia, 2002, *Psychoterapia*, Warszawa: PWN.
- Heszen Irena, 2005, *Zmienność wymiarów zdrowia na przestrzeni życia człowieka*, [w:] D. Kubacka-Jasiecka, M. Ostrowski (red.), *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 21–36.
- Kasperek Ewa, 1999, *Zachowania prozdrowotne nauczycieli*, Poznań: Oficyna Wydawnicza G&P.
- Marszał Monika, 2011, *Rola arteterapii w pracy z pacjentami uzależnionymi od seksu i substancji psychoaktywnych*, [w:] M. Cylkowska-Nowak, J. Imielska, E. Kasperek-Golimowska (red.), *Podmiot. Sztuka – terapia – edukacja. Między teorią a praktyką*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, s. 273–285.
- Radochoński Mieczysław, 1984, *Psychoterapia rodzinna w ujęciu systemowym*, Rzeszów: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- Seligman Martin E.P., Csikszentmihalyi Mihaly, 2000, *Positive Psychology – An Introduction*, „American Psychologist”, vol. 55, no. 1, s. 5–14.
- Seligman Martin E.P., Steen Tracy A., Park Nansook, Peterson Christopher, 2005, *Positive Psychology Progress – Empirical Validation of Interventions*, „American Psychologist”, vol. 60, no. 5, s. 410–421.
- Sęk Helena, 2001, *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Warszawa: Scholar.
- Stachyra Krzysztof, 2009, *Muzykoterapia i wizualizacja w rozwijaniu kompetencji emocjonalnych pedagogów*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Stadnicka Janina, 1998, *Terapia dzieci muzyką, ruchem, mową*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Stanisławska-Kubiak Maia, 2009, *Terapia systemowa jako forma wsparcia w rodzinie z cukrzycą typu 1*, [w:] E. Mojs (red.), *Pomoc psychologiczna w chorobach somatycznych*, Poznań: Jeżeli P to Q, s. 67–86.

- Strzelecki Wojciech, 2010, *Terapeutyczne zastosowanie muzyki*, [w:] M. Cybulski, W. Strzelecki (red.), *Psychologia w naukach medycznych*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, s. 105–124.
- Strzelecki Wojciech, 2012, *Muzykoterapia a psychoanaliza*, [w:] M. Cylkowska-Nowak, J. Imielska, E. Kasperek-Golimowska (red.), *Podmiot. Sztuka – terapia – edukacja. Między teorią a praktyką*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, s. 11–31.
- Strzelecki Wojciech, 2013, *Muzykoterapia systemowa jako forma wspierania rodziny*, „Pielęgniarstwo Polskie”, nr 2 (48), s. 121–127.
- Strzelecki Wojciech, 2014, *Muzykoterapia w pracy z dzieckiem autystycznym. Zasady, metody, stan badań – w stronę muzykoterapii systemowej*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia – stałość i zmiana*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 205–234.
- Strzelecki Wojciech, 2017a, *Dzieło muzyczne jako niewerbalny komunikat*, [w:] M. Cylkowska-Nowak, W. Strzelecki (red.), *Muzykoterapia. Między wglądem a inkluzją*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 78–100.
- Strzelecki Wojciech, 2017b, *Muzykoterapia systemowa*, [w:] M. Cylkowska-Nowak, W. Strzelecki (red.), *Muzykoterapia. Między wglądem a inkluzją*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 399–410.
- Strzelecki Wojciech, 2017c, *Podział muzykoterapii*, [w:] M. Cylkowska-Nowak, W. Strzelecki (red.), *Muzykoterapia. Między wglądem a inkluzją*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 53–78.
- Strzelecki Wojciech, 2017d, *Specyfika oddziaływania muzykoterapeutycznego*, [w:] M. Cylkowska-Nowak, W. Strzelecki (red.), *Muzykoterapia. Między wglądem a inkluzją*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 101–120.
- Strzelecki Wojciech, Cybulski Marcin, 2009, *Opieka muzykoterapeutyczna*, [w:] J. Skrzypczak, D. Żołądź-Strzelczyk, M. Cylkowska-Nowak (red.), *Wybrane obszary opieki. Konteksty historyczne i współczesne*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, s. 199–210.
- Strzelecki Wojciech, Cylkowska-Nowak Mirosława, Klatkiewicz Anna, Gajewska Ewa, 2016, *Metodologia badań oceniających wpływ terapii*, [w:] I. Majer, B. Krzywda, K. Judek, M. Szymanowicz (red.), *Zrozumieć, by wspierać. Model wieloprofilowej terapii w oddziale opiekuńczo-leczniczym psychiatrycznym*, Poznań: Zakład Opiekuńczo-Leczniczy i Rehabilitacji Medycznej, s. 25–32.
- Trzebińska Ewa, Filipiak Maja, 2015, *Rola doświadczenia klinicznego w diagnozie zdrowia psychicznego*, „Roczniki Psychologiczne / Annals of Psychology”, t. 18, nr 1, s. 61–78.
- Walentyłowicz-Moryl Katarzyna, 2016, *Społeczny wymiar zdrowia*, „Relacje. Studia z Nauk Społecznych”, nr 1, s. 71–81.

Streszczenie

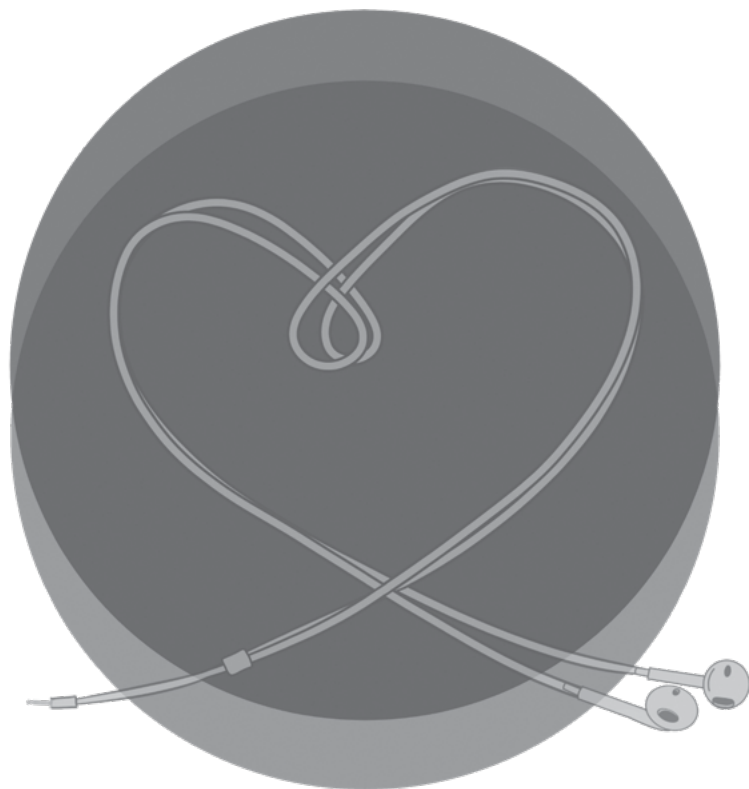
W artykule podjęto temat roli, jaką odgrywa proces diagnostyczny w pracy muzykoterapeutycznej w ujęciu systemowym. Głównym celem jest wskazanie specyfiki pracy systemowej z naciskiem na poprawę funkcjonowania komunikacyjnego grupy przy zastosowaniu niewerbalnych metod i technik muzykoterapii aktywnej. Istotne jest w tym miejscu zwrócenie uwagi na tzw. zdrowie społeczne jednostki, koncentrujące się na dobrostanie człowieka w kontekście relacyjnym. Działania diagnostyczne i terapeutyczne realizowane są głównie przez ekspresję pacjentów/klientów i dają możliwość uczestnikom procesu terapeutycznego pozbycia się wypracowanych nierzadko przez lata schematów komunikacyjnych, które mogą znacząco zaburzać lub wręcz uniemożliwiać rozwiązanie sytuacji trudnych i/lub konfliktowych.

Słowa kluczowe: diagnoza grupowa, muzykoterapia systemowa, zdrowie społeczne

WOJCIECH STRZELECKI – doktor nauk o zdrowiu, psycholog, muzykoterapeuta, czynny muzyk, adiunkt w Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi oraz wykładowca w Katedrze i Zakładzie Psychologii Klinicznej na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, kontrabasista i basista w zespole Kwartet ProForma. Prowadzi wykłady, ćwiczenia i seminaria z zakresu psychologii i muzykoterapii. Autor ponad 160 publikacji, redaktor cyklu wydawniczego „Psychologia w naukach medycznych” oraz współredaktor monografii *Muzykoterapia. Między wglądem a inkluzją* oraz *Humanizm medycynie*. Kompozytor lub współkompozytor 21 utworów zarejestrowanych w ZAiKS-ie. Jego zainteresowania naukowe koncentrują się wokół muzykoterapii, spektrum autyzmu, psychologii i terapii dziecka oraz myśli i dzieła Alberta Schweitzera. Członek Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich, Związku Artystów Wykonawców STOART, Związku Autorów i Kompozytorów Scenicznych ZAiKS, Polskiego Towarzystwa Nauk o Zdrowiu, przewodniczący Komisji Rewizyjnej Fundacji Nordoff–Robbins Polska oraz wiceprezes i członek założyciel Polskiego Towarzystwa im. Alberta Schweitzera w Poznaniu. Praktyk – pracuje w trybie indywidualnym, głównie z dziećmi z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Prowadzi również warsztaty dla osób dorosłych w nurcie podejścia systemowego z wykorzystaniem technik muzykoterapeutycznych.

CZĘŚĆ 2

Praktyka muzykoterapii z udziałem dzieci



DZIAŁANIA DIAGNOSTYCZNE W MUZYKOTERAPII DZIECI

Daniela Colonna-Kasjan » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

Zajęcia muzykoterapii mogą być wykorzystywane w pracy z dziećmi w dwojaki sposób: jako forma terapii w wypadku istniejących chorób, dysfunkcji czy problemów rozwojowych lub jako forma profilaktyki – wspomagania rozwoju i przeciwdziałania skutkom napięcia emocjonalnego. Nie zawsze można precyzyjnie określić, gdzie przebiega granica pomiędzy obiema formami działań, zdarza się bowiem, że ich cele i sposoby realizacji wzajemnie się przenikają i uzupełniają.

W dobie nieustannej transformacji i globalizacji kultury, stosunkowo wysokiego poziomu stresu i rosnących wymagań bardzo wiele dzieci przeżywa specyficzne trudności w funkcjonowaniu. Przyczyny tych trudności są zróżnicowane, mogą wynikać z problemów rozwojowych związanych ze stanem zdrowia fizycznego i psychicznego, zdarza się, że są skutkiem niewłaściwych oddziaływań wychowawczych, w tym szczególnie wpływu środowisk najbliższych dziecku.

Udział w zajęciach muzykoterapii może przyczynić się do poprawy stanu dziecka, wpływając na jego nastawienie do działania, mobilizować do podejmowania aktywności muzycznej i pozamuzycznej. Należy jednak pamiętać, że planowanie i realizowanie procesu terapeutycznego powinno być poprzedzone wnikliwą analizą potrzeb i możliwości dziecka.

Muzykoterapia jest procesem, w trakcie którego zachodzą dynamiczne zmiany, dlatego też istotne jest monitorowanie przebiegu poszczególnych

sesji terapeutycznych i ich oddziaływania. Można przyjąć, że diagnostyka w praktyce muzykoterapeutycznej będzie w dużej mierze zgodna z orientacją prakseologiczną związaną z działaniem ukierunkowanym na sprawne osiągnięcie zakładanych rezultatów [Gnitecki 2006: 159–161]. Muzykoterapeuci powinni w elastyczny sposób podchodzić do realizacji zadań, by w zależności od oceny efektywności zajęć mieć możliwość wprowadzania modyfikacji stosownie do wyznaczonych celów.

Obszary diagnozy w muzykoterapii dzieci

Przed przystąpieniem do przygotowania planu zajęć indywidualnych czy grupowych warto dokonać analizy dostępnych dokumentów i przeprowadzić rozmowy z opiekunami dzieci. Analiza dokumentacji medycznej, opinii z poradni psychologiczno-pedagogicznych czy notatek wychowawców stanowi pomoc podczas inicjowania kontaktu. Moment nawiązania relacji pomiędzy pacjentem a terapeutą wpływa w znaczący sposób na kształtowanie i jakość relacji, na co zwraca uwagę m.in. Antoni Kępiński [1989: 56].

Wiele zależy od podejścia terapeuty, któremu łatwiej jest podejmować pracę z dzieckiem, kiedy orientuje się, z jakiego powodu wskazane jest dla niego uczestniczenie w zajęciach muzykoterapii, jak przejawiają się jego problemy, z czym ma największe trudności, jakie są jego preferencje. Terapeuta powinien jednak z pewną dozą ostrożności podchodzić do opinii innych osób o pacjentach czy wychowankach, gdyż zdarza się, że są one stronnicze. Niejednokrotnie rodzice dzieci z zaburzeniami mają trudności w formułowaniu oceny ich zachowania, poziomu funkcjonowania społecznego, możliwości czy predyspozycji. Stosunkowo często można zetknąć się z krańcowymi postawami rodziców, dla których wychowanie dziecka z niepełnosprawnością wiąże się niejednokrotnie z traumatycznymi doświadczeniami. Rodzice i opiekunowie potrzebują zrozumienia, wsparcia i empatii, ale przede wszystkim rzeczowego, profesjonalnego podejścia do ich dzieci. W terapeutach czasami pokładane

są nie zawsze racjonalnie uzasadnione nadzieje na całkowite wyeliminowanie niepożądanych objawów i uzyskanie stanu pełnego zdrowia psychicznego i fizycznego. Rodzice powierzają swe dzieci specjalistom i oczekują widocznych efektów terapeutycznych, dlatego tak istotne jest zebranie danych prognostycznych. Kierując się podejściem pragmatycznym, należy zdawać sobie sprawę, że wszelkie prognozy będą weryfikowane empirycznie w toku pracy, a na rezultaty długofalowych działań terapeutycznych trzeba będzie czekać. Pierwszy krok stanowi nawiązanie relacji terapeutycznej, co wymaga od muzykoterapeuty nie tylko otwartości i akceptowania dziecka, lecz także umiejętności obserwowania i wnioskowania, dlatego też przystępując do pracy, warto przygotować narzędzia, które umożliwią diagnozę stanu pacjenta.

Diagnoza w muzykoterapii dzieci opiera się najczęściej na elementach zaczerpniętych z zakresu pedagogiki czy psychologii, stanowi ona rodzaj diagnozy wielozadaniowej, gdyż za pomocą wybranych form aktywności muzycznej można dokonać oceny poziomu umiejętności dziecka w poszczególnych obszarach jego funkcjonowania w toku zajęć muzykoterapeutycznych. We współpracy z innymi specjalistami możliwe jest przeprowadzenie diagnozy interdyscyplinarnej, rozumianej jako proces i stanowiącej

[...] szereg profesjonalnych i wielospecjalistycznych zamierzonych i ustrukturyzowanych czynności, których podstawowym celem powinna być identyfikacja zdolności poznawczych oraz określenie możliwości rozwojowych, a także wskazanie przyczyn zachowań odbiegających od normy i utrudniających jednostce funkcjonowanie w przestrzeni edukacyjnej i społecznej [Skibska (red.) 2017: 7].

W naukach społecznych diagnoza warunkuje podejmowanie skutecznych działań w sferze wychowawczej, edukacyjnej i terapeutycznej, a także w profilaktyce i resocjalizacji, poradnictwie, doradztwie, w pracy organizatorskiej i animacji społeczno-kulturalnej, co podkreśla Ewa Wysocka. Autorka ta zwraca uwagę na specyfikę diagnozy pedagogicznej, podejmowanej nie tylko w formie indywidualnej, lecz także wobec

środowiska społecznego, diagnozy pozytywnej i negatywnej, których treści odnoszą się do zasobów i deficytów, diagnozy poznawczej i decyzyjnej, które służą opisom realiów oraz procesów decyzyjnych co do sposobów działania [Wysocka 2017: 10]. Przyjmuje się, że:

Proces diagnozy to wielowymiarowe poznanie wybranych aspektów rzeczywistości, prowadzone w perspektywie statycznej i dynamicznej. Ocenie diagnostycznej podlegają zatem przejawy, struktura, mechanizmy determinujące ich pojawienie się, poziom ich rozwoju czy nasilenia, konsekwencje rozwojowe i przewidywanie tendencji rozwojowych (prognoza) [Wysocka 2017: 23].

Diagnoza w muzykoterapii nie tylko służy ocenie stanu pacjenta w momencie rozpoczęcia terapii, lecz także umożliwia ocenę zmian, ewaluację prowadzonych poszczególnych form i całego cyklu zajęć oraz ocenę ich efektów terapeutycznych. Działania diagnostyczne, profilaktyczne, wychowawcze i terapeutyczne są współzależne, co podkreślała Natalia Han-Ilgiewicz, jedna z prekursorów diagnozy ratowniczej i leczniczej, wykorzystywanych m.in. w terapii wychowawczej [za Wysocka 2017: 20].

Przygotowanie i realizacja zajęć muzykoterapii powinny opierać się na znajomości potrzeb i możliwości dzieci, tak by w pełni wykorzystać ich wewnętrzny potencjał w procesie ukierunkowanym na uzyskanie zamierzonych efektów terapeutycznych, ustalanych dla grupy lub indywidualnie.

Działania diagnostyczne w pracy indywidualnej i grupowej

W muzykoterapii indywidualnej terapeuta ma możliwość zwrócenia uwagi na jednego pacjenta, dla którego konstruuje się sesje terapeutyczne, i skoncentrowania się na jego problemach. Wiele dzieci wymaga takiego właśnie indywidualnego podejścia i zaangażowania ze strony

osoby dorosłej. Dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi, z deficytami uwagi i zaburzeniami ze spektrum autyzmu, dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, które dość często mają kłopoty z nawiązywaniem i utrzymywaniem relacji z rówieśnikami, łatwiej adaptują się do środowiska, jeżeli mają szansę przygotować się do tego w trakcie zajęć indywidualnych.

Prowadzenie zajęć indywidualnych wymaga od muzykoterapeuty empatii, kreatywności i konsekwencji. Każde dziecko trzeba starać się zrozumieć i zaakceptować, co nie znaczy, że należy akceptować wszystkie jego zachowania. Efektywny kontakt terapeutyczny z dzieckiem budowany jest w trakcie wspólnej aktywności muzycznej, którą muzykoterapeuta kreuje i którą kieruje, dlatego też zajęcia indywidualne wymagają pełnego zaangażowania od prowadzącego, by uniknąć elementów znużenia czy zniecierpliwienia u dziecka. Konsekwencja w działaniach pomaga osiągnąć zakładane cele, a dzieciom ułatwia rozumienie i przestrzeganie reguł postępowania.

Bliższe poznanie dziecka sprzyja określeniu jego potrzeb. W sytuacjach, w których nie jest możliwe nawiązanie kontaktu werbalnego, zadanie to może nastęrczać trudności, ale warto wówczas poszukiwać alternatywnych form komunikacji i je wykorzystywać. W zajęciach muzykoterapeutycznych główną rolę odgrywa muzyka, która stanowi także swoiste medium komunikacji, nie zawsze jednak porozumienie w muzyce odzwierciedla wszystkie niuanse przekazu słownego. Niejednokrotnie należy wyjaśnić czy potwierdzić sposób rozumienia i wyrażania treści, których przekazywanie istotne jest w przebiegu terapii.

Obserwacja i analiza dokumentacji jako formy działań diagnostycznych w przebiegu muzykoterapii

W pracy z dziećmi wykorzystywać można scheduły obserwacyjne, zabawy i zadania diagnostyczne, a także opracowywane na potrzeby zajęć testy.

Obserwacja stanowi istotny element w toku zajęć terapeutycznych, gdyż umożliwia ocenę bieżącego stanu pacjenta. Dzięki spostrzeganiu ukierunkowanemu na cel można nie tylko stwierdzać fakty, lecz także weryfikować poziom wiarygodności twierdzeń o faktach. Wykorzystanie obserwacji, jak podkreśla Józef Pieter, nie pociąga za sobą zmian w badanym środowisku, co jest istotne dla trafności spostrzeżeń [Pieter 1967: 106].

W celach diagnostycznych warto korzystać z techniki obserwacji skategoryzowanej, by móc określić poziom danych i zachodzące zmiany. Kategorie stosowane w schedułach obserwacyjnych powinny być jasno określone, a zmiany w obszarach objętych obserwacją muszą nadawać się do oceny, jak określa Mieczysław Łobocki: „kategorie [...] muszą być obserwowalne w szerokim tego słowa znaczeniu” [Łobocki 2009: 61].

Obserwacją objąć można różne elementy zachowań dzieci w trakcie zajęć muzykoterapii, w tym:

- > sposoby reagowania na inicjację kontaktu – nawiązanie lub unikanie kontaktu wzrokowego, przejawianie reakcji na działania podejmowane przez terapeutę;
- > częstotliwość i czas trwania wypowiedzi werbalnych oraz działań pozawerbalnych podejmowanych przez dziecko;
- > zachowania wobec terapeuty;
- > przestrzeganie reguł postępowania;
- > częstotliwość i czas trwania podejmowanej przez dziecko spontanicznie aktywności muzycznej;
- > sposób, dokładność, czas realizowania zadań wprowadzanych przez muzykoterapeutę;
- > reakcje dziecka na dźwięki instrumentów, sposoby wykorzystania instrumentów;
- > reakcje na prezentowaną i tworzoną muzykę.

Obszary obserwacji są zależne od jej celów i determinowane aktualnymi potrzebami oraz rodzajem wykorzystywanych technik terapeutycznych. Posługując się obserwacją, można wnioskować o przebiegu i jakości procesów poznawczych, takich jak pamięć, uwaga, wyobraźnia, myślenie czy mowa, a w pewnym stopniu także o wybranych cechach

osób obserwowanych, takich jak „nawyki i przyzwyczajenia, zainteresowania i upodobania, potrzeby i motywy, a zwłaszcza postawy i społecznienie” [Łobocki 2009: 58].

Dane najkorzystniej jest ujmować w protokołach i arkuszach obserwacyjnych, przy czym warto maksymalnie uprościć zapis, by notowanie danych i rejestrowanie zmian nie wiązało się z czasochłonnymi procedurami.

Cenną pomocą bywają nagrania audio i wideo, które mogą służyć jako dokumentacja zajęć, a także stanowić podstawę do analizy przeprowadzanej razem z dzieckiem lub wspólnie z jego opiekunami.

Analiza nagranych sesji muzykoterapeutycznych i wykorzystywanie takich zapisów w procesie superwizji stanowi standard w muzykoterapii kreatywnej, której prekursorami byli Paul Nordoff i Clive Robbins. Badania naukowe oparte na zarejestrowanych materiałach stanowią przekonujący dowód skuteczności podejmowanych działań terapeutycznych [Nordoff, Robbins 2008: 60–61; Procter, Bryndal 2012: 24–25].

Podczas prowadzenia zajęć muzykoterapii z dziećmi z zaburzeniami rozwojowymi niejednokrotnie dokonywałam nagrań realizowanych zadań muzycznych. Każde dziecko wiedziało, że fragmenty zajęć są rejestrowane, ale ono samo na nagraniu nie będzie możliwe do rozpoznania. Wprawdzie zawsze, dokonując rejestracji filmowej, dysponuję oświadczeniami rodziców i wyrażoną na piśmie zgodą na nagrania, ale niezwykle istotne w tym rodzaju pracy jest poszanowanie godności i respektowanie zdania dziecka, które dorastając, może mieć inne nastawienie wobec nagrań z zajęć terapeutycznych niż rodzice czy opiekunowie i z perspektywy czasu nie wyrażać na nie zgody [Homplewicz 1996: 21].

Analiza nagrań i porównywanie sposobu wykonania zadań diagnostycznych czy realizacji improwizacji na instrumentach stanowi wartościową pomoc w ocenie poziomu funkcjonowania dziecka, może też dostarczyć istotnych informacji samemu dziecku.

W mojej praktyce muzykoterapeutycznej prowadziłam zajęcia z ośmioletnim chłopcem z zespołem Aspergera. Dziecko początkowo przejawiało rozproszenie objawiające się zmienianiem miejsca, niekontrolowanymi wypowiedziami niezwiązanymi z tematem

zajęć i wodzeniem wzrokiem za poruszającymi się obiektami za oknem. W trakcie terapii wykorzystałam instrument klawiszowy i zaprosiłam małego pacjenta do współimprowizacji. Chłopiec zainteresował się instrumentem, jego możliwościami brzmieniowymi i zaczął koncentrować uwagę na zadaniach. Zapoznanie się z nagraniami i wysłuchanie zarejestrowanych improwizacji skłoniło go do przemyśleń i stwierdzenia, że lubi muzykę, podoba mu się granie, wymyślanie muzycznych opowieści i ma ochotę na więcej. W dalszej pracy można było odwoływać się do tej chwili i wykorzystać zaangażowanie dziecka, by motywować je do dalszej pracy nad sobą. Miało szansę zmierzyć się z własną twórczością i dokonać subiektywnej oceny swoich poczynań, co wpłynęło korzystnie na przebieg muzykoterapii. Wzmocnienie uzyskane dzięki konfrontacji z efektami własnej pracy zaowocowało też w innych obszarach aktywności chłopca na zasadzie transferu. Uwierzył, że to, co robi, może mieć znaczenie pozytywne i w taki sposób być odbierane przez innych. Z pomocą muzykoterapeuty doszedł do wniosku, że jeżeli potrafi się skupić na zadaniu muzycznym i zapamiętać strukturę fragmentu muzycznego, to znaczy, że zapamiętywanie innych treści też leży w granicach jego możliwości.

Zadania diagnostyczne i techniki projekcyjne w ocenie poziomu funkcjonowania dzieci

Ocenę poziomu funkcjonowania w wybranych obszarach, poziomu umiejętności czy aktywności dziecka ułatwić mogą opracowane zadania diagnostyczne. Diagnoza poziomu wyjściowego umożliwia zaplanowanie zajęć w sposób, który ułatwi niwelowanie braków, uzyskanie lub doskonalenie sprawności w tych sferach, w których dziecko ma największe problemy. Stosunkowo często zdarza się, że deficyty dziecka dotyczą zaburzeń sprzężonych, więc w muzykoterapii należy pracować jednocześnie nad podnoszeniem poziomu umiejętności społecznych dziecka i jego sprawności manualnej.

Zadania diagnostyczne powinny być skonstruowane stosownie do poziomu rozwoju dziecka i do jego indywidualnych możliwości. Odtwarzanie schematów rytmicznych, rozpoznawanie brzmień, przyporządkowywanie nazw instrumentów, zapamiętywanie i odtwarzanie fragmentów tekstów piosenek czy zapamiętywanie fragmentów linii melodycznych stanowią mogą podstawę ćwiczeń, których wykonanie przynosi informacje na temat poziomu sprawności poznawczych dziecka. Ocena sposobu i jakości wykonania zadań związanych z tworzeniem, odtwarzaniem i percypowaniem wybranych elementów dzieła muzycznego dostarcza danych pozwalających wnioskować o aktywności muzycznej, spostrzegawczości i umiejętności aktywnego słuchania oraz kreatywności dziecka. Warunkiem miarodajnej oceny i, co się z tym wiąże, efektywnej diagnozy jest odpowiednie zdefiniowanie wskaźników, tak by nie podejmować próby diagnozowania obszarów niejasno określonych czy budzących wątpliwości. W toku badań można posługiwać się danymi skalowanymi, co ułatwia dokonywanie porównań i analiz.

W diagnozie muzykoterapeutycznej wykorzystuje się także elementy technik projekcyjnych. Umożliwiają one uzyskanie materiału badawczego, który zawiera informacje dotyczące subiektywnych reakcji, odczuć, proponowanych strategii postępowania na poziomie deklaracyjnym. Jak podaje Helena Sęk, projekcja stanowi „cechę procesów percepcji polegającą na subiektywizacji w odbiorze i przetwarzaniu sygnałów” [Sęk (red.) 1984: 9].

Wykorzystanie projekcji stanowi specyficzną sytuację, której znaczenie i organizacja determinowane są w głównej mierze cechami osobowości i zasobem doświadczeń uczestników. W technikach projekcyjnych wyróżnia się:

- > techniki werbalne, które „polegają na kojarzeniu słów, kończeniu zdań lub odpowiedziach na specjalnie zadane pytania. Badany wyraża w ten sposób swoje uczucia lub reakcje” [Pilch 1998: 92];
- > techniki obrazkowe, które „polegają na opisywaniu treści podsuniętych obrazków, konsekwencji przedstawionych scen lub przyczyn, które do przedstawionej sytuacji doprowadziły” [Pilch 1998: 92].

W diagnozie muzykoterapeutycznej istotną funkcję pełnią także techniki projekcyjne związane z muzyką, w których to ona stanowi medium komunikacji i bodziec wyzwalający reakcje odbiorcy.

W muzykoterapii posiłkować się można:

- > techniką wolnych skojarzeń, która polega na generowaniu skojarzeń pod wpływem muzyki słuchanej w sposób niekierowany;
- > techniką kierowanej wyobraźni, w trakcie której powstają wyobrażenia opierające się na temacie wybranym przez muzykoterapeutę i inspirowane odpowiednio dobraną muzyką;
- > techniką zdań niedokończonych, która polega na kończeniu zdań formułowanych przez muzykoterapeutę, np. „pod wpływem muzyki czuję się jak [...]” [Dobrzyńska, Cesarz, Rymaszewska, Kiejna 2006: 87].

W muzykoterapii receptywnej prowadzonej z zastosowaniem technik projekcyjnych proces diagnostyczno-eksploracyjny jest w dużej mierze zintegrowany z procesem ściśle terapeutycznym. Werbalizacja skojarzeń, uświadomienie sobie istniejących mechanizmów, podjęcie refleksji i nazwanie problemu są istotnymi elementami terapii.

W muzykoterapii możliwe jest mobilizowanie pacjenta do podjęcia aktywności w sposób stosunkowo nieinwazyjny, przez wykorzystanie muzyki i jej właściwości.

Doświadczenia zdobywane podczas zajęć muzykoterapeutycznych mogą służyć pomocą w konstruowaniu strategii dalszego postępowania i budowania obrazu samego siebie.

Z takim rodzajem doświadczenia w trakcie prowadzonych przeze mnie zajęć zetknęła się dwunastoletnia pacjentka hospitalizowana na oddziale onkologicznym z powodu agresywnej postaci nowotworu. Dziewczynka zdawała sobie sprawę z sytuacji, była w trakcie chemioterapii i steroidoterapii, co rzutowało na jej stan zdrowia, samopoczucie i wygląd. Uczestniczyła w zajęciach muzykoterapii, której elementem była identyfikacja z postacią zwierzęcą na podstawie skojarzeń związanych z materiałem muzycznym. Dziewczynka wypowiadała się adekwatnie, była skupiona na słuchaniu poszczególnych fragmentów muzycznych, nieco wycofana. Zapytana o postać zwierzęcą, z którą się identyfikuje, odpowiedziała, że

czuje się jak larwa lub kokon, co odzwierciedlało jej stan fizyczny – brak włosów, obrzęki, złe samopoczucie itp., a poproszona o wyobrażenie sobie siebie w przyszłości po chwili refleksji stwierdziła, że właściwie larwa jest pewną formą życia w oczekiwaniu na przeobrażenie się w motyla. Pacjentka, słuchając kolejnego fragmentu muzycznego, potrafiła wyobrazić sobie siebie jako tańczącego w powietrzu kolorowego motyla.

Pacjenci zmagający się z chorobami nowotworowymi muszą mierzyć się nie tylko z chorobą, lecz także z leczeniem, które bardzo obciąża organizm przez swoją toksyczność i doprowadza do wielu skutków ubocznych. Pomimo postępu w leczeniu onkologicznym, tj. wprowadzania terapii celowanej, doskonalenia metod chirurgicznych, optymalizacji leczenia za pomocą radioterapii, jeden z głównych problemów w onkologii dziecięcej stanowią powikłania wywołane leczeniem ogólnoustrojowym i miejscowym [Adamkiewicz-Drożyńska 2017: 40–41]. Radioterapia może nie tylko powodować uszkodzenia w obrębie miejsc poddanych naświetlaniu, lecz także wpływać na zmiany rozwijających się tkanek, co przejawia się m.in. w dysproporcjach w rozwoju układu kostno-mięśniowego i niewłaściwym funkcjonowaniu gonad; cytostatyki wykazują działanie ototoksyczne, kardiotoksyczne, neurotoksyczne, powodują uszkodzenia układu pokarmowego i mogą przyczyniać się do powstawania nowotworów wtórnych [Stachowicz-Stencel, Stefanowicz, Bień, Balcerska 2009: 487–491].

Leczenie onkologiczne jest leczeniem trudnym, dlatego też czas ten można traktować właśnie jako okres przekształcania się i dojrzewania, jak w skojarzeniach cytowanej pacjentki. Zmiana nastroju dziewczynki widoczna była także w rodzaju improwizacji na instrumencie, kiedy starała się zagrać tańczącego motyla, co zostało przyjęte aplauzem przez innych uczestników zajęć. Dzieci uczestniczące w zajęciach muzykoterapii w toku leczenia onkologicznego mają możliwość mentalnego przygotowania się do okresu rekonwalescencji po zakończeniu leczenia, kiedy doświadczać mogą gorszego nastroju, smutku i przygnębienia, napadów płaczu oraz poczucia zniechęcenia [Gołębiowska, Samardakiewicz, Majkovicz 2012: 46]. W tym specyficznym okresie ważną funkcję pełni diagnozowanie zmian nastroju i samopoczucia, tak by nie doprowadzić

do obniżenia ich parametrów, lecz wykorzystać w pełni siłę organizmu do regeneracji.

W diagnozie muzykoterapeutycznej zastosować można działania związane z aktywnością muzyczną w postaci gry na instrumentach w różnych formach. Wybór instrumentu, rodzaj i jakość gry mogą dostarczać informacji, które pozwalają formułować elementy diagnozy przydatnej w pracy z dziećmi. Gra na instrumentach stanowi jedną z ulubionych form zajęć muzykoterapeutycznych. Indywidualna lub zespołowa gra na instrumentach muzycznych umożliwia prowadzenie jednocześnie działań diagnostyczno-terapeutycznych przez:

- > zapoznanie z możliwościami artykulacyjnymi dostępnych instrumentów muzycznych i sposobami ich wykorzystania;
- > kształtowanie i doskonalenie umiejętności związanych z aktywnym słuchaniem oraz ocenę ich poziomu;
- > wypracowanie i podnoszenie poziomu umiejętności związanych z aktywnymi formami muzykowania;
- > kształtowanie umiejętności wyrażania nastrojów i emocji (w sposób werbalny i pozawerbalny);
- > ekspresję muzyczną;
- > integrację uczestników zajęć muzykoterapeutycznych przez realizację wspólnych celów;
- > kształtowanie umiejętności współpracy i współdziałania w grupie [Colonna-Kasjan 2016: 28–29].

Muzykoterapeuci dysponują wieloma możliwościami weryfikacji skuteczności podejmowanych działań. Diagnoza w muzykoterapii dzieci służy przede wszystkim ocenie ich potrzeb i potencjału, ocenie zmian w funkcjonowaniu w trakcie zajęć terapeutycznych, sprawdzaniu rezultatów osiąganych w trakcie procesu terapeutycznego i doskonaleniu technik wykorzystywanych podczas zajęć.

Nadrzędnym celem w muzykoterapii jest wykorzystanie muzyki i aktywności muzycznej dla dobra drugiego człowieka, warto się zatem starać, by wszelkie podejmowane wysiłki służyły do osiągnięcia tego celu, a działania diagnostyczne przyczyniały się do programowania i realizowania optymalnych form zajęć.

Bibliografia

- Adamkiewicz-Drożyńska Elżbieta, 2017, *Postępy w onkologii dziecięcej – wczoraj, dziś, jutro*, „Gazeta AMG”, nr 6, s. 38–41.
- Colonna-Kasjan Daniela, 2016, *Wprowadzanie elementów muzykoterapii w toku edukacji wczesnoszkolnej*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Wrocławskie modele muzykoterapii*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 15–40.
- Dobrzyńska Ewelina, Cesarz Helena, Rymaszewska Joanna, Kiejna Andrzej, 2006, *Muzykoterapia*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej”, t. 6, nr 2, s. 84–88.
- Gnitecki Janusz, 2006, *Wstęp do ogólnej metodologii badań w naukach pedagogicznych*, t. 1: *Status metodologiczny nauk pedagogicznych*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Gołębiowska Agnieszka, Samardakiewicz Marzena, Majkiewicz Mikołaj, 2012, *Analiza wyznaczników powrotu do normalnego życia dzieci i młodzieży po leczeniu choroby nowotworowej*, „Psychoonkologia”, nr 2, s. 43–48.
- Homplewicz Janusz, 1996, *Etyka pedagogiczna*, Warszawa: Wydawnictwo Salezjańskie.
- Kępiński Antoni, 1989, *Poznanie chorego*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Łobocki Mieczysław, 2009, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Nordoff Paul, Robbins Clive, 2008, *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi. Historia, metoda i praktyka*, tłum. A. Bryndal, E. Masiak, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Pieter Józef, 1967, *Ogólna metodologia pracy naukowej*, Wrocław–Warszawa–Kraków: Wydawnictwo PAN.
- Pilch Tadeusz, 1998, *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Procter Simon, Bryndal Agnieszka, 2012, *Muzykoterapia Nordoff–Robbins*, [w:] K. Stachyra (red.), *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 15–31.
- Sęk Helena (red.), 1984, *Metody projekcyjne – tradycja i współczesność*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Skibska Joanna (red.), 2017, *Diagnoza interdyscyplinarna. Wybrane problemy*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Stachowicz-Stencel Teresa, Stefanowicz Joanna, Bień Ewa, Balcerska Anna, 2009, *Odległe następstwa leczenia nowotworów złośliwych u dzieci*, „Forum Medycyny Rodzinnej”, nr 3, s. 485–493.

Wysocka Ewa, 2017, *Diagnoza pedagogiczna. Specyfika i obszary diagnozy w ujęciu historycznym*, [w:] J. Skibska (red.), *Diagnoza interdyscyplinarna. Wybrane problemy*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, s. 13–38.

Streszczenie

Treść artykułu dotyczy działań diagnostycznych wykorzystywanych w muzykoterapii dzieci. Wybór technik i narzędzi diagnostycznych zależy od potrzeb i możliwości uczestników zajęć terapeutycznych. Diagnoza w muzykoterapii służy określeniu stanu faktycznego w danym momencie. Programowanie i modyfikowanie procesu muzykoterapii determinowane jest oceną poziomu funkcjonowania dziecka w wybranych obszarach i zachodzącymi w toku terapii zmianami. Ewaluacja ułatwia dobór właściwych metod i technik muzykoterapeutycznych. Monitorowanie przebiegu zajęć służy ocenie ich efektywności w odniesieniu do potrzeb i potencjału poszczególnych dzieci w sferze psychicznej i fizycznej. Formułowanie diagnoz wymaga ostrożności i obiektywizmu, a wszelkie działania muszą być podejmowane zgodnie z zasadami etyki.

Słowa kluczowe: diagnoza, muzykoterapia dzieci, praktyka kliniczna

DANIELA COLONNA-KASJAN – doktor nauk społecznych w zakresie pedagogiki, muzykoterapeuta i pedagog, starszy wykładowca w Zakładzie Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, kierownik Studiów Podyplomowych Muzykoterapii. Koordynator uczelniany Dolnośląskiego Festiwalu Nauki, członek Zarządu Głównego Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich. Autorka publikacji z dziedziny muzykoterapii, edukacji i kultury ludowej. Zainteresowania: rozwój społeczny, wychowanie przez sztukę, muzyka tradycyjna.

PODEJŚCIE BADAWCZE DO TWÓRCZOŚCI MUZYCZNEJ DZIECI NA INSTRUMENTACH PERKUSYJNYCH I JEJ ZNACZENIE DLA DIAGNOSTYKI MUZYKOTERAPEUTYCZNEJ

Paweł Cylulko » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

Wprowadzenie

Punktem wyjścia każdego praktycznego działania ukierunkowanego na pomaganie potrzebującemu człowiekowi jest diagnozowanie. Poprzedza i jednocześnie rozpoczyna ono interwencję np. korekcyjną, usprawniającą, wyrównawczą, wspomagającą, jednocześnie warunkując jej prawidłowe planowanie, przebieg oraz osiągnięcie zamierzonych celów [Gładyszewska-Cylulko 2014: 87; Paluchowski 2007: 9–12]. Podobnie jak w innych dyscyplinach przekształcających otaczającą człowieka rzeczywistość – także w muzykoterapii diagnozowanie jest konieczne. Określa się je mianem diagnozowania muzykoterapeutycznego, przy czym źródłem danych mogą być m.in. procesy kreowania muzyki na prostych instrumentach muzycznych oraz ich efekty w postaci wytworów muzycznych dziecka niepełnosprawnego (pacjenta, klienta, ucznia, wychowanka, podopiecznego, kuracjusza itp.). Celem tak pojmowanego badania jest uzyskiwanie danych umożliwiających ocenę funkcjonowania pacjenta, prognozowanie jego zachowania, określenie wskazań i przeciwwskazań do stosowania interwencji muzykoterapeutycznej, jej

celów (bieżących, długoterminowych), rodzaju (indywidualnej, grupowej, o nastawieniu receptywnym lub aktywnym), wykorzystywanych środków oddziaływania i programów (indywidualnych i grupowych), monitorowanie efektów, a także wskazywanie skutków niepodejmowania tego typu działań.

Muzykoterapeuta, posługując się sztuką muzyczną i jej terapeutycznym potencjałem w ramach dostępnych sobie procedur diagnostycznych, stara się wytworzyć szerokie i wieloaspektowe pole do pozyskania informacji, jakie niosą zachowania muzyczne i niemuzyczne pacjenta. Najbardziej właściwym obszarem dla muzykoterapii jest sztuka muzyczna i jej elementy składowe. Jednak ze względu na wtórne skutki niepełnosprawności, a bardzo często także dodatkowe dysfunkcje i deficyty rozwojowe oraz nieprawidłowe warunki oddziaływania środowiska wychowawczego funkcjonowanie dzieci niepełnosprawnych na polu muzyki w pełnym wymiarze artystycznym i estetycznym jest bardzo utrudnione, niejednokrotnie wręcz niemożliwe. Tak więc, aby zbudować przystępny, w pełni bezpieczny, w miarę stabilny, dostosowany do możliwości dzieci i dla nich zrozumiały obszar, muzykoterapeuta sięga w swych czynnościach zawodowych po możliwe dla nich formy kontaktu z tym rodzajem sztuki oraz najodpowiedniejsze dla nich instrumenty muzyczne. Mogą nimi być m.in.: bębny, grzechotki, tamburyna, klawesy, talerze, pudełka akustyczne czy kołatki – nazywane instrumentami perkusyjnymi o nieokreślonej wysokości brzmienia. Z jednej strony są one najprzystępniejsze i najbardziej odpowiednie do twórczej aktywności dzieci, z drugiej zaś umożliwiają komunikację w działaniach muzykoterapeutycznych.

Sztuka muzyczna polem aktywności twórczej dziecka

Muzyka jest od dawien dawna przedmiotem zawiłych i często niekończących się polemik twórców, wykonawców, teoretyków, filozofów oraz estetyków muzyki. Niezależnie od tego, w jaki sposób jest postrzegana

i interpretowana, w życiu człowieka zajmowała i nadal zajmuje bardzo istotne miejsce, stanowiąc jedną z form jego praktycznej i artystycznej działalności [Attali 1985]. Jest ona praktyczną sztuką wykonawczą, która rodzi się w wyniku tworzenia, odtwarzania i interpretowania dźwięków nie tylko za pomocą ludzkiego ciała (głosem i ruchem), lecz także i przede wszystkim przy użyciu instrumentów muzycznych [Alperson 2008: 37–38]. W myśl tak pojmowanej sztuki główną i podstawową formą praktyki artystycznej w jej obszarze jest granie na różnorodnych instrumentach muzycznych, w tym profesjonalnych, zabawkowych, dziecięcych lub własnoręcznie zrobionych.

Funkcjonująca na różne sposoby w otoczeniu dziecka muzyka buduje swoistą i bardzo dobrą płaszczyznę do jego aktywności, ekspresji, zabawy muzycznej oraz komunikacji interpersonalnej. Dzięki dźwiękowej naturze zapewnia wielostronną wymianę symbolicznych znaczeń w określonym kontekście środowiskowym, kulturowym i pod wpływem sytuacji biograficzno-zdrowotnej rozmówców. Proste zachowania twórcze oraz nieskomplikowane wytwory muzyczne, realizowane niemal na elementarnym poziomie możliwości fizycznych, zdolności psychomotorycznych i wysiłkowych dziecka, mogą pełnić w jego życiu oraz w życiu członków jego najbliższej rodziny funkcję bezpośredniego, niewerbalnego, bezpiecznego pośrednika ułatwiającego wymianę informacji, wchodzenie w interakcje społeczne, odgrywanie ról społecznych, uczenie się wzorów komunikacyjnych [Kern, Wolery 2001: 160–162]. Należy podkreślić, że wyrażanie się dziecka za pomocą tego rodzaju sztuki oraz porozumiewanie się w tej formie z innymi osobami może się odbywać na szerszym i głębszym poziomie, w pełniejszy i bardziej adekwatny sposób, aniżeli pozwala na to język komunikacji werbalnej [Sztuka 2003: 105].

Niemal każde dziecko od najwcześniejszych momentów swojego życia wykazuje duże zainteresowanie różnymi zjawiskami akustycznymi i muzycznymi w swoim najbliższym otoczeniu. Znajduje to odzwierciedlenie w jego bogatej, spontanicznej i niemal wrodzonej twórczej ekspresji i muzykalności [Malloch 1999: 48]. Dzięki temu uczy się w sposób naturalny doświadczania fenomenu sztuki muzycznej w najbliższym

otoczeniu rodzinnym [Kamińska 2016: 10–11]. To właśnie ona bardzo silnie pobudza jego emocje, uczucia i nieodparte dążenie do ich wyrażania, przy jednoczesnym zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa [Nordoff, Robbins 2008: 18].

Dzieci podczas zabawy na ogół z dużym zaangażowaniem sięgają po zabawki, przedmioty codziennego użytku, elementy garderoby, umeblowania i wyposażenia mieszkania znajdujące się w ich zasięgu. Posługują się także lekkimi i niewielkich rozmiarów instrumentami-zabawkami zrobionymi z plastyku. W miarę upływu czasu mogą je zastępować nieznacznie większymi i cięższymi instrumentami z zestawu tzw. szkolnych lub dziecięcych instrumentów perkusyjnych. Przedmioty te, jako atrakcyjne obiekty zabawy, nauki i wypoczynku, dzieci pobudzają do wibracji i brzmienia. Uzyskiwane w ten sposób drgania i dźwięki mogą być środkami wyrazu muzycznego służącymi ekspresji emocji, uczuć, potrzeb, myśli i asocjacji. Mogą również stać się źródłem cennych i różnorodnych informacji diagnostycznych o nich samych, ich najbliższym otoczeniu fizycznym, środowisku rodzinnym, szkolnym, internatowym itp. Na przykład w grze na instrumentach perkusyjnych usłyszeć można stosunek dziecka do własnej niepełnosprawności, choroby czy wykluczenia. Diagnostyczne zastosowanie sztuki muzycznej i prostych instrumentów pozwala na pominięcie sfery werbalnej niepełnosprawnego dziecka, np. zaburzonej, obciążonej negatywnymi doświadczeniami, pozbawionej zabarwienia uczuciowego i charakteryzującej się cechami stereotypii. Warto jednak przy tym pamiętać, że nie każda ekspresja muzyczna dziecka, pojmowana zarówno jako wytwór, jak i jako proces, pełni funkcje komunikacyjne, a nie każdy komunikat muzyczny jest jego ekspresją.

Instrumenty muzyczne w ręku dziecka

Instrumenty perkusyjne są przedmiotami materialnymi świadomie wytworzonymi przez człowieka w celu wydobywania i kształtowania dźwięków, a tym samym tworzenia i wykonywania sztuki muzycznej.

Wzbudzone do wibracji przez manipulowanie, uderzanie, potrząsanie, pocieranie palcami, dłonią, inną częścią instrumentu lub pałeczką wydają dźwięki o różnej jakości i intensywności brzmienia. Ich wielozmysłowy potencjał [Orff 1995: 7–8] przejawia się tym, że swoim dźwiękiem (np. cichym, głośnym, nagłym, krótkim, długim, ciągłym, przerywanym), wibracją (np. zagęszczoną, rozrzedzoną, ciągłą, przerywaną, pulsującą), kształtem (np. owalnym, obłym, walcowatym, podłużnym, płaskim), budową (np. membranami, sztabkami, bloczkami, obręczami, pałeczkami), rodzajem użytych materiałów (np. drewnem, plastykiem, mosiądzem, stalą, filcem, folią, skórą), temperaturą (np. zimną, ciepłą, letnią), fakturą powierzchni (np. gładką, szorstką, śliską), zapachem (np. plastyku, farby, skóry, drewna, metalu) i sprężystością (np. dużą, małą, średnią) w sposób bardzo sugestywny pobudzają dzieci niepełnosprawne do sięgania po nie, manipulowania nimi oraz swobodnego improwizowania. Towarzyszące temu wszystkiemu ożywienie sfery ruchowej, poznawczej i emocjonalno-społecznej sprzyja swobodnej projekcji potrzeb, oczekiwań, możliwości, myśli i skojarzeń dziecka niepełnosprawnego.

Dzięki swoim specyficznym właściwościom instrumenty perkusyjne stają się najbardziej przystępne, atrakcyjne, komunikatywne, a przede wszystkim bezpieczne dla dzieci z różnego rodzaju specjalnymi potrzebami, możliwościami i oczekiwaniami, a przez to najbardziej odpowiednie do ich ekspresji i twórczości muzycznej. Wydaje się, że rekwizyty te są w stanie zapewnić najwłaściwszy dla ich percepcji i sposobu funkcjonowania kontakt ze sztuką muzyczną. Posługiwanie się nimi nie wymaga od nich zdolności motorycznych na wysokim poziomie, zaawansowanych umiejętności wydobywania i kształtowania dźwięków, znacznej wiedzy muzycznej, bogatego doświadczenia wykonawczego ani dużej wrażliwości na muzykę. Pod względem artystyczno-estetycznym jednak instrumenty te oferują małym wykonawcom skromne, a nawet ograniczone możliwości wyrazowe.

Dziecko niepełnosprawne w miarę swoich możliwości fizycznych, psychomotorycznych, intelektualnych oraz predyspozycji, oczekiwań i upodobań stara się nawiązać kontakt z dostępnymi mu instrumentami.

Czyni to najczęściej niemal od pierwszych chwil stykania się z nimi za pośrednictwem wzroku, dotyku, słuchu, węchu, a nawet smaku. We właściwy jedynie dla siebie sposób stara się sięgać po nie, dotykać ich, manipulować nimi, pobudzać je do brzmienia i wibracji (czyniąc to jednocześnie, naprzemiennie, w sposób stały lub zmienny), kończyć improwizowaną grę i odkładać je na miejsce. W tych czynnościach widoczna staje się w różnym stopniu jego poznawcza, psychomotoryczna, zabawowa i społeczna aktywność, wrażliwość, otwartość na instrumenty oraz muzykę. Już sam kontakt wzrokowy, słuchowy (jeżeli jest możliwy), a przede wszystkim wydobywanie na nich dźwięków powodują u dziecka duże pobudzenie psychomotoryczne, emocjonalne, a czasem także społeczne. Wszystko to wpływa bardzo sugestywnie na wyobrażenie, fantazję, przez co stymuluje ekspresję muzyczną, ruchową, wokalną oraz werbalną dziecka [Flaig, Large 2014: 72; Ridley 1987: 26].

Od samego początku muzykowania dzieci mocno się utożsamiają z instrumentami muzycznymi, a w miarę posługiwania się nimi czynią je jeszcze bardziej zintegrowanymi z własnym ciałem (np. z grającą ręką lub nogą), do tego stopnia, że trudno byłoby określić, gdzie kończy się część ciała, a gdzie zaczyna się instrument muzyczny. W ten sposób stopniowo rodzi się silne, bezpośrednie i osobiste powiązanie pomiędzy dzieckiem niepełnosprawnym a prostym instrumentem muzycznym. To specyficzne zespolenie można określić mianem „związku dopasowania”, w którym przedmiot materialny (instrument perkusyjny) może być uznawany za integralną część lub dyspozycję ciała osoby muzykującej [Alperson 2008: 39]. Zacieranie się granicy pomiędzy nimi przyczynia się do tego, że dziecko łatwiej i chętniej niż werbalnie, a także bez oporów i ograniczeń wyraża się w języku muzyki. Z tego jedyne w swoim rodzaju, niepowtarzalnego powiązania instrumentu perkusyjnego z ciałem wykonawcy wynikać mogą różne nowe możliwości psychoruchowe, wykonawcze, kreatywne, artystyczne i diagnostyczne. Towarzyszą im też pewne bariery i utrudnienia rodzące się po stronie dziecka, a także wynikające z prostej budowy instrumentów muzycznych oraz ich ograniczonej materii. Namacalnym efektem tego powiązania może być, obok postępu dziecka w zakresie umiejętności muzycznych, ruchowych,

poznawczych i emocjonalno-społecznych, również unikatowe, specyficzne, osobiste przesłanie, niejednokrotnie odgrywające rolę niewerbalnego komunikatu.

Instrumenty perkusyjne już na samym początku kontaktu zapewniają dziecku niepełnosprawnemu tzw. pomyślny start, tj. samodzielną, dość łatwą, zakończoną sukcesem, a przede wszystkim bezpieczną ekspresję, realizowaną *a vista*, w każdej sytuacji i w różnych okolicznościach [Wilcox i in. 2011: 120]. Będąc w pełni przystępne dla dzieci niepełnosprawnych, mogą być również wiarygodnymi pomocami zarówno w obszarze terapeutycznego zastosowania sztuki muzycznej, jak i w diagnostyce muzykoterapeutycznej. Tak więc same instrumenty, a przede wszystkim kreowane na nich dźwięki, wibracje i muzyka, oprócz dostarczania dziecku poczucia sprawczego twórczego działania, usprawniania i korygowania jego zaburzonych funkcji oraz niwelowania dysharmonii rozwojowych, są także źródłem cennych, różnorodnych informacji (danych) diagnostycznych, które mogą być uzyskiwane m.in.:

- > w przystępny i bardzo atrakcyjny dla dziecka sposób (przez zabawę, współzawodnictwo, współmuzykowanie, zagadki akustyczne itp.);
- > bez specjalnego zachęcania i nakłaniania (dziecko sięga po nie bez przymusu, w naturalny, niemal intuicyjny sposób);
- > przy użyciu prostych i łatwych form aktywności muzyczno-ruchowych (elementarne muzykowanie palcem, dłonią, nogą, pałeczką itp.);
- > przy niewielkim wysiłku fizycznym i intelektualnym (dzięki przystępnym właściwościom fizycznym instrumentów, prostym formom manipulowania nimi oraz wydobywania i kształtowania dźwięków);
- > w bezpieczny i przyjazny dla dziecka sposób (m.in. dzięki zastosowanym materiałom ekologicznym, obłym kształtom, niewielkiej wadze, dodatkowym uchwytem, paskom i podporom);
- > dzięki możliwości dzielenia się, wymieniania, zastępowania jednych instrumentów innymi lub ich zupełnego odkładania (co wynika z wielorakości i różnorodności poszczególnych instrumentów);

- > w stosunkowo krótkim czasie (dziecko muzykuje już po upływie kilku lub kilkunastu sekund);
- > bez ponoszenia znacznych kosztów finansowych (dzięki niewysokim cenom instrumentów, przystępnym zarówno dla rodziców, jak i specjalistów).

Improwizacje muzyczne dziecka

Aktywność twórcza oraz odtwórcza dziecka niepełnosprawnego przy użyciu środków wyrazu muzycznego określana jest w praktyce muzykoterapii mianem improwizacji muzycznej. Jest ona spontaniczną działalnością za pomocą głosu, ruchu, instrumentów muzycznych, na którą w równej mierze i w tym samym czasie składa się zarówno tworzenie, jak i wykonywanie pojedynczych dźwięków lub ich złożonych konfiguracji [Tomaino 2013: 84; Wood 1993: 65]. Niektórzy autorzy postrzegający sztukę muzyczną jako kanwę budowania kreatywnego, artystycznego, emocjonalnego i komunikatywnego kontaktu terapeutycznego nazywają improwizowaną grę instrumentalną improwizacją kliniczną i przypisują jej, jako procesowi muzyczno-społecznemu, rolę najważniejszej metody muzykoterapii dzieci niepełnosprawnych [Wigram 2004: 19; Janicki 1982: 23; Kanellopoulos 2007: 101].

Improwizacja na prostych instrumentach muzycznych może być atrakcyjnym i przystępnym dla dzieci środkiem oddziaływania edukacyjnego oferowanym przez placówki ogólnodostępne oraz specjalne [Willox i in. 2011: 115–128]. Może także wchodzić do arsenału skutecznych narzędzi rehabilitacyjno-terapeutycznych stosowanych w celu usuwania ograniczeń i zahamowań dzieci oraz usprawniania relacji interpersonalnych, których zaburzenia utrudniają funkcjonowanie [Tomaino 2013: 84–86]. Jest ona również najbardziej lubianą przez dzieci formą aktywności muzycznej, mającą znaczenie aktywizujące, kompensacyjno-usprawniające, interpersonalne oraz wyobrażeniowo-projekcyjne. Wszystkie te przykłady korzystnego zastosowania improwizacji

pacjenta na instrumentach perkusyjnych przemawiają za postrzeganiem jej w czynnościach diagnostycznych muzykoterapeuty wieloaspektowo i wielopoziomowo jako: 1) zbioru powiązanych ze sobą czynności – działań służących kreowaniu muzyki (złożonego procesu twórczego – improwizacji muzycznej); 2) wytworu muzycznego (prostego rezultatu aktywności twórczej – formy i struktury muzycznej); 3) środka oddziaływania terapeutycznego (sposobu interwencji, której podstawą jest twórczość – techniki muzykoterapeutycznej). Każda z tych płaszczyzn i wszystkie one razem determinowane są przez różnego rodzaju czynniki, okoliczności i warunki, które mają swoje źródła m.in. w:

- > specyfice sztuki muzycznej (jej abstrakcyjności, asemantyczności, bezpostaciowości);
- > właściwościach instrumentów perkusyjnych (ich przystępności, atrakcyjności i ograniczoności ich materii);
- > swoistej i niepowtarzalnej sytuacji biograficzno-zdrowotnej dziecka (w indywidualnych jednostkowych losach, w historii niepełnosprawności i choroby);
- > uwarunkowaniach sytuacyjnych i społeczno-kulturowych panujących we współczesnym społeczeństwie (aktualnie pojmowanej roli muzyki w życiu człowieka, przyjmowanych definicjach niepełnosprawności, konceptualizacji miejsca osoby niepełnosprawnej);
- > stosowanych względem dziecka oddziaływaniach edukacyjnych, rehabilitacyjnych i terapeutycznych (postulatach i paradygmatach muzykoterapii oraz dyscyplin jej pokrewnych).

Przejaw aktywności muzycznej dziecka uczestniczącego w zajęciach terapeutycznych stanowi jego ekspresja twórcza. Jest ona przeżywaniem emocjonalnym oraz twórczym wyrażaniem wobec siebie i wobec innych swoich myśli, emocji, odczuć, przeżyć, oczekiwań, pragnień, postaw, czyli tego wszystkiego, czego dziecko nie może wypowiedzieć w sposób werbalny, a tylko za pomocą muzycznych środków wyrazu. Pole oznak ekspresyjnych stanowi nie tylko ciało muzykującego (mimika, gesty, ruchy), lecz także wytwór jego aktywności [Gołaszewska 1977: 129]. W działaniach muzykoterapeutycznych może to być wypowiedź będąca przejawem ekspresji muzycznej, mająca charakter zarówno twórczy, jak

i naśladowczy. Najczęściej twórczość muzyczną dziecka niepełnosprawnego w sytuacjach terapeutycznych traktuje się subiektywnie, gdyż na ogół jedynie dla niego samego ma ona cechy nowatorstwa, pomysłowości czy oryginalności i dotyczy bardziej działania niż efektu w postaci wytworu muzycznego. Najczęściej jest ona dokonywanym na oczekiwaniu powielaniem, odwzorowaniem i interpretowaniem już istniejących utworów muzycznych. Warto przy tym zwrócić uwagę na fakt, że twórczość pacjenta w edukacji, rehabilitacji lub terapii jest odmianą ekspresji, ale nie każda jego ekspresja jest twórczością [Popek 1988: 43].

Wartość diagnostyczna wypowiedzi muzycznej dziecka

Improwizowane wypowiedzi dziecka z wykorzystaniem prostych instrumentów muzycznych najczęściej są rezultatem jego silnych przeżyć emocjonalnych oraz doznawanych uczuć, których źródłem mogą być codzienne sytuacje życiowe, kontakt z innymi osobami, wspomnienia dotyczące przeszłości, a także antycypacje przyszłości itp. Można powiedzieć, że mamy w nich do czynienia ze sprzężeniem zwrotnym, w którym wyobraźnia dziecka jest odpowiedzialna za zdolności do wypowiedzania się za pomocą dźwięków i muzyki, zaistnienie aktu i wytworu twórczego, natomiast już samo wyrażanie się dziecka na instrumentach perkusyjnych w znacznym stopniu stymuluje i rozwija jego wyobraźnię twórczą. Rozbudzona wyobraźnia, spontaniczna kreatywność i bogata fantazja stwarzają mu bardzo dobre okazje do zmiany sposobów myślenia i postrzegania siebie, swoich spraw oraz innych osób [Cesarz 2003: 7–12]. To wszystko może przyczyniać się do różnorodnej, bezpiecznej i nieskrępowanej projekcji dziecka, ujawniającej poprzez materiał muzyczny jego potrzeby, myśli i asocjacje.

Analizując twórczość muzyczną dziecka niepełnosprawnego, warto w pierwszej kolejności zastanowić się nad jego motywacją do wypowiedzania się na prostych instrumentach muzycznych. Może ona wynikać

z naturalnej i nieskrępowanej potrzeby. Może być również spowodowana naciskiem grupy rówieśniczej, rodziców, zaplanowaną lub spontanicznie zaistniałą sytuacją terapeutyczną czy koniecznością postawienia diagnozy muzykoterapeutycznej. Najkorzystniej byłoby, aby dziecko, sięgając po instrumenty perkusyjne, kierowało się własną nieskrępowaną potrzebą implikowaną wewnętrznymi impulsami, takimi jak emocje, uczucia, myśli, skojarzenia powstające pod wpływem np. uprawianej muzyki (głosem, ruchem lub na instrumentach muzycznych) czy kontaktu z drugim człowiekiem i muzyką (współmuzykowania lub dialogowania muzycznego), zachowaniami innych osób (członków najbliższej rodziny, rówieśników, terapeutów) oraz zdarzeniami zachodzącymi w jego środowisku społecznym (odwiedziny znajomych, uroczystościami rodzinnymi, udziałem w akademii szkolnej). Najogólniej można powiedzieć, że twórczą improwizowaną grę instrumentalną małego pacjenta najczęściej poprzedza doświadczenie typu poznawczego, estetycznego lub społecznego [Kłosińska 2000: 21]. Recepcja, która jest jego udziałem podczas realizowanych działań edukacyjnych, rehabilitacyjnych lub terapeutycznych, najczęściej dotyczy sztuki, w tym m.in. sztuki muzycznej, i wówczas może ono niejako „rezonować” pod jej wpływem i odpowiadać (reagować) improwizacją instrumentalną na konkretne utwory (ich fragmenty, części i ich kompilacje, gatunki, obsadę wykonawczą), a także na poszczególne elementy składowe muzyki, takie jak: tempo, dynamika, barwa, artykulacja [Sacher 2006: 177].

Dźwięki instrumentów perkusyjnych są postrzegane już od samego momentu ich wygenerowania, natomiast wibracje są najczęściej niezauważane za pośrednictwem wzroku i słuchu. Zarówno w diagnostyce, jak i w terapii często nie zwracamy szczególnej uwagi na drgania instrumentów, a nawet wręcz zupełnie o nich zapominamy. Tymczasem podobnie jak w wypadku brzmienia, tak i w odniesieniu do wibracji, kształtu, wielkości, budowy, faktury powierzchni, ciężaru, sprężystości i zapachu może po pewnym czasie wykształcić się u dziecka niepełnosprawnego preferencja, upodobanie, a nawet „umiłowanie” jednego wybranego instrumentu perkusyjnego lub dwóch czy trzech takich samych bądź różnych instrumentów. Upodobaniom dotyczącym fizycznych cech

instrumentów niejednokrotnie towarzyszą preferencje co do sposobu trzymania instrumentów (jedną dłonią, palcami, raz w jednej, raz w drugiej ręce itp.), rodzaju kontaktu z nimi (za pośrednictwem opuszków palców, wewnętrznej strony dłoni, policzka, nosa itp.), wydobywania i kształtowania na nich dźwięków (wolno, nagle, zdecydowanie, niechętnie, *legato*, *tremolo*, uderzając, pocierając, pstrykając itp.). Wybory te po pewnym czasie stają się dominujące, niemal stałe i można je określić mianem nawyków muzycznych dziecka niepełnosprawnego w posługiwaniu się instrumentami perkusyjnymi [Moyné-Larpin 1988: 30]. Z czasem mogą one doprowadzić do rutyny, schematyzmu i stereotypowości sposobów wykonawczych dziecka, a następnie do zwyczaju, obowiązującego podczas zajęć edukacyjnych, rehabilitacyjnych lub terapeutycznych. Bywają one także przenoszone na obszar domu rodzinnego lub odwrotnie – z domu rodzinnego na zajęcia sformalizowane, w których dziecko uczestniczy. Nawyki te, jako zautomatyzowane czynności dziecka niepełnosprawnego, świadczyć mogą o przyjętych przez nie muzycznych, ruchowych i zabawowych sposobach zachowywania się w kontakcie z instrumentami muzycznymi, reagowania na ich obecność w przestrzeni (akustycznej, wizualnej i dotykowej), podczas współmuzykowania z innymi osobami oraz percypowania improwizowanej na nich muzyki.

Improwizowane muzyczne wypowiedzi dziecka niepełnosprawnego na instrumentach perkusyjnych cechują się różną intensywnością, częstotliwością, charakterem, nastrojem, formą i strukturą oraz znaczeniem dla niego samego. Świadczyć mogą o jego sytuacji zdrowotnej, rodzinnej, doświadczeniu (głównie wykonawczym), wiedzy (szczególnie muzycznej), umiejętnościach (np. manualnych) i wrażliwości emocjonalno-estetycznej (zwłaszcza na muzykę i na dźwięki). Początkowo dziecko będzie wypowiadać się za pomocą instrumentu, posługując się najczęściej pojedynczymi, przypadkowymi, chaotycznie wydawanymi dźwiękami i wibracjami. Na ogół jest to nieświadome, automatyczne oraz stereotypowe zachowanie, które da się często na tym etapie muzykowania zarówno przewidywać, jak i kształtować. Na pierwszy rzut oka aktywność ta wygląda tak, jakby dziecko w sposób słuchowo-dotykowy

testowało instrument (instrumenty) i zgłębiało jego (ich) możliwości fizyczne oraz wyrazowe. Często na samym początku sięga ono po kilka instrumentów naraz, wymienia jeden na drugi, chwytając nieporadnie z pewnymi trudnościami, niejednokrotnie upuszcza przypadkowo instrument. Łatwo ulega przy tym sugestiom innych osób (dzieci, pedagoga, terapeuty lub rodziców) co do wyboru instrumentów i sposobów posługiwania się nimi. Jego improwizowanej grze towarzyszy przeważnie brak skupienia i rozproszenie uwagi, nieporadność motoryczna, nieskoordynowanie ruchowo-słuchowe, częste i liczne synkinezyje, niedostatek ładu i porządku następstwa dźwięków i wibracji, a także brak oznak nowatorskości oraz oryginalności. Z czasem, wraz ze zdobywanym doświadczeniem wykonawczym, coraz lepszą sprawnością ruchową, osłuchaniem się z dźwiękami instrumentów i zaznajomieniem się z ich wibracjami dziecko zaczyna sukcesywnie podejmować próby eksperymentowania, wydobywając coraz częściej i w coraz większej liczbie dźwięki (ich różne ugrupowania i kompilacje) w sposób bardziej planowy, uporządkowany, a przez to ciekawszy, urozmaicony, przy czym kieruje się w wyborach środków wyrazu muzycznego i twórczym działaniu coraz częściej własnym upodobaniem, opierając się w dużej mierze na wrażeniach słuchowo-dotykowo-kinestetycznych. W improwizowanych wypowiedziach dziecka niepełnosprawnego słyszalne są nieregularne, zmienne, przerywane rytmy lub ich fragmenty, które w miarę posługiwania się instrumentami muzycznymi trwają dłużej i nabierają większej planowości, regularności i powtarzalności, wyrazistości oraz zdecydowania, by po pewnym czasie (dłuższym lub krótszym) przybrać formę jednego, jednolitego, często bardzo prostego, powtarzającego się niemal obsesyjnie stałego wzoru rytmicznego. W miarę zdobywanego doświadczenia dziecko może zastąpić go bardziej skomplikowanym rytmem lub kilkoma różnymi prostymi następującymi po sobie schematami, tworząc w ten sposób jedną nieprzerwaną, w miarę logiczną pod względem następstw dźwięków i wibracji całość muzyczną.

Wypowiedzi dziecka z użyciem prostych instrumentów muzycznych mogą mieć charakter stereotypowy przez zapożyczanie efektów akustycznych z codziennego życia, takich jak tykanie zegara, pukanie do

drzwi, werbel wojskowy, stukot kół pociągu, dzwonek budzika, kapanie wody, praca pralki, odgłosy stadionów czy tętent koni. Raz może je cechować niewyraźny i niewielki chaos metrytmiczny, agogiczny i dynamiczny, innym razem mogą odznaczać się bardzo wyraźnym i intensywnym nieładem w zakresie podstawowych elementów składowych muzyki. Wraz z upływem czasu improwizowana gra instrumentalna dziecka stopniowo się przekształca, ulegając ewolucji brzmieniowo-wibracyjnej oraz wyrazowo-formalnej. Nabiera w swoim przebiegu ładu i stabilności strukturalnej oraz wyrazowej, np. stałego pulsu, jednolitej struktury rytmicznej lub rytmiczno-melodycznej, wyraźniejszej formy muzycznej (takiej jak AB, ABA, AABA, rondo, budowa zwrotkowa) oraz treści. Ta ostatnia, wyrażana przez dziecko niepełnosprawne w improwizowanej grze, oznaczać może jego emocje, uczucia, myśli, nastroje, asocjacje itp. Mimo tych coraz bardziej urozmaiconych, bogatszych, a przez to także ciekawszych środków i zabiegów muzycznych wypowiedzi dziecka na instrumentach perkusyjnych są nadal na ogół nieśmiałe, proste, nieudolne, naśladowcze, nawet w pewnym stopniu automatyczne, sztamkowe. Czasem improwizacje te nawiązują do rytmów znanych mu piosenek, pieśni, utworów instrumentalnych (muzyki z reklam, przebojów biesiadnych, ścieżek dźwiękowych telenowel, teledysków, kolęd, pastorałek, *Mazurka Dąbrowskiego* itp.). Dzięki temu zyskują wymiar indywidualny, subiektywny, osobisty, a przez to niepowtarzalny i specyficzny dla każdego dziecka. Priorytetową wartość diagnostyczną dla celów muzykoterapeutycznych mają przede wszystkim czynności dziecka składające się na sam wieloaspektowy proces muzykowania, tj. wybieranie instrumentu (instrumentów), dotykanie, chwytanie, wprawianie go w wibrację, wydobywanie na nim dźwięków, granie na nim, kończenie improwizacji, odkładanie go (ich). W drugiej kolejności w diagnozowaniu funkcjonowania dziecka dla celów muzykoterapeutycznych bierze się pod uwagę rezultat tych czynności w postaci prostego wytworu muzycznego lub zespołu wytworów muzycznych. Wśród komponentów przedmiotu badania mogą się znaleźć np. brzmienie dźwięków (ich intensywność, precyzyjność, czas wybrzmiewania, tempo wykonywania, kształtowanie itp.) czy motywy rytmiczne (ich stabilność, zmienność,

ciągłość, sposoby odwzorowywania, częstotliwość, wierność i zgodność z oryginałem itp.).

Najczęściej dziecko w posługiwaniu się prostymi instrumentami muzycznymi wybiera najwłaściwsze dla siebie sposoby, tj. optymalnie dostosowane do swoich możliwości psychofizycznych, intelektualnych i wysiłkowych, oczekiwań, upodobań estetycznych oraz akustycznych. Jest ono w stanie w sobie tylko właściwy sposób doświadczać, „[...] jakie dźwięki czy szmery można z danego instrumentu wydobyć” i jak „uzyskać najlepsze i najciekawsze efekty” [Lebecka 1974: 10.]. Wypowiada się muzycznie, kreując charakterystyczne tylko dla siebie niekonwencjonalne (nietradycyjne) sposoby wydobywania i kształtowania dźwięków oraz wibracji, np. przez dmuchanie ustami lub nosem w instrument, dotykanie instrumentu wargami, językiem, policzkiem, czołem, upuszczanie instrumentów na podłoża o różnej fakturze, przesuwanie instrumentu po podłodze lub meblach, rzucanie drobnych przedmiotów (kredki, monet, klocków, kasztanów itp.) na instrumenty. Czyni to najczęściej w sposób naturalny, spontaniczny, adekwatnie do swoich możliwości, zamierzeń, umiejętności i zdolności, dla swojej oraz najbliższych osób przyjemności [Skowrońska-Lebecka 2006: 149]. Niejednokrotnie dziecko ma trudności ze współdziałaniem z innymi (rówieśnikami, rodzicami, pedagogiem, terapeutą itp.). Podczas dialogowania z towarzyszącymi mu osobami na ogół jego improwizowana muzyczna wypowiedź ma charakter długich, monotonnych i uporczywych monologów, które często trudno jest przerwać lub zakończyć. Zazwyczaj ma ono duże problemy z oddawaniem pierwszeństwa innej osobie w wybieraniu instrumentu (instrumentów), rozpoczynaniem konwersacji muzycznej we właściwym czasie, cichym słuchaniem gry innych osób, zachowaniem cierpliwości w oczekiwaniu na swoje muzyczne wejście oraz kończeniem gry instrumentalnej, wymienianiem się instrumentami z innymi osobami czy oddawaniem instrumentu (instrumentów). Bywa i tak, że dziecko niepełnosprawne uporczywie stara się zakłócać produkcje muzyczne swojego rozmówcy wydawanymi przez siebie na instrumencie dźwiękami, głosem lub np. stopami, komentarzami werbalnymi, zachowaniami ruchowymi, łącznie z odbieraniem „na siłę” instrumentu swojemu rozmówcy.

Niekiedy dziecko nagle i nieoczekiwanie z dużą siłą odrzuca instrument, nie sięga po inny, nie przyjmuje proponowanego mu przez specjalistę kolejnego instrumentu (instrumentów), nawet nowego i nieznanego. Te zachowania, zarówno muzyczne, jak i niemuzyczne, mają bardzo ważne znaczenie diagnostyczne. Przejawiać się w nich może autonomia dziecka, jego niezależność i podmiotowość, a zatem prawo nie tylko do wyrażania różnych emocji, uczuć, pomysłów, zachowań, lecz także do wyboru dowolnego, często ulubionego instrumentu (m.in. głośnego, hałaśliwego, uszkodzonego) lub kilku (nawet pięciu) instrumentów jednocześnie, do kategorycznej odmowy wybrania instrumentu i improwizowania na nim, do nieustannego wymieniania go na inny, upuszczania, rzucania, oklepywania czy uderzania nim części własnego ciała lub innej osoby oraz do niestaranego, nieporadnego i niedbałego posługiwania się nim czy głośnego, monotonnego, uporczywego i obsesyjnego wystukiwania nieregularnego, fragmentarycznego i nieprzewidywalnego rytmu itp.

Uzyskiwane na prostych instrumentach muzycznych, np. w ramach muzykoterapii systemowej, dźwięki (muzyczne i niemuzyczne – szmer, trzaski, zgrzyty itp.) pozwalają wyrażać realne relacje pomiędzy uczestnikami dialogu (dziecko – matka, rodzice – dziecko, dziecko – rodzeństwo itp.), nie zawsze prawidłowe, korzystne, przyjemne czy satysfakcjonujące dla wszystkich stron, oraz relacje idealne, pożądane oraz oczekiwane, do których muzyczni interlokutorzy starają się dążyć. Zastosowany w improwizacjach instrumentalnych kod dźwiękowo-muzyczny może szybciej, trafniej i wierniej niż werbalny obrazować sens interakcji pomiędzy uczestnikami dialogu, a czasem stanowi jedyną możliwość komunikacji. Ma on szczególne znaczenie, gdy dziecko niepełnosprawne nie jest w stanie w pełni albo w ogóle posługiwać się mową werbalną. Dzięki specyfice i niepowtarzalności, tj. abstrakcyjności, asemantyczności i bezpostaciowości, dźwiękowych i muzycznych środków wyrazu zastosowanych w wypowiedziach dziecka niepełnosprawnego na instrumentach muzycznych możliwe jest wyrażanie siły, zmienności, złożoności i dynamiki wzajemnych relacji rodzinnych. Język ten, nawet nieśmiały, niewyraźny, najprostszy i bardzo często dla samych osób dialogujących niezrozumiały pod względem muzycznych

środków wyrazu oraz przekazywanych treści, może dawać im poczucie radości, satysfakcji i zadowolenia. Warto dodać, że rezultaty te nie zawsze są postrzegane i odczuwane w realnych relacjach i komunikacji rodzinnej. Na początkowym etapie w obserwowanych dialogach dziecka i członków jego najbliższej rodziny z wykorzystaniem instrumentów perkusyjnych można zauważyć stopniowe wyłanianie się z czynności zabawowych nieporadnych zachowań muzycznych, polegających na nieśmiałym, bardzo prostym imitowaniu dźwięków wypowiedzi muzycznych matki, ojca, terapeuty lub innego dziecka. Naśladownictwo to może składać się z pojedynczych, niepewnych, sporadycznych dźwięków, przy czym przybiera ono najczęściej kierunek od bardziej dominującego, spontanicznego i zaangażowanego rozmówcy, np. od matki, terapeuty lub innego uczestnika zajęć muzykoterapeutycznych, do niepełnosprawnego dziecka. Wraz z wiekiem i doświadczeniem dziecka improwizowane wypowiedzi muzyczne ulegają powolnej metamorfozie i wówczas stają się bogatsze, ciekawsze i bardziej urozmaicone. Zmienia się także ich intensywność i kierunek, przy czym przyjmują one orientację od dziecka do rodzica, opiekuna czy terapeuty. Po pewnym czasie rozmówcy dążą do naśladowania swoich wzajemnych wypowiedzi muzycznych, odwzorowując je szybciej, chętniej i precyzyjniej. Początkowo imitowanie dotyczy rodzaju zastosowanego instrumentu muzycznego, sposobu jego trzymania, rytmu, czasu trwania, dynamiki i tempa. Następnie dialogujący starają się uzyskiwać podobieństwo także pod względem subtelności wydobywania i kształtowania dźwięków, ich zmienności dynamicznej, agogicznej i metroritmicznej. Rośnie również liczba i różnorodność wypowiedzi muzycznych dziecka, stałość ich kierunku, czas trwania i asortyment zastosowanych środków wyrazu muzycznego. Metamorfozie sposobów muzykowania dziecka niepełnosprawnego na prostych instrumentach muzycznych towarzyszy także ewolucja wytworów muzycznych. Stają się one dłuższe w czasie i zróżnicowane, a przez to bardziej przemyślane, urozmaicone i ciekawsze pod względem zastosowanych sekwencji dźwięków, motywów rytmicznych, instrumentów muzycznych, realizowanych pomysłów oraz towarzyszących im spontanicznych zachowań werbalnych, wokalnych i ruchowych.

Podsumowanie

Na podstawie przedstawionych w niniejszym artykule rozważań można wyciągnąć następujące wnioski:

Rozeznanie twórczości muzycznej dzieci niepełnosprawnych na prostych instrumentach muzycznych może służyć diagnozowaniu ich możliwości, oczekiwań, potrzeb i predyspozycji, a przez to także prawidłowemu programowaniu oraz realizowaniu względem nich interwencji muzykoterapeutycznych.

W czynnościach diagnostycznych muzykoterapeuty improwizacje dzieci niepełnosprawnych na instrumentach perkusyjnych należy postrzegać jako: wieloaspektowy proces kreowania muzyki, prosty wytwór muzyczny oraz technikę muzykoterapeutyczną.

Proste instrumenty muzyczne (na najwcześniejszym etapie rozwoju dziecka także zabawki-instrumenty) w czynnościach diagnostycznych realizowanych w ramach muzykoterapii mogą pełnić funkcję bezpiecznego, przystępnego i atrakcyjnego nośnika informacji o dziecku niepełnosprawnym, jego otoczeniu fizycznym, środowisku rodzinnym, szkolnym itp.

Można się spodziewać, że zaprezentowane powyżej przemyślenia, doświadczenia, propozycje i wnioski staną się inspiracją do dalszych teoretycznych i praktycznych poszukiwań, a przede wszystkim do badań empirycznych w tym względzie, przyczyniając także do wzrostu zainteresowania różnych specjalistów, nie tylko muzykoterapeutów, zgłębianą tematyką diagnozowania na podstawie twórczości muzycznej. Mogą być również przydatne w opracowywaniu w przyszłości efektywnych i skutecznych narzędzi diagnostycznych w pracy muzykoterapeutycznej z niepełnosprawnymi dziećmi.

Bibliografia

Alperson Philip, 2008, *The Instrumentality of Music*, „The Journal of Aesthetics and Art Criticism”, vol. 66, no. 1, s. 37–51.

- Attali Jacques, 1985, *Noise: The Political Economy of Music*, London: Manchester University Press.
- Cesarz Helena, 2003, *Muzykoterapeuta dźwiękiem mówiący, czyli kilka refleksji na temat komunikacji za pomocą instrumentu*, „Muzykoterapia Polska”, t. 2, nr 2(6), s. 7–12.
- Flaig Nicole, Large Edward, 2014, *Dynamic Musical Communication of Core Affect*, „Frontiers in Psychology”, vol. 5, no. 72, [online:] <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2014.00072/full> [12.07.2020].
- Gładyszewska-Cylulko Joanna, 2014, *Miejsce diagnozy muzykoterapeutycznej w diagnostyce psychopedagogicznej osób z niepełnosprawnością wzrokową*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia – stałość i zmiana*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 71–93.
- Gołaszewska Maria, 1977, *Człowiek w zwierciadle sztuki. Studium z pogranicza estetyki i antropologii filozoficznej*, Warszawa: PWN.
- Janicki Andrzej, 1982, *Muzykoterapia w lecznictwie psychiatrycznym*, „Zeszyt Naukowy PWSM we Wrocławiu”, nr 34, s. 7–28.
- Kamińska Barbara, 2016, *Kompetencje muzyczne – ich miejsce i znaczenie we wczesnej edukacji muzycznej*, [w:] H. Tomaszek-Plewa, I. Polak (red.), *Wczesna edukacja muzyczna, rozważania, propozycje, badania*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Kanellopoulos Panagiotis, 2007, *Musical Improvisation As Action: An Arendtian Perspective*, „Action, Criticism, and Theory for Music Education”, vol. 6, no. 3, s. 97–127.
- Kern Petra, Wolery Mark, 2001, *Participation of a Preschooler with Visual Impairments on the Playground: Effects of Musical Adaptations and Staff Development*, „Journal of Music Therapy”, vol. 38, no. 2, s. 149–164.
- Kłosińska Tatiana, 2000, *Droga do twórczości. Wdrażanie technik Celestyna Freineta*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Lebecka Ewa, 1974, *Zagadnienie improwizacji w kształceniu muzycznym wg metody K. Orffa*, „Poradnik Muzyczny”, nr 5, s. 9–11.
- Malloch Stephen, 1999, *Mothers and Infants and Communicative Musicality*, „Musicae Scientiae”, no. 3 (special issue), s. 29–57.
- Moyne-Larpin Yolande, 1988, *Musique pour renaître. Musique et musicothérapie pour adolescents et personnes âgées*, Paris: EPI/Desclée de Brouwer.
- Nordoff Paul, Robbins Clive, 2008, *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi. Historia, metoda i praktyka*, tłum. A. Bryndał, E. Masiak, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Orff Gertruda, 1995, *Kluczowe pojęcia muzykoterapii Orffa*, „Psychoterapia”, nr 2 (93), s. 5–12.

- Paluchowski Wojciech, 2007, *Diagnoza psychologiczna. Proces – narzędzia – standardy*, Warszawa: Wydawnictwa Akademicki i Profesjonalne.
- Popek Róża, 1988, *Zachowania ekspresyjne dzieci jako naturalny przejaw aktywności twórczej*, [w:] S. Popek (red.), *Aktywność twórcza dzieci i młodzieży*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Ridley Louise, 1987, *A Music Therapy Approach, Evoking Spontaneous Movement from People with Dual-Sensory Impairment*, „Journal of British Music Therapy”, vol. 1, no. 1, s. 25–27.
- Sacher Wiesława, 2006, *Ekspresja muzyczna dzieci w szkole ogólnokształcącej*, [w:] A. Białkowski (red.), *Edukacja muzyczna. Tożsamość i praktyka*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Skowrońska-Lebecka Ewa, 2006, *Współczesne badania i eksperymenty w dziedzinie kształcenia kreatywności muzycznej dzieci i młodzieży*, [w:] A. Białkowski (red.), *Edukacja muzyczna. Tożsamość i praktyka*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Sztuka Krystyna, 2003, *Twórcza ekspresja w dialogu terapeutycznym. Psychologia dla artystów*, cz. 2, Częstochowa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- Tomaino Concetta, 2013, *Creativity and Improvisation As Therapeutic Tools Within Music Therapy*, „Annals of the New York Academy of Sciences”, vol. 1303, no. 1, s. 84–86.
- Wigram Tony, 2004, *Improvisation. Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*, London–Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Willox Ashlee, Heble Ajay, Jackson Rob, Walker Melissa, Waterman Ellen, 2011, *Say Who You Are, Play Who You Are: Improvisation, Pedagogy, and Youth on the Margins*, „Action, Criticism, and Theory for Music Education”, vol. 10, no. 1, s. 114–131.
- Wood Miriam 1993, *Music for People with Learning Disabilities*, London: A Condor Book Souvenir Press (Educational & Academic) Ltd.

Streszczenie

Autor artykułu prezentuje własne refleksje i spostrzeżenia na temat twórczości muzycznej dzieci. Przedstawia między innymi propozycję podejścia badawczego do prostych instrumentów muzycznych oraz zastosowanych przez muzykujące dzieci środków wyrazu muzycznego w improwizowanej grze instrumentalnej.

Skupia się głównie na sposobach rozeznania i interpretowania specyfiki twórczej aktywności muzycznej dzieci realizowanej na instrumentach perkusyjnych pod kątem ich znaczenia dla diagnozowania muzykoterapeutycznego. W dużej mierze opiera się na własnym doświadczeniu zawodowym wyniesionym z trzydziestoletniej pracy pedagoga muzycznego i muzykoterapeuty.

Słowa kluczowe: diagnozowanie, dziecko, improwizacja, instrumenty muzyczne, muzykoterapia, sztuka muzyczna, twórczość

PAWEŁ CYLULKO – doktor habilitowany sztuki w dyscyplinie sztuk muzycznych, doktor nauk o kulturze fizycznej w zakresie rehabilitacji ruchowej, magister muzykoterapii, magister edukacji muzycznej, pełni obowiązki kierownika Zakładu Muzykoterapii oraz pełnomocnika Rektora ds. Osób Niepełnosprawnych Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Jest przewodniczącym Krajowej Rady Muzykoterapii i założycielem kwartalnika naukowego „Muzykoterapia Polska”. Ma w swoim dorobku liczne publikacje z zakresu muzykoterapii, w tym trzy autorskie monografie oraz artykuły naukowe. Do głównych kierunków jego zainteresowań naukowych należą: usprawnianie i wychowanie niepełnosprawnych dzieci z wykorzystaniem terapeutycznych walorów sztuki muzycznej oraz kształcenie adeptów muzykoterapii.

ASPEKTY DIAGNOSTYCZNE „MUZYCZNEGO LUSTRA”

Agnieszka Szymajda » Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu

Wstęp

Poszukiwanie odpowiedniego sposobu diagnozowania należy do najistotniejszych zagadnień współczesnej muzykoterapii. Zarówno badacze przedmiotu, jak i muzykoterapeuci praktycy zgodni są co do tego, że nie istnieje jeden właściwy dla muzykoterapii sposób diagnozowania. Jak zostanie wykazane w niniejszym artykule, dobra diagnoza zakorzeniona jest w określonym paradygmacie, powinna też być dostosowana do indywidualnych potrzeb osób i grup uczestniczących w muzykoterapii.

Autorka artykułu przedstawia propozycję pracy muzykoterapeutycznej opartej na dialogu muzycznym, improwizacjach wokalnych, instrumentalnych i ruchowych. Zaprezentowana koncepcja, nazwana metaforycznie „muzycznym lustrem”, zakorzeniona jest w muzykoterapii humanistycznej. Odpowiednie do jej opisu okazało się przyjęcie perspektywy fenomenologicznej. To właśnie w fenomenologicznym poszukiwaniu istoty rzeczy, w otwieraniu się na refleksję i wolną od uprzedzeń oraz założeń wstępnych próbę zrozumienia sposobu doświadczania muzyki przez uczestników muzykoterapii kryją się aspekty diagnostyczne „muzycznego lustra”.

Wielowymiarowość procesu diagnozowania

Diagnoza postrzegana jest jako podstawa wszelkiej praktycznej działalności terapeutycznej. W literaturze przedmiotu podkreśla się złożoność procesu dokonywania diagnozy. Szeroko opisywane są poszczególne jej etapy: opis, ocena, konkluzja i postulowanie zmian [Kościółek 2017: 286]. *Diagnosis* (z gr.) oznacza rozpoznawanie, wyróżnienie, osądzenie pewnego stanu rzeczy i jego tendencji rozwojowych na podstawie określonych objawów oraz znajomości określonych prawidłowości [Doroszewski 2018: 47]. O zakorzenieniu diagnozowania w określonym paradygmacie pisze Joanna Gładyszewska-Cylulko: „Diagnoza jest reprezentacją paradygmatu [...], silnie powiązana z panowaniem określonego podejścia zarówno w pedagogice specjalnej, jak i życiu społecznym. To dzięki niej określa się standardy i warunki normalności” [Gładyszewska-Cylulko 2014: 72]. Wśród dominujących współcześnie paradygmatów w pedagogice i psychologii wymienić należy paradygmaty humanistyczny (emancypacyjny, podmiotowy, antystygmatyzujący) i medyczny – nozologiczny. Sprzyjają one indywidualizacji w doborze metod i narzędzi diagnozowania.

W podejściu humanistycznym diagnoza winna zmierzać do rozumienia objawów i ich przyczyn [Jarosz, Wysocka 2006: 21]. W koncepcji tej staje się ona dążeniem do pełnego opisu stanu rzeczy, procesem skłaniającym do formułowania coraz to nowych pytań. Zakłada się tutaj możliwość wielu interpretacji diagnozowanych problemów. Osoby dokonujące diagnozy powinny zatem mieć świadomość subiektywnego wymiaru własnych osądów oraz występowania czynników zaburzających proces diagnozowania [Skałbiana 2011; Jarosz, Wysocka 2006; Jarosz 2005]. Na pierwszy plan w paradygmacie humanistycznym diagnozy wysuwa się koncentracja na całościowym zrozumieniu i poznaniu szeroko rozumianych uwarunkowań funkcjonowania diagnozowanych osób. Ważna staje się tutaj akceptacja „inności”, zrozumienie i odczytanie komunikatów, jakie stoją za zachowaniem osoby poddanej diagnozie. Przykładem holistycznego rozumienia procesu diagnozy, które ostatecznie prowadzi do spotkania osób, może być psychomotoryka. Na przykład w wypadku diagnozowania dziecka wiedza

o nim rozwija się w toku wspólnego z nim działania. Dziecko przez swoje zachowania „opowiada” nam własną historię, którą podczas diagnozy psychomotorycznej próbujemy odczytać i zrozumieć. Tworzenie hipotez diagnostycznych ma charakter dynamiczny, każde nowe doświadczenie w toku wspólnego działania staje się przyczynkiem do rozwijania przestrzeni wspólnej relacji. Rodzą się w ten sposób nowe hipotezy zmieniające dotychczasową wiedzę terapeuty, przybliżając go do uzyskania pełniejszej diagnozy [Kruk-Lasocka 2016: 14–15].

W szeroko rozumianym paradygmacie humanistycznym, przeciwstawianym paradygmatowi medycznemu, istotny jest wymiar pozytywny diagnozy uwzględniający nie tylko stany niepokojące, lecz także mocne strony osób poddanych diagnozie. Wspomniany model medyczny diagnozy jest szczególnie powszechny wśród psychologów klinicznych. Model nozologiczny koncentruje się na symptomach odbiegających od normy, rozpoznaniu i sklasyfikowaniu zaburzeń. Działania osoby diagnozującej są tu najbardziej rutynowe, wymagające uwzględnienia aktualnych kryteriów diagnostycznych oraz norm rozwojowych [Czapi-ga 2003: 68]. Zakłada się w tym podejściu, że powtarzalność pewnych objawów upoważnia do uogólnienia i sformułowania obiektywnej diagnozy. Stanowisko to, zwłaszcza w odniesieniu do sfery funkcjonowania psychicznego i emocjonalno-społecznego, wzbudza liczne kontrowersje wśród specjalistów: pedagogów, psychologów i terapeutów. Tak pojmowana diagnoza może sprzyjać etykietowaniu osoby jej poddanej. W modelu medycznym diagnozy w niewielkim stopniu uwzględnia się cel, jakiemu powinna służyć rzetelna diagnoza, a jest nim znalezienie sposobów na poprawę funkcjonowania diagnozowanej osoby.

Diagnoza muzykoterapeutyczna

Muzykoterapia, jak każda inna forma terapii czy oddziaływania wspierającego rozwój, opiera się na rozpoznaniu wstępnym, które staje się podstawą do planowania sposobów postępowania w przebiegu procesu

muzykoterapii. To od niego zależy dobór metod, technik i form prowadzonych zajęć. Będą one dostosowane do potrzeb i indywidualnych możliwości osoby poddanej oddziaływaniom muzykoterapii. Rozpoznanie muzykoterapeutyczne obejmuje także rozpoznanie uzdolnień muzycznych oraz obszarów największej kreatywności. Mogą one być związane z ruchem inspirowanym muzyką, tworzeniem wyobrażeń, obrazów plastycznych, śpiewem lub grą na instrumentach [Konieczna-Nowak 2013: 53; Szymajda 2016a: 96].

Diagnoza muzykoterapeutyczna wpisuje się zwykle w model interdyscyplinarny i wieloaspektowy diagnozy. Powstaje ona nierzadko w wyniku współdziałania zespołu specjalistów: terapeutów, lekarzy, pedagogów i psychologów, którego członkiem jest także muzykoterapeuta. Ze względu na specyficzny charakter oddziaływania muzyki na człowieka w wymiarze całościowym (emocjonalnym, poznawczym, somatycznym) muzykoterapeuta może wnieść w proces diagnozowania wiele niezastąpionych elementów. Ma on możliwość szczególnego zbliżenia się do pacjenta, poznania go przez jego dzieła. To poznanie, jak zauważa Joanna Gładyszewska-Cylulko, „ma charakter spotkania, odczuwania drugiej osoby. Tworząc, pacjent przekazuje nam swoje myśli, emocje, uczucia, wprowadza nas do swego świata [...]. Ekspresja ta łączy dwa światy: zewnętrzny i wewnętrzny” [Gładyszewska-Cylulko 2014: 88]. Współpraca muzykoterapeuty z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów w procesie diagnozowania umożliwia uzyskanie wielowymiarowego obrazu potencjału rozwojowego i trudności osoby poddanej diagnozie.

Jak pisze Konieczna-Nowak [2013: 52], „rozpoznanie muzykoterapeutyczne składa się z dwóch komponentów: ogólnego oraz o profilu muzycznym”. Wątek ogólny dotyczy zapoznania się z dokumentacją medyczną, psychologiczną i pedagogiczną. Zwykle obejmuje wstępną rozmowę z samą osobą zainteresowaną, jej rodziną lub opiekunami, a także, jeżeli jest to możliwe, innymi pracującymi z nią osobami. W wypadku dziecka mogą być to m.in. nauczyciele, pedagog, psycholog, logopeda czy fizjoterapeuta. Rozmowy te pozwalają na zgromadzenie danych biograficznych, poznanie uwarunkowań społeczno-kulturowych funkcjonowania danej osoby – uczestnika zajęć muzykoterapeutycznych.

Komponent muzyczny powinien umożliwiać uzyskanie wiedzy na temat ściśle muzycznych zachowań i doświadczeń. Należy uwzględnić tu zamiłowania i preferencje muzyczne, możliwości wokalne, rytmiczno-ruchowe reakcje na muzykę, a także stopień otwartości na aktywne tworzenie muzyki, np. przez grę na instrumentach. U podstaw diagnostycznego zastosowania gry na instrumentach leży założenie, że osoba grająca projektuje w tworzone przez siebie improwizacje cechy swojej osobowości, stanu psychofizycznego i emocjonalnego. Komunikacja dźwiękowa jako element diagnozy muzykoterapeutycznej pozwala odczytać pragnienia, wyobrażenia i potencjał uczestnika zajęć. Muzykoterapeuta stawiający diagnozę w ujęciu holistycznym przyjmuje postawę niedyrektywną, empatyczną, umożliwiając w ten sposób badanemu swobodę wyboru rodzaju i kierunku własnej ekspresji. Jak zauważa Paweł Cylulko: „wartość diagnostyczną mają nie tylko sam dźwięk czy muzyka będąca wytworem – wynikiem dźwiękowej wypowiedzi, ale i sama wypowiedź [...] jako proces toczący się w czasie oraz całokształt działań związanych z muzyczną ekspresją” [Cylulko 2014: 364–365]. Dla muzykoterapeuty wartość diagnostyczną stanowi obserwacja wyboru przez osobę diagnozowaną instrumentu. Istotne będą tu sposób i tempo dokonywania tego wyboru oraz rodzaj wybranego instrumentu. Można przypuszczać, że z wyborem instrumentów o delikatnym, cichym brzmieniu łączą się takie cechy osobowości jak nieśmiałość, wrażliwość, wycofanie, lękliwość. Natomiast spontaniczny wybór głośniejszych instrumentów, takich jak talerze czy bębny, może wskazywać na nadpobudliwość psychoruchową, chęć dominacji, agresję, cechy przywódcze. Wybór instrumentów melodycznych, w opinii wielu specjalistów, charakteryzuje osoby o uzdolnieniach muzycznych, pragnące jak najlepiej zaprezentować się przed innymi [Cylulko 2014: 366].

W literaturze przedmiotu odnaleźć można opracowania służące interpretacji wypowiedzi muzycznych uczestników muzykoterapii. Jednym z nich jest stworzona przez twórców muzykoterapii kreatywnej Paula Nordoffa i Clive’a Robbinsa klasyfikacja wypowiedzi muzycznych. Służy ona pomocą podczas stawiania diagnozy, a także podczas monitorowania zmian zachodzących w przebiegu muzykoterapii. Autorzy ci wyróżniają

takie rodzaje i cechy wypowiedzi muzycznych, jak: pełna swoboda rytmiczna, niestabilna swoboda rytmiczna, ograniczona swoboda rytmiczna, gra kompulsywna, gra nieuporządkowana (impulsywna, spastyczna, kompulsywno-powikłana, impulsywno-powikłana), gra unikowa, gra emocjonalno-siłowa, gra chaotyczno-twórcza [Nordoff, Robbins 2008: 60].

Przykładem autorskiej propozycji diagnozowania muzykoterapeutycznego, zakorzenionej w muzykoterapii humanistycznej i opartej na improwizacjach wokalnych, instrumentalnych oraz ruchowych, jest koncepcja „muzycznego lustra”.

„Muzyczne lustro”

Koncepcja „muzycznego lustra” ma swoje źródło w badaniach prowadzonych wśród dzieci w wieku przedszkolnym. U jej podstaw leży próba odkrywania świata dziecięcej wyobraźni i kreatywności podczas kontaktu dziecka z improwizowaną muzyką i nawiązywania muzycznego dialogu z muzykoterapeutą. „Muzyczne lustro” stanowi odbicie muzycznego spotkania pomiędzy dzieckiem o określonej wrażliwości muzycznej a osobą odpowiadającą na tę wrażliwość. Relację inicjuje dziecko, a prowadzący dostosowuje się do niego przez wykorzystanie odpowiednio dobranych form, metod i technik, które pozwalają mu podążać za kreatywnością i wrażliwością małego pacjenta [Kataryńczuk-Mania, Szymajda 2018: 197].

W dziecięcych improwizacjach i współimprowizacjach wokalnych, instrumentalnych oraz ruchowych ujawnia się poziom wrażliwości dziecka, jego potencjał, a także obraz trudności, zahamowań i dysfunkcji. Dane te stają się podstawą do wyodrębnienia „muzycznych luster”, a w kolejnych etapach badań umożliwiają stworzenie ich typologii.

Podstawę teoretyczną koncepcji stanowi podejście fenomenologiczne, które wydaje się najbardziej odpowiednie do opisu tego, co dzieje się podczas odkrywania „muzycznego lustra”. Drugim filarem omawianej koncepcji jest muzykoterapia kreatywna. Natomiast w odniesieniu do dzieci w wieku przedszkolnym jako inspirację praktyczną zastosowano

model muzykoterapii wspierającej rozwój emocjonalny dziecka [Szymajda 2016a: 82–99].

Perspektywa fenomenologiczna umożliwia opisanie tego, co związane jest z subiektywnym doświadczaniem muzyki i jej kreowaniem. Fenomenologia, od greckiego słowa *phainomen*, oznacza to, co się jawi, ukazuje. Jest poszukiwaniem istoty, otwieraniem się na refleksję i dialog, a także pozbawionym uprzedzeń i założeń wstępnym dążeniem do zrozumienia świata oraz doświadczania muzyki w procesie jej kreowania i wchodzenia w interakcję muzyczną. Postępowanie fenomenologa porównać można do pracy archeologa, który trzymając w dłoni oklejone ziemią znalezisko, cierpliwie, warstwa po warstwie dochodzi do istoty badanego przedmiotu [Ablewicz 2010: 105].

Muzyka jest strukturą dynamiczno-czasową, wyznacza przestrzeń i temporalną organizację świata. Podejście fenomenologiczne pozwala na uchwycenie zjawisk tu i teraz. W sposób empatyczny zachęca do odkrywania tego, co jest ukryte za gestami, tworzonymi dźwiękami i ekspresją osoby.

Postawa taka, określana przez Husserla „wzuciem”, sprawia, że poprzez „muzyczne lustro” zbudować można otwartą relację z dzieckiem, stając się jednocześnie uczestnikiem zdarzeń. Stwarza to szansę na konfrontację, otwarcie się na własne doświadczanie muzyki w relacji z innymi [Katarzyńczuk-Mania, Szymajda 2018: 196].

Muzykoterapia kreatywna, której początki sięgają lat sześćdziesiątych XX wieku, związana jest – jak już zaznaczono – z postaciami amerykańskiego pianisty i kompozytora Paula Nordoffa oraz pedagoga specjalnego Clive’a Robbinsa. Istotą proponowanego przez nich podejścia jest nawiązanie muzycznego dialogu z uczestnikiem zajęć i wsłuchanie się w jego reakcje muzyczne i pozamuzyczne, odpowiadanie na nie, odzwierciedlanie i współtworzenie. „Muzyczna relacja terapeutyczna rozwija się [...] przez wspólne muzykowanie i w tej właśnie relacji muzykoterapeuta wspomaga dziecko w jego indywidualnym rozwoju, kształtowaniu pozytywnego obrazu siebie i samoakceptacji” [Procter,

Bryndal 2012: 16]. W teoretycznych opisach założeń muzykoterapii kreatywnej pojawia się pojęcie „muzycznego dziecka”. Oznacza ono obecną w każdym człowieku potrzebę muzycznej ekspresji i twórczej interakcji muzycznej. Wrażliwość ta jest, zdaniem twórców muzykoterapii kreatywnej, ekspresyjna, komunikatywna, motoryczna i intelektualna. Dotarcie do „muzycznego dziecka” w procesie muzykoterapii dokonuje się przez wspieranie indywidualnego rozwoju, autoekspresji, umiejętności społecznych, a także odnajdywanie nowych sposobów wyrażania siebie [Konieczna-Nowak 2013: 30; Szymajda 2016b: 39].

Jak wspomniano, inspirację praktyczną do pracy z dziećmi w wieku przedszkolnym stanowił model muzykoterapii wspierającej rozwój emocjonalny dziecka. Strukturę modelu tworzą następujące elementy: rozpoznanie potencjału muzycznego dziecka, diagnoza możliwości i potrzeb w sferze funkcjonowania emocjonalnego, sformułowanie indywidualnych celów muzykoterapii, opracowanie programu muzykoterapii, prowadzenie zajęć, weryfikacja wstępnych założeń, modyfikowanie programu, wprowadzenie zmian w zajęciach, wnioski i praktyczne wskazania do dalszej pracy [Szymajda 2016a: 95]. Zastosowanie podczas powstawania koncepcji „muzycznego lustra” modelu muzykoterapii wspierającej rozwój emocjonalny dziecka pozwoliło na dokonywanie weryfikacji przyjmowanych założeń w ramach stałej struktury prowadzonych z dziećmi zajęć. Istotnymi elementami składającymi się na cały model są działania diagnostyczne skoncentrowane zarówno na sferze predyspozycji muzycznych, jak i na uwarunkowaniach związanych z emocjonalno-społecznym funkcjonowaniem dziecka.

Komponenty diagnostyczne „muzycznego lustra”

Metaforyczne określenie „muzyczne lustro” oznacza sposób, w jaki dziecko „odbija” żywą muzykę w interakcji z muzykoterapeutą. Podążanie za tymi „odbiciami” doprowadziło do wyodrębnienia rodzajów „muzycznych luster”, stworzenia ich typologii. Złożyły się na nią

zaobserwowane tendencje charakteryzujące reakcje muzyczne dzieci, ich sposób wchodzenia w improwizację, współimprowizację, dialog muzyczny, a także określone cechy emocjonalności. Wyodrębnione typy to „muzyczne lustro” kreatywne, impulsywne, wrażliwe, wyobrazeniowe i eksperymentujące [Szymajda 2016b: 143].

„Muzyczne lustro” kreatywne charakteryzuje swoboda w improwizacji zarówno instrumentalnej, jak i ruchowej oraz wokalne. Kreatywność ta dotyczy tworzenia własnych melodii, słów do piosenek i układów taneczno-ruchowych. Osoba reprezentująca omawiany typ „muzycznego lustra” chętnie podejmuje zadania związane z nadawaniem tytułów własnym improwizacjom, a także słuchanym utworom muzycznym. Z kolei „muzyczne lustro” impulsywne, z powodu wysokiego stopnia napięcia i pobudliwości psychoruchowej, zdecydowanie preferuje improwizacje rytmiczne i szybki, dynamiczny ruch wykorzystujący dużą przestrzeń sali. Tworzone przez taką osobę improwizacje będą głośne, szybkie, często chaotyczne o rytmice nieregularnej. Wybór instrumentów w wypadku typu impulsywnego charakteryzuje labilność, brak zdecydowania i skłonność do wybierania tych głośniejszych w brzmieniu. Czas koncentracji uwagi u osób reprezentujących typ impulsywny będzie zdecydowanie krótszy niż u pozostałych rodzajów „muzycznych luster”. W przeciwieństwie do „muzycznego lustra” impulsywnego, reagującego na głośną, rytmiczną muzykę, typ wrażliwy preferuje spokojne tempo oraz ciche, delikatne dźwięki. Jego wrażliwość zarówno podczas słuchania, jak i w czasie tworzenia muzyki skoncentrowana jest na elementach melodycznym i harmonicznym. Zwykle też ma jeden ulubiony łagodnie brzmiący instrument, który niechętnie zmienia. Tworzy improwizacje melodyczne i chętnie współimprowizuje, przy stałym, spokojnym akompaniamencie muzykoterapeuty. Potrzebuje struktury rytmicznej podczas improwizacji zarówno instrumentalnej, jak i ruchowej. Przedkłada układy taneczne nad nieskrępowany ruch improwizowany. Podczas swobodnych improwizacji ruchowych porusza się na niewielkiej przestrzeni, na obrzeżach sali.

„Muzyczne lustro” wyobrazeniowe jako jedyne spośród wszystkich wyodrębnionych typów odnajduje się w formach receptywnych muzykoterapii. Chętnie tworzy obrazy plastyczne do muzyki, opowiadania

lub improwizacje na instrumentach na zadany temat. Podczas dialogów instrumentalnych „dopasowuje się” i odzwierciedla ze szczegółami proponowane motywy melodyczne lub rytmiczne. Szczególnie mocno uwidacznia się jego zdolność do odczytywania nastroju muzyki. Potrafi ilustrować go grą na instrumencie, ruchem czy śpiewem. Zupełnie inaczej proces tworzenia i współtworzenia muzyki przebiega u „muzycznego lustra” eksperymentującego. Dominującą cechą aktywności muzycznej jest tu eksperymentowanie na instrumentach i chęć odnajdywania oryginalnych, często niekonwencjonalnych brzmień. W odróżnieniu od „muzycznego lustra” wrażliwego nie wykazuje zainteresowania przekazem emocjonalnym muzyki czy jej nastrojem ani zdolności do ich wyrażania. Percepcja i tworzone improwizacje uwidaczniają jego wrażliwość na barwę dźwięku, skłonność do wykorzystania wielu instrumentów oraz wydobywanie z nich brzmień w sposób niestandardowy. Cechy wspólne, jakby będące połączeniem „muzycznego lustra” wrażliwego z wyobraźniowym, odnaleźć można w „muzycznym lustrze” analitycznym. Podobnie jak typ wrażliwy potrzebuje ono określonej struktury i rytmu, by podjąć własną aktywność twórczą. Najbardziej wyróżniającą cechą tego typu „muzycznego lustra” jest jego wrażliwość na strukturę formalną utworów. Z łatwością rozpoznaje powtórzenia i refreny, co znajduje odzwierciedlenie w powstających układach ruchowych czy instrumentacjach. Potrzeba muzycznego porządku i jasnej struktury formalnej tworzy „bezpieczną ramę”, na której osoba reprezentująca ten typ „muzycznego lustra” może się oprzeć, swobodnie rozwijając własną ekspresję wokalną, instrumentalną lub ruchową.

Zakończenie

Przedstawione aspekty diagnostyczne „muzycznego lustra” pozwalają osiągnąć stawiane diagnozie muzykoterapeutycznej cele, na które wskazuje Joanna Gładyszewska-Cylulko. Są nimi: „realizowanie diagnozy w wymiarze pozytywnym; dążenie do autodiagnozy osób, systemów,

środowisk; łączenie poznania pośredniego z bezpośrednim” [Gładyszewska-Cylulko 2014: 87]. Zaprezentowana typologia spełnia funkcję diagnostyczną, ukierunkowana jest bowiem na monitorowanie przebiegu muzykoterapii oraz tworzenie programów dostosowanych do potrzeb poszczególnych typów „muzycznego lustra”. Każdemu wyodrębnionemu typowi przyporządkowane są najbardziej odpowiednie dla niego formy, metody i techniki muzykoterapeutyczne. Postawione wstępne rozpoznanie, tj. typ „muzycznego lustra”, zgodnie z zaprezentowaną charakterystyką, wytycza kierunek działań terapeutycznych. Pozwala ono jednocześnie zauważać zachodzące w procesie muzykoterapii zmiany.

Bibliografia

- Ablewicz Krystyna, 2010, *Hermeneutyka a fenomenologia a pedagogika*, [w:] S. Pałka (red.), *Podstawy metodologii badań w pedagogice*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 103–123.
- Cylulko Paweł, 2014, *Posługiwanie się prostymi instrumentami perkusyjnymi sposobem bezsłownego komunikowania się dzieci*, [w:] B. Winczura (red.), *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych. Diagnoza – edukacja – terapia*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, s. 355–370.
- Czapiga Alina, 2003, *Funkcjonalny model psychologicznej diagnozy klinicznej stosowany do badań dzieci niepełnosprawnych intelektualnie*, [w:] A. Czapiga (red.), *Psychospołeczne problemy rozwoju dziecka. Aspekty diagnostyczne i terapeutyczne*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 65–80.
- Doroszewski Witold, 2018, *Wielki słownik języka polskiego*, Warszawa: PWN, s. 47.
- Gładyszewska-Cylulko Joanna, 2014, *Miejsce diagnozy muzykoterapeutycznej w diagnostyce psychopedagogicznej osób z niepełnosprawnością wzrokową*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia – stałość i zmiana*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 71–93.
- Jarosz Ewa, 2005, *Wybrane obszary diagnozowania pedagogicznego*, Katowice: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Śląskiego.
- Jarosz Ewa, Wysocka Ewa, 2006, *Diagnoza psychologiczno-pedagogiczna, podstawowe problemy i rozwiązania*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Kataryńczuk-Mania Lidia, Szymajda Agnieszka, 2018, *Aspekty profilaktyczno-terapeutyczne zajęć muzycznych w przedszkolu*, [w:] L. Kataryńczuk-Mania,

- M. Przybysz-Zaręba (red.), *Health an interdisciplinary study*, Vilnis: Mykolas Romeris University, s. 185–202.
- Kielin Jacek, Klimek-Markiewicz Katarzyna, 2013, *Krok po kroku. Nauczanie i terapia dzieci z umiarkowaną, znaczną i głęboką niepełnosprawnością intelektualną*, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Konieczna-Nowak Ludwika, 2013, *Wprowadzenie do muzykoterapii*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Kościółek Maria, 2017, *Diagnoza funkcjonalna uczniów a głębszą niepełnosprawnością intelektualną wyzwaniem dla nauczyciela*, [w:] G. Gunia, A. Ochman, M. Trojańska (red.), *Teoria i praktyka oddziaływań profilaktyczno-wspierających rozwój osób z niepełnosprawnością wobec tradycji i innowacji*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, s. 285–294.
- Kruk-Lasocka Joanna, 2016, *Psychomotoryka spotkania*, [w:] J. Kruk-Lasocka, M. Motyka, M. Burzyńska, M. Oleniacz (red.), *Psychomotoryka 3: ruch pełen znaczeń*, Wrocław: Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, s. 13–19.
- Nordoff Paul, Robbins Clive, 2008, *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi. Historia, metoda i praktyka*, tłum. A. Bryndal, E. Masiak, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Procter Simon, Bryndal Agnieszka, 2012, *Muzykoterapia Nordoff–Robbins*, [w:] K. Stachyra, *Modele, metody, podejścia w muzykoterapii*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 15–32.
- Skałbiana Barbara, 2011, *Diagnostyka pedagogiczna. Wybrane obszary badawcze i rozwiązania praktyczne*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Szymajda Agnieszka, 2016a, *Model muzykoterapii wspierającej rozwój emocjonalny dziecka w wieku przedszkolnym*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Wrocławskie modele muzykoterapii*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 80–101.
- Szymajda Agnieszka, 2016b, *Od muzykoterapii do „muzycznego lustra” dziecka*, Wrocław: Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej.

Streszczenie

W artykule zaprezentowane zostały możliwości diagnozowania muzykoterapeutycznego związane z koncepcją „muzycznego lustra”. Autorka omawia uwarunkowania diagnozy muzykoterapeutycznej, a w szczególności jej zakorzenienie w przyjmowanym paradygmacie. Sporo miejsca poświęca diagnozie

muzykoterapeutycznej, jej elementom i różnorodnym sposobom interpretacji tworzonych przez uczestników muzykoterapii dzieł. Przedstawia założenia teoretyczne koncepcji „muzycznego lustra” oraz omawia jego typologię. Odwołuje się tu do opisu fenomenologicznego, diagnozy humanistycznej i do muzykoterapii kreatywnej opartej na improwizacjach wokalnych, instrumentalnych lub ruchowych.

Słowa kluczowe: diagnoza muzykoterapeutyczna, improwizacja w muzykoterapii, muzykoterapia humanistyczna, opis fenomenologiczny

AGNIESZKA SZYMAJDA – doktor nauk społecznych w dyscyplinie pedagogika, artystka muzyk, flecistka, muzykoterapeutka, adiunkt w Dolnośląskiej Szkole Wyższej we Wrocławiu. Przewodnicząca Zarządu Głównego Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich oraz przedstawicielka Polski w Europejskiej Federacji Muzykoterapii (EMTC). Od wielu lat prowadzi muzykoterapię w dziennym ośrodku rehabilitacyjnym dla dzieci we Wrocławiu oraz w kilku wrocławskich przedszkolach. Jest autorką publikacji naukowych z dziedziny muzykoterapii, w tym monografii i licznych artykułów. Do jej głównych zainteresowań naukowych należą muzykoterapia dzieci z różnorodnymi dysfunkcjami i utrudnieniami rozwojowymi oraz muzyka jako przestrzeń doświadczania siebie i innych w kontekście terapeutycznym i edukacyjnym.

CZĘŚĆ 3

Narzędzia diagnostyczne i badania naukowe nad muzykoterapią



OMÓWIENIE WYBRANYCH SKAL DO OCENY SKUTECZNOŚCI MUZYKOTERAPII W OBSZARZE CHORÓB OTĘPIENNYCH

Katarzyna Turek » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

Wstęp

Współcześnie obserwuje się wzrost częstości występowania zaburzeń otępiennych, co ma związek ze zjawiskiem starzenia się społeczeństwa. Ze społy otępienne pojawiają się u osób starszych w różnym wieku z rozmaitych powodów. Nie są one naturalnym procesem starzenia się – świadczą o postępujących zmianach patologicznych. Choroby otępienne należą do grupy zaburzeń neurodegeneracyjnych. Spośród wielu problemów występujących u osób chorujących wymienić można: zaburzenia językowe, zaburzenia pamięci, orientacji, koncentracji i uwagi, niepokój ruchowy i objaw wędrowania, zaburzenia snu, zaburzenia zachowania i nastroju, depresję, urojenia i omamy oraz inne objawy, na przykład związane z brakiem kontroli nad przyjmowaniem posiłków i napojów. Muzykoterapia w otępieniu może stanowić wartościową formę pracy terapeutycznej służącą podtrzymywaniu funkcji poznawczych, w tym ćwiczeniu pamięci oraz koncentracji uwagi. Może też pozytywnie wpływać na zachowanie, nastrój oraz emocjonalność osoby chorej. Wiele badań potwierdza skuteczność muzykoterapii w tym obszarze. W związku z powyższym powstają narzędzia do oceny muzykoterapii w zaburzeniach otępiennych,

np. *Music in Dementia Assessment Scales* (MiDAS). Stanowią one ważny element ewaluacji zajęć muzykoterapeutycznych.

Zaburzenia otępienne

Wraz z wiekiem zasób słownictwa oraz wiedza ulegają poszerzeniu, natomiast zdolności psychoruchowe oraz pamięć krótkoterminowa słabną. Sytuacja taka stanowi normalny proces rozwojowy i nie zawsze stanowić musi problem zdrowotny [Seligman, Walker, Rosenhan 2003]. Zdarza się, że pierwsze symptomy choroby otępiennej są ignorowane przez chorego i jego otoczenie, ponieważ społecznie przyjęte jest, że osoba starsza ma prawo wielu rzeczy nie pamiętać, być zagubiona, nieaktywna, nie funkcjonować tak jak dotychczas (kiedy np. pracowała zawodowo). Sytuacja zmienia się dopiero wtedy, gdy pojawiają się poważne objawy, takie jak drastyczny spadek sprawności poznawczych, który uniemożliwia codzienne życie [Seligman, Walker, Rosenhan 2003: 509].

Według klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) otępienie to zespół spowodowany chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym [Pużyński, Wciórka 2000: 51]. Demencja (otępienie) stanowi proces deterioracji czynności poznawczych, z towarzyszącymi zmianami stanu psychicznego i emocjonalnego. Do najczęstszych problemów należą: pobudzenie, depresja, agresja i apatia [Seligman, Walker, Rosenhan 2003: 509].

Otępienie jest poważnym problemem na całym świecie. Szacuje się, że w Polsce prawdopodobnie żyje z otępieniem około 470 000 osób, wliczając osoby niezdiagnozowane oraz nieleczone, natomiast osób z postawioną diagnozą oraz poddanych leczeniu z powodu choroby Alzheimera jest około 200 000 [Rymaszewska, Szcześniak, Urbańska, Droes (red.) 2017: 11]. Joanna Rymaszewska podkreśla, iż choroba nie tylko dotyka osoby na nią zapadające, lecz także stanowi duży problem dla ich najbliższych i opiekunów (współmałżonków, dzieci, wnuków, rodzeństwa).

Muzykoterapia w zaburzeniach otępiennych

Muzykoterapia może odgrywać ważną rolę w podtrzymywaniu funkcji kognitywnych i emocjonalnych oraz w zwalnianiu postępowania objawów choroby. Może również ułatwiać kształtowanie relacji między chorym a jego najbliższym środowiskiem, ponieważ umożliwia specyficzny rodzaj interakcji i stwarza bezpieczną atmosferę [Konieczna-Nowak 2013: 101].

Muzyka w terapii zaburzeń otępiennych może pełnić funkcje:

- > ewaluacyjne – sesje muzykoterapeutyczne mogą służyć ocenie funkcji poznawczych (takich jak pamięć, koncentracja uwagi, podzielność uwagi, percepcja) lub motorycznych; oceniać można również umiejętności językowe oraz interakcje psychospołeczne; techniki muzykoterapeutyczne stosowane są w celu oceny obszarów funkcjonowania pacjenta (fluencja, utrzymanie tematu rozmowy, uwaga, koncentracja i celowość), szczególnie w tych sytuacjach, kiedy inne metody diagnostyczne nie przedstawiają ich adekwatnie;
- > regulacyjne – muzyka o działaniu uspokajającym lub muzyka prowadząca do adaptacji behawioralnej;
- > stymulujące – muzyka jako stymulacja ciała; muzyka jako stymulacja funkcji poznawczych;
- > komunikacyjne – działania muzyczne usprawniające komunikację, poprawiające aparat mowy, wpływające na interakcje interpersonalne [Ridder 2005: 73–74; Ruda, Rymaszewska 2013: 43].

Muzyka zastosowana w terapii grupowej osób starszych może wpływać na zwiększenie zrelaksowania, na pobudzenie sfery fizycznej, społecznej, kognitywnej, na poprawę zachowania oraz komunikacji i interakcji [Ridder 2002: 192].

Konieczna-Nowak podaje, że celem muzykoterapii u osób z otępieniem jest stymulowanie pamięci, ćwiczenie koncentracji uwagi, poprawa orientacji, pobudzenie wspomnień, stymulowanie komunikacji (werbalnej i niewerbalnej), wzrost aktywności, ekspresja emocjonalna, poprawa aktywności, uspokojenie, wyciszenie, zrelaksowanie, obniżenie poziomu lęku oraz utrzymywanie relacji [Konieczna-Nowak 2013: 102].

Muzykoterapia stosowana w obszarze chorób neurodegeneracyjnych wykorzystuje różne metody i techniki pracy. Często proponowane są:

- > wspólne śpiewanie (*sing-along*),
- > reminiscencja muzyczna (*music reminiscence*),
- > zajęcia z muzyką w tle (*background music*),
- > wspólne granie (*play-along*),
- > tworzenie piosenek (*songwriting*), praca nad tekstem piosenek (np. uzupełnianie luk w tekście – *fill in the gaps*),
- > słuchanie muzyki (*music listening*),
- > muzyka i ruch (*music and movement*),
- > tańce ludowe, towarzyskie, integracyjne (*folk dancing, social dancing*),
- > improwizacja terapeutyczna (*therapeutic improvisation*),
- > śpiew terapeutyczny (*therapeutic singing*),
- > terapia wibroakustyczna (*vibroacoustic therapy*),
- > niwelowanie stresu (*stress reduction*) [Ridder 2002: 193–194].

Hanne Mette Ridder podkreśla, że niektóre inicjatywy są stosowane przez muzykoterapeutę w sesjach indywidualnych, inne w grupowych (np. muzyka i ruch, wspólne śpiewanie, muzyka reminiscencyjna, *song-writing*), jeszcze inne może wprowadzać personel zatrudniony w ośrodku (zajęcia z muzyką w tle, słuchanie muzyki, wspólne granie) [Ridder 2002: 193–194].

Spśród wielu inicjatyw muzycznych wykorzystywanych w terapii warto zwrócić uwagę na metody muzykoterapii neurologicznej (*Neurologic Music Therapy* – NMT), nazywanej też neuromuzykoterapią. Neuromuzykoterapia lub muzykoterapia neurologiczna definiowana jest jako terapeutyczne stosowanie muzyki w poznawczych, czuciowych i ruchowych dysfunkcjach w przebiegu uszkodzeń i chorób układu nerwowego. Opiera się na neurofizjologicznym modelu percepcji muzyki oraz na jej wpływie na funkcjonalne zmiany w niemuzycznym mózgu. Techniki stosowane w tej metodzie są potwierdzone naukowo i ukierunkowane na osiągnięcie pozamuzycznych, terapeutycznych celów. Zostały one zestandaryzowane zgodnie z terminologią oraz aplikacją kliniczną skoncentrowaną na potrzebach pacjentów [Bukowska, Konieczna-Nowak 2010: 45–50].

W muzykoterapii neurologicznej wyróżnić można:

- > techniki sensomotoryczne,
- > techniki logopedyczne,
- > techniki kognitywne.

W terapii zaburzeń otępiennych najczęściej stosowane są techniki kognitywne. Należą do nich:

- > muzyczny zmysłowy trening orientacyjny (*Music Sensory Orientation Training – MSOT*),
- > muzyczny trening zespołu zaniedbywania (*Music Neglect Training – MNT*),
- > słuchowy trening percepcyjny (*Auditory Perception Training – APT*),
- > muzyczny trening kontroli uwagi (*Musical Attention Control Training – MACT*),
- > muzyczny trening pamięci (*Musical Mnemonic Training – MMT*),
- > skojarzeniowy trening nastroju i pamięci (*Associative Mood and Memory Training – AMMT*),
- > muzyczny trening funkcji wykonawczych (*Musical Executive Functions Training – MEFT*),
- > muzyczna psychoterapia i doradztwo (*Music Psychotherapy and Counseling – MPC*).

Podział technik muzykoterapii neurologicznej (*Neurologic Music Therapy – NMT*) na techniki kognitywne stosowane dla poprawy uwagi i percepcji, poprawy pamięci, poprawy funkcji wykonawczych oraz poprawy zachowań psychospołecznych przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Podział technik muzykoterapii neurologicznej ze względu na funkcje poprawy uwagi i percepcji, poprawy pamięci, poprawy funkcji wykonawczych oraz poprawy zachowań psychospołecznych

Techniki kognitywne muzykoterapii neurologicznej (NMT)	
Dla poprawy uwagi i percepcji	Muzyczny zmysłowy trening orientacyjny (<i>Music Sensory Orientation Training – MSOT</i>)
	Muzyczny trening zespołu zaniedbywania (<i>Music Neglect Training – MNT</i>)

Techniki kognitywne muzykoterapii neurologicznej (NMT)	
Dla poprawy uwagi i percepcji	Słuchowy trening percepcyjny (<i>Auditory Perception Training – APT</i>)
	Muzyczny trening kontroli uwagi (<i>Musical Attention Control Training – MACT</i>)
Dla poprawy pamięci	Muzyczny trening pamięci (<i>Musical Mnemonic Training – MMT</i>)
	Skojarzeniowy trening nastroju i pamięci (<i>Associative Mood and Memory Training – AMMT</i>)
Dla poprawy funkcji wykonawczych	Muzyczny trening funkcji wykonawczych (<i>Musical Executive Functions Training – MEFT</i>)
Dla poprawy zachowań psychospołecznych	Muzyczna psychoterapia i doradztwo (<i>Music Psychotherapy and Counseling – MPC</i>)

Ocena poziomu aktywności funkcjonowania – *The Functional Independence Measures™ (FIM™)*

Felicity Baker i Jeanette Tamplin podają, że oceny zajęć muzykoterapii neurologicznej można dokonać za pomocą *The Functional Independence Measures™ – FIM™*. Ewaluację taką przeprowadza się w celu monitorowania osiągnięć pacjenta, a także dokonywania zmian w programie muzykoterapeutycznym (nakierowania na odpowiednie obszary w celu pracy terapeutycznej/rehabilitacyjnej) [Baker, Tamplin 2006: 36]. *The Functional Independence Measures™* został opracowany jako część *Uniform Data System for Medical Rehabilitation* na State University of New York w Buffalo, a wersję 5.1 narzędzia FIM™ opublikowano w 1997 roku. Skalę FIM™ stosuje się powszechnie w Stanach Zjednoczonych

i na świecie. Jest wykorzystywana w warunkach rehabilitacji szpitalnej, a także w opiece długoterminowej, w rehabilitacji oraz w środowisku opieki domowej w celu pomiaru poziomu aktywności funkcjonowania.

Diagnostyka neuropsychologiczna służąca ocenie muzykoterapii w zaburzeniach otępiennych

Wiele badań z zakresu muzykoterapii w obszarze zaburzeń otępiennych koncentruje się na ukazaniu efektu muzykoterapii, szczególnie na zmniejszeniu objawów psychiatrycznych (poprawie stanu psychicznego pacjenta). W badaniach tych zastosowane są znane powszechnie skale, takie jak inwentarz neuropsychiatryczny (*Neuropsychiatric Inventory* – NPI), *Cohen-Mansfield Agitation Inventory* – CMAI, różne skale służące ocenie depresji, w tym geriatryczna skala depresji (*Geriatric Depression Scale* – GDS), *Hamilton Depression Rating Scale* czy *Cornell Scale for Depression in Dementia*. Oceny muzykoterapii w obszarze zaburzeń otępiennych można dokonywać na podstawie dostępnych narzędzi diagnostycznych w szeroko rozumianej diagnostyce neuropsychologicznej. Literatura potwierdza efekty stosowania muzykoterapii mierzonej wymienionymi skalami w obszarze zarówno zachowania, jak i poprawy nastroju [McDermott, Orrell, Ridder 2015: 232–233].

Diagnostyka w zaburzeniach otępiennych obejmuje: wywiad, całościową ocenę stanu zdrowia, badanie neurologiczne, ocenę stanu psychicznego, ocenę funkcji poznawczych, w tym badania neuropsychologiczne oraz przesiewowe badanie funkcji poznawczych, badania laboratoryjne, neuroobrazowe i inne. W zakres oceny neuropsychologicznej wchodzi: wywiad, obserwacja, ocena funkcji językowych i pamięci semantycznej, ocena funkcji wzrokowo-przestrzennych, ocena praktyki, kalkulii, uwagi i pamięci operacyjnej, ocena pamięci epizodycznej, ocena myślenia abstrakcyjnego oraz funkcji wykonawczych.

Do przesiewowych metod oceny funkcji poznawczych należą:

- 1) testy ogólne:

- > Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego (*Mini-Mental State Examination* – MMSE),
 - > Montrealska Skala Oceny Funkcji Poznawczych (*Montreal Cognitive Assessment* – MoCA), wykrywająca łagodne zaburzenie funkcji poznawczych,
 - > Krótki Test Oceny Stanu Psychicznego – KTSP (*Short Test of Mental Status* – STMS),
 - > TYM Test (*Test Your Memory* – TYM),
 - > *DemTect*,
 - > *The Saint Louis University Mental Status Examination* – SLUMS;
- 2) testy umożliwiające stworzenie wstępnego profilu poznawczego:
- > *Addenbrooke's Cognitive Examination III* (ACE-III),
 - > *Mattis Dementia Rating Scale* (DRS),
- 3) testy o wąskim profilu:
- > test rysowania zegara (TRZ),
 - > *The Executive Interview* (Exit-25),
 - > *Quick Exit*,
 - > *Frontal Assessment Battery* (FAB),
 - > *INECO Frontal Screening* (IFS),
 - > *Frontal Executive Screen* (FES),
 - > *The Brief Memory and Executive Test* (BMET);
- 4) testy bardzo krótkie:
- > *The Mini-Cog*,
 - > *The General Practitioner Assessment of Cognition* (GPCog),
 - > *The Abbreviated Mental Test Score* (AMTS);
- 5) testy dla wybranych grup chorych:
- > *Parkinson's Disease Cognitive Rating Scale* (PD-CRS),
 - > *Huntington's Disease Cognitive Rating Scale* (HD-CRS),
 - > *Edinburgh Cognitive and Behavioural ALS Screen* (ECAS),
 - > *Oxford Cognitive Screen* (OCS) [Rakoczy 2015: 99–105; Sitek, Wójcik, Barczak, Sławek 2015: 21–32].

Agnieszka Gorzkowska i Maja Patalong-Ogiewa podają, że w ocenie neuropsychologicznej wykorzystuje się różnorodne metody, na przykład:

- > test słuchowo-werbalnego uczenia się 15 słów wraz z przypominaniem po odroczeniu i próbą rozpoznawania słów (adaptacyjna wersja testu uczenia się Reya – *The Rey Auditory Verbal Learning Test* – AVLT);
- > test pamięci wzrokowej Bentona (*Benton Visual Retention Test* – BVRT);
- > test złożonej figury Reya (*The Rey-Osterreith Complex Figure Test* – ROCFT),
- > test fluencji słownej, w którym kategorię semantyczną mogą stanowić „zwierzęta”, „warzywa”, „owoce”, „imiona męskie” lub „przedmioty ostre”, a kategorię fonologiczną stanowią słowa rozpoczynające się na określoną literę, np. K, P, A, F, S;
- > bostoński test nazywania (*Boston Naming Test* – BNT);
- > test sekwencyjnego odejmowania po 7 od 100;
- > test łączenia punktów (TŁP), część A i B (*Trail Making Test* – TMT);
- > test Stroopa;
- > próby kliniczne obejmujące ocenę praksji pozy, praksji przestrzeni, praksji dynamicznej, przełączania ruchowego;
- > zestaw prób do badania procesów poznawczych u pacjentów z uszkodzeniem mózgu [Gorzkowska, Patalong-Ogiewa 2016: 161–162].

W szczegółowym badaniu neuropsychologicznym poza metodami badania funkcji stosowane są również narzędzia do oceny zachowania, takie jak kwestionariusz neuropsychiatryczny (*Neuropsychiatric Inventory* – NPI) czy metoda oceny wykonywania codziennych czynności – kwestionariusz aktywności dnia codziennego (*Alzheimer’s Disease Cooperative Study – Activities of Daily Living* – ADCS-ADL). Z kolei poziom ogólnego funkcjonowania pacjenta można badać za pomocą skali klinicznej oceny stopnia otępienia (*Clinical Dementia Rating* – CDR) [Gorzkowska, Patalong-Ogiewa 2016: 161–162].

Przedstawione powyżej skale służące diagnozie neuropsychologicznej mogą stanowić pomoc w ocenie efektywności (lub jej braku) muzykoterapii w obszarze zaburzeń otępiennych.

Muzykoterapeutyczna ocena skuteczności muzykoterapii w chorobach otepiennych

Innym rodzajem ewaluacji zajęć muzykoterapeutycznych jest ocena prowadzona przez samego muzykoterapeutę lub odwołująca się do narzędzi oceny muzykoterapeutycznej. Wiele ważnych skal służących ocenie działań terapii przez muzykę odnaleźć można w pozycji *Music Therapy Assessment. Theory, Research, and Application* pod redakcją Stine Lindahl Jacobsen, Erica G. Waldona i Gustava Gattina z przedmową Barbary L. Wheeler [Jacobsen, Waldon, Gattino (eds) 2018].

Podręcznik ten jest antologią najnowszych badań nad metodami oceny w muzykoterapii. Opiera się na ustaleniach członków Międzynarodowego Konsorcjum Oceny Muzykoterapii (International Music Therapy Assessment Consortium – IMTAC) i obejmuje takie zagadnienia jak standaryzacja niezawodnych narzędzi oceny, obecnie stosowane modele oceny, a także sposoby ich wdrożenia w warunkach klinicznych. Jak podaje Barbara L. Wheeler, ocena jest niezbędna w muzykoterapii, ale rozumienie oceny oraz jej metod przez muzykoterapeutów nie zawsze odpowiada potrzebom klinicznym. Chociaż w ciągu lat wykształcono wiele technik klinicznych, rozwój procesu oceny w muzykoterapii trwał zdecydowanie dłużej. Sytuacja ta zaczęła się zmieniać, a omawiana pozycja książkowa, która oprócz prezentacji różnych perspektyw zawiera ważne informacje psychometryczne, może w dużej mierze przyczynić się do tej zmiany [Wheeler 2018: 11–14].

Książka *Music Therapy Assessment, Theory, Research, and Application* omawia następujące narzędzia do oceny muzykoterapii:

- > *The Individual Music-Centered Assessment Profile for Neurodevelopmental Disorders* (John Carpenter)¹,
- > *The Music Therapy Expressions and Communication Scale* (Dorothee von Moreau),
- > *The Music-Based Scale for Autism Diagnostic* (Thomas Bergmann),

1 » W nawiasach podane są nazwiska autorów opisujących konkretne narzędzie do oceny muzykoterapii.

- > *The Individualized Music Therapy Assessment Profile* (Penny Roberts),
- > *Event-Based Analysis* (Tony Wigram, Stine Lindahl Jacobsen),
- > *The AQR Tool: Assessment of Quality of Relationship* (Karin Schumacher, Claudine Calvet, Silke Reimer),
- > *The Music-Based Evaluation of Cognitive Functioning* (Anne Lipe),
- > *Residual Music Skills Test* (Elizabeth York),
- > *The Interpersonal Music-Communication Competence Scales* (Søren Hald),
- > *The Assessment of Parent-Child Interaction* (Stine Lindahl Jacobsen),
- > *The Music Therapy Toolbox* (Jaakko Erkkilä, Thomas Wosch),
- > *The Voice Assessment Profile* (Sanne Storm),
- > *The Psychiatric Music Therapy Questionnaire* (Michael D. Cassity),
- > *The Intramusical Relationship Scale* (Karina Daniela Ferrari),
- > *The Music in Dementia Assessment Scales* (Orii McDermott),
- > *The Music Therapy Assessment Tool for Awareness in Disorders of Consciousness* (Wendy L. Magee).

Spśród wyżej wymienionych pozycja *Music in Dementia Assessment Scales* (MiDAS) typowana jest do oceny muzykoterapii w pracy z osobami z chorobą otępienną.

Skala ta została opracowana w celu zmierzenia obserwowalnego zaangażowania w działania muzyczne podczas zajęć muzykoterapeutycznych u osób z umiarkowaną lub zaawansowaną demencją, u których mogą występować ograniczone werbalne umiejętności bezpośredniego komunikowania swoich muzycznych doświadczeń. Formularze MiDAS wypełniają zarówno muzykoterapeuta, jak i członek personelu, który zapewnia codzienną opiekę osobie badanej w dniu muzykoterapii. To pozwala ocenić, czy zmiany zaobserwowane podczas sesji muzykoterapii są również zauważane przez pracowników, którzy nie uczestniczyli w sesji, a mieli bezpośredni kontakt z osobą danego dnia.

Skale oceny skuteczności wpływu muzyki w chorobach otępiennych zostały opracowane i poddane walidacji psychometrycznej w 2013 roku. Obecnie skala MiDAS przetłumaczona jest na kilka języków, w tym na

język duński, norweski, hiszpański oraz portugalski. Od czasu opublikowania formularza MiDAS w 2014 roku jego układ został poprawiony na podstawie opinii klinicystów i badaczy, którzy używali muzyki w swojej pracy z osobą chorującą na otępienie. Nowe formularze MiDAS można pobrać z witryny <https://www.musictherapy.aau.dk/midas/using-midas/>. Pozostają one niezmienione, aby zachować niezawodność oraz ważność psychometryczną.

Skala MiDAS wykorzystuje wizualne skale analogowe (*Visual Analogue Scales* – VAS) bez punktów kontrolnych (linie ciągłe). Każda skala składa się z linii o długości 100 mm bez odstępów, z dwoma skrajnościami skali oznaczonymi jako „w ogóle” (*none at all*) i „najwyższy” (*highest*). „Najwyższy” określa optymalny poziom, jaki osoba z demencją może osiągnąć na tym etapie życia. Oznacza to, że wraz z postępem demencji u danej osoby jej optymalny poziom również może się zmienić. Ponieważ najwyższy poziom u każdego jest inny, używający skali MiDAS musi znać ocenianą osobę wystarczająco dobrze.

Wynik uzyskany po przebadaniu skalą MiDAS jest miarą obserwacji, którą niezależnie muszą przeprowadzić muzykoterapeuta oraz członek personelu zapewniającego codzienną opiekę osobie z otępieniem. Formularz terapeuty oraz formularz personelu powinien zostać wypełniony tego samego dnia. Przed rozpoczęciem sesji oceniający personel poświęca chwilę, by zastanowić się nad ogólnym samopoczuciem osoby badanej w tym dniu, i wypełnia formularz „przed” (*Before*). Po zakończonej sesji terapeuta wypełnia dwa formularze MiDAS: formularz „początek” (*Beginning*) oraz formularz „w trakcie” (*During*). Ocena początkowa (*Beginning*) opiera się na obserwacji pacjenta mniej więcej w ciągu pierwszych pięciu minut sesji i stanowi wynik wyjściowy dla tego dnia. Formularz „w trakcie” jest wypełniany na podstawie obserwacji pacjenta podczas jego „najlepszych pięciu minut” tej sesji. „Najlepsze pięć minut” implikuje ten odcinek sesji, który terapeuta uznał za najważniejszy klinicznie dla konkretnego pacjenta w danym dniu. Ponieważ proces terapii każdego pacjenta i jego relacje z terapeutami są wyjątkowe, autorzy skali nie wskazują, co należy uznać za „najlepsze pięć minut”, pozostawiając tę kwestię ocenie każdego terapeuty.

Opiekujący się osobą badaną/oceniającą pracownik, który wypełnił formularz „przed”, wypełnia następnie formularz „po” kilka godzin po sesji tego samego dnia. Ważne jest, aby formularz „po” nie był wypełniany od razu po sesji, gdy prawdopodobne jest jej natychmiastowe oddziaływanie. Wypełnienie formularza „po” kilka godzin później pozwala ocenić krótkoterminowy (tego samego dnia) efekt interwencji.

Tak więc kolejność oceny stosowanej w MiDAS w odniesieniu do muzykoterapii jest następująca:

- > ocena personelu „przed” (*Before*),
- > ocena muzykoterapeuty „początkowa” (*Beginning*),
- > ocena muzykoterapeuty „w trakcie” (*During*),
- > ocena personelu „po” (*After*).

Wypełnione formularze MiDAS są mierzone ręcznie za pomocą linijki, a wyniki oznaczone na każdej skali VAS są odpowiednio rejestrowane. Łączne wyniki pięciu pozycji skali VAS są podawane jako wyniki MiDAS. Jednak ważne jest również, aby rejestrować i oceniać zmiany w poszczególnych punktach skali VAS w zależności od nasilenia otępienia danej osoby oraz jej umiejętności i potrzeb. Na przykład w wypadku osoby z zaawansowanym otępieniem o bardzo ograniczonej sprawności ruchowej, często zasypiającej, oczekiwanie konsekwentnie rosnących wyników dotyczących działania (inicjacji) lub zaangażowania prawdopodobnie nie jest realistyczne. Jednak wzrost zainteresowania lub reaktywności podczas sesji lub po niej może być zauważalny. Konsekwentne zmniejszanie się wyniku MiDAS w ciągu tygodni może wskazywać, że dana osoba nie korzysta z interwencji lub że demencja postępuje.

Kwestionariusz dla muzykoterapeuty zawiera pięć skal VAS przeznaczonych do pomiaru u osoby badanej poziomów:

- > zainteresowania przedmiotami/czynnościami/ludźmi wokół niej (*attention* – uwaga),
- > reakcji w komunikacji/aktywności (*awareness* – świadomość, *interaction* – interakcja),
- > inicjacji w komunikacji/aktywności (*intention* – intencja),
- > zaangażowania w komunikację/aktywność (*participation* – uczestnictwo),

> przyjemności podczas komunikacji/aktywności.

W punkcie szóstym kwestionariusza MiDAS nie ma skali VAS do odnotowania poziomu funkcjonowania pacjenta, jest natomiast pytanie o zauważalne istotne reakcje uczestnika w trakcie trwania zajęć (nieprzedstawione na skalach VAS), takie jak:

- > poruszenie/agresja vs zrelaksowanie,
- > wycofanie/obniżenie nastroju vs uwaga/zainteresowanie,
- > niepokój vs radość/uśmiech.

Ostatni, siódmy punkt kwestionariusza MiDAS zawiera prośbę o komentarz do całego badania. Jest uzupełniany na przykład w sytuacji, gdy osoba biorąca udział w muzykoterapii przesypia większość czasu trwania sesji. W takim wypadku należy pominąć pomiar według wyżej wymienionych skal VAS i uzupełnić punkt siódmy kwestionariusza.

Jak już wspomniano, kwestionariusz MiDAS dla muzykoterapeuty uzupełniany jest przez niego dwukrotnie – w trakcie pierwszych pięciu minut od rozpoczęcia sesji oraz podczas sesji muzykoterapeutycznej („najlepsze pięć minut sesji”). Kwestionariusz MiDAS dla personelu zawiera te same skale VAS oraz punkty 6 i 7 jak w kwestionariuszu MiDAS dla muzykoterapeuty. Różni się głównie momentem uzupełnienia danych – przed przystąpieniem do zajęć muzykoterapeutycznych (*Before*) oraz po upływie dłuższego czasie od zakończenia zajęć (*After*).

Skala przydaje się zatem do oceny zmian w czasie oraz krótkoterminowego wpływu interwencji muzycznej. Jednak interpretacja wyników MiDAS zawsze wymaga kontekstu klinicznego. Orii McDermott i Hanne Mette Ochsner Ridder podają, że aby korzystać z formularzy MiDAS, nie trzeba uczestniczyć w specjalnych szkoleniach. Zachęcają jednak, aby bardziej doświadczone osoby zapewniały sesje wprowadzające lub praktyki nowym osobom rozpoczynającym działanie kliniczne w obszarze chorób otępiennych. Autorzy podają również, że zastosowanie formularza MiDAS jest bezpłatne. Należy natomiast wskazać autorstwo w wypadku wykorzystania tego narzędzia w pracach badawczych i w wynikających z nich artykułach naukowych [McDermott 2018: 376–391]. Wzór formularza dla muzykoterapeuty znajduje się w aneksie 1,

a wzór formularza dla personelu – w aneksie 2 (wzory dostępne na oficjalnej stronie MiDAS: <https://www.musictherapy.aau.dk/midas/midas-forms/>).

Zakończenie

W obszarze chorób otępiennych coraz częściej stosuje się wybrane interwencje terapeutyczne z użyciem muzyki. Muzykoterapia rozwija się w tym zakresie bardzo intensywnie, co potwierdzają zarówno coraz to nowsze badania, jak i konkretne pozycje książkowe, takie jak:

- > *Music Therapy and Neurological Rehabilitation: Performing Health* [Aldridge (ed.) 2005];
- > *Music Therapy in Dementia Care* [Aldridge (ed.) 2000];
- > *Connecting Through Music with People with Dementia: A Guide for Caregivers* [Rio 2009].

Ocena w muzykoterapii jest również zagadnieniem bardzo rozwijanym w ostatnich latach, o czym świadczy duże zainteresowanie tematem, a także ukazanie się wspomnianej już pozycji *Music Therapy Assessment. Theory, Research, and Application* [Jacobsen, Waldon, Gattino (eds) 2018].

W praktyce klinicznej coraz większą popularnością cieszy się ocena muzykoterapii nie za pomocą narzędzi dostępnych w badaniach lekarskich lub psychologicznych (np. diagnozy neuropsychologicznej), lecz przy zastosowaniu narzędzi muzykoterapeutycznych, takich jak *Music in Dementia Assessment Scales* (MiDAS), skierowanych do osób chorujących na otępienie.

Korzystanie z dobrze opracowanych narzędzi oceny muzykoterapii daje możliwość zwiększenia profesjonalizmu pracy muzykoterapeuty. Pozwala na odpowiednie modyfikowanie zajęć terapeutycznych z wykorzystaniem muzyki we właściwym momencie procesu terapeutycznego z uwzględnieniem potrzeb i celów, co może istotnie wpłynąć na zwiększenie wydajności i skuteczności pracy muzykoterapeutycznej.

Bibliografia

- Aldridge David (ed.), 2000, *Music Therapy in Dementia Care*, London: Jessica Kingsley Publishers.
- Aldridge David (ed.), 2005, *Music Therapy and Neurological Rehabilitation: Performing Health*, London–Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Baker Felicity, Tamplin Jeanette, 2006, *Music Therapy Methods in Neurorehabilitation: A Clinician's Manual*, London–Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Bukowska Anna, 2012, *Muzykoterapia neurologiczna*, [w:] K. Stachyra (red.), *Model, metody i podejścia w muzykoterapii*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 165–178.
- Bukowska Anna, 2016, *Muzykoterapia*, [w:] A. Bac (red.), *Terapia zajęciowa*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 151–161.
- Bukowska Anna, Konieczna-Nowak Ludwika, 2010, *Neuromuzykoterapia w pracy muzykoterapeutów, fizjoterapeutów, logopedów i terapeutów zajęciowych*, [w:] P. Cylulko (red.), *Muzykoterapia. Tożsamość – transgresja – transdyscyplinarność*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 45–51.
- Gorzowska Agnieszka, Patalong-Ogiewa Maja, 2016, *Znaczenie badania neuropsychologicznego w diagnozie pacjenta z otępieniem*, „Logopedia Silesiana”, t. 5, s. 152–166.
- Jacobsen Stine Lindahl, Waldon Eric G., Gattino Gustavo (eds), 2018, *Music Therapy Assessment. Theory, Research, and Application*, London–Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Konieczna-Nowak Ludwika, 2013, *Wprowadzenie do muzykoterapii*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- McDermott Orii, Orrell Martin, Ridder Hanne Mette, 2015, *The Development of Music in Dementia Assessment Scales (MiDAS)*, „Nordic Journal of Music Therapy”, vol. 24, no. 3, s. 232–251.
- McDermott Orii, 2018, *The Music in Dementia Scale*, [w:] S.L. Jacobsen, E.G. Waldon, G. Gattino (eds), *Music Therapy Assessment. Theory, Research, and Application*, London–Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 376–391.
- Pużyński Stanisław, Wciórka Jacek, 2000, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Rakoczy Wojciech, 2015, *Neuropsychologiczna ocena funkcji wykonawczych – przegląd*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, t. 25, nr 2, s. 99–105.
- Ridder Hanne Mette Ochsner, 2002, *Music Therapy with Older Adults*, [w:] T. Wigram, I.N. Pedersen, L.O. Bonde (eds), *A Comprehensive Guide to Music Therapy*.

- Theory, Clinical Practice, Research and Training*, London–Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, s. 188–196.
- Ridder Hanne Mette Ochsner, 2005, *An Overview of Therapeutic Initiatives when Working with People Suffering from Dementia*, [w:] D. Aldridge (ed.) *Music Therapy and Neurological Rehabilitation. Performing Health*, London–Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, s. 61–82.
- Rio Robin, 2009, *Connecting Through Music with People with Dementia: A Guide for Caregivers*, London: Jessica Kingsley Publishers.
- Ruda Katarzyna, Rymaszewska Joanna, 2013, *Wybrane zagadnienia z terapii muzyką osób chorujących na zaburzenia otępienne*, „*Neuropsychiatria i Neuropsychologia*”, t. 8, nr 1, s. 40–46.
- Ruda Katarzyna, Trypka Elżbieta, 2013, *Terapeutyczne znaczenie muzyki dla regulowania zaburzeń zachowania w rehabilitacji pacjentów chorujących na otępienie*, „*Psychogeriatrya Polska*”, t. 10, nr 4, s. 157–164.
- Ruda Katarzyna, Trypka Elżbieta, 2014, *Zastosowanie wybranych technik neuromuzykoterapeutycznych w rehabilitacji pacjentów z otępieniem*, „*Psychogeriatrya Polska*”, t. 11, nr 1, s. 17–24.
- Rymaszewska Joanna, Szcześniak Dorota, Urbańska Katarzyna, Droes Röse-Marie (red.), 2017, *Przewodnik o tworzeniu Centrów Spotkań dla osób z otępieniem i ich opiekunów*, Wrocław: Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.
- Seligman Martin E. P., Walker Elaine F., Rosenhan David L., 2003, *Psychopatologia*, tłum. J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
- Sitek Emilia J., Wójcik Jan, Barczak Anna, Sławek Jarosław, 2015, *Diagnoza neuropsychologiczna w atypowych zespołach parkinsonowskich*, „*Polski Przegląd Neurologiczny*” t. 11, nr 1, s. 21–32.
- Wheeler Barbara L., 2018, *Foreword*, [w:] S.L. Jacobsen, E.G. Waldon, G. Gattino (eds) 2018, *Music Therapy Assessment. Theory, Research, and Application*, London–Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Streszczenie

Muzykoterapia może stanowić cenne wsparcie w obszarze zaburzeń otępiennych. Ocena skuteczności muzykoterapii jest tematem bardzo istotnym z punktu widzenia zarówno profesji muzykoterapeuty, jak i klinicznych aspektów tego rodzaju terapii.

Artykuł prezentuje podstawowe informacje na temat zaburzenia otępienne-
go, opisuje muzykoterapię w demencji, przedstawia *The Functional Independence
Measures™* oraz wymienia metody diagnozy neuropsychologicznej. Kolejna część
tekstu odnosi się do metody oceny muzykoterapeutycznej za pomocą skali *Mu-
sic in Dementia Assessment Scale* – MiDAS stosowanej wśród pacjentów z chorobą
otępienną. Skala MiDAS używana jest w wielu krajach na całym świecie i przetłu-
maczona została na kilka języków: duński, norweski, hiszpański oraz portugal-
ski. Celem autorki jest przedstawienie aktualnie wykorzystywanych skal do oceny
skuteczności muzykoterapii w obszarze chorób otępiennych.

Słowa kluczowe: MiDAS, muzykoterapia, ocena, otępienie

KATARZYNA TUREK – muzykoterapeuta, muzyk, magister sztuki, doktor
nauk o kulturze fizycznej. Ukończyła studia w Akademii Muzycznej im. Karola Li-
pińskiego we Wrocławiu (kierunek: kompozycja i teoria muzyki, specjalność: mu-
zykoterapia) oraz w Katowicach (kierunek: instrumentalistyka, specjalność: obój).
Pracę doktorską na temat *Muzykoterapia a zmienność rytmu zatokowego serca oraz
wybrane czynniki psychologiczne u młodzieży leczonej z powodu choroby nowotworo-
wej* obroniła na Wydziale Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego we Wro-
cławiu. Pracuje jako adiunkt w Zakładzie Muzykoterapii Akademii Muzycznej im.
Karola Lipińskiego we Wrocławiu oraz jako konsultant muzykoterapii w Centrum
Spotkań dla osób z otępieniem i ich opiekunów prowadzonym przez Dzienny Dom
Pomocy „Na Ciepłej” Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej we Wrocławiu. Jest
autorką i współautorką publikacji naukowych z zakresu muzykoterapii w obsza-
rze onkologii, psychogeriatry oraz chorób neurodegeneracyjnych. Współpracuje
z ośrodkami działającymi na rzecz promowania terapii przez sztukę oraz uczest-
niczy czynnie w programach wspierających osoby dotknięte różnymi chorobami,
w tym cywilizacyjnymi. Brała aktywny udział w konferencjach o tematyce muzy-
koterapeutycznej, a także psychogeriatrycznej, psychiatrycznej, onkologicznej,
rehabilitacyjnej. Współpracuje z Akademią Wychowania Fizycznego we Wrocła-
wiu, Uniwersytetem Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Akademią
Muzyczną im. Karola Szymanowskiego w Katowicach.

Aneksy « Strony 214–217

- > **Aneks 1.** Wzór formularza MiDAS dla muzykoterapeuty: O. McDermott, M. Orrell, H.M. Ridder, *Music in Dementia Assessment Scales. MiDAS Music Therapist*, [online:] https://www.musictherapy.aau.dk/digitalAssets/388/388254_mid-as-mt-2020.pdf [17.10.2020]. MiDAS © 2018 McDermott, Orrell, Ridder. « **Strony 214–215**
- > **Aneks 2.** Wzór formularza MiDAS dla personelu: O. McDermott, M. Orrell, H.M. Ridder, *Music in Dementia Assessment Scales. MiDAS Staff*, [online:] https://www.musictherapy.aau.dk/digitalAssets/388/3-88253_mid-as-staff-2020.pdf [17.10.2020]. MiDAS © 2018 McDermott, Orrell, Ridder. « **Strony 216–217**

MiDAS · Music therapist

Music in Dementia Assessment Scales

Name (Resident):

Completed by:

Date: Time of rating:

Indicate which rating this is (tick the box): 1. Beginning 2. During

If the person appeared asleep for most of the time, do not score question 1-6, but continue to question 7.

1. Levels of Interest in objects/activities/people around him/her (attention). For example:

- Did he/she show **interest in an activity** or **other people** around him/her?
- Did his/her **posture** or **facial expression** change if activities or music caught his/her attention?
- Did he/she become **animated** if activities or music caught his/her attention?

None at all _____ Highest

2. Levels of Response in communication/activity (awareness, interaction). For example:

- Did his/her **facial expression** or **body-movements** indicate his/her awareness of staff or therapist?
- Did he/she make **eye-contact** with staff, therapist or other group members?
- Did he/she join in **conversation, music making** or make **vocal sound**?

None at all _____ Highest

3. Levels of Initiation in communication/activity (intention). For example:

- Did he/she try to **communicate** with staff, therapist or other group members?
- Did he/she start **conversation, start music making, or initiate vocalisation**?
- Did he/she talk about his/her life experiences (**reminiscence**) or **mention music** meaningful to them?

None at all _____ Highest

4. Levels of Involvement in communication/activity (participation). For example:

- Did he/she become **engaged** in conversation, music making, or any form of communication?
- Did he/she show **enthusiasm** in activities that interest him/her?

None at all _____ Highest

5. Levels of Enjoyment during communication/activity. For example:

- Did he/she smile, laugh, show brighter mood?
- Did he/she show playfulness, sense of humour?
- Was he/she relaxed?

None at all _____ Highest

Office use only

1	2	3	4	5
<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>

MiDAS · Music therapist

Music in Dementia Assessment Scales

6. During this period of time did you notice any **major reactions from the person?**

Indicate if only major reactions are observed. Use this list as supplementary information to the five VAS.

- | | |
|--|---|
| Agitated/aggressive <input type="checkbox"/> | Relaxed <input type="checkbox"/> |
| Withdrawn/low in mood <input type="checkbox"/> | Attentive/interested <input type="checkbox"/> |
| Restless/anxious <input type="checkbox"/> | Cheerful/smiling <input type="checkbox"/> |

7. Any comments?

Instruction

MiDAS (Music in Dementia Assessment Scales) aims to assess if there have been changes in the wellbeing of a person with dementia participating in Music Therapy. Both staff and therapist complete **two forms each per session** to evaluate the potential changes. MiDAS uses Visual Analogue Scales; the 'Highest' score on the scale should be set as **the optimum level the individual can achieve**. This means that each individual will have a unique set of 'Highest' levels for each category.

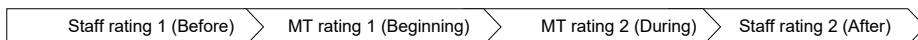


Music therapist version

Both forms should be completed immediately after the session.

1. **Beginning form** should be completed based on the observation of the person during **the first 5 minutes** of the music therapy session. Decide the **average rating** for each item and mark clearly with a vertical line on the scale.
2. **During form** should be completed based on the observation of the person during **the clinically most significant 5 minutes** of that session.

Order of rating in relation to music therapy (MT):



MIDAS · Staff

Music in Dementia Assessment Scales

Name (Resident):

Completed by:

Date:

Time of rating:

Indicate which rating this is (tick the box):

1. Before 2. After

If the person appeared asleep for most of the time, do not score question 1-6, but continue to question 7.

1. Levels of Interest in objects/activities/people around him/her (**attention**). For example:

- Did he/she show **interest in an activity** or **other people** around him/her?
- Did his/her **posture** or **facial expression** change if activities or music caught his/her attention?
- Did he/she become **animated** if activities or music caught his/her attention?

None at all _____ Highest

2. Levels of Response in communication/activity (**awareness, interaction**). For example:

- Did his/her **facial expression** or **body-movements** indicate his/her awareness of staff or therapist?
- Did he/she make **eye-contact** with staff, therapist or other group members?
- Did he/she join in **conversation, music making** or make **vocal sound**?

None at all _____ Highest

3. Levels of Initiation in communication/activity (**intention**). For example:

- Did he/she try to **communicate** with staff, therapist or other group members?
- Did he/she start **conversation, start music making, or initiate vocalisation**?
- Did he/she talk about his/her life experiences (**remembrance**) or **mention music** meaningful to them?

None at all _____ Highest

4. Levels of Involvement in communication/activity (**participation**). For example:

- Did he/she become **engaged** in conversation, music making, or any form of communication?
- Did he/she show **enthusiasm** in activities that interest him/her?

None at all _____ Highest

5. Levels of Enjoyment during communication/activity. For example:

- Did he/she smile, laugh, show brighter mood?
- Did he/she show playfulness, sense of humour?
- Was he/she relaxed?

None at all _____ Highest

Office use only

1 2 3 4 5

MiDAS · Staff

Music in Dementia Assessment Scales

6. During this period of time did you notice any major reactions from the person?
 Indicate if only major reactions are observed. Use this list as supplementary information to the five VAS.

- | | |
|--|---|
| Agitated/aggressive <input type="checkbox"/> | Relaxed <input type="checkbox"/> |
| Withdrawn/low in mood <input type="checkbox"/> | Attentive/interested <input type="checkbox"/> |
| Restless/anxious <input type="checkbox"/> | Cheerful/smiling <input type="checkbox"/> |

7. Any comments?

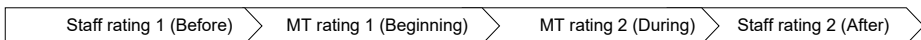
Instruction

MiDAS (Music in Dementia Assessment Scales) aims to assess if there have been changes in the wellbeing of a person with dementia participating in Music Therapy. Both staff and therapist complete **two forms each per session** to evaluate the potential changes. MiDAS uses Visual Analogue Scales; the 'Highest' score on the scale should be set as **the optimum level the individual can achieve**. This means that each individual will have a unique set of 'Highest' levels for each category.



- It is important **the same staff member completes both forms on the same day**.
- 1. Before form** should be completed **before** the person's music therapy session. Please take a moment, reflect on the person's **wellbeing today** and decide the **average rating** for each item and mark clearly with a vertical line on the scale.
 - 2. After form** should be completed **several hours after** the person's music therapy session **on the same day**. Rate the person's **average wellbeing after today's session**.

Order of rating in relation to music therapy (MT):



PROJEKCYJNY ASPEKT IMPROWIZACJI MUZYCZNEJ I RYSUNKOWEJ

Joanna Gładyszewska-Cylulko » Uniwersytet Wrocławski

Na drodze swych zawodowych wyzwań muzykoterapeuci poszukują nowych sposobów diagnozowania problemów pojawiających się u pacjenta. Choć metody ilościowe są przez nich także stosowane, to w głównej mierze opierają się na jakościowych metodach diagnostycznych. Wchodzą również w kontakt z wytworami pacjenta, stosując podejście fenomenologiczne, skupiając się na samym dziele i dokonując refleksji nad nim. Wytwór pacjenta staje się trzecim podmiotem – w procesie diagnozowania mamy wówczas do czynienia ze wzajemnymi relacjami pomiędzy diagnostą, osobą diagnozowaną i wytworem jej działania, podobnie jak podczas wykonywania utworu muzycznego zachodzi trójpodmiotowe spotkanie wykonawcy, dzieła i odbiorcy. Czynność interpretowania nie polega jedynie na analizowaniu poszczególnych elementów, zadawaniu pytań i oczekiwaniu odpowiedzi. W procesie uważnego percypowania wytworu zaczyna on niejako przemawiać, można zobaczyć jego nowe treści, poczuć zawarte w nim emocje, popatrzeć na świat oczami jego autora, a w konsekwencji go zrozumieć. To rozumienie jest zależne od wiedzy, umiejętności i kompetencji interpretatora. Jak pisze Clark Mustakas [2001: 66], skupienie się na przeżyciu nie neguje wartości myślenia. Sądzę, że to właśnie proces myślenia polegający na ciągłym dokonywaniu skojarzeń i wnioskowaniu opartym na symbolach, pojęciach,

frazach, obrazach i dźwiękach jest nie tylko katalizatorem poznania dzieła, dzięki niemu diagnosta może się również ustrzec przed zejściem na manowce w procesie diagnozy.

W muzykoterapii zauważyć można niedosyt standaryzowanych metod diagnostycznych, które uzupełniałyby powyższe sposoby diagnozy lub dla których te sposoby stanowiłyby uzupełnienie. W psychologii i w pedagogice ugruntowaną pozycję mają metody projekcyjne. Za ich pomocą przeprowadza się diagnozę sfery emocjonalno-społecznej pacjenta (niektóre z nich przynoszą także informacje o jego sferze poznawczej), zwłaszcza pacjenta z niepełnosprawnością, z zaburzeniami rozwoju emocjonalno-społecznego czy pacjenta nieletniego. W niniejszym artykule podejmuję próbę dokonania wstępnego porównania elementów analizy materiału rysunkowego i instrumentalnego. Jest to tylko szkic, będący bodźcem do dalszych starań zmierzających do opracowania wystandaryzowanej metody muzykoterapeutycznej, której fundamentem jest analiza materiału projekcyjnego. Mam nadzieję, że zainspiruje on muzykoterapeutów teoretyków i praktyków do działań w tej dziedzinie. Moim dodatkowym celem jest stworzenie podstaw metody projekcyjnej opartej na materiale wyobrażeniowym wykorzystującym potencjał sztuki muzycznej umożliwiającej przeniknięcie bariery wzroku.

Czym jest projekcja

Słowo „projekcja” pochodzi od łacińskiego *proiecto*, które tłumaczy się najczęściej jako „wyrzucenie”. Termin ten jest wieloznaczny, niektórzy twierdzą wręcz, że to najbardziej niedokładnie zdefiniowane pojęcie w całej teorii psychoanalitycznej lub też że liczba jego interpretacji przewyższa liczbę interpretacji uśmiechu Mony Lizy [Hornowski 1982: 82]. Jest on definiowany jako „psychiczny mechanizm, dzięki któremu osoba przenosi uczucia, postawy, właściwości lub pragnienia na inne przedmioty środowiska (osoby i inne organizmy, przedmioty)” [Hornowski 1982: 84]. Według Stanisława Popka projekcja to:

[...] przeniesienie czegoś z wnętrza psychiki człowieka na zewnątrz, czyli uzewnętrznienie (słabo uświadomione) cech przedmiotowych poprzez jakiś rodzaj zachowania się (działania). Projekcja w tym znaczeniu zbliżona jest w swoim pojęciu do ekspresji swobodnej lub inaczej – ekspresji naturalnej [Popek 1999: 111–112].

Józef Rembowski [1986: 18] twierdzi, że cechy osobowości, które wyrażają się w projekcji, w głównej mierze są następstwem dawnych przeżyć i doświadczeń. Projekcja może odpowiadać zachodzącym w procesie uczenia się zjawiskom przenoszenia i uogólniania. Podczas diagnozy z wykorzystaniem metod projekcyjnych diagnosta będzie zatem interpretował dane w odniesieniu nie tyle do realnych zdarzeń, ile do odbioru tych zdarzeń przez badanego. By mechanizm projekcji został uruchomiony, materiał wykorzystywany przez diagnostę powinien być tak przygotowany, by nasuwać badanemu wiele możliwych interpretacji ukazanych relacji, by mógł on odtwarzać przedmioty, zdarzenia, emocje i uczucia związane z konkretnymi obiektami. Osoba diagnozowana powinna mieć do czynienia z niejednoznaczną, nieustrukturyzowaną sytuacją, gdyż wtedy łatwiej i chętniej będzie dążyć do jej uzupełniania. Wiesław Karolak [2006: 107] uważa, że pracę na symbolach terapeuteci przejęli od naukowców, którzy dawno odkryli, iż łatwiej i taniej jest pracować na wytworzonej symbolicznej reprezentacji rzeczywistości. W tym miejscu warto zauważyć, że aby ta reprezentacja rzeczywistości była symboliczna, diagnosta musi być szczególnie uważny podczas przygotowania i stosowania materiału uruchamiającego mechanizm projekcji, zwłaszcza gdy nie korzysta z wystandaryzowanych testów, a opracowuje własny materiał. W przeciwnym razie istnieje ryzyko pseudoprojekcji, będącej raczej wyrazem rzutowania oczekiwań diagnosty względem badanego. Zrozumienie istoty procesu projekcji i osadzenie sposobów wyzwalania tego mechanizmu w potwierdzonej naukowo teorii może zapobiec pseudonaukowemu diagnozowaniu.

Z projekcją ściśle związana jest wyobraźnia twórcza. Proces wyobrażania tylko częściowo dokonuje się w świadomości, w głównej mierze zachodzi on w podświadomej warstwie psychiki [Górniewicz 1996: 10].

Dlatego też w wyobrażeniach mogą się ujawniać myśli, przeżycia i tendencje ukryte, które nie doszłyby do głosu podczas przebiegu innych procesów psychicznych. Wyobraźnia może zarówno korzystać z wytworów różnych stanów psychicznych, jak i je inspirować. Diagnosta wykorzystujący mechanizm projekcji niejednokrotnie stara się określić, czy dzieło tworzone podczas improwizacji przekazuje informacje prawdziwe czy fikcyjne. Jednak myślę, że stosowanie takiego rozgraniczenia jest nie do końca właściwe. Gdy ludzie improwizują, to tak naprawdę tworzą nie tyle fikcję, ile znaczenie fikcji, które odpowiada rzeczywistości i istniejącym faktom. Dzięki fikcji możemy poznać świat faktów, jeśli tylko będziemy potrafili odpowiednio ją zinterpretować. Choć za pośrednictwem wyobraźni człowiek jest zdolny do kreacji obrazów umysłowych o różnym stopniu oryginalności (od tych będących nieraz prawie wiernymi odzwierciedleniami tego, co działo się kiedyś, po te, które są całkowicie nowe), to nie jest jednak możliwe, by obrazy te pozostawały całkowicie w oderwaniu od jego doświadczeń. Informacje płynące z zewnątrz są od razu przekształcane w procesie zwanym strukturalizacją. Powstaje wtedy pewna struktura mająca związek z tym, czego jednostka już doświadczyła [Górniewicz 2001: 91–93]. Można zaryzykować twierdzenie, że tworzone przez badanego dzieło ma swój diagnostyczny sens wtedy, gdy jest wynikiem działania wyobraźni, uczuć, przeżyć, myśli. Bez tego odegrana „melodia” byłaby tylko zbiorem dźwięków.

Punktem wyjścia wszystkich testów projekcyjnych jest sformułowana przez Davida Rapaporta „hipoteza projekcyjna”, która zakłada, że każde zachowanie człowieka jest projekcją jego osobowości [Stasiakiewicz 1994: 40]. A więc tworzenie nowych znaczeń dla materiału percepcyjnego jest zależne od sposobu, w jaki osoba badana postrzega rzeczywistość. Im materiał, instrukcja i sposób wypowiedzi są bardziej wieloznaczne, tym prawdziwszy może być obraz przekazywany przez osobę badaną, gdyż ujawnia on struktury nieświadomej osobowości. Trzeba zauważyć, że „materiał testowy żadnego testu nie jest sam w sobie projekcyjny lub nieprojekcyjny. [...] Projekcyjny charakter natomiast ma zadanie testowe i interpretacja wyników” [Stasiakiewicz 1994: 55]. Rozumiem przez to konieczność traktowania diagnozowania z wykorzystaniem mechanizmu

projekcji jako procesu, który rozpoczyna się w momencie namysłu badacza nad istotą podejścia projekcyjnego, trwa w czasie konstruowania przez niego zasad diagnozowania i przygotowywania materiału badawczego, jest kontynuowany podczas przekazywania badanemu materiału i wyzwiania mechanizmu projekcji, a finalizuje się wraz z zakończeniem interpretacji zebranego materiału. Andrzej Góralski twierdzi, że „heurystyka jest metodologią twórczości. Każdej twórczości, zarówno poznawczej, jak i artystycznej, praktycznej i tej, która realizowana jest w wychowaniu” [Góralski 2003: 53]. Nie ma poznania tworzonego dzieła bez uczestniczenia w procesie jego tworzenia.

Aby techniki projekcyjne dawały miarodajny wynik, a także by zminimalizować zjawisko subiektywnej interpretacji, muszą być w ich stosowaniu przestrzegane pewne zasady [Hornowski 1982: 92]:

- > zasada dostosowania metody do rozwoju psychologicznego osoby badanej, jej zainteresowań, zdolności percepcyjnych, wyobraźni, sposobu myślenia i wypowiedzania się;
- > zasada uwzględniania środowiska społeczno-kulturowego, w jakim badany się znajduje;
- > zasada włączania się osoby badanej w proces badania, konieczność jej zaangażowania się i wykazania chęci do pracy;
- > zasada dokładnego poznania struktury stosowanego testu projekcyjnego;
- > zasada wyjaśniania uzyskanych wyników w ramach ustalonych schematów interpretacyjnych.

Gdy badacz stosuje testy projekcyjne, skupia się nie tylko na wynikach testu, lecz także na właściwościach zachowania testowego osób badanych. Bierze pod uwagę ich spontaniczność (niezamierzoną reakcję badanego na zadanie testowe), kreatywność (przewagę dywergencyjności nad alternatywą w trakcie wypowiedzi), indywidualność (specyfikę nadawanego przez jednostkę znaczenia) i podmiotowość (zdeterminowanie wypowiedzi właściwościami badanej osoby). Zachowanie testowe osoby badanej jest wyzwiane przez instrukcję testową. Odpowiednio sformułowana i przekazywana instrukcja stanowi jeden z warunków standaryzacji testu, czyli jednolitości warunków badania danym testem.

Powinna ona zawierać informację, czy badanie jest indywidualne czy grupowe, określać jego czas, kolejność przeprowadzanych zadań oraz zakres pomocy udzielanej osobie badanej przez badającego [Hornowska 2005: 26]. Taka instrukcja ma mieć charakter niedyrektywny, a więc nie powinna zawierać żadnych poleceń dotyczących sposobu zachowania, jego kierunku i celu, ma pokazywać, co należy robić, ale nie jak i dlaczego. Należy tak ją skonstruować, by była nienormatywna (a więc nie zawierała żadnych wskazówek norm testowych), zindywidualizowana (czyli kładła nacisk na zindywidualizowanie wypowiedzi), a także kreatywna (czyli nakazująca badanemu stworzenie nowej rzeczywistości wobec rzeczywistości materiału testowego) [Stasiakiewicz 1994: 39].

Interpretacji psychologicznego znaczenia zachowań testowych osób badanych można dokonać na podstawie trzech typów analizy. Są to:

- > Analiza tematyczna – badający „odczytuje” znaczenie zachowania na podstawie treści wypowiedzi, próbując ustalić wspólne różnym wypowiedziom tematy mające określone znaczenie psychologiczne.
- > Analiza kontekstu zachowania – chodzi tu o językowy, znaczeniowy kontekst danej wypowiedzi testowej, jej specyficzny dla badanego styl; przyjmuje się, że wypowiedź testowa ma tym większe znaczenie psychologiczne, im bardziej idiosynkretyczny jest zawarty w niej opis treści.
- > Analiza sekwencji zachowań – ujawniana w badaniu testowym kolejność zachowania jest wskaźnikiem relacji zachodzących między poszczególnymi elementami struktury osobowości badanego, a także jego percepcji bodźców świata zewnętrznego, stylów zachowań [Stasiakiewicz 1994: 41–42].

W testach projekcyjnych, w odróżnieniu od testów psychometrycznych, dopuszczalny jest szerszy zbiór zachowań. Znaczenie poszczególnych elementów nie jest precyzyjnie określone przez badającego, materiał testowy jest wieloznaczny, a instrukcja ma charakter niedyrektywny, co umożliwia badanemu swobodę wyboru, rodzaju i kierunku zachowań. Celem testu projekcyjnego jest opis osoby badanej w kategoriach

jednostkowych, zdefiniowanie pewnych właściwości psychologicznych, na których istnienie wskazuje dane zachowanie.

Jeśli wziąć pod uwagę związek pomiędzy reakcją testową osoby badanej a jej właściwościami psychologicznymi, to można mówić o problemie relacji „zachowanie – osobowość”. Najwięcej powstających testów wiąże się z rozwojem teorii psychologicznej lub pedagogicznej, ale bywają i takie, które powstają w sposób empiryczny, „w których wnioskowanie o związku »zachowanie – osobowość« oparte jest na wskaźnikach określających częstość jego zachodzenia w danej populacji” [Stasiakiewicz 1994: 14].

Analizując dane dotyczące wpływu różnorodnych czynników na zachowanie testowe osoby badanej, można zauważyć, że są wśród nich czynniki zarówno specyficzne, jak i niespecyficzne. Przykładami tych pierwszych mogą być zachowanie badacza i instrukcja wraz ze sposobem jej podawania, tych drugich zaś – stres, warunki przeprowadzania badania, sekwencja testów i związany z nią transfer [Stasiakiewicz 1994: 15]. Przy konstruowaniu i przeprowadzaniu testów należy być świadomym tego, jakie zakłócenia mogą wystąpić w całym procesie badania określonym testem. Świadomość tych zagrożeń może pomóc w podjęciu prób zapobiegania im czy choćby zminimalizowania ich działania. Do przykładowych czynników zakłócających można zaliczyć potrzebę aprobaty społecznej, która w pewnych sytuacjach każe osobie badanej odpowiadać niezgodnie z tym, co myśli i czuje, ale zgodnie ze swoim wyobrażeniem o reakcjach aprobujących lub dezaprobujących badacza. Innym czynnikiem jest lęk przed oceną, zwłaszcza w wypadku metod, w których badany może skonfrontować posiadaną wiedzę o sobie z wiedzą nową, napływającą do niego w sytuacji badania, a także gdy wynik jego badania ma zostać udostępniony osobom trzecim (wychowawcom, rodzicom). Mówiąc o lęku, musimy nadmienić, że w sytuacjach badania testami projekcyjnymi pewien poziom lęku nie jest zjawiskiem negatywnym. Lęk bowiem „w większym stopniu stymuluje wyobraźnię niż stan relaksu i pozytywnej emocji” [Stasiakiewicz 1994: 48].

W dalszej części artykułu skupię się na dwóch zjawiskach ściśle związanych z procesem projekcji – na improwizacji rysunkowej i instrumentalnej.

Improwizacja rysunkowa

Improwizacje rysunkowe wykorzystywane są w psychoterapii [Oster, Gould 2011], w psychologii klinicznej [Głowacka 2005: 537–550] i w psychiatrii [Żukowska 2006: 9–12]. Od wielu lat stosuje się je także w różnych subdyscyplinach pedagogiki specjalnej, również w tyflopedagogice [Bendych 1995: 276–287], choć wydawać by się mogło, że osoby z niepełnosprawnością wzroku są pozbawione możliwości rysunkowego odzwierciedlenia rzeczywistości.

Rysunek wykorzystuje się nie tylko w praktyce edukacyjno-rehabilitacyjnej podczas diagnozowania osób z niepełnosprawnością, lecz także jako przedmiot badań naukowych. Jedno z takich badań, którego wyniki warto w tym miejscu przytoczyć, zostało przeprowadzone przez Annę Wysokińską-Obacz, a jego celem była próba oceny wartości rysunku jako narzędzia diagnozującego zaburzenia emocjonalne u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Wnioski wynikające z badania potwierdzają pogląd, że „rysunki tematyczne mogą stać się przedmiotem analizy i mogą być diagnostyczne” [Wysokińska-Obacz 1983: 58], między innymi w odniesieniu do tak trudno diagnozowanej sfery jak osobowość dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Na ich podstawie można określić potrzeby dziecka, jego uczucia, postawy czy motywy postępowania (także te ukryte, niewidoczne wprost), mogą też być wykorzystywane w procesie terapii i rehabilitacji [Wysokińska-Obacz 1983: 58–59].

W praktyce edukacyjno-rehabilitacyjnej specjaliści wykorzystują metody rysunkowe, opierając się często na schematach oceny rysunków funkcjonujących w tej dziedzinie już od długiego czasu. Trzeba jednak zaznaczyć, że aktywność plastyczna dzieci i młodzieży jest wartością modyfikowaną przez intensywne zmiany kulturowe zachodzące w ciągu ostatnich lat. Wyraźnie zaznaczająca się ekspansja nowych mediów, wzrastające możliwości interaktywności i interkonektywności, postępujący proces miniaturyzacji urządzeń, ułatwiania ich obsługi i obniżki cen powodują, że młodzi ludzie bardzo chętnie czerpią z możliwości, jakie dają nowe media, korzystając z nich przez wiele godzin dziennie

[Didkowska 2013: 87–88]. Bernadeta Didkowska [2013: 91] podjęła próbę określenia zmian zachodzących w rozwoju twórczości rysunkowej dzieci i młodzieży pod wpływem obrazów proponowanych przez media elektroniczne. Analiza materiału wykazała duże zróżnicowanie rysunków, zarówno pomiędzy przedstawicielami obu płci, jak i w ramach grup samych dziewcząt i samych chłopców. Autorka nie ma wątpliwości, że współczesna kultura wizualna wpływa na ekspresję plastyczną dzieci (począwszy już od wieku przedszkolnego). Jednocześnie jednak podkreśla, że

Upływ czasu, który dzieli opis pierwszych analizowanych rysunków od tych tworzonych przez współczesne dzieci, nie zdezaktualizował ich znaczenia. Rysunki dzieci ciągle są wykorzystywane w technikach projekcyjnych czy też psychometrycznych technikach badawczych jako poważne źródło wiedzy o osobowości, a także o rozwoju umysłowym dziecka [Didkowska 2013: 105].

To zaś, co dziecko rysuje, zależy zarówno od jego wiedzy, jak i widzenia świata. Dlatego też z jednej strony trzeba być świadomym wpływu nowych mediów na wszystkie sfery życia człowieka, a z drugiej – uzmysłwić sobie, że nasze działania, czyli to, co przekazujemy dzieciom swoimi słowami i zachowaniem, mają wpływ na to, jaka będzie ich wizja świata.

Istnieje wiele rysunkowych testów projekcyjnych, które są narzędziami wystandaryzowanymi, rzetelnymi i trafnymi i jako takie zajmują ważne miejsce w procesie diagnostycznym, ale pedagodzy i psycholodzy wykorzystują też rysunki będące odpowiedzią na zadany temat lub naturalną pracą osoby diagnozowanej tworzoną spontanicznie. Trzeba jednak zauważyć, że takich spontanicznie wykonanych rysunków powinno się analizować więcej niż jeden, by dały podstawę do wysnucia wniosków na podstawie zauważanych podczas ich analizy prawidłowości. W przeciwnym razie można popełnić błąd, klasyfikując jako projekcyjne coś, co projekcyjne nie jest, albo dokonując błędnej interpretacji i przypisując autorowi właściwości, których tak naprawdę nie ma.

Szczególnie uważnego podejścia wymaga także diagnoza rysunków małych dzieci lub osób z niepełnosprawnością intelektualną. Ich sposób rysowania może wynikać po prostu z niedoskonałego warsztatu i niewielkich umiejętności manualnych i może badacza skierować na niewłaściwe tory podczas dokonywania analizy dzieła. Trudno przeprowadzać analizę samego wytworu bez wiedzy o jego autorze.

Przedmiotem analiz badaczy są między innymi takie cechy rysunku jak treść, kolor, linie, perspektywa, światłocień. Rysunek „może wskazywać na głęboko ukryte przeżycia dziecka. Dotyczy to szczególnie silnych przeżyć, często mało uświadamianych, które mogą ujawniać się w postaci symbolicznych obrazów” [Hornowski 1982: 3]. Na ekspresję takiego wytworu składają się „wielkość rysunku, charakter linii, rozmieszczenie poszczególnych elementów, jakość wykonania, liczba szczegółów, symetria, perspektywa, światłocień, kolor” [Hornowski 1982: 33]. Na przykład o przygnębieniu i zmęczeniu autora mogą świadczyć takie cechy jak statyczność rysunku, brak nóg w rysunku człowieka czy umieszczanie większości elementów na dolnym skraju kartki. Symptomami agresywności mogą być: używanie dużej ilości barwy czerwonej, duża liczba kątów, linie tak silne, że podczas ich rysowania kartka ulega przedarciu, oraz zamazywanie rysunku. O lęku przed rzeczywistością możemy domniemywać na podstawie takich cech rysunku, jak: rysowanie bardzo małych postaci, umieszczanie „pustych” okien w rysunku domu, przewaga barwy czarnej bądź kolorów zimnych lub obecność małych elementów wyrastających jakby z brzegu kartki [Wysokińska-Obacz 1983: 54–57]. Tych cech jest oczywiście o wiele więcej, a niektóre ich układy są nieco inaczej prezentowane przez różnych autorów, ale większość jest przedstawiana przez badaczy w sposób bardzo spójny.

Szczególne znaczenie w analizie rysunków przypisuje się kolorowi stanowiącemu atrybut „doznań wzrokowych, który można opisywać przez posiadane przezeń, poddające się oznaczeniu ilościowemu natężenie odcienia, intensywności oraz jasności” [Gage 2008: 11]. Dzieci są wrażliwe na barwę już od pierwszych tygodni życia. Po początkowym okresie, gdy widzą świat w szarościach, zaczynają preferować określone kolory. Początkowo najlepiej widzą barwę czerwoną i żółtą, potem

dołączają kolor zielony i niebieski, a następnie inne barwy. Stają się wyczułone na kolor, wolą najczęściej barwy intensywne, choć eksperymentują także z barwami, dobierając w swych rysunkach również kolory niezupełnie mające odzwierciedlenie w rzeczywistości (np. rysując trawę koloru różowego). Około siódmego roku życia ich rysunki zaczynają wyraźniej odzwierciedlać rzeczywistość, a wykorzystywane barwy odpowiadają faktycznym kolorom przedmiotów.

Znaczenie barw można analizować w trzech aspektach – fizycznym, chemicznym i fizjologiczno-psychologicznym. W pierwszym z nich kolor można bez problemu zmierzyć, ponieważ jest on promieniowaniem świetlnym o określonej długości fal i energii. W ujęciu chemicznym kolor jest tworzony przez związki chemiczne i ich właściwości. Natomiast z perspektywy fizjologiczno-psychologicznej powstaje w wyniku wywołanych wrażeń będących rezultatem nie tylko chemicznych czy fizycznych przemian, lecz także udziału świadomości, pewnych jakości wizualnych wpływających na psychikę człowieka [Jurek 2014: 57]. Zgodnie z teorią asocjacji podczas percepcji przedmiotu lub zjawiska następuje skojarzenie jego cech odbieranych przez różne zmysły. Ponowne pojawienie się niektórych z tych cech pociąga za sobą skojarzone z nimi wrażenia pochodzące z innych zmysłów. Na przykład kolor czerwony kojarzy się z krwią, a żółty z kwaśnym smakiem. Warto podkreślić, że asocjacje te zależą także od indywidualnych doświadczeń człowieka. Na przykład niektórym biel kojarzy się ze śniegiem, spokojem, dla innych to barwa asocjowana ze szpitalnymi salami, z samotnością, lękiem [Popek 1999: 121].

Improwizacja instrumentalna

Muzyka, „będąc źródłem przeżyć zmysłowych, może wywołać u badanego reakcje w postaci obrazów albo uczuć, zwłaszcza tych, których chronicznie on doznaje i których przejawy hamuje, np. uczucie lęku, winy, wrogości” [Rembowski 1986: 65]. Rysunek w diagnozie projekcyjnej jest traktowany jako dodatkowy środek komunikacji o charakterze ekspresyjnym,

a nie jako plastyka – dziedzina sztuki [Popek 1999: 121]. Sądzę, że analogicznie improwizacja na dziecięcych instrumentach perkusyjnych stanowi niewątpliwie materiał projekcyjny, lecz nie można jej traktować do końca jako sztuki muzycznej pojmowanej w pełnym wymiarze artystyczno-estetycznym. Improwizacja taka, choć niewątpliwie przydatna w diagnozie rozwoju emocjonalno-społecznego dziecka, jest ograniczona w porównaniu z całym bogactwem wypowiedzi muzycznych człowieka.

Podczas oceny improwizacji instrumentalnej bierze się pod uwagę między innymi wysokość dźwięku, wartość metronomiczną, poziom natężenia i barwę. Wszystkie dźwięki rozchodzą się w postaci fal dźwiękowych, dlatego też wyżej wymienione cechy wynikają z cech fizycznych tych fal. Wysokość dźwięku zależy od częstotliwości fali dźwiękowej, poziom natężenia związany jest z jej amplitudą. Wartość metronomiczna wiąże się z faktem, że fala dźwiękowa ma swój początek i koniec, to znaczy w określonym momencie zaczyna i przestaje docierać do odbiorcy. Barwa dźwięku jest wynikiem drgań złożonych, a więc fala dźwiękowa też jest złożona – powstaje z wielu prostych zjawisk dźwiękowych o różnych wysokościach i poziomach natężenia. Określanie wysokości dźwięku jest względne, odzwierciedla ono stosunek częstotliwości improwizowanego dźwięku do częstotliwości tonu wzorcowego (kamer-tonu). Gdy źródło dźwięku się przybliży, jego pozorna wysokość nieco wzrasta, gdy się oddala – sytuacja jest odwrotna. Jeśli chodzi o poziom natężenia dźwięku, to w muzyce mierzymy go nie przy użyciu specjalnej aparatury pomiarowej, lecz za pomocą skali określeń dynamicznych od *ppp* (*piano pianissimo* – możliwie jak najciszej) do *fff* (*forte fortissimo* – możliwie jak najgłośniej). Podobne względne określenia stosuje się dla wartości rytmicznych improwizowanych dźwięków. Zamiast definiować czas trwania dźwięku w sekundach, używa się wartości rytmicznych w połączeniu z określeniem tempa utworu za pomocą agogicznych oznaczeń według metronomu Mälzla. Jeszcze mniej precyzyjnie w terminologii muzycznej opisuje się barwę dźwięku. Stosuje się do tego określenia związane z nazwami instrumentów (np. barwa wiolonczelowa) lub dobierane na zasadzie analogii z kolorami, temperaturą czy kształtem (np. barwa jasna, ciepła, ostra) [Drobner 1980: 19–22].

Do podstawowych elementów dzieła muzycznego zaliczamy: rytmikę i metrum, melodykę, harmonikę, dynamikę, agogikę (tempo), kolorystykę, artykulację [Wójcik 2001: 12–13]. Zofia Lissa postuluje zastąpienie pojęcia „elementy dzieła muzycznego” pojęciem „współczynniki dzieła muzycznego”. Uzasadnia to tym, że składowe części elementarne już nie mogą się dzielić, gdy tymczasem każdy element dzieła muzycznego da się podzielić na różnorodne rodzaje. Podaje ona także, iż materiał dźwiękowy składa się nie tylko z elementów (współczynników) dzieła muzycznego, lecz także z elementów niedźwiękowych (ciszy, której szczególnym przejawem jest pauza) i cech pozadźwiękowych, elementów wizualno-ruchomych, które słuchacze wprojektowują w całości muzyczne [Lissa 1974: 57]. Po między poszczególnymi elementami dzieła muzycznego istnieje współpraca. Na przykład współdziałanie rytmiki, melodyki i harmonii widać najczęściej, gdy „większy skok interwałowy na ogół łączy się z akcentem rytmicznym i taktowym, napięcie harmoniczne – także, a ich rozwiązanie – z rytmiczno-metrycznym rozluźnieniem” [Lissa 1974: 93].

W praktyce muzykoterapeutycznej najczęściej wykorzystuje się improwizację na dziecięcych instrumentach perkusyjnych, które „[...] silnie inspirują dziecko do poszukiwania coraz to nowszych dźwiękowych środków wyrazu. Zabawa pojedynczymi dźwiękami z czasem przeradza się w tworzenie własnych rytmów i/lub melodii, dając tym samym początek spontanicznej instrumentalnej grze” [Cylulko 2002: 76]. Paweł Cylulko [2019: 230] pisze, że materiał uzyskany podczas improwizacji instrumentalnej poddaje się ocenie, zwracając uwagę na „czas trwania wytworu (od kilku sekund do kilku minut), dynamikę (głośno, cicho, coraz głośniej, coraz ciszej), agogikę (wolno, szybko, *ritardando*), artykulację (*staccato*, *legato*, *portato*), metrorytmikę (wartości i schematy rytmiczne dźwięków, akcenty) oraz styl gry (łagodny, marzycielski, patetyczny)”. Wspomnieć należy, że podczas improwizacji dziecko może wykorzystywać instrumenty zarówno w sposób konwencjonalny (np. uderzając pałeczką, uderzając instrumentem o dłoń, potrząsając instrumentem trzymanym w ręce), jak i mniej tradycyjny (np. tocząc instrument po podłodze, uderzając instrumentem o inny instrument, pstrykając palcami w instrument) [Cylulko 2002: 75–76].

Autorska propozycja komparacji cech improwizacji instrumentalnych i rysunkowych

Na podstawie analizy opracowań teoretycznych oraz bogatego materiału zebranego w trakcie wieloletniego prowadzenia procesu diagnostycznego dzieci i młodzieży dokonałam wstępnego porównania cech wytworów muzycznych i plastycznych uwidaczniających się w improwizacjach (zob. tabela 1), a także wyodrębniłam cechy improwizacji instrumentalnej i ich prawdopodobne znaczenie (zob. tabela 2).

Przedstawiona poniżej propozycja stanowi jedynie szkic wymagający rozwinięcia teoretycznego oraz przygotowania i przeprowadzenia projektu badawczego – najpierw w wymiarze badań pilotażowych, a później, po ewentualnych uzupełnieniach, właściwych badań na dużej populacji z zastosowaniem odpowiednich procedur metodologicznych.

Tabela 1. Porównanie cech wytworów muzycznych i plastycznych uwidaczniających się w improwizacjach (opracowanie własne)

Cechy wytworu muzycznego	Cechy wytworu plastycznego
barwa dźwięczna	kolor jasny
barwa stłumiona	kolor ciemny
duża głośność	silny nacisk kredki
mała głośność	lekki nacisk kredki
akcent	mocna, krótka kreska
dźwięki wysokie	kolory jasne
dźwięki niskie	kolory ciemne
<i>staccato</i>	linie punktowe
<i>legato</i>	linie płynne
długość frazy	wielkość postaci
wzrost głośności	wznoszenie się linii

Cechy wytworu muzycznego	Cechy wytworu plastycznego
spadek głośności	opadanie linii
duża liczba dźwięków	duża liczba szczegółów
duże zmiany dynamiki	kontrastowe szczegóły
długość frazy poświęconej konkretnej postaci	wielkość postaci
zwiększanie wysokości dźwięku	przybliżanie postaci
liczba instrumentów wykorzystanych podczas gry	liczba kolorów kredek/farb wykorzystanych podczas rysowania/malowania
liczba dźwięków	liczba szczegółów
długie pauzy	duże białe przestrzenie na kartce
powtarzalny refren	symetria
różne motywy muzyczne oderwane od siebie	słabo zintegrowane elementy rysunku
głośne glissando	przekreślenie, zniszczenie

Tabela 2. Cechy improwizacji instrumentalnej i ich prawdopodobne znaczenie (opracowanie własne)

Cecha improwizacji	Prawdopodobne znaczenie
długość frazy	wskaźnik waloryzacji lub dewaloryzacji tematu improwizacji
ciemna, ostra barwa	gniew
głośne, niskie dźwięki	napięcie lub lęk
<i>piano</i>	poczucie nieprzystosowania, problemy w kontaktach społecznych
<i>crescendo</i>	pobudzenie

Cecha improwizacji	Prawdopodobne znaczenie
<i>sforzato</i>	wyładowanie nagromadzonych emocji
pauza	napięcie, oczekiwanie, wyparcie
<i>decrescendo</i>	hamowanie
przechodzenie od <i>forte</i> do <i>piano</i>	hamowanie
naprzemienne <i>piano</i> i <i>forte</i>	ambiwalencja
dysonans	przykrość
konsonans	przyjemność
nieregularny rytm	niepokój
nieregularny rytm	zagubienie
regularny rytm, monotonna melodia	defensywność
<i>legato</i>	spokój
<i>staccato</i>	nieuporządkowanie
szybkie tempo, wysokie rejestry, tonacja durowa	radość i szczęście
szybkie tempo, niskie rejestry, tonacja molowa	gniew
wolne tempo, niskie rejestry, tonacja molowa	smutek

Pragnę nadmienić, że prócz cech odnoszących się do każdego rodzaju improwizacji można wyróżnić wartości o charakterze uniwersalnym, które wydają się istotne w procesie analizy wytworów instrumentalnych i rysunkowych. Są to między innymi:

- > kolejność improwizowanych postaci – będąca wskaźnikiem waloryzacji lub dewaloryzacji,

- > nagła zmiana sposobu improwizowania – jako obrona przed spontanicznymi reakcjami na sytuację symbolizowaną przez szczegół pierwotnie narysowany,
- > mimika lub gestykulacja towarzysząca improwizacjom – będąca wyrazem emocji związanych z fragmentem improwizacji lub jej tematem,
- > wypowiedzi werbalne towarzyszące improwizacji – stanowiące wyraz emocji związanych z fragmentem improwizacji lub jej tematem.

Podsumowanie

Reasumując powyższe rozważania, można powiedzieć, że:

1. Improwizacja rysunkowa ma zastosowanie w procesie diagnozy psychologicznej i pedagogicznej. Jest ona także przedmiotem analiz naukowych i badań empirycznych, w wyniku których zostały stworzone wystandaryzowane techniki projekcyjne wykorzystywane w diagnozie psychopedagogicznej.
2. Improwizacja na prostych instrumentach muzycznych w muzykoterapii ma znaczenie diagnostyczne, jednak można zauważyć niedosyt wystandaryzowanych technik wykorzystujących ten aspekt improwizacji.
3. Istnieją analogie pomiędzy elementami wytworów improwizacji na prostych instrumentach muzycznych i improwizacji rysunkowej. Zaproponowane przeze mnie porównanie może być podstawą badań empirycznych umożliwiających pogłębienie teoretycznej wiedzy na powyższy temat i stworzenie narzędzia wykorzystywanego w praktyce diagnostycznej.
4. Wyodrębnione cechy improwizacji muzycznej mogą mieć zastosowanie w diagnozie nie tylko w muzykoterapii, lecz także w psychologii i pedagogice, zwłaszcza w odniesieniu do osób, w wypadku których niemożliwe lub znacznie utrudnione jest zebranie materiału rysunkowego (np. osób niewidomych).

Bibliografia

- Bendych Ewa, 1995, *Badania nad rysunkiem niewidomego dziecka*, „Szkola Specjalna”, nr 1, s. 3–15.
- Cylulko Paweł, 2002, *Terapeutyczno-diagnostyczne efekty improwizacji na dziecięcych instrumentach perkusyjnych*, [w:] L. Kataryńczuk-Mania (red.), *Wybrane elementy terapii w procesie edukacji artystycznej*, Zielona Góra: Redakcja Wydawnictw Humanistyczno-Społecznych, s. 73–82.
- Cylulko Paweł, 2019, *Zastosowanie prostych instrumentów perkusyjnych w stymulowaniu rozwoju dziecka z niepełnosprawnością oraz wspieraniu jego najbliższej rodziny*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, t. 19, nr 2, s. 226–231.
- Didkowska Bernadeta, 2013, *Spontaniczny rysunek dziecka – konieczna zabawa czy niepotrzebny bałagan? O wpływie mediów elektronicznych na zmiany schematu rysunkowego dziecka*, „Psychologia Wychowawcza”, nr 3, s. 87–107.
- Drobner Mieczysław, 1980, *Instrumentoznawstwo i akustyka*, Warszawa: PWM.
- Gage John, 2008, *Kolor i kultura: teoria i znaczenie koloru od antyku do abstrakcji*, tłum. J. Holzman, Kraków: Universitas.
- Głowacka Elżbieta, 2005, *Diagnostyczne aspekty analizy semantycznej rysunku dziecka neurotycznego*, [w:] M. Ledzińska, G. Rudkowska, L. Wrona (red.), *Psychologia współczesna: oczekiwania i rzeczywistość*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, s. 537–550.
- Góralski Andrzej, 2003, *Teoria twórczości. Eseje filozoficzne i pedagogiczne*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Górniewicz Józef, 1996, *Wyobraźnia i wychowanie*, [w:] J. M. Śnieciński (red.), *Świat człowieka, świat sztuki: dedykowane Irenie Wojnar*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak, s. 9–16.
- Górniewicz Józef, 2001, *Kategorie pedagogiczne*, Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Hornowska Elżbieta, 2005, *Testy psychologiczne: teoria i praktyka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.
- Hornowski Bolesław, 1982, *Badania nad rozwojem psychicznym dzieci i młodzieży na podstawie rysunku postaci ludzkiej*, Wrocław: Ossolineum.
- Jurek Krzysztof, 2014, *Kolor jako element kształtowania tożsamości jednostkowej i zbiorowej*, „Zeszyty Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego”, t. 57, nr 4 (228), s. 55–66.
- Karolak Wiesław, 2006, *Od przedmiotu do podmiotu: fragment rozważań o rozwoju podmiotowym: „W rzeczy samej rzecz o rzeczach”*, „Civitas Hominibus: Rocznik Filozoficzno-Społeczny”, t. 1, s. 105–116.
- Lissa Zofia, 1974, *Wstęp do muzykologii*, Warszawa: PWN.

- Moustakas Clark E., 2001, *Fenomenologiczne metody badań*, tłum. S. Zabielski, Białystok: Wydawnictwo „Trans Humana”.
- Oster Gerald, Gould Patricia, 1999, *Rysunek w psychoterapii*, tłum. A. Kacmajor, M. Kacmajor, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Popek Stanisław, 1999, *Barwy i psychika. Percepcja, ekspresja, projekcja*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Rembowski Józef, 1986, *Metoda projekcyjna w psychologii dzieci i młodzieży. Zarys technik badawczych*, Warszawa: PWN.
- Sikorski Wiesław, 2002, *Bezślowne komunikowanie się w psychoterapii*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Stasiakiewicz Maria Paula, 1994, *Podmiotowe i sytuacyjne wyznaczniki badania Testem Rorschacha*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Stawecka Anna, 2014, *Obraz siebie. Projekcja twórcza w wytworach plastycznych dzieci przewlekle chorych*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wójcik Danuta, 2001, *Nauka o muzyce*, Kraków: Musica Iagiellonica.
- Wysokińska-Obacz Anna, 1983, *Metoda analizy rysunku w diagnozie zaburzeń emocjonalnych dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim*, „Roczniki Nauk Społecznych”, t. 11, nr 2, s. 47–60.
- Żukowska Anna Marta, 2006, *Zastosowanie rysunku w diagnozowaniu i terapii psychiatrycznej*, „Wychowanie Techniczne w Szkole”, nr 4–5, s. 9–12.

Streszczenie

Na drodze swych zawodowych wyzwań muzykoterapeuci poszukują nowych sposobów diagnozowania problemów pojawiających się u pacjenta. Choć metody ilościowe są przez nich także stosowane, to w głównej mierze opierają się na jakościowych metodach diagnostycznych. Jakkolwiek takie metody mają niezaprzeczalną wartość, nie da się ukryć, że w wielu wypadkach wystandaryzowane psychometryczne testy diagnostyczne byłyby bardzo przydatne. W pokrewnych dyscyplinach naukowych, takich jak psychologia i pedagogika, od lat stosuje się testy projekcyjne o zadowalającej trafności i rzetelności. Są one oparte między innymi na materiale rysunkowym. Autorka proponuje przeanalizowanie zjawiska improwizacji rysunkowej, znalezienie analogii pomiędzy tą formą aktywności a improwizacją instrumentalną, w konsekwencji podjęcie próby stworzenia testu projekcyjnego wykorzystującego materiał zebrany podczas improwizacji instrumentalnej pacjenta. W artykule przybliży zjawiska projekcji, improwizacji

rysunkowej i improwizacji instrumentalnej, a także podaje niektóre analogiczne cechy wytworów muzycznych i plastycznych wyodrębnione na podstawie analizy opracowań teoretycznych oraz bogatego materiału zebranego podczas diagnozowania dzieci i młodzieży.

Słowa kluczowe: diagnoza, improwizacja na instrumentach muzycznych, improwizacja rysunkowa, muzykoterapia, projekcja

JOANNA GŁADYSZEWSKA-CYLULKO – doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki, psycholog kliniczny, tyflopedagog, adiunkt w Instytucie Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego. Autorka licznych publikacji naukowych m.in. dwóch monografii: *Arteterapia w pracy pedagoga* i *Wspomaganie rozwoju dzieci nieśmiałych poprzez wizualizację i inne techniki arteterapii*. Swe doświadczenia prezentuje na ogólnopolskich i międzynarodowych konferencjach naukowych. Jej zainteresowania naukowe skupiają się na problematyce związanej z edukacją i rehabilitacją osób z niepełnosprawnością wzrokową, a zwłaszcza na wykorzystaniu sztuki muzycznej w ich diagnozowaniu i rehabilitacji.

INTERNET GAMING DISORDER – PROBLEMATYKA, SPOSTRZEŻENIA ORAZ REFLEKSJE NAD DIAGNOZĄ W MUZYKOTERAPII

Magdalena Urbanek » Studentka Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

Człowiek i środowisko internetowe

Większość z nas, żyjących w XXI wieku, zmuszona jest funkcjonować w świecie, w którym ściera się to, co realne, namacalne, z tym, co wirtualne, tkwiące w pewnej nie do końca uchwytej przestrzeni za sprawą Internetu, czyli światowego systemu połączeń między komputerami. *Inter-network* z języka angielskiego oznacza „między-sieć”. Powstanie Internetu datuje się na koniec lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku. Zanim został udostępniony cywilnym jednostkom naukowo-badawczym, wykorzystywany był w celach wojskowych. W 1992 roku udostępniono go na potrzeby osób prywatnych. W roku 1994 powstała pierwsza przeglądarka internetowa Mosaic, której twórcą był Marc Andreessen. Internet rozwijał się w miarę rozwoju nowych urządzeń technologicznych: smartfonów, unowocześnionych komputerów, urządzeń szybszych i bardziej wydajnych. W 2010 roku ukazał się wynalazek Steva Jobsa – iPad. Twórca twierdził, że jest to „urządzenie o nadzwyczajnych możliwościach” [Alter 2018: 9]. Jobs, zapewne świadomy zagrożeń wynikających z użytkowania tak zaawansowanego technologicznie urządzenia, zabronił swoim dzieciom korzystania z iPada. Twierdził bowiem, że nadmierne używanie

tego urządzenia i aplikacji dostępnych na iPadzie może prowadzić do uzależnień. Obecnie poczta elektroniczna, Instagram, Facebook, Netflix, Twitter oraz inne aplikacje stały się częścią codzienności współczesnych ludzi. Praktycznie nie można z nich w pełni zrezygnować, gdyż są nieustannie obecne w biznesie, aktywności związanej z prowadzeniem badań naukowych, życiu zawodowym i towarzyskim.

Dla wielu ludzi aktywność internetowa stanowi rodzaj rozrywki. Jedną z jej form są gry komputerowe. Do najpopularniejszych należą *Grand Theft Auto*, *Need for Speed*, *League of Legends* czy *World of Warcraft*. Specyfika niektórych gier pozwala na budowanie swoistych społeczności graczy. Nawiazywane są relacje, tworzą się zależności między zawodnikami. Gra staje się coraz bardziej ekscytująca zarówno ze względu na rozgrywaną się akcję, jak i na powoli rodzącą się potrzebę przynależności do grupy. Kolejną bardzo popularną formą rozrywki jest korzystanie z internetowych wypożyczalni filmów, takich jak Netflix i HBO GO, które oferują dostęp do obszernej bazy seriali i filmów. Nie sposób nie wspomnieć również o aktywności w serwisach społecznościowych typu Facebook, która potrafi być niezwykle absorbująca.

Należy podkreślić, że korzystanie z owych gier, aplikacji i serwisów społecznościowych bardzo często niesie ze sobą liczne ryzyka. Trudno jest przerwać oglądanie serialu na Netflixie czy HBO GO, gdyż po zakończeniu odcinka natychmiast włącza się kolejny, prowokując oglądającego do kontynuowania seansu. Facebook nieustannie powiadamia użytkowników o udostępnionych zdjęciach, postach, relacjach, wywołując określone reakcje, takie jak spojrzenie w ekran komputera czy smartfona, niekiedy skomentowanie postu. Posiłkując się myślą Adama Altera, doktora psychologii społecznej, autora książki *Uzależnienie 2.0. Dlaczego tak trudno się oprzeć nowym technologiom*, należy stwierdzić, że

środowisko ery cyfrowej sprzyja uzależnieniom bardziej niż jakiegokolwiek inne środowisko w całej historii ludzkości. W latach sześćdziesiątych dwudziestego stulecia w wodzie znajdowało się niewiele haczyków: papierosy, alkohol i narkotyki; te ostatnie drogie i w zasadzie niedostępne. W drugiej dekadzie dwudziestego pierwszego

wieku w wodzie jest ich mnóstwo: haczyki Facebooka, Instagrama, pornografii internetowej, poczty elektronicznej, zakupów w sieci [...], a my dopiero poznajemy moc tych haczyków [Alter 2018: 12].

Specyfika uzależnień behawioralnych

Pojęcie „uzależnienie” (z łac. *addictio*) przeniknęło do języka angielskiego i zmieniło nieco swe pierwotne znaczenie. Angielskie *addiction* oznacza przywiązanie i zależność, słabość do pewnych substancji czy czynności. „Uzależnienie to nie tylko fizyczna reakcja organizmu. Uzależnienie to reakcja naszej psychiki na [...] fizyczne doświadczenie. [...] Uzależnienie dotyczy tak naprawdę związku zachodzącego między daną osobą a tym, czego doświadcza” [Alter 2018: 79]. Jak podaje Magdalena Rowicka, kierownik Zakładu Metodologii Badań Psychologicznych Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie:

Terminem „uzależnienie behawioralne” określa się formy zaburzeń (nałogów) niezwiązanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, a z niekontrolowanym wykonywaniem pewnych czynności. [...] Formalnie do grupy tych zaburzeń możemy zaliczyć jedynie uprawianie hazardu, natomiast nieformalnie szereg zachowań, które stanowią przejaw patologii ze względu na intensywność ich podejmowania [...], a nie sam fakt angażowania się w nie [Rowicka 2015: 6].

Wraz z pojawieniem się w 2013 roku kolejnej edycji klasyfikacji DSM – V (z ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) wprowadzono nową grupę zaburzeń, włączając do niej nadmierne uprawianie hazardu. Również wiele niepokojących zachowań związanych z nadmiernym angażowaniem się w gry internetowe (z ang. *Internet Gaming Disorder*) zostało zakwalifikowanych do grupy zaburzeń i podlega badaniom naukowym.

Fazy uzależnienia od hazardu i gier komputerowych

Według Rowickiej [2015: 7] kryteria pomocne w diagnozowaniu uzależnienia behawioralnego to:

- > zaabsorbowanie – wskazuje na to dana aktywność, która staje się najważniejsza, zaczyna przeważać nad innymi czynnościami;
- > modyfikacja nastroju – jest to efekt pewnego zachowania, wiąże się najczęściej z niemożnością poradzenia sobie z różnymi problemami;
- > „tolerancja – odnosi się do rosnącego zapotrzebowania na dane zachowanie w celu uzyskania podobnego poziomu gratyfikacji” [Rowicka 2015: 8];
- > symptomy odstawienne – pojawiają się, gdy osoba nie może podjąć danej aktywności, są to symptomy fizyczne oraz psychiczne;
- > konflikt – powstaje na trzech poziomach: konflikt między bliskimi a osobą uzależnioną (zwany inaczej konfliktem interpersonalnym), konflikt między górującą aktywnością a innymi czynnościami bądź obowiązkami, tj. nauką, pracą itp., konflikt intrapersonalny, mający źródło w negatywnych emocjach wywołanych podejmowaniem danego niepożądanego zachowania;
- > nawrót – wiąże się z opisem tendencji powrotu do danego zachowania.

Powyższe kryteria proponuje również angielski psycholog Mark Griffiths, który wprowadza termin „uzależnienie technologiczne” jako „zależność w interakcji między człowiekiem a maszyną” [Rowicka 2015: 33].

Istnieje także propozycja modelu problemowego grania online (*Problematic Online Gaming*) [Rowicka 2015: 37]. W ramach modelu wyróżnia się pięć wymiarów służących do opisu uzależnienia:

- > euforia,
- > problemy zdrowotne,
- > konflikt,
- > utrata kontroli nad własnym zachowaniem,
- > przedkładanie świata wirtualnego nad świat realny.

Autor artykułu *Ciąg komputerowy* Bartosz Józefiak [2020: 92] wskazuje na podobieństwo przebiegu uzależnienia od gier komputerowych do uzależnienia od hazardu. Wyróżnia cztery fazy:

- > fazę zwycięstw,
- > fazę strat,
- > fazę desperacji,
- > fazę utraty nadziei.

Faza zwycięstw wiąże się z graniem w gry od czasu do czasu, okazjonalnie, i z wyobrażeniem o wygranej. W wypadku osób uprawiających hazard faza ta łączy się z ogromnymi pokładami wiary w sukces i w powodzenie oraz z ryzykowaniem większych sum pieniędzy. Podobnie wygląda to u graczy w gry komputerowe. Sukces i pomyślność w grze daje im poczucie satysfakcji i powoduje chęć poprawienia swego wyniku bądź pokonywania coraz to nowych trudności. Gracze przede wszystkim poświęcają rozrywek coraz więcej czasu, choć w tej fazie potrafią go jeszcze kontrolować. Znajdują również uzasadnienie swojego grania, usprawiedliwiając je zdobywaniem podczas gry umiejętności zręcznościowych. Tłumaczą, że umiejętności takie będą mogli wykorzystać w życiu realnym. Etap ten wiąże się także z nawiązywaniem relacji interpersonalnych przez wspólne wypełnianie „misji”.

Hazardzista na etapie fazy strat zaczyna brać pożyczki, jest zadłużony. Zaniebduje pracę i dom, okłamuje najbliższych. Stara się ukryć swoje uzależnienie. Podobne zachowania przejawia osoba uzależniona od gier komputerowych. Zrzuca na drugi plan studia, pracę, dom, zaczyna przedkładać swoją nową pasję nad obowiązki. Pasję, która powoli staje się obsesją. Taka osoba wyłącza się z życia rodzinnego, wprowadza w błąd swych znajomych, rezygnuje z życia towarzyskiego na rzecz życia w świecie Internetu, gier i fantazji. Gracz uzależniony stopniowo zaczyna zaniedbywać samego siebie. Nie ma czasu na higienę osobistą, odpowiednią ilość snu czy odżywianie się. Naraża swój wzrok na długotrwałe działanie światła. Zdarza się, że gracze zapominają o świecie realnym, nie sprzątają mieszkań, nie wyrzucają śmieci. Podczas rozmów ich myśli zaprzęta kolejna „misja” lub akcja z gry. Niektórzy gracze stają się agresywni. Życie realne zaczyna im się kruszyć.

W fazie desperacji osoba uzależniona od hazardu zdaje się tkwić w pułapce zadłużeń, z której bardzo trudno się wydostać. Narastają odsetki,

naglą terminy spłaty długów, pojawiają się oznaki frustracji. Niemal identyczne objawy towarzyszą graczom w gry komputerowe. U osób takich stopniowo narasta poczucie winy związane z poniesionymi stratami: utratą pracy, niemożnością kontynuowania studiów. Gracz zaczyna odczuwać wewnętrzną pustkę związaną z brakiem kontaktu z bliskimi, znajomymi i przyjaciółmi. Faza ta jest również momentem, kiedy osoby bliskie graczom komputerowym nie mają siły na kolejne prośby, nie skutkują próby zwrócenia na siebie uwagi. Długotrwały konflikt powoduje nagromadzenie silnych emocji, które wreszcie wybuchają. Pojawiają się groźby rozstania, często rozwodu, bliscy mają poczucie przegranej walki z komputerem.

Faza utraty nadziei jest momentem, kiedy zarówno hazardzista, jak i gracz komputerowy zaczynają rozumieć, że stracili to, na czym kiedyś im zależało. Wiąże się ona też z zupełnym zaniedbaniem własnej osoby. Na tym etapie często zdarza się popadanie w depresję. Uzależniony gracz komputerowy gra tylko po to, by nie myśleć o walącym się wokół niego świecie.

Problem popadania w uzależnienie od gier komputerowych dotyka najczęściej osoby w wieku dojrzewania oraz młodych dorosłych. Okres ten jest jednym z najtrudniejszych etapów w życiu młodego człowieka, ponieważ musi on być gotowy do podejmowania decyzji rzutujących na jego przyszłość, mierzyć się z wyborem studiów, podjęciem pracy, założeniem rodziny. Bez odpowiedniego wsparcia ze strony przyjaciół i najbliższych istnieje ryzyko zagubienia się we wszelkiego rodzaju uzależnieniach. Młody człowiek może zacząć sięgać po rozmaite substancje psychoaktywne lub budować wirtualną rzeczywistość w świecie gier komputerowych, które „pomogą” choć na chwilę oderwać się od trudnej realnej rzeczywistości.

Opis narzędzia diagnostycznego *Internet Gaming Disorder Scale – Short Form*

Ustandaryzowanym narzędziem diagnostycznym zaburzeń związanych z nadużywaniem internetowych gier komputerowych, zaproponowanym przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (American

Psychological Association – APA), jest *Internet Gaming Disorder Scale – Short Form* (IGDS9 – SF), dostępny na stronach internetowych (np. www.halleypontes.com/igds9sf). Zawiera on dziewięć pytań dotyczących aktywności gracza w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Zastosowano w nim pięciostopniową skalę Likerta, w której poszczególnym odpowiedziom przypisano następujące wartości punktowe: nigdy – 1, rzadko – 2, czasami – 3, często – 4, bardzo często – 5. Wynik ostateczny jest sumą punktów uzyskanych w wyniku odpowiedzi na wszystkie pytania testu. Osoba diagnozowana może otrzymać najmniej 9 punktów, a najwięcej 45. Liczba uzyskanych punktów może świadczyć o zaburzeniu. Im wyższy wynik osiągnie badany, tym większe jest prawdopodobieństwo zaburzenia. Głównym kryterium pomocnym w rozróżnieniu osób z zaburzeniem i niewykazujących zaburzenia jest deklaracja wyboru odpowiedzi „bardzo często” przynajmniej na pięć pytań testowych.

Poniżej przedstawione zostały poszczególne pytania testu [*Internet Gaming...*, 2015]:

1. Czy czujesz się zatroskany/a swoim zachowaniem związanym z grami? (Kilka przykładów: Czy rozmyślasz o swojej wcześniejszej aktywności związanej z grami? Czy uważasz, że graniu stało się dominującą aktywnością w Twoim życiu codziennym?).
2. Czy czujesz większą drażliwość, niepokój, a nawet smutek podczas prób ograniczenia lub przerywania gry?
3. Czy czujesz potrzebę spędzania coraz większej ilości czasu, grając, w celu osiągnięcia satysfakcji lub przyjemności?
4. Czy podejmowane próby ograniczenia lub zaprzestania aktywności związanej z grami kończą się niepowodzeniem?
5. Czy straciłeś/aś zainteresowanie poprzednim hobby lub innego typu rozrywką na skutek Twojego zaangażowania w gry?
6. Czy kontynuujesz granie pomimo wiedzy, że jest ono przyczyną Twoich problemów/nieporozumień z innymi ludźmi?
7. Czy kiedykolwiek oszukałeś/aś, okłamałeś/aś kogokolwiek (rodzina, znajomi, terapeuci, nauczyciele itp.) z powodu Twojej aktywności związanej z graniem?

8. Czy grasz po to, by choć na krótki czas uciec od złego humoru lub by złagodzić negatywny nastrój bezradności, poczucia winy, niepokoju itp.?
9. Czy przez swoją aktywność związaną z grami naraziłeś/aś się na istotne kłopoty w związku, w szkole/uczelni, w pracy?

Spostrzeżenia dotyczące zachowań muzycznych oraz niemuzycznych osób nadużywających internetowych gier komputerowych

Jak wiadomo, niezbędne do zaplanowania każdej sesji muzykoterapeutycznej jest wstępne zdiagnozowanie pacjenta. Diagnoza muzykoterapeutyczna powinna opierać się na wielu różnych metodach, narzędziach i technikach, w tym na wywiadzie z pacjentem, jego rodziną i osobami z bliskiego otoczenia. Jest to diagnoza środowiskowa, która w wielu wypadkach może okazać się niezbędna do skutecznego zaplanowania sesji muzykoterapeutycznych.

W wypadku osób, u których podejrzewa się zaburzenie powstałe na skutek nadużywania gier internetowych, muzykoterapeuta będzie potrzebował informacji na temat preferencji muzycznych pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem muzyki do gier komputerowych, a także danych na temat wszelkich skojarzeń dotyczących tejże muzyki oraz skojarzeń dźwiękowych wywołujących na przykład poczucie satysfakcji z wygranej lub poczucie zawodu w wyniku odniesionej porażki. Można zaryzykować twierdzenie, że pomiędzy grającym a grą komputerową pojawia się specyficzna forma komunikacji, oparta na swoistym przekazie muzycznym. Należy podkreślić, że jest to rodzaj dźwięków spotykanych jedynie w grach komputerowych. Brak tych dźwięków w realnym świecie może zniechęcać daną osobę do podejmowania działań w codziennym życiu. Czy możliwe jest zaadaptowanie tych skojarzeń dźwiękowych na potrzeby sesji muzykoterapeutycznych z udziałem osób nadużywających internetowych gier komputerowych?

Muzykoterapeuta powinien być wyczulony na pewne znaki płynące z różnego rodzaju zachowań, takich jak stukanie palcami o stół, o ciało, nerwowe zaciskanie palców dłoni, drapanie czy marszczenie brwi. Mogą one świadczyć o zniecierpliwieniu pacjenta. Zapewne każdy muzykoterapeuta zauważy, że gesty te zazwyczaj wykazują pewien rytm, mogą mieć określoną dynamikę. Jak wiadomo, umiejętne korzystanie z zasobu gestów, które oferuje pacjent, może przyczynić się do nawiązania muzykoterapeutycznej relacji.

W grach komputerowych zawodnik posługuje się określonym zestawem klawiszy w celu uzyskania oczekiwanego efektu w grze. Zazwyczaj jest to pewna sekwencja uderzeń w klawiaturę. Muzykoterapeuta może mierzyć czas koncentracji uwagi gracza na grze oraz koncentracji uwagi na aktywnościach muzycznych. Czy możliwe jest opracowanie działania muzycznego wykorzystującego sekwencje uderzeń w klawisze klawiatury komputerowej?

Muzykoterapeuta powinien wsłuchać się w tembr głosu swego pacjenta, zaobserwować, czy mowa pacjenta jest głośna czy cicha, czy pacjent posługuje się nomenklaturą związaną z gramami komputerowymi. Przeważnie podczas gry zawodnicy porozumiewają się między sobą w sposób dosyć głośny. Jest to zapewne związane z ciągle rozgrywającą się dynamiczną akcją. Gracze posługują się także swoistym metajęzykiem, niezrozumiałym dla osób spoza ich kręgu. Jego cechą charakterystyczną jest wiele skrótów, np. AFK (ang. *away from keyboard*), który oznacza odejście od komputera na pewien czas. W języku polskim gracze czynność tę nazywają „afczeniem” [Serafin 2012].

Zdaniem niektórych graczy działania w życiu realnym, przykładowo – wstawanie rano do pracy, są o wiele mniej atrakcyjne i wymagają o wiele większego wysiłku niż aktywność w świecie gier komputerowych. Z tego względu można zaobserwować pewną niechęć czy nawet niezdolność do stawiania wobec wyzwań świata realnego. Osoby uzależnione od gier nie są w stanie kontrolować czasu, który spędzają, grając na komputerze. Nieraz się im wydaje, że poświęcają tej aktywności jedynie chwilę, gdy tak naprawdę upływa o wiele więcej czasu.

Za pewne atuty graczy można uznać dobry refleks i umiejętność szybkiego podejmowania decyzji. Czy skuteczne będzie zaplanowanie

w ramach sesji muzykoterapeutycznych muzycznego projektu grupowego z udziałem graczy gier komputerowych, z jasnym określeniem ich roli w projekcie i sztywno narzuconymi ramami czasowymi, tak by móc budować u nich poczucie odpowiedzialności za wspólny projekt muzyczny?

Zapewne działanie takie może przyczynić się do nawiązania relacji z innymi członkami grupy w realnym świecie. Może także umożliwić budowanie poczucia sprawczości u poszczególnych członków grupy oraz pomóc w rozbudzeniu nowych pasji i poszerzeniu horyzontów. Celem nałożenia sztywnych ram czasowych będzie budowanie świadomości upływającego czasu oraz zdobywanie umiejętności racjonalnego nim zarządzania.

Jak wspomniano powyżej, problem zaburzeń powstałych z powodu nadmiernego grania w gry komputerowe często dotyka również bliskich osób uzależnionych. Z jednej strony zdarza się, że gracz nie dostrzega istniejącego problemu, z drugiej strony członkowie najbliższej rodziny gracza często czują się bezradni w walce z jego uzależnieniem. Być może zastosowanie diagnozy opartej na przedstawianiu rodziny za pomocą instrumentów muzycznych Orffa pozwoliłoby uświadomić graczowi istnienie problemu oraz dopatrzeć się przyczyn, które spowodowały, że pacjent popadł w uzależnienie od gier komputerowych?

Z pewnością można zauważyć, że istnieje wiele zachowań muzycznych i niemuzycznych – niektóre z nich są z pewnością mierzalne – przejawianych przez graczy komputerowych. Jak wiemy, muzykoterapeuci posługują się zasobem metod, narzędzi i technik diagnostycznych, które z pewnością można zaadaptować w celu diagnozowania osób z problemami wywołanymi nadmiernym graniem w gry komputerowe.

Specyfika i opis wybranych gier komputerowych

Zapewne twórcy gier komputerowych w większości nie są świadomi, że przygotowywany przez nich produkt może być uzależniający. Z dużą dozą prawdopodobieństwa można założyć, że ich celem nie jest

wyrządzenie krzywdy potencjalnemu użytkownikowi. Twórca gry na smartfony *Flappy Bird* Dong Nguyen po otrzymaniu doniesień, że jego gra jest silnie uzależniająca, postanowił usunąć ją ze sklepów internetowych. Gra polegała na ciągłym naciskaniu ikony ptaszka, który lecąc, musiał omijać wystające z góry i dołu ekranu przeszkody. Wymagała maksymalnego skupienia uwagi gracza oraz refleksu, gdyż ptaszek poruszał się w bardzo szybkim tempie. Gra na tyle angażowała grającego, że bardzo trudno było mu ją przerwać. Niezwykle prosta w swojej treści oraz konstrukcji, właściwie przeznaczona była dla graczy bez ograniczeń wiekowych.

W roku 2003 powstał *Ogólnoeuropejski system klasyfikacji gier komputerowych* (z ang. *Pan European Game Information* – PEGI), który siedem lat później został oficjalnie przyjęty w Polsce. Gra oceniana jest w nim m.in. pod kątem prezentowanych treści. Informacje na ten temat znajdują się na opakowaniach gier. Poza tym istotne są oznaczenia dotyczące wieku potencjalnego odbiorcy, np. 3+, 7+, 12+, 16+, 18+. System ostrzega także przed treściami związanymi z przemocą, narkotykami, wulgarnym językiem, treściami o charakterze seksualnym czy dyskryminacyjnym.

Zdarza się, że opiekunowie graczy niepełnoletnich nie są świadomi treści, które znajdują się w grach, bądź jest to im zupełnie obojętne. Warto przytoczyć opisy oznaczeń wiekowych PEGI [*Klasyfikacja...* 2020]:

- > PEGI 3+ – gry przeznaczone dla najmłodszych użytkowników. Mogą ukazywać przemoc, ale na ogół w formie komicznej, podobnie jak w kreskówkach dla dzieci. Nie odnajdziemy w nich obrazów czy dźwięków, które mogłyby wywołać strach u dziecka. Przykładami takich gier są: *Cooking Simulator*, *Farming Simulator*, *FIFA* i *Football Manager*;
- > PEGI 7+ – gry nie są odpowiednie dla najmłodszych, ponieważ mogą zawierać sceny wywołujące strach u dzieci. Do takich gier możemy zaliczyć *Harry’ego Pottera* oraz *Minecraft*;
- > PEGI 12+ – gry zawierają przemoc dotyczącą postaci fantastycznych oraz mniej realistyczną przemoc dotyczącą zwierząt oraz ludzi. Postaci nagie zwykle są ocenzone. Pojawiają się również

- wulgaryzmy, ale niezwiązane z seksualnością. Przykładami takich gier są *League of Legends*, *The Sims* oraz *World of Warcraft*;
- > PEGI 16+ – gry zawierają treści związane z przemocą i seksualnością. Pojawiają się w nich wulgaryzmy oraz używki, takie jak alkohol, narkotyki, tytoń. Przykładem takich gier są *Battlefield* i *Gothic*;
 - > PEGI 18+ – gry przeznaczone wyłącznie dla osób dorosłych. Promują przemoc, która dotyka występujące w nich postacie. Zawierają także treści dotyczące seksu, substancji uzależniających, takich jak alkohol, narkotyki, tytoń. Mogą również występować treści związane z hazardem oraz liczne wulgaryzmy. Przykładami takich gier są *Doom*, *Grand Theft Auto* oraz *Outlast*.

Wśród bardzo wielu gatunków gier istnieją gry fabularne o szczególnej specyfice – MMO (z ang. *Massive Multiplayer Online Games*). Cechą charakterystyczną gier typu MMO jest fakt uczestnictwa wielu graczy za pośrednictwem połączenia internetowego. Rowicka wymienia sześć punktów wyróżniających gry MMO [Rowicka 2015: 38]:

1. Zachowanie ciągłości gry
Polega ono na tym, że sytuacja w grze zmienia się nawet podczas nieobecności gracza. Osoba grająca nie wie, co zastanie po powrocie do gry.
2. Postacie odznaczające się cechami fizycznymi
Postać, którą wybiera gracz, posiada HP (z ang. *Health Points*), czyli określoną liczbę jednostek życiowej energii. Każda kontuzja, każdy uraz powoduje utratę pewnej liczby tych jednostek. Postać może zostać postrzelona, niekiedy jest jej zbyt zimno bądź zbyt gorąco, może przejawiać oznaki zmęczenia, a nawet chorować. W efekcie traci jednostki życiowej energii, aż do – potencjalnie – całkowitego ich wyczerpania.
3. Awatar
Pojęcie to jest obecnie definiowane w różny sposób. Tak pisze na jego temat Marta Tymińska, cytująca myśl Jona Doveya oraz Helen W. Kennedy, autorów publikacji *Kultura gier komputerowych* [Dovey, Kennedy 2011]:

Ciało jest zawsze ulokowane w przestrzeni i czasie. Granie jest doświadczeniem kinestetycznym.

„Te sprzężenia zwrotne każą zastanowić się nad awatarem jako ucieleśnieniem działań i doświadczeń gracza. Musimy zatem zwrócić uwagę na to, w jaki sposób „zmysłowe” doświadczenie (obrazy, dźwięk, poczucie przestrzeni) tworzą doświadczenia gracza w swoim świecie, od pierwszej chwili, gdy spotyka swojego awatara. Awatar rozwija się z upływem czasu (na wiele różnych sposobów – zdobywa dostęp do poziomów, zwiększa swoją siłę, zyskuje nowe przedmioty do swojego inwentarza itd.), tak że staje się ucieleśnieniem naszego doświadczenia gry” [Tymińska 2020].

4. Dynamika wertykalna

5. Perpetuum

Te dwa pojęcia są związane z faktem, że gry MMO nie mają określonego końca. Gracze zdobywają nowe poziomy – (z ang. *levels*), mają również możliwość cofania się do poprzedniego poziomu i poprawiania wyniku. Działania te mogą podejmować wielokrotnie.

6. Możliwość interakcji społecznej

Podczas gry nawiązywane są pomiędzy graczami pewne relacje o różnym stopniu natężenia. Ich wachlarz jest na tyle szeroki – od współzawodnictwa, przez współpracę, po relacje koleżeńskie, a nawet przyjacielskie – że każdy z graczy może uzupełnić deficyt tychże relacji.

Dźwięki, melodie oraz muzyka w grach komputerowych

W grach możemy spotkać różnorodność dźwięków, które powodują, że rozrywka ta staje się bardziej rzeczywista. Postacie ludzkie w grach mogą kaszleć, jęknąć, gdy ktoś je zrani, krzyczeć ze strachu, rozmawiać z innymi postaciami, śmiać się, narzekać. Występujące tu dźwięki dotyczą również otoczenia postaci, są to: uliczny gwar, szum samochodów,

ciężarówek, samochodów wyścigowych, odgłosy strzelaniny, bitwy na miecze, walących się budowli, tłuczonego szkła, zabaw dzieci, odgłosy zwierząt domowych, dzikich, rolnych, ptaków, owadów. Niekiedy słychać szum rzek, strumieni, wodospadów, mórz i oceanów, przesypujący się piasek lub odgłosy deszczu. Można zakładać, że uzależnionemu graczowi, który zamyka się w swoim pokoju, dźwięki z gry zastępują dźwięki z otoczenia realnego. Są one wirtualne, a jednak jakby rzeczywiste lub bardzo zbliżone do rzeczywistości. Gry komputerowe najnowszej generacji wyposażone są w pełną paletę dźwięków. Niektóre z nich mają za zadanie przyciągać gracza, wywołać pewne skojarzenia, np. dotyczące odniesienia sukcesu. Alter zauważa, że wiele gier znajdujących się w kasynach wydaje mniej lub bardziej przyjazny dla ucha dźwięk, sugerujący wygraną gracza.

Gry komputerowe rządzą się zasadami dotyczącymi mikroskali – wyjaśnia [Bennett] Foddy [projektant gier wideo – przyp. M.U.]. Gdy gracz najedzie kursorem myszy na określone miejsce na ekranie, pojawia się tekst lub dźwięk. Twórcy gier wykorzystują tego rodzaju pozytywne reakcje gry, by wciągnąć graczy jeszcze bardziej w jej świat. Każda gra musi się trzymać tych zasad, ponieważ nikt nie będzie chciał grać w grę, która nie gwarantuje stałego dopływu drobnych gratyfikacji [Alter 2018: 140].

Takimi gratyfikacjami są dźwięki lub migotliwe światło. Alter wyjaśnia również, że reakcja zwrotna musi się pojawić natychmiast, by wywołać u gracza poczucie sprawczości. Gratyfikujące dźwięki oraz światło świadczą o „soczystości gry”. Soczystość to widoczny na ekranie poziom pozytywnej reakcji zwrotnej na działania gracza [Alter 2018: 140]. Projektując grę, twórcy biorą pod uwagę również głośność danych klawiszy na klawiaturze komputera. Te najgłośniejsze i najbardziej charakterystyczne, np. spacja, powinny być przypisane rzadkim akcjom, takim jak skakanie. Chodzi o to, by powiązać doświadczenie gracza w świecie fizycznym z jego doświadczeniem w świecie wirtualnym [Alter 2018: 141].

Jednym z najistotniejszych aspektów gry budzących zainteresowanie muzykoterapeutów jest muzyka. Niegdyś muzyka towarzysząca

grom złożona była z bardzo prostych melodii. Na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku pojawił się styl muzyczny o nazwie *chiptunes*. Melodie te powstawały na zasadzie generowania dźwiękowych próbek. *Chiptunes* można było usłyszeć w grach komputerowych. Wraz z rozwojem tego typu rozrywki towarzysząca jej muzyka przekształcała się, by móc wreszcie przyjąć znamiona muzyki filmowej.

Muzyka w grze pojawia się już podczas startu, gdy gracz się loguje, i może się zmieniać w miarę trwania akcji. Niekiedy sygnalizuje zbliżające się niebezpieczeństwo i potrafi budzić w graczku silne emocje. Muzyka podąża za akcją w grze, wywołując pewne napięcia lub radość, a nawet poczucie zrelaksowania. Ma ona spowodować swoiste zatopienie się gracza w świecie gry oraz równoczesne wyłączenie się ze świata rzeczywistego. Można zauważyć, że cechą szczególną utworów skomponowanych do gier jest brak ich końca, słuchacz ma poczucie ciągłości utworu – zapętlenia. Należy pamiętać, że muzyka stanowi integralny element gry komputerowej. Jednym z przykładów ukazujących wagę muzyki w grze może być ścieżka dźwiękowa gry *The Sims*. Warto w tym miejscu przytoczyć fragment wypowiedzi Robiego Kaukera, jednego z twórców muzyki do tej gry:

Dla mnie i pozostałych członków zespołu dźwiękowego *The Sims Studio* tworzenie muzyki do gry *The Sims 4* było radosnym i inspirującym procesem. Korzystając z ilustracji, szkiców koncepcyjnych i animacji, poznawaliśmy barwy, rytmy i istotę nowego świata, a muzyka, którą stworzyliśmy, wyzwala kreatywność i sprawia, że zabawa w życie w *The Sims 4* daje jeszcze więcej radości [Kauker 2014: 2020].

Podsumowanie

Zagadnienie *Internet Gaming Disorder* podlega różnym badaniom. Prowadzone są obserwacje skutków nadużywania gier komputerowych. Nie można zaprzeczyć, że świat gier komputerowych jest fascynujący

i wielce różnorodny. Dla niektórych graczy stanowi on zwykłą formę rozrywki, jednak dla innych staje się poważnym źródłem wielu problemów. Niepokojące zachowania osób nastoletnich czy młodych dorosłych powinny skłaniać do głębokich refleksji i szukania skutecznych rozwiązań problemów związanych z nadużywaniem gier. Można zaryzykować twierdzenie, że działania muzykoterapeutyczne mogłyby być pomocne pacjentom, ponieważ mają potencjał rozbudzania zdrowej pasji w młodym człowieku, ukazywania bogactwa realnego życia. Gry komputerowe przepełnione są dźwiękami i muzyką, co może stanowić potężny oręż w działaniach muzykoterapeutycznych. Należy jednak pamiętać, że powody, dla których gracze nadużywają gier komputerowych, są bardzo zróżnicowane, dlatego też z wielką ostrożnością powinno się planować program sesji muzykoterapeutycznych skierowanych do tych osób.

Bibliografia

- Alter Adam, 2018, *Uzależnienia 2.0. Dlaczego tak trudno się oprzeć nowym technologiom*, tłum. A. Gomola, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bednarek Adam, 2016, *Technologie i dzieci: Jak odczytywać system PEGI?*, [online:] <https://gry.wp.pl/technologie-i-dzieci-jak-odczytywac-system-peg-i-606704-1535136385a> [9.03.2020].
- Besztocha Izabela, 2017, *Outlast, muzyka, która sprawia, że gracz cierpi*, [online:] <https://gamemusic.pl/outlast-muzyka-ktora-sprawia-ze-gracz-cierpi/> [10.03.2020].
- Chiptune*, 2020, [online:] <https://en.wikipedia.org/wiki/Chiptune> [10.03.2020].
- Dovey Jon, Kennedy Hellen W., 2011, *Kultura gier komputerowych*, tłum. T. Macios, A. Oksiuta, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Internet*, 2020, [online:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Internet> [09.03.2020].
- Internet Gaming Disorder Scale – Short-Form (IGDS9-SF)*, 2015, [online:] www.halleypontes.com/igds9sf [17.10.2020].
- Józefiak Bartosz, 2020, *Ciąg komputerowy*, „Wysokie Obcasy”, nr 1, s. 92–97.
- Kauker Robi, 2014, *Poznajcie fakty: Muzyka w The Sims 4*, [online:] <https://www.ea.com/pl-pl/games/the-sims/the-sims-4/news/knowning-the-score> [9.03.2020].
- Klasyfikacja gier komputerowych*, 2020, [online:] <http://www.sp8.sosnowiec.pl/start/rodzice/365-porady/948-klasyfikacja-gier-komputerowych> [25.02.2020].

- Kowalik Radek, 2019, *Czy muzyka z gier przejmie od filmów miano najlepszych soundtracków?*, [online:] <https://socialpress.pl/2019/08/czy-muzyka-z-gier-przejmuje-od-filmow-miano-najlepszych-soundtrackow> [9.03.2020].
- League of Legends*, 2020, [online:] https://play.eune.leagueoflegends.com/pl_PL [10.03.2020].
- Rowicka Magdalena, 2015, *Uzależnienia behawioralne. Terapia i profilaktyka*, Warszawa: Fundacja Praesterno, [online:] <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=uzale%C5%BCnienia+behawioralne+roica> [8.03.2020].
- Serafin Joanna, 2012, *Słownik hardkorowego gracza cz. 1 – Zrozumieć slang graczy*, „Komputer Świat”, [online:] <https://www.komputerswiat.pl/gamezilla/aktualnosci/sownik-hardkorowego-gracza-cz-1-zrozumiec-slang-graczy/dst4bk> [17.10.2020].
- Tymińska Marta, 2020, *Oblicza Awatara. Kim/Czym gramy w grze komputerowej?*, [online:] https://www.academia.edu/9354604/Oblicza_Awatara_Kim_czym_gramy_w_grze_komputerowej [10.03.2020].
- Video game music*, 2020, [online:] https://en.wikipedia.org/wiki/Video_game_music [10.03.2020].

Streszczenie

Autorka przedstawia opinie badaczy zajmujących się problemem zaburzeń wywołanych nadużywaniem gier komputerowych oraz prezentuje własne spostrzeżenia na ten temat. Podejmuje także próbę wskazania pewnych charakterystycznych zachowań graczy, zarówno muzycznych, jak i niemuzycznych. Obserwacje te mogą być pomocne w skonstruowaniu, w niedalekiej przyszłości, narzędzia diagnostycznego w ramach interdyscypliny, jaką jest muzykoterapia.

Słowa kluczowe: *Internet Gaming Disorder*, zaburzenie, diagnoza

MAGDALENA URBANEK – studentka pierwszego roku studiów drugiego stopnia w Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu na kierunku kompozycja i teoria muzyki w zakresie muzykoterapia i teoria muzyki. W 2018

roku ukończyła studia pierwszego stopnia na Wydziale Kompozycji, Interpretacji, Edukacji i Jazzu w specjalności wokalistyka jazzowa w Akademii Muzycznej im. Karola Szymanowskiego w Katowicach, a w 2019 roku – studia pierwszego stopnia na Wydziale Kompozycji, Interpretacji, Edukacji i Jazzu, specjalność muzykoterapia, w tej samej uczelni.

METODY BADAWCZE W MUZYKOTERAPII

Joanna Gładyszewska-Cylulko » Uniwersytet Wrocławski

Maria Cylulko » Studentka Uniwersytetu Wrocławskiego

Metodologia i paradygmat

Jednym z problemów współczesnej muzykoterapii jest wypracowanie modelu badań umożliwiających analizowanie jej licznych aspektów, wybór metod adekwatnych do jej problematyki oraz stworzenie kryteriów jej skuteczności. Nie tylko ułatwiłoby to pogłębianie wiedzy na jej temat, lecz także pozwoliłoby odrzucić działania, które nie są muzykoterapią. W metodologii badań stosuje się obecnie zarówno metody ilościowe, jak i jakościowe. Wbrew niektórym opiniom nie są one przeciwstawne, a często wręcz uzupełniają się nawzajem. To, które z nich badacz wybierze, zależy od problemu badawczego, jaki stawia, a także od paradygmatu, jaki przyjmuje, oraz założeń ontologicznych i epistemologicznych. W naukach społecznych paradygmaty umożliwiają spojrzenie na zjawiska społeczne z różnych perspektyw, dzięki czemu możliwe jest uwzględnienie różnorodnych aspektów życia społecznego. Według Tomasa S. Kuhna:

Termin „paradygmat” oznacza, że pewne akceptowane wzory współczesnej praktyki naukowej (wzory obejmujące równocześnie prawa, teorie, zastosowania i wyposażenie techniczne) tworzą model, z którego wyłania się jakaś szczególna, zwarta tradycja badań

naukowych. Jest to więc całość założeń oraz kryteriów interpretacyjnych, które umożliwiają analizę i ocenę wyników badań naukowych [Juszczak 2013: 30].

Znaczy to, że może być on fundamentalnym modelem czy układem odniesienia, ramą lub punktem widzenia, ustanawiającym standardy właściwej pracy naukowej [Juszczak 2013: 30].

W pewnym uproszczeniu można powiedzieć, że zwolennicy paradygmatu pozytywistycznego będą stosować metody ilościowe, gdyż uważają badaną rzeczywistość za zewnętrzną, niezależną od obserwatora układ odniesienia. Zwolennicy podejścia postpozytywistycznego sądzą natomiast, że badanie rzeczywistości jest jednocześnie wpływaniem na nią, skłonni są zatem używać metod jakościowych, a za ich pomocą starają się zrozumieć dążenia, przekonania, wartości oraz poznawcze i symboliczne działania osób przez nich badanych [Paluchowski 2001: 20–21]. Spór o wyższość danych ilościowych nad jakościowymi i odwrotnie praktycznie nie istnieje. Badacze uważają przeważnie, że nie ma opozycji między celami i możliwościami metod ilościowych i jakościowych ani rozdzwieku w kwestii użyteczności tych metod do weryfikacji i generowania teorii. Według Barneya G. Glasera i Anselma Straussa różnica między tymi metodami dotyczy jedynie rozłożenia akcentów pomiędzy weryfikacją a generowaniem teorii [Glaser, Strauss 2009: 42]. Krzysztof Konecki uważa, że „nie ma zasadniczej sprzeczności między metodami i danymi jakościowymi i ilościowymi, gdy rozpatrujemy je na poziomie technicznym i neutralnym” [Konecki 2000: 21]. Znaczenia i relacje między metodami zależą według niego od określonego paradygmatu przyjmowanego przez badacza, czyli m.in. od tego, jakie stawia cele badawcze i jaki rodzaj materiałów służy mu do budowy teorii. Jeśli zaistnieje wtedy sprzeczność między metodami jakościowymi i ilościowymi, to będzie ona sprzecznością na poziomie paradygmatycznym. Jako przykład można podać sytuację, gdy próbuje się przyjętymi z paradygmatu normatywnego metodami statystycznymi udowodnić niektóre stwierdzenia teoretyczne, których sformułowanie możliwe jest tylko na podstawie analizy jakościowej. Takie postępowanie wprowadza

niekoherencję i mętlik teoretyczny. Użycie pewnych technik charakterystycznych dla danego paradygmatu nie jest zatem równoznaczne z prowadzeniem badań na nim opartych. Podziały paradygmatyczne „dotyczą przede wszystkim założeń ontologicznych i epistemologicznych leżących u podstaw określonych perspektyw teoretycznych” [Konecki 2000: 23].

Badania jakościowe są perspektywą opisu, zrozumienia i czasami wyjaśniania zjawisk społecznych, edukacyjnych czy kulturowych poprzez badania empiryczne i analizę doświadczeń indywidualnych i grupowych, definicji świata społecznego oraz interakcji społecznych, przy użyciu jakościowych metod badania lub analizy jakościowej [Juszczak 2013: 51].

Niezależnie od przyjętego paradygmatu widać dążenie badaczy do zwiększenia obiektywności badań naukowych. Bywa ona rozumiana w dwojaki sposób – jako obiektywność ontologiczna lub intersubiektywna.

W pierwszym ujęciu rozpatruje się relację między wypowiedzią teoretyczną a poznawaniem przedmiotowym. Przyjmuje się przy tym założenie, że rzeczywistość empiryczna istnieje niezależnie od poznającego podmiotu. Zakładając konieczność, a zarazem możliwość wyeliminowania wpływu czynników charakteryzujących poszczególne jednostki, oczekuje się, że wynik będzie niezależny od subiektywnych wpływów poznającego [Juszczak 2013: 88].

Ten drugi rodzaj obiektywności próbuje się osiągnąć przez standaryzację badań – zarówno w odniesieniu do procesu zbierania, jak i opracowywania danych (np. właściwy dobór, wykluczenie zmiennych losowych, eliminację czynników zakłócających). W badaniach jakościowych większości powyższych czynności nie da się wykonać, można za to zwiększyć obiektywność np. przez właściwe sformułowanie i stosowanie kryteriów, refleksję dotyczącą standardów czy opracowanie i stosowanie

strategii podnoszących jakość zbieranych danych i uzyskanych wyników. W tego typu badaniach nie opracowuje się raczej uniwersalnych kryteriów ani standardów prowadzenia prac badawczych, lecz postuluje się wypracowanie strategii podnoszenia jakości [Flick 2012: 21–33].

Muzykoterapia dzieci z niepełnosprawnościami – przegląd badań

W niniejszym artykule autorki prezentują przegląd badań dotyczących muzykoterapii jednej z grup, w których pozycja tego typu działań terapeutycznych jest dobrze ugruntowana. Doświadczenia kliniczne przemawiają za potrzebą ich stosowania, a badania empiryczne tę potrzebę potwierdzają. Dobór publikacji, które stały się podstawą poniższej analizy, miał charakter losowy, dokonano go pod kątem zastosowanej w nich metodologii. Wszystkie omawiane badania odnosiły się do wykorzystania muzykoterapii w oddziaływaniach rehabilitacyjno-terapeutycznych stosowanych względem dzieci i młodzieży z różnego rodzaju niepełnosprawnościami (zaburzeniami ze spektrum autyzmu, zespołem Retta, zespołem Downa, niepełnosprawnością intelektualną, wadami wzroku i słuchu, zaburzeniami komunikacji werbalnej, uszkodzeniem mózgu). Zostały przeprowadzone w latach 1994–2016 (większość po roku 2000) w takich krajach, jak: Australia, Iran, Japonia, Niemcy, Nowa Zelandia, Stany Zjednoczone, Wielka Brytania i Włochy.

Metodą bardzo często wykorzystywaną w badaniach była obserwacja. Jest to metoda (niektórzy metodolodzy zaliczają ją do technik) badawcza powszechnie stosowana zarówno w muzykoterapii, jak i w pedagogice. By była wartościowa, powinna być przeprowadzana w konkretnym celu, planowa (przeprowadzana według planu), celowa (odnosząca się tylko do interesujących badacza zjawisk), aktywna (z selekcją spostrzeżeń) i systematyczna (nieprzypadkowa). Może być otwarta i swobodna, bezpośrednia i pośrednia, kontrolowana i niekontrolowana, jawna i ukryta [Juszczak 2013: 165–167]. Zwykle przyjmuje się, że

proceeds to the moment when further observations provide such observations as already completed, i.e. to the moment of theoretical saturation [Angrosino 2010: 113–114].

An example of the use of the observation method are studies conducted by Leith Krakouer and his colleagues in order to determine the influence of music therapy on behavior change in people with a brain injury in childhood. It was a multi-occasion observation of behavior during sessions; five people were subjected to it. The material was recorded (on video), and then analyzed [Krakouer et al. 2001: 25–32]. The observation method was also used by Jayne M. Standley and Jane E. Hughes. The studies concerned the evaluation of benefits resulting from the use of music therapy in early developmental support. Observations were conducted on two groups of four-year-old children [Standley, Hughes: 1996: 87–94]. In studies conducted by Cindy Lou Edgerton, one out of ten autistic children aged from six to nine years participated in ten individual music therapy sessions. They were observed in their musical and non-musical behaviors serving communication, using a specially constructed checklist providing information on whether the observed behavior occurred during the session – *The Checklist of Communicative Responses/Acts Score Sheet (CRASS)* [Edgerton 1994: 31–62]. In the next studies conducted by Akihiro Yasuhara and Yuriko Sugiyama, children aged from four to six years with Rett syndrome were subjected to individual music therapy (including 35-minute sessions once a week). The observation method was used in the form of notes and video recordings, which were then analyzed on the basis of a specially constructed checklist of behaviors [Yasuhara, Sugiyama 2001: 82–84].

In addition to observation, researchers often use interviews and questionnaires. „It is a professional interaction, which goes beyond spontaneous exchange of opinions, as it takes place in everyday conversation, and consists in carefully asking questions and paying attention to the answers in order to obtain specifically checked knowledge” [Juszczak 2013: 142]. It is worth noting that different researchers use different options

metodologicznych odmiennie traktują dane pochodzące z wywiadów. Zwolennicy orientacji pozytywistycznej zbierają fakty dotyczące postaw i zachowania, dbają o to, by próba została dobrana losowo, a pytania były zestandaryzowane. Reprezentanci emocjonalizmu skupiają się na rozpoznaniu autentycznych doświadczeń badanych, a ich wywiady są nieustrukturyzowane. Dla przyjmujących opcję konstrukcjonizmu każdy wywiad jest tematem badawczym [Silverman 2012: 15].

Dorothea Pienaar prowadziła badania nad percepcją muzykoterapii dzieci z zespołem Downa przez ich dorosłych opiekunów. Badani wypełniali dwudziestocztwoelementowy kwestionariusz oparty na skali Likerta, według której 1 oznaczało „zdecydowanie się zgadzam”, a 6 – „zdecydowanie się nie zgadzam”. Dodatkowo zastosowano pytania otwarte, aby opiekunowie mogli dopisać swoje uwagi [Pienaar 2012: 36–43]. Jako przykład wykorzystania wspomnianych wyżej metod można podać również badania prowadzone przez Shelley Bevins, Simone Dawes, Atheneę Kenshole i Kathryn Gausson. Ich celem była ocena poglądów personelu pracującego z osobami z niepełnosprawnością intelektualną na temat wpływu muzykoterapii. Dokonano transkrypcji wywiadów i ich analizy jakościowej [Bevins, Dawes, Kenshole, Gausson 2010: 40–48].

Jeszcze inne badania realizowane z wykorzystaniem wywiadu i ankiety zostały przeprowadzone przez Valerię Comincini i Lidię Del Piccolo. Brały w nich udział dwie grupy respondentów: sześćdziesięcioro lekarzy i specjalistów służby zdrowia w dziedzinie wad słuchu i ósmioro rodziców niesłyszących dzieci uczęszczających na muzykoterapię. Wywiady te dotyczyły oceny skuteczności terapii muzycznej [Comincini, Del Piccolo 2013: 59–62].

Wśród metod badawczych dotyczących muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnościami można znaleźć też eksperyment. Peyman Hashemian, Norouz Mashoogh i Lida Jarahi prowadzili badania dotyczące wpływu muzykoterapii na zachowania agresywne u słabowidzącej młodzieży. Przeprowadzono eksperymentalny test z pretestem i posttestem. Wykorzystano kwestionariusze agresji i arkusze zachowania, którymi osoby uczestniczące w eksperymencie badane były przed terapią i po dwunastu jej sesjach, z których każda trwała 90 minut. Dane

analizowano za pomocą rozkładu t-studenta i analizy kowariancji [Hashemian, Mashoogh, Jarahi 2015: 96–100]. Warto przypomnieć również eksperyment opisany przez Wibke Groß, Ulrike Linden i Thomasa Ostermanna. Uczestniczyło w nim osiemnaścioro dzieci z opóźnionym rozwojem mowy w wieku od trzech i pół roku do sześciu lat. Porównywano dwie grupy – eksperymentalną, w której prowadzona była muzykoterapia, i kontrolną – niepoddawaną muzykoterapii. Zastosowano tu pretest i posttest, a z narzędzi: test rozwoju mowy i test inteligencji dla dzieci [Groß, Linden, Ostermann 2010].

Jako ostatnie w niniejszym przeglądzie zostaną wymienione badania z wykorzystaniem metaanalizy, czyli ilościowej syntezy wyników pochodzących z niezależnych badań. Jest to metoda badawcza, która w ostatnim czasie zyskała znaczenie między innymi w naukach o zdrowiu. Procedura rozpoczyna się od postawienia pytania (problemu) badawczego, po czym następuje identyfikacja odpowiednich badań na określony temat, krytyczna ich selekcja, ewaluacja i podsumowanie wyników [Karwowski 2018: 257–259]. Metaanalizę badań z grupą kontrolną stawia się najwyżej w hierarchii wiarygodności danych z badań klinicznych, choć trzeba podkreślić, że samo zastosowanie metody statystycznej nie uwiarygodnia badań prowadzonych z jej wykorzystaniem.

Jako przykład metaanalizy można wymienić badania prowadzone przez Monikę Geretsegger i współpracowników. By ocenić wpływ muzykoterapii na osoby z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, wzięto w nich pod uwagę wszystkie badania z randomizacją i badania, w których porównywano muzykoterapię lub muzykoterapię połączoną z innymi formami terapii do standardowej terapii dla pacjentów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Dwóch autorów (niezależnie od siebie) wybrało badania, oceniając ryzyko stronniczości, i dokonało ekstrakcji danych ze wszystkich włączonych badań [Geretsegger i in. 2014]. Christian Gold, Martin Voracek i Tony Wigram prowadzili badania nad efektem muzykoterapii u dzieci w wieku adolescencji z zaburzeniami psychicznymi. Zastosowano metaanalizę danych pochodzących z jedenastu badań. Nie ma informacji o szacowaniu stopnia i źródłach heterogeniczności (braku

jednorodności) wyników [Gold, Voracek, Wigram 2004: 1054–1063]. Kolejna badaczka, Jennifer Whipple, prowadziła badania dotyczące muzykoterapii w działaniach interwencyjnych dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w wieku adolescencji. Dokonała metaanalizy dwunastu zmiennych zależnych z dziewięciu badań ilościowych, porównując muzyczne i niemuzyczne zachowania podczas terapii dzieci i młodzieży z autyzmem [Whipple 2004: 90–106].

Podsumowanie

Najlepszym podsumowaniem niniejszych rozważań mogą być słowa Daphne J. Rickson i Katriny McFerran [2007: 40–47]. Autorki, prowadząc dyskurs o przyszłości muzykoterapii w edukacji specjalnej, piszą m.in. o potrzebie znalezienia najbardziej adekwatnej do jej specyfiki metodologii. Podkreślają jednocześnie, że jest to niełatwa sprawa, zważywszy na różnice w funkcjonowaniu i potrzebach pomiędzy osobami z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Autorki przytaczają poglądy Christiana Golda, który twierdzi, że to właśnie metaanaliza może przyczynić się do zlikwidowania luki pomiędzy badaniami i praktyką kliniczną, jednakże choć jest ona sama w sobie metodą pracochłonną, czasochłonną, wymagającą wiedzy z zakresu informatyki i statystyki i dość rygorystyczną, to w jej stosowaniu należy również uważać, żeby nie wpaść w pewne pułapki. Jedną z nich jest niezwracanie uwagi na subtelne aspekty badanego zjawiska, niedostrzegalne na pierwszy rzut oka, inną – ryzyko stronniczości, gdy analizie poddaje się tylko te badania, które mówią o pozytywnym wpływie muzykoterapii. Jeśli chodzi o metodologię muzykoterapii, to można zaryzykować twierdzenie, że ze względu na jej wyjątkowość wymaga ona zarówno podejścia ilościowego, aby zaspokoić wzrastającą potrzebę praktyki opartej na dowodzie, jak i jakościowego, aby nie doprowadzić do spłylenia czy nawet strywializowania tego niezwykłego procesu, który dokonuje się podczas sesji muzykoterapeutycznych.

Bibliografia

- Angrosino Michael, 2010, *Badania etnograficzne i obserwacyjne*, tłum. M. Brzowska-Brywczyńska, Warszawa: PWN.
- Bevins Shelley, Dawes Simone, Kenshole Athena, Gausson Kathryn, 2010, *Staff Views of a Music Therapy Group for People with Intellectual Disabilities and Dementia: A Pilot Study*, „Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities”, vol. 9, no. 1, s. 40–48.
- Comincini Valeria, Del Piccolo Lidia, 2013, *The Role of Music Therapy in Impaired Hearing Recovery. A Survey Among Professionals Working with Deaf Children and Between Users*, „Recenti Progressi in Medicina”, vol. 104, no. 2, s. 59–62.
- Edgerton Cindy Lou, 1994, *The Effect of Improvisational Music Therapy on the Communicative Behaviors of Autistic Children*, „Journal of Music Therapy”, vol. 31, no. 1, s. 31–62.
- Flick Uwe, 2012, *Projektowanie badania jakościowego*, tłum. P. Tomanek, Warszawa: PWN.
- Geretsegger i in., 2014, *Music Therapy for People with Autism Spectrum Disorder*, Cochrane Database of Systematic Reviews, [online:] <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004381.pub3/full> [10.07.2020].
- Glaser Barney, Strauss Anselm, 2009, *Odkrywanie teorii ugruntowanej. Strategie badania jakościowego*, tłum. M. Gorzko, Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos.
- Gold Christian, Voracek Martin, Wigram Tony, 2004, *Effects of Music Therapy for Children and Adolescents with Psychopathology: A Meta-Analysis*, „The Journal of Child Psychology and Psychiatry”, vol. 45, no. 6, s. 1054–1063.
- Groß Wibke, Linden Ulrike, Ostermann Thomas, 2010, *Effects of Music Therapy in the Treatment of Children with Delayed Speech Development – Results of a Pilot Study*, „Complementary and Alternative Medicine”, vol. 10, no. 39, [online:] <https://bmccomplementmedtherapies.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6882-10-39> [19.07.2020].
- Hashemian Peyman, Mashoogh Norouz, Jarahi Lida, 2015, *Effectiveness of Music Therapy on Aggressive Behavior of Visually Impaired Adolescents*, „Journal of Behavioral and Brain Science”, no. 5, s. 96–100.
- Juszczyk Stanisław, 2013, *Badania jakościowe w naukach społecznych. Szkice metodologiczne*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Karwowski Maciej, 2018, *Metaanaliza: o ilościowym syntetyzowaniu ustaleń empirycznych*, „Polskie Forum Psychologiczne”, nr 2, s. 252–276.
- Konecki Krzysztof, 2000, *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Warszawa: PWN.

- Krakouer Leith i in., 2001, *The Efficacy of Music Therapy in Effecting Behaviour Change in Persons with Cerebral Palsy*, „International Journal of Psychosocial Rehabilitation”, no. 6, s. 29–37.
- Paluchowski Władysław, 2001, *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Pienaar Dorothea, 2012, *Music Therapy for Children with Down Syndrome: Perceptions of Caregivers in a Special School Setting*, „Kairaranga”, vol. 13, no. 1, s. 36–43.
- Rickson Daphne J., McFerran Katrina, 2007, *Music Therapy in Special Education: Where Are We Now?*, „Kairaranga”, vol. 8, no. 1, s. 40–47.
- Silverman David, 2012, *Interpretacja danych jakościowych*, tłum. M. Głowacka-Grajper, J. Ostrowska, Warszawa: PWN.
- Standley Jayne M., Hughes Jane E., 1996, *Documenting Developmentally Appropriate Objectives and Benefits of a Music Therapy Program for Early Intervention: A Behavioral Analysis*, „Music Therapy Perspectives”, vol. 14, no. 2, s. 87–94.
- Whipple Jennifer, 2004, *Music in Intervention for Children and Adolescents with Autism: A Meta-Analysis*, „Journal of Music Therapy”, vol. 41, no. 2, s. 90–106.
- Yasuhara Akihiro, Sugiyama Yuriko, 2001, *Music Therapy for Children with Rett Syndrome*, „Brain Development”, vol. 23, no. 1, s. 82–84.

Streszczenie

Niewątpliwie jednym z problemów muzykoterapii jest wypracowanie modelu badań najbardziej adekwatnych do jej problematyki. Nie jest to proste, gdyż różne podmioty, które biorą w niej udział, wykazują duże zróżnicowanie w sferze szeroko pojętego funkcjonowania i potrzeb. W artykule przedstawiono związki pomiędzy paradygmatem a metodologią badań. Dokonano także przeglądu badań dotyczących muzykoterapii na podstawie piśmiennictwa angielskojęzycznego. Wszystkie te badania odnosiły się do wykorzystania muzykoterapii w oddziaływaniach rehabilitacyjno-terapeutycznych stosowanych względem dzieci i młodzieży z różnego rodzaju niepełnosprawnościami (zaburzeniami ze spektrum autyzmu, zespołem Retta, zespołem Downa, niepełnosprawnością intelektualną, wadami wzroku i słuchu, zaburzeniami komunikacji werbalnej, uszkodzeniem mózgu). Zostały przeprowadzone w latach 1994–2016 (większość po roku 2000) w takich krajach, jak: Australia, Iran, Japonia, Niemcy, Nowa Zelandia, Stany Zjednoczone, Wielka Brytania i Włochy. W ich przedstawieniu autorzy skupili się na metodach wykorzystywanych podczas zbierania danych i ich analizy: obserwacji, wywiadzie

(ankiecie), eksperymencie, metaanalizie. Zwłaszcza ta ostatnia z metod wydaje się wartościowa ze względu na diagnozę możliwości i potrzeb pacjentów poddanych muzykoterapii.

Słowa kluczowe: badania naukowe, metodologia badań, muzykoterapia, paradygmat

JOANNA GŁADYSZEWSKA-CYLULKO – doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki, psycholog kliniczny, tyflopedagog, adiunkt w Instytucie Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego. Autorka licznych publikacji naukowych, m.in. dwóch monografii: *Arteterapia w pracy pedagoga* i *Wspomaganie rozwoju dzieci nieśmiałych poprzez wizualizację i inne techniki arteterapii*. Swe doświadczenia prezentuje na ogólnopolskich i międzynarodowych konferencjach naukowych. Jej zainteresowania naukowe skupiają się na problematyce związanej z edukacją i rehabilitacją osób z niepełnosprawnością wzrokową, a zwłaszcza na wykorzystaniu sztuki muzycznej w ich diagnozowaniu i rehabilitacji.

MARIA CYLULKO – studentka drugiego roku studiów na Wydziale Nauk Historycznych i Pedagogicznych Uniwersytetu Wrocławskiego, specjalność pedagogika.

Publikacja *Diagnoza i diagnostyka muzykoterapeutyczna* stanowi trzeci tom zapoczątkowanej w roku 2014 serii wydawniczej „Wrocławska Muzykoterapia”. Książka powstała dzięki twórczemu i naukowemu wysiłkowi wielu autorów skupionych wokół Zakładu Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Jej celem jest wypełnienie luki, na którą od kilkudziesięciu lat zwracają uwagę zarówno czynni zawodowo muzykoterapeuci, jak i nauczyciele akademicki uczący muzykoterapii oraz adepci tej profesji, dostrzegający brak publikacji naukowych z zakresu diagnostyki muzykoterapeutycznej.

Niniejszy tom obejmuje 13 artykułów, których autorzy prezentują narzędzia dedykowane diagnozie muzykoterapeutycznej, umożliwiające poznanie pacjenta ze szczególnym uwzględnieniem jego percepcji słuchowej, reaktywności na muzykę, ekspresji czy twórczości muzycznej. Wiele takich narzędzi powstaje w ostatnich latach. Jest to bardzo pożądane zjawisko, ponieważ dzięki temu muzykoterapia ugruntowuje swą tożsamość, a diagnoza muzykoterapeutyczna może stanowić cenne uzupełnienie diagnozy psychologicznej, pedagogicznej lub logopedycznej. Mamy nadzieję, że zawarte w publikacji treści będą pomocą w codziennej działalności muzykoterapeutów, a także inspiracją do dalszych badań w tej dziedzinie.

ISBN 978-83-65473-24-0



9 788365 473240