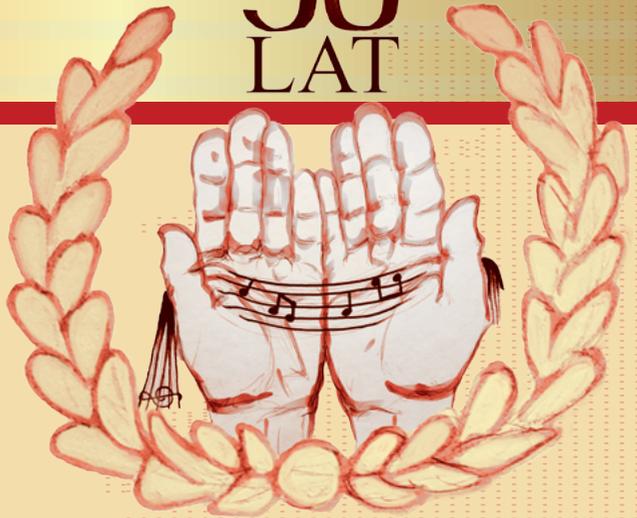


50
LAT



WROCLAWSKA
MUZYKOTERAPIA **4**

Muzykoterapia

– od pionierskiej działalności
do kreatywnej twórczości



Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu
Zakład Muzykoterapii

MUZYKOTERAPIA
– OD PIONIERSKIEJ DZIAŁALNOŚCI
DO KREATYWNEJ TWÓRCZOŚCI

Seria:

WROCŁAWSKA MUZYKOTERAPIA **4**
Tom



Akademia Muzyczna
im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu
Zakład Muzykoterapii

MUZYKOTERAPIA – OD PIONERSKIEJ DZIAŁALNOŚCI DO KREATYWNEJ TWÓRCZOŚCI

Redakcja naukowa
Paweł Cylulko
Joanna Gładyszewska-Cylulko

Wrocław 2022

**Publikacja wydana w ramach obchodów jubileuszu 50-lecia Zakładu
Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu.**

Recenzent

dr hab. Beata Cytowska, prof. Uniwersytetu Wrocławskiego

Redakcja naukowa

Paweł Cylulko

Joanna Gładyszewska-Cylulko

Redakcja i korekta

Inez Kropidło

Ewa Skotnicka

Agnieszka Synakowska

Grafiki na okładce i stronach tytułowych części publikacji

Jakub Łobocki

Projekt okładki, layout i DTP

Aleksandra Snitsaruk

© Copyright by Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu,
Wrocław 2022

ISBN 978-83-65473-38-7

Druk

Partner Poligrafia, Białystok

Wydawnictwo Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

www.amuz.wroc.pl

Niniejszą jubileuszową publikacją składamy hołd wszystkim tym Osobom, które już od nas odeszły, a bez których nie byłoby Zakładu Muzykoterapii AMKL oraz wrocławskiej muzykoterapii. Jednocześnie pragniemy złożyć wyrazy naszej wdzięczności za ich odwagę, trud i mądrość oraz zapewnić, że mimo upływu pięćdziesięciu lat pamięć o nich jest zawsze żywa. Z wdzięcznością i szacunkiem,

Autorzy



SPIS TREŚCI

Paweł Cylulko, Joanna Gładyszewska-Cylulko Preludium do rozważań na temat początków i współczesności wrocławskiej muzykoterapii	11
Część I	
Historia, tradycja i dorobek wrocławskiej muzykoterapii	
Paweł Cylulko Wrocławska muzykoterapia	23
Helena Cesarz O twórcach wrocławskiej muzykoterapii	43
Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk Nurt badań o profilu psychofizjologicznym we wrocławskiej muzykoterapii w latach 1972–2021	59
Wita Szulc Wpływ działalności Zakładu Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu na praktyczne, naukowe i organizacyjne umocowanie autorskiej koncepcji kulturoterapii	81
Maciej Kierył MuzTerapio. Wspomnienia muzykoterapeuty	103

Część 2

Wspomnienia

Sławomir Sidorowicz

Wspomnienie o śp. dr. n. med. Wiesławie Prastowskim (1936–2021) 107

Jan Amir Fazlagić

Wspomnienie po śmierci śp. prof. dr hab. Wity Szulc (1941–2021) 113

Część 3

Aspekty edukacyjne i rehabilitacyjne muzykoterapii dzieci

Paweł Cylulko

Interwencja tyflomuzykoterapeutyczna w praktyce edukacyjno-rehabilitacyjnej 121

Lidia Kataryńczuk-Mania

Muzykoterapia z perspektywy pedagogicznej – wybrane postulaty i refleksje 137

Daniela Colonna-Kasjan

Aspekty pedagogiczne muzykoterapii dzieci 155

Wojciech Strzelecki

Muzykoterapia dzieci z głęboką niepełnosprawnością intelektualną z zastosowaniem aktywnych technik w formie indywidualnej 171

Agnieszka Szymajda

Muzykoterapia dzieci z doświadczeniem migracyjnym w polskich przedszkolach 199

Część 4

Współczesne wyzwania dla praktyki klinicznej muzykoterapii

Andrzej Waldemar Mitas

Biocybernetyczne aspekty programowania muzyki do terapii 217

Katarzyna Turek	
Muzykoterapia w czasie pandemii COVID-19 – przegląd informacji oraz ogólne refleksje	233
Ewa Klimas-Kuchtowa	
Muzyk wykonawca w nowej roli – muzyka przy łóżku chorego	255
Stella Kaczmarek	
Model muzykoterapii pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi	269
Agnieszka Zamojska	
Osobiste doświadczenia w pracy muzykoterapeutycznej z osobami niewidomymi	291

PRELUDIUM DO ROZWAŻAŃ NA TEMAT POCZĄTKÓW I WSPÓŁCZESNOŚCI WROCŁAWSKIEJ MUZYKOTERAPII

Od 50 lat muzykoterapię w Polsce uznaje się za samodzielną dyscyplinę akademicką, która ze względu na swój artystyczny, naukowy, a przede wszystkim interdyscyplinarny charakter plasuje się pomiędzy sztuką muzyczną a takimi dziedzinami, jak nauki społeczne, medyczne i nauki o zdrowiu. Zarówno w mowie potocznej, jak i w literaturze przedmiotu muzykoterapia jest najczęściej identyfikowana jako wiedza teoretyczna (nauka o muzykoterapii), praktyczne doświadczenie kliniczne oraz profesja. Można przyjąć, że jest ona

planowym i systematycznym zastosowaniem muzyki oraz jej terapeutycznych walorów w promocji zdrowia, profilaktyce, terapii medycznej, psychologicznej, pedagogicznej, rehabilitacji, rekreacji i edukacji. Stosuje się ją w celu wspierania rozwoju pacjenta/klienta, korygowania, kompensowania jego zaburzeń, rozwijania kreatywności, a tym samym poprawiania jego szeroko rozumianego zdrowia i podwyższania jakości życia [Cylulko (oprac. i red.) 2011: 15].

Na początku lat siedemdziesiątych XX wieku muzykoterapię jako dyscyplinę *sensu stricto* akademicką śmiało wprowadzono do polskiego szkolnictwa wyższego, opieki zdrowotnej i edukacji specjalnej. Stało się

to możliwe wyłącznie dzięki odwadze, wizji, zdeterminowaniu, wysiłkowi oraz niezłomności wielu wybitnych osób uprawiających ją zawodowo, interesujących się nią lub sympatyzujących z zastosowaniem prozdrowotnego potencjału sztuki muzycznej w służbie będącemu w potrzebie człowiekowi. Istotną rolę odegrał w tym procesie Zakład Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu (AMKL; dawniej Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej). Wybitne osobistości czy zespoły osób związane z tą jednostką, ich poczynania i dorobek, a także historię i tradycję oraz całą działalność artystyczną, naukowo-badawczą, dydaktyczną, terapeutyczną, organizacyjną i popularyzatorską wspomnianego Zakładu zwykło się określać mianem wrocławskiej muzykoterapii [Cesarz 2014: 52, 59–60; Cylulko 2006a: 572–573, 2006b: 841, 2015: 461–471; Cylulko, Gładyszewska-Cylulko 2016: 7–11; Jędrzycka-Hamera 2016: 155, 167, 168; Polak 2016: 204; Szymajda 2014: 262–265; Strzelecki 2014: 205–206, 223–225].

Obecnie muzykoterapia w tutejszym ośrodku jest nadal prężnie i dynamicznie rozwijana oraz wielokierunkowo wzbogacana przez nauczycieli akademickich, często będących jednocześnie dyplomowanymi i utytułowanymi naukowo muzykoterapeutami. Swoimi założeniami sięga do humanistycznych idei głoszonych przez prof. dr. Tadeusza Natansona i do jego naukowej koncepcji muzykoterapii [Cylulko, Gładyszewska-Cylulko, 2010: 173–184; Natanson 1979: 50–58, 1992: 11–21, 70]. Warto dodać, że wrocławska uczelnia artystyczna jest najstarszym i mogącym się pochwalić najbogatszym dorobkiem dydaktycznym oraz naukowo-badawczym ośrodkiem akademickim w naszym kraju zajmującym się muzykoterapią, w tym także profesjonalnym kształceniem kadr muzykoterapeutów na poziomie studiów wyższych realizowanych w systemie dziennym i podyplomowym. „Do dziś pozostaje najważniejszym centrum muzykoterapii w Polsce” [Granat-Janki 2009: 65]. Uprawiana we Wrocławiu działalność – od początku innowacyjna i unikatowa – umożliwiła z czasem wypracowanie autorskich metod kształcenia oraz rozwijania kompetencji zawodowych profesjonalnych muzykoterapeutów, jak również skutecznych modeli postępowania terapeutycznego i właściwych strategii działania badawczego, słowem: rozkwit i postęp

rodzimej muzykoterapii [Cylulko, Gładyszewska-Cylulko (red.) 2020, 2014, 2016; Cylulko, Gładyszewska-Cylulko (eds) 2016; Cylulko (red.) 1998, 2000]. Tak więc fenomen wrocławskiej muzykoterapii polega nie tylko na zainauguowaniu w Polsce akademicko uprawianej muzykoterapii, lecz także na wytyczeniu głównych kierunków jej rozwoju jako niezależnej nauki i zawodu oraz na umacnianiu jej wizerunku i ugruntowywaniu pozycji wśród innych dyscyplin i dziedzin sztuki i nauki [Cylulko, Gładyszewska-Cylulko (red.) 2010; Cylulko (oprac. i red.) 2011]. Dzięki temu już na samym początku istnienia Zakładu Muzykoterapii AMKL udało się stworzyć niemal prototypowe wzorce służące organizowaniu kształcenia zawodowego na poziomie studiów wyższych, prowadzeniu badań empirycznych oraz powoływaniu innych zakładów i katedr z zakresu muzykoterapii oraz arteterapii na polskich uczelniach, zwłaszcza artystycznych.

W roku 2022 mija 50 lat od utworzenia – pierwszego i przez prawie ćwierć wieku jedyne w Polsce – Zakładu Muzykoterapii (w tym samym roku upływa także 49 lat od zainauguowania w AMKL pierwszych w Polsce studiów wyższych z zakresu muzykoterapii). Jako jego pracownicy i współpracownicy chcielibyśmy uczcić to ważne dla naszej uczelni oraz polskiej i wrocławskiej muzykoterapii wydarzenie, oddając do rąk czytelników czwarty, jubileuszowy tom serii „Wrocławska Muzykoterapia” zatytułowany *Wrocławska muzykoterapia – od pionierskiej działalności do kreatywnej twórczości*. Pragniemy, by publikacja nawiązywała swoją tematyką do odnotowanych w ciągu wspomnianych 50 lat poczynań i osiągnięć pracowników oraz współpracowników naszej jednostki artystyczno-naukowej, zarówno pionierów, jak i aktualnie czynnych na polu dydaktyki, sztuki i nauki muzykoterapeutów. Niniejszą publikacją oddajemy hołd tym osobom, które już od nas odeszły, a bez których nie byłoby Zakładu Muzykoterapii AMKL oraz wrocławskiej muzykoterapii. Pragniemy także złożyć im wyrazy naszej wdzięczności za ich odwagę, trud i mądrość, a jednocześnie zapewnić, że mimo upływu 50 lat pamięć o nich jest zawsze żywa.

By podkreślić szczególny charakter tej publikacji, zdecydowaliśmy się na otwarcie tomu przedrukiem artykułu kierownika Zakładu

Muzykoterapii, Pawła Cylulki, który dokonuje przeglądu osiągnięć naukowo-badawczych, dydaktycznych, artystycznych i organizacyjnych skupionych wokół Zakładu osób, wskazując na ewolucję wrocławskiej muzykoterapii – od działalności jej pionierów i wprowadzenia muzykoterapii do szkolnictwa wyższego, przez realizowanie profesjonalnych badań, wypracowanie autorskich programów nauczania, aż po konsolidację środowiska zawodowego oraz ugruntowanie pozycji zawodu muzykoterapeuty. Ponadto w części I zgromadziliśmy artykuły dotyczące historii i dorobku wrocławskiej muzykoterapii.

Helena Cesarz poświęciła swój tekst dwóm wybitnym twórcom muzykoterapii – prof. Tadeuszowi Natansonowi i dr. Andrzejowi Janickiemu. Autorka przypomina w ten sposób, że warunkiem prawidłowego rozwoju, nie tylko w znaczeniu postępu w dziedzinie sztuki i nauki, są solidne podstawy. Ich brak, niedostatek lub niewłaściwe ukształtowanie mogą utrudniać wszelką ewolucję czy transformację w danym obszarze. W wypadku muzykoterapii uprawianej akademicko w AMKL we Wrocławiu te solidne podstawy niewątpliwie istnieją, a budowali je właśnie wspomniani profesorowie. Ich pionierska myśl trwa i jednocześnie nieustannie się rozwija w działaniach naukowo-badawczych i w praktyce muzykoterapeutycznej. Wiedza, umiejętności i kompetencje pionierów muzykoterapii wywarły znaczący wpływ na tych, którzy zetknęli się z ich myślą – tak w bezpośrednim z nimi kontakcie, podczas wykładów, jak i za pośrednictwem napisanych przez nich monografii, opracowań naukowych lub artykułów popularyzujących muzykoterapię.

Współczesne działania teoretyczne i praktyczne w obrębie muzykoterapii wpisują się niewątpliwie w paradygmat interdyscyplinarności. Postępowanie interdyscyplinarne, w trakcie którego badacze mają do czynienia z podejściami odmiennymi od tych charakterystycznych dla ich dyscypliny, sprzyja powstawaniu nowej wiedzy, jest siłą napędową rozwoju muzykoterapii. W swoim artykule Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk przedstawia nurt badań o profilu psychofizjologicznym, podejmowanych we wrocławskiej muzykoterapii w latach 1972–2021. To kierunek obecny zarówno w badaniach, jak i w koncepcjach teoretycznych od początku istnienia tutejszego Zakładu Muzykoterapii, a zainteresowanie

nim wśród młodych naukowców daje podstawy, by sądzić, że w najbliższej przyszłości będzie on nadal ewoluował.

Kwestię praktycznego, naukowego i organizacyjnego umocowania autorskiej koncepcji kulturoterapii w kontekście działalności Zakładu Muzykoterapii AMKL we Wrocławiu porusza zaś Wita Szulc. Autorka szczegółowo analizuje zagadnienie, odwołując się do wielokierunkowej działalności wrocławskiego ośrodka w perspektywie lat. Nietrudno w tej analizie dostrzec przeplatające się ze sobą ścieżki muzykoterapii, kulturoterapii, arteterapii i biblioterapii.

Mówiąc o związkach muzykoterapii z innymi dziedzinami, nie można pominąć pracy twórczej Macieja Kieryła. Autor w formie wiersza zapisał drogę rodzimej muzykoterapii, poczynawszy od jej powołania, przez kręte koleje losów w następnych latach, aż po refleksję na temat jej praktycznego aspektu.

Co jednak szczególnie istotne w perspektywie jubileuszu, ducha wrocławskiej muzykoterapii tworzą nie tylko aktywnie działające dziś osoby związane z tą dyscypliną, ale i ci, których – podobnie jak wspomnianych pionierów – już nie ma wśród nas. Dlatego zawarty w części II artykuł Sławomira Krzysztofa Sidorowicza poświęcony jest śp. dr. Wiesławowi Prastowskiemu, wykładowcy i wieloletniemu bliskiemu współpracownikowi Zakładu Muzykoterapii AMKL zmarłemu w 2021 roku. Natomiast wspomnienie śp. prof. dr hab. Wity Szulc – sformułowane po śmierci badaczki, także w 2021 roku, przez jej syna Jana Amira Fazlagicia – ukazuje nam humanistkę, innowatorkę i prekursorkę kulturoterapii oraz arteterapii w Polsce, posiadającą imponujący dorobek naukowy i dydaktyczny, cieszącą się międzynarodowym uznaniem w dziedzinie sztuk pięknych oraz współczesnych nauk społecznych.

Autorzy tekstów zawartych w częściach III i IV rozważają praktyczne aspekty pracy muzykoterapeutycznej, nierzadko w odniesieniu do problemów współczesnego świata, dając tym samym dowód nieustannego i wielokierunkowego rozwoju tej dziedziny.

Paweł Cylulko formułuje refleksje na temat interwencji tyflomuzykoterapeutycznej w praktyce edukacyjno-rehabilitacyjnej. Podaje także zalecenia i wskazówki odnoszące się do tego rodzaju działania

pomocowego. Lidia Kataryńczuk-Mania przedstawia postulaty i prze-myślenia dotyczące muzykoterapii z perspektywy pedagogicznej. W pracy pedagogiczno-terapeutycznej stosowane są bowiem różne formy aktywności muzycznej, m.in. śpiew, gra na instrumencie, ruch z muzyką, słuchanie i tworzenie muzyki. Daniela Colonna-Kasjan także rozwija wątki pedagogiczne, a w swoich rozważaniach odwołuje się do doświadczenia pracy z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Wojciech Strzelecki omawia zagadnienia dotyczące muzykoterapii dzieci z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, proponując zastosowanie aktywnych technik muzykoterapii realizowanych w formie indywidualnej. W artykule tego autora można znaleźć teoretyczne ujęcie aspektów związanych z prozdrowotnym potencjałem muzykoterapii oraz przykłady pracy indywidualnej z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim. Agnieszka Szymajda przybliży natomiast wątki związane z muzykoterapią dzieci z doświadczeniem migracyjnym w polskich przedszkolach. Zjawisko migracji łączące się z procesem globalizacji przynosi nowe wyzwania w pracy muzykoterapeutów i wyznacza nowe obszary badawcze.

Niewątpliwie muzykoterapia jest dyscypliną zarówno teoretyczną, jak i pragmatyczną. Praktycy szukają w teoriach naukowych odpowiedzi rozwiązań zaistniałych w terapii problemów, teoretycy zaś przyglądają się doświadczeniu muzykoterapeutycznemu pod kątem niezbadanych do końca wątków, które potem poddają analizom naukowym. Oba aspekty odnoszą się do zagadnień wyłaniających się w trakcie przemian kulturowo-społecznych i transformacji ustrojowo-gospodarczych. Muzykoterapia zawsze była i nadal jest blisko człowieka cierpiącego, chorego, „innego”. Terapeuci żywo reagują na ludzkie potrzeby ujawniające się w obliczu niekorzystnych z punktu widzenia zdrowia fizycznego i psychicznego zjawisk. Warto w tym miejscu wspomnieć o artykule Andrzeja Waldemara Mitasa dotyczącym biocybernetycznych aspektów programowania muzyki do terapii – autor udowadnia w nim, że reakcja człowieka na dźwięk muzyczny jest uwarunkowana procesem sterowania układów biologicznych w interakcji ze stanem środowiska. Zatem badania naukowe z zakresu muzykoterapii mogą dotyczyć również

problematyki sprzężeń między procesami sterowania w układach biologicznych a otoczeniem.

Połączony z własnymi refleksjami przegląd informacji na temat muzykoterapii w czasie pandemii COVID-19 przedstawia Katarzyna Turek. W artykule prezentuje m.in. wybrane projekty muzykoterapeutyczne realizowane w czasie ogólnoświatowego zagrożenia ludzkiego zdrowia, a także działalność Studenckiego Koła Naukowego Muzykoterapii AMKL w tym trudnym czasie.

Ewa Klimas-Kuchtowa przybliży międzynarodowy program szkoleniowy odnoszący się do pracy z pacjentem w warunkach szpitalnych. W programie uczestniczyli muzycy z Francji, Wielkiej Brytanii i z Irlandii, a także wykładowcy i absolwenci Studiów Podyplomowych na kierunku muzykoterapia Akademii Muzycznej w Krakowie, autorka artykułu była zaś menadżerem grupy polskiej, co dało jej możliwość dokładnego przyjrzenia się interesującym zjawiskom występującym podczas realizacji projektu. Tekst Stelli Kaczmarek przedstawia autorski model muzykoterapii pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi. Proponowana w nim koncepcja skupia się na takich istotnych aspektach życia pacjenta, jak poprawa jego funkcjonowania emocjonalnego, poznawczego, społecznego i osobistego. Agnieszka Zamojska ukazuje natomiast w swoim artykule osobiste doświadczenia w pracy muzykoterapeutycznej z osobami niewidomymi.

Ten piękny i bardzo ważny jubileusz zobowiązuje wszystkich do głębszej refleksji nad uprawianą przez nas muzykoterapią akademicką: z jednej strony nad jej postaciami, historią, osiągnięciami i dorobkiem, z drugiej zaś nad stojącymi przed nią wyzwaniem, zagrożeniami oraz jej dalszymi losami, zwłaszcza w naszym kraju. Oddając do rąk czytelników kolejny tom „Wrocławskiej Muzykoterapii”, wyrażamy nadzieję, że udało nam się dostarczyć wyczerpujących odpowiedzi na pytania odnoszące się do tego, co jest w niej wartościowe i trwałe, ale też do tego, co zmienne, ulotne, przemijające czy warte przepracowania, odnowy, a może zapożyczenia z innych dziedzin i dyscyplin sztuki i nauki.

*Paweł Cylulko
Joanna Gładyszewska-Cylulko*

Bibliografia

- Cesarz Helena, 2014, *Muzykoterapia – metoda wspomagania salutogenezy*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia – stałość i zmiana*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 1, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 47–70.
- Cylulko Paweł (red.), 1998, *Moc muzyki – pro memoria Tadeusz Natanson*, „Zeszyt Naukowy”, nr 73, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Cylulko Paweł, 2006a, *Muzykoterapia Wrocławska*, [w:] J. Harasimowicz (red.), *Encyklopedia Wrocławia*, wyd. 3, Wrocław: Wydawnictwo Dolnośląskie, s. 572–573.
- Cylulko Paweł, 2006b, *Stowarzyszenie Muzykoterapeutów Polskich*, [w:] J. Harasimowicz (red.), *Encyklopedia Wrocławia*, wyd. 3, Wrocław: Wydawnictwo Dolnośląskie, s. 841.
- Cylulko Paweł (oprac. i red.), 2011, *Projekt ustawy o zawodzie muzykoterapeuty. Materiały do konsultacji środowiskowej*, Wrocław: Stowarzyszenie Muzykoterapeutów Polskich, Zarząd Główny.
- Cylulko Paweł, 2015, *Muzykoterapia Wrocławska*, [w:] W. Kucharski, K. Bock-Matuszyk, G. Strauchold (red.), *Nauka w powojennym Wrocławiu 1945–2015. W 70. rocznicę powstania polskiego środowiska naukowego we Wrocławiu*, Wrocław: Ośrodek „Pamięć i Przyszłość”, s. 461–471.
- Cylulko Paweł, Gładyszewska-Cylulko Joanna, 2010, *Polska naukowa koncepcja muzykoterapii – w trzydziestolecie wydania książki Tadeusza Natansona „Wstęp do nauki o muzykoterapii”*, [w:] A. Granat-Janki (red.), *Tadeusz Natanson. Kompozytor, uczonec, pedagog*, [w serii:] „Muzycy Wrocławscy”, t. 2, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 173–184.
- Cylulko Paweł, Gładyszewska-Cylulko Joanna (red.), 2010, *Muzykoterapia. Tożsamość, transgresja, transdyscyplinarność*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, Stowarzyszenie Muzykoterapeutów Polskich, Zarząd Główny.
- Cylulko Paweł, Gładyszewska-Cylulko Joanna, 2014, *Słów kilka o Wrocławskiej Muzykoterapii*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia – stałość i zmiana*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 1, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 11–14.
- Cylulko Paweł, Gładyszewska-Cylulko Joanna (red.), 2014, *Muzykoterapia – stałość i zmiana*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 1, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Cylulko Paweł, Gładyszewska-Cylulko Joanna, 2016, *Wstęp*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Wrocławskie modele muzykoterapii*, [w serii:] „Wrocławska

- Muzykoterapia”, t. 2, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 7–11.
- Cylulko Paweł, Gładyszewska-Cylulko Joanna (eds), 2016, *Wrocław Music Therapy Models*, [w serii:] „Wrocław Music Therapy”, Vol. 2, Wrocław: The Karol Lipiński Academy of Music.
- Cylulko Paweł, Gładyszewska-Cylulko Joanna (red.), 2016, *Wrocławskie modele muzykoterapii*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 2, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Cylulko Paweł, Gładyszewska-Cylulko Joanna (red.), 2020, *Diagnoza i diagnostyka muzykoterapeutyczna*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 3, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Granat-Janki Anna, 2009, *Wydział Kompozycji, Dyrygentury, Teorii Muzyki i Muzykoterapii*, [w:] D. Kanafa (red.), *Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu w dziesięciolecie 1998–2008*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 57– 69.
- Jędrzycka-Hamera Anna, 2016, *Rola muzyki w choreoterapii – wrocławski model terapii poprzez ruch uporządkowany muzyką*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Wrocławskie modele muzykoterapii*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 2, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 155–171.
- Natanson Tadeusz, 1979, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Wrocław–Warszawa–Kraków– Gdańsk: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Natanson Tadeusz, 1992, *Programowanie muzyki terapeutycznej. Zarys podstaw teoretycznych*, „Zeszyt naukowy”, nr 53, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Polak Iwona, 2016, *Technika spontanicznego teatru muzycznego (STM) w kształceniu muzykoterapeutów*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Wrocławskie modele muzykoterapii*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 2, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 197–205.
- Sidorowicz Sławomir, Cylulko Paweł (red.), 2000, *Muzykoterapia w agresji, lęku i cierpieniu*, „Zeszyt Naukowy”, nr 76, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- 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*, „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 1, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 205–234.
- Szymajda Agnieszka, 2014, *Muzykoterapia dzieci w środowisku przedszkolnym w świetle polskiej naukowej koncepcji muzykoterapii Tadeusza Natansona*,

[w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia – stałość i zmiana*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 1, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 261–277.

JOANNA GŁADYSZEWSKA-CYLULKO – doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki, psycholog kliniczny, tyflopedagog, adiunkt w Instytucie Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego. Autorka licznych publikacji naukowych z zakresu muzykoterapii i arteterapii, m.in. dwóch monografii: *Arteterapia w pracy pedagoga* i *Wspomaganie rozwoju dzieci nieśmiałych poprzez wizualizację i inne techniki arteterapii*, oraz współredaktor merytoryczny kilku prac zbiorowych wydanych w ramach prac Zakładu Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Swe doświadczenia prezentuje na ogólnopolskich i międzynarodowych konferencjach naukowych. Jej zainteresowania naukowe skupiają się na problematyce związanej z edukacją i rehabilitacją osób z niepełnosprawnością wzroku, a zwłaszcza na wykorzystaniu sztuki muzycznej w ich diagnozowaniu i rehabilitacji.

PAWEŁ CYLULKO – doktor habilitowany w dziedzinie sztuki, w dyscyplinie artystycznej sztuki muzyczne, doktor nauk o kulturze fizycznej w zakresie rehabilitacji ruchowej, magister muzykoterapii, magister edukacji muzycznej, kierownik Zakładu Muzykoterapii oraz pełnomocnik Rektora ds. Osób Niepełnosprawnych Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Jest konsultantem współpracującym z Centrum Edukacji Artystycznej. Ma w swoim dorobku liczne publikacje z zakresu muzykoterapii, w tym trzy autorskie monografie, liczne artykuły naukowe oraz współredakcje wielu prac zbiorowych z zakresu muzykoterapii. Do głównych kierunków jego zainteresowań naukowych należą usprawnianie i wychowanie niepełnosprawnych dzieci z wykorzystaniem terapeutycznych walorów sztuki muzycznej oraz kształcenie adeptów muzykoterapii.

CZĘŚĆ I

Historia, tradycja i dorobek wrocławskiej muzykoterapii



WROCŁAWSKA MUZYKOTERAPIA¹

Paweł Cylulko » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

Chciałbym bardzo, aby moja praca przełamała pewną obojętność, jaka u nas otacza jeszcze muzykoterapię, dziedzinę spotykającą się zarówno z entuzjazmem, jak też niedowierzaniem czy wręcz niechęcią.

Tadeusz Natanson [1979:13]

Wprowadzenie

Dobroczynny wpływ muzyki na człowieka jest dobrze znany ludzkości niemal od zarania jej dziejów. Jednak dopiero okres po II wojnie światowej przyniósł w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej i niektórych krajach Europy Zachodniej zainteresowanie przedstawicieli medycyny nefarmakologicznymi metodami leczenia, w tym m.in. przez sztukę muzyczną. W Polsce – głównie we Wrocławiu – od początku lat

1 » Niniejsza praca stanowi przedruk artykułu wydanego pierwotnie w publikacji pt. *Nauka w powojennym Wrocławiu 1945–2015. W 70. rocznicę powstania polskiego środowiska naukowego we Wrocławiu* [Kucharski, Bock-Matuszyk, Strauchold (red.) 2015]. W związku z tym w kolejnych przypisach redakcyjnych znajdują się uzupełnienia dotyczące faktów zaistniałych po roku 2015.

siedemdziesiątych ubiegłego stulecia zaczęto szczególnie interesować się muzyką i jej korzystnym oddziaływaniem na człowieka. Różni specjaliści, w tym głównie muzycy, lekarze, pedagodzy i psycholodzy, doceniając jej terapeutyczny potencjał, zaczęli przypisywać jej prozdrowotną wartość, czyniąc muzykę niewerbalnym środkiem oddziaływania. Dzięki temu powstawały nowe metody diagnozowania, leczenia, usprawniania i edukacji osób przewlekle chorych i trwale niepełnosprawnych. Praktycznym działaniom zaczęły coraz częściej towarzyszyć, początkowo nieliczne, eksperymenty, które z czasem przeradzały się w profesjonalne badania prowadzone na większą skalę. Z roku na rok rosło zapotrzebowanie z jednej strony na wykwalifikowane kadry profesjonalistów, z drugiej zaś na wiedzę teoretyczną stanowiącą podbudowę praktyki klinicznej oraz metodologię pozwalającą prowadzić badania empiryczne w zakresie muzykoterapii. Z biegiem lat muzykoterapia zdobyła liczne grono swoich zwolenników i entuzjastów wśród przedstawicieli zarówno nauki, jak i sztuki. W Polsce osoby akademicko uprawiające muzykoterapię w służbie drugiemu człowiekowi skupione są od roku 1972 wokół Zakładu Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu.

Muzykoterapia jest najstarszą, a jednocześnie najbardziej rozwiniętą odmianą arteterapii, czyli terapii przez różne formy uprawianej sztuki. Można powiedzieć, że w stosunku do tradycyjnej nauki (medycyny, pedagogiki, psychologii, socjologii itp.) jest młodą dziedziną nie tylko w Polsce, lecz także w innych krajach, nawet tych wysoko rozwiniętych. Sytuuje się ona między sztuką muzyczną a takimi naukami, jak np. medycyna, pedagogika, psychologia, kultura fizyczna, nauki o zdrowiu. Ma interdyscyplinarną naturę i jest zarówno wiedzą teoretyczną, jak i praktycznym doświadczeniem. W myśl definicji zaproponowanej przez Krajową Radę Muzykoterapii (KRMT) w 2011 roku:

Muzykoterapia jest planowym i systematycznym zastosowaniem muzyki oraz jej terapeutycznych walorów w promocji zdrowia, profilaktyce, terapii medycznej, psychologicznej, pedagogicznej, rehabilitacji, rekreacji i edukacji. Stosuje się ją w celu wspierania rozwoju

pacjenta/klienta, korygowania, kompensowania jego zaburzeń, rozwijania kreatywności, a tym samym poprawiania jego szeroko rozumianego zdrowia i podwyższania jakości życia [Cylulko (oprac. i red.) 2011: 15].

Zaczęło się od Zakładu Muzykoterapii...

Bardzo ważnym rozdziałem nie tylko w historii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu (AMKL, do 1981 roku Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu – PWSM), lecz także całej historii polskiej muzykoterapii stanowi wrocławska muzykoterapia. Składają się na nią pojedyncze osoby, zespoły osób oraz ich dorobek związany z działalnością naukowo-badawczą, dydaktyczną, artystyczną, organizacyjną i popularyzatorską wspomnianej uczelni [Cylulko 2006a: 572–573].

Początki wrocławskiej muzykoterapii sięgają 1972 roku, kiedy to z inicjatywy muzyka, kompozytora i pedagoga doc. Tadeusza Natanson (1927–1990) i lekarza specjalisty psychiatrii dr. Andrzeja Janickiego powołano w ramach struktur Katedry Kompozycji i Teorii Muzyki PWSM pierwszy i jedyny przez ćwierć wieku w Polsce Zakład Muzykoterapii (ZMT)². Można powiedzieć, że utworzenie zakładu było niejako kamieniem milowym w całej historii polskiej muzykoterapii. Poprzedzone zostało apelem Tadeusza Natanson skierowanym do najwybitniejszych polskich specjalistów o poparcie idei powołania ZMT i zadeklarowanie gotowości współpracy w zakresie muzykoterapii. Apel ten spotkał się z dużym zainteresowaniem wielu osób i instytucji. Poprzedziło go także

2 » U genezy powołania do życia ZMT leżały m.in. zainteresowania Andrzeja Janickiego jako psychiatry dotyczące możliwości wykorzystania sztuki, w tym muzyki, w terapii osób chorych na schizofrenię oraz poszukiwania Tadeusza Natanson dotyczące analogii w działaniu lekarza i kompozytora [Janicki 2000: 15, Natanson 1979: 9].

rozpoznanie aktualnego stanu stosowania muzykoterapii oraz zapotrzebowania na nią w placówkach służby zdrowia profilu ogólnego w województwie wrocławskim oraz psychiatrycznego na terenie Polski [Janicki 1973: 25–37, Zub 1972].

Badania te wskazały na duże zainteresowanie muzykoterapią i zapotrzebowanie na wykwalifikowaną kadrę muzykoterapeutów w sektorze służby zdrowia. Do celów nowo powołanego ZMT należało przygotowanie wykwalifikowanych kadr muzykoterapeutów, wykształcenie przyszłych nauczycieli akademickich i pracowników naukowo-badawczych, planowanie własnych programów badawczych, inspirowanie i koordynowanie prac naukowo-badawczych z zakresu muzykoterapii prowadzonych przez inne ośrodki na terenie naszego kraju, publikowanie wyników badań, gromadzenie i udostępnianie informacji dotyczących osiągnięć w zakresie muzykoterapii oraz nawiązywanie kontaktów z zagranicznymi ośrodkami [Regulamin... 1973: 61–63]. Działalność naukowo-badawcza ZMT opierała się na pracy zespołu współpracowników, którymi byli najwybitniejsi polscy specjaliści interesujący się problemami muzykoterapii (muzycy, lekarze, pedagodzy, psycholodzy, socjologodzy, matematycy, cybernetycy itp.) oraz instytucje (szpitale, ośrodki rehabilitacyjne, szkolno-wychowawcze itp.) z terenu Polski. Od początku powołania ZMT Wrocław stał się czołowym i prężnie rozwijającym się ośrodkiem akademickim [Pijarowska 2007: 633–634]. Można powiedzieć, że „Do dziś pozostaje najważniejszym centrum muzykoterapii w Polsce” [Granat-Janki 2009: 65].

Cechą charakterystyczną rodzącej się we Wrocławiu, a tym samym i w naszym kraju muzykoterapii było wczesne, w stosunku do innych krajów Europy, rozpoczęcie szkolenia fachowych kadr muzykoterapeutów w systemie studiów wyższych. W roku akademickim 1973/1974 zostało uruchomione dwuletnie Podyplomowe Studium Muzykoterapii (1973–1987 i od 1998 roku). W momencie jego zainaugurowania Polska pod względem kształcenia kadr muzykoterapeutów plasowała się jako czwarty kraj w Europie – po Austrii, Wielkiej Brytanii i Holandii [Natanson 1973: 10]. Należy dodać, że nowo utworzone studium cieszyło się dużym zainteresowaniem różnych środowisk specjalistów

działających głównie w obszarze sztuki muzycznej, medycyny i edukacji specjalnej.

Początkowo jego kierownikiem był Andrzej Janicki (1973–1987), od 1998 roku funkcję tę pełni dr Helena Cesarz³. Studium dało podwaliny pod przyszłe, działające jako specjalność na AMKL, pięcioletnie magisterskie studia muzykoterapii (1980–1996). Program studiów magisterskich był wzorowany głównie na amerykańskich oraz niemieckich programach nauczania, przy czym różnice dotyczyły jedynie nakładów finansowych związanych z jego realizacją [Janicki 2000: 17]. W latach 1993–2002 studenci AMKL mieli możliwość zgłębiania muzykoterapii w ramach Pozawydziałowych Studiów Muzykoterapii. Warunkiem podjęcia na nich nauki było studiowanie na innym podstawowym kierunku studiów prowadzonych na AMKL (np. instrumentalnym, wokalnym lub pedagogicznym). W międzyczasie zostały reaktywowane magisterskie studia z muzykoterapii w systemie czteroletnim (2001–2006). Od roku akademickiego 2003/2004 AMKL dostosowała swoją strukturę do norm Deklaracji bolońskiej oraz wymagań przyjętych w Unii Europejskiej. W wyniku tych poczynań dotychczasowe jednolite studia magisterskie z muzykoterapii zostały zastąpione dwustopniowym systemem kształcenia obejmującym trzyletnie studia licencjackie (zwane studiami I stopnia) i dwuletnie uzupełniające studia magisterskie (zwane studiami II stopnia) (od roku akademickiego 2006/2007). Studia te są realizowane do dzisiaj jako specjalność muzykoterapia na kierunku studiów kompozycja i teoria muzyki prowadzonym przez AMKL⁴.

Działający na Wydziale Kompozycji, Dyrygentury i Teorii Muzyki ZMT został w 1981 roku przemianowany na jeden z nielicznych w Europie działających na prawach wydziału samodzielny Instytut Muzykoterapii AMKL (IMT) [Kanafa 2009: 25]. Miał być to Międzyuczelniany Instytut Muzykoterapii o rozbudowanej strukturze organizacyjnej oraz

3 » Dr Helena Cesarz była kierownikiem w latach 1998–2015, a od 2018 funkcję tę pełni dr Daniela Colonna-Kasjan (przyp. red).

4 » Studia są obecnie realizowane jako zakres muzykoterapia na kierunku studiów kompozycja i teoria muzyki prowadzonym przez AMKL (przyp. red.).

obsadzie kadry specjalistów [Janicki 1998: 12]. Jego inicjatorem, a jednocześnie pierwszym dyrektorem, był Tadeusz Natanson. W 1984 roku utworzono w ramach IMT Zakład Muzykoterapii Ogólnej i Stosowanej (ZMTOS). Jego kierownictwo powierzono Andrzejowi Janickiemu. W latach 1989–1991 w ramach AMKL działała pierwsza w tamtym czasie i jedyna przez wiele lat w naszym kraju Katedra Arteterapii (KAT), pełniąca funkcję międzyuczelnianego ośrodka naukowo-badawczego, łącząca wysiłek naukowy, organizacyjny, dydaktyczny i terapeutyczny przedstawicieli różnych dziedzin i dyscyplin nauki oraz sztuki (m.in. muzykoterapeutów, muzyków, lekarzy, psychologów, choreoterapeutów, pedagogów, plastyków, aktorów, bibliotekarzy, pisarzy, socjologów). Jej kierownikiem był prof. Leon Hanek. W przyszłości KAT miała zostać zreorganizowana, dzieląc się na Ośrodek Badawczo-Rozwojowy Arteterapii i Katedrę Muzykoterapii, jednak do tego nie doszło [Spólny 1999: 41]. W latach 1989–1991 ZMTOS podlegał organizacyjnie KAT. W 1986 roku na skutek reorganizacji struktur uczelni zlikwidowano IMT, a studia z zakresu muzykoterapii podporządkowano nowo utworzonemu Wydziałowi Teoretyczno-Pedagogicznemu. W roku 1990 powróciła czterowydziałowa struktura AMKL, przestał funkcjonować Wydział Teoretyczno-Pedagogiczny i w wyniku reformy uczelni powstał Wydział Kompozycji, Dyrygentury, Teorii Muzyki i Muzykoterapii, na którym do dzisiaj funkcjonuje ZMT. Z początkiem roku akademickiego 2013/2014 została przywrócona pierwotna nazwa – Zakład Muzykoterapii (ZMT). Jako pierwszy funkcję kierownika zakładu sprawował Tadeusz Natanson, następnie pełnili ją kolejno: dr Zbigniew Hora, prof. Radomir Reszke, dr Andrzej Janicki, prof. dr hab. Sławomir Krzysztof Sidorowicz [Granat-Janki 2009: 65]. Od 2011 roku pełni ją dr Paweł Cylulko⁵ – dyplomowany muzykoterapeuta i pedagog muzyczny.

Na terenie AMKL działa bardzo prężnie Studenckie Koło Naukowe Muzykoterapii (1986–1996 i od 2004). Pierwszym opiekunem koła był nieżyjący już dzisiaj dr Stefan Frejtak (1986–1996, 2004–2005). Następnie funkcję tę pełnili dr Wiesław Prastowski (2006–2008), dr Helena

5 » Obecnie dr hab. Paweł Cylulko (przyj. red.).

Cesarz (2008–2010), a obecnie dr Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk (od 2010 roku)⁶. Przy okazji należy dodać, że studenci specjalności muzykoterapia biorą aktywny udział w pracach Teatru Integracyjnego „Euforion” działającego przy Dolnośląskim Stowarzyszeniu Aktywnej Rehabilitacji „Art” we Wrocławiu. Inicjatorem, kierownikiem i reżyserem Teatru jest mgr Anna Jędrzycka-Hamera. W prezentowanych przez teatr spektaklach występują wspólnie osoby z doświadczeniem choroby psychicznej i studenci AMKL.

Rosnące z roku na rok duże zainteresowanie dobroczynnym oddziaływaniem sztuki muzycznej na człowieka, zwiększająca się liczba wykwalifikowanych muzykoterapeutów, konieczność wymiany doświadczeń klinicznych, współpracy naukowo-badawczej, organizacyjnej ogólnokrajowej i zagranicznej przyczyniły się do zarejestrowania w 1996 roku Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich (SMTP), które działa na terenie całego kraju. Zostało ono powołane do życia we Wrocławiu przez grono pracowników ZMTOS oraz słuchaczy i absolwentów studiów z zakresu muzykoterapii AMKL. Pomysłodawcą, inicjatorem powołania stowarzyszenia oraz pierwszym przewodniczącym jego zarządu głównego był Andrzej Janicki. Powołanie pierwszej i jedynej na owe czasy organizacji zawodowej muzykoterapeutów w Polsce było kolejnym momentem zwrotnym w historii polskiej i wrocławskiej muzykoterapii. Celem działalności SMTP – w myśl statutu – jest rozwijanie i popularyzowanie muzykoterapii jako nauki i zawodu oraz dbałość o to, by dziedzina ta w zgodzie z wartościami humanistycznymi służyła ludziom pomocą w przywracaniu i utrzymaniu zdrowia. „Stowarzyszenie zostało zarejestrowane w Światowej Federacji Muzykoterapii, stając się jej krajowym członkiem, korzystającym z przysługujących praw” [Janicki 2000: 18]. Jest ono aktywnym członkiem Europejskiej Federacji Muzykoterapii (European Music Therapy Confederation – EMTC). Honorowym prezesem SMTP jest Andrzej Janicki, który był jednocześnie

6» Dr Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk pełniła funkcję opiekuna w latach 2010–2019, od 2019 roku pełni ją dr Katarzyna Turek (przyp. red.).

pierwszym przewodniczącym zarządu głównego (1996–2003)⁷. Następnie funkcję tę piastował Paweł Cylulko (2003–2012), obecnie sprawuje ją mgr Agnieszka Szymajda, która jest także krajowym reprezentantem w EMTC [Cylulko 2006b: 841].

Zarząd Główny (ZG) SMTP wraz z ZMTOS (następnie ZMT) od samego początku podejmował różnorodne cenne inicjatywy o zasięgu ogólnokrajowym i międzynarodowym, zmierzające do jeszcze większego ugruntowania statusu zawodowego muzykoterapeuty w naszym kraju. Do najważniejszych z nich można zaliczyć goszczenie z oficjalną roboczą wizytą dr Moniki Nöcker-Ribaupierre – Sekretarza Generalnego EMTC (2008), przeprowadzenie ogólnopolskiej „Debaty na temat zawodu muzykoterapeuty” (2009), „Ogólnopolskiej debaty na temat projektu ustawy o zawodzie muzykoterapeuty” (2011) oraz opracowanie i wydanie *Projektu ustawy o zawodzie muzykoterapeuty* (2011). „Debate na temat zawodu muzykoterapeuty” była pierwszym tego typu spotkaniem w naszym kraju, przy czym stanowiła ewenement nie tylko w środowisku polskich muzykoterapeutów, lecz także w kręgach arteterapeutów. Celem debaty była diagnoza aktualnej sytuacji muzykoterapii w Polsce. Decyzją ZG SMTP w 2009 roku została powołana do życia KRMT z siedzibą we Wrocławiu. Radę tworzy jedenaście osób mających bogate doświadczenie w budowaniu struktur studiów muzykoterapii oraz zajmujących się organizowaniem procesu kształcenia kadr muzykoterapeutów w systemie studiów wyższych. Należy dodać, że są to osoby znaczące dla polskiej muzykoterapii. Członkowie rady reprezentują polskich muzykoterapeutów wywodzących się z różnych szkół, podejść, orientacji, środowisk i miast z terenu całej Polski. Od samego początku pracami KRMT kieruje Paweł Cylulko. Do jej pierwszych zasadniczych działań należało opracowanie *Projektu ustawy o zawodzie muzykoterapeuty* (2009–2011) [Muzykoterapia... 2015]. W ten sposób trafił on do środowiska polskich muzykoterapeutów, w którym spotkał się z ożywioną dyskusją. Obecnie prowadzone są przez ZMT i ZG SMTP starania o ustanowienie zawodu muzykoterapeuty w Polsce. Ukazanie się drukiem *Projektu ustawy*

7 » Dr Andrzej Janicki (1927–2020) (przyp. red.).

o zawodzie muzykoterapeuty było znaczącym wydarzeniem nie tylko w Polsce, lecz także w Europie. Bardzo ważnym elementem obchodów piętnastolecia SMTP w roku 2011 była „Ogólnopolska debata nad projektem ustawy o zawodzie muzykoterapeuty”, przeprowadzona podczas VI Międzynarodowego Forum Muzykoterapeutów. Wówczas podsumowano trwające prace nad tekstem projektu i wytyczono kierunek dalszych prac nad wcieleniem go w życie.

Pionierska działalność na polu muzykoterapii i arteterapii

Działalność naukowo-badawcza wrocławskiej muzykoterapii od samego początku była bardzo intensywna, a przejawiała się przez prowadzenie prac naukowo-badawczych, organizowanie konferencji naukowych oraz wydawanie drukiem fachowej literatury z zakresu muzykoterapii.

Zainicjowane przez prof. Tadeusza Natansona i dr. Andrzeja Janickiego roczne Spotkania Współpracowników Zakładu Muzykoterapii zaowocowały podjęciem wielu tematów badawczych, mających z jednej strony wielkie znaczenie dla praktycznych zastosowań muzykoterapii w lecznictwie psychiatrycznym, w rehabilitacji i pedagogice, z drugiej zaś – inspirujących do pogłębionych analiz teoretycznych [Kanafa 1998: 48].

Członkowie i współpracownicy ZMT (ZMTOS) podejmowali i nadal podejmują pionierskie w skali kraju, różnorodne badania naukowe, niejednokrotnie cechujące się nowatorstwem także na arenie międzynarodowej. Dotyczą teoretycznych podstaw muzykoterapii, historii muzykoterapii, percepcji sztuki muzycznej, terapeutycznych funkcji muzyki, analizy substancji muzycznej, programowania muzyki do terapii, diagnozy muzykoterapeutycznej oraz metod muzykoterapii. Nie brakuje

wśród nich też zagadnień dotyczących miejsca muzykoterapii w arteterapii, choreoterapii, kulturoterapii, relaksacji itp. Badania dotyczące szczegółowych działań muzykoterapii oscylują wokół jej zastosowania w profilaktyce, leczeniu, postępowaniu rehabilitacyjnym i edukacyjnym. Służą one zgłębianiu skuteczności i efektywności muzykoterapii w różnych obszarach i zakresach współczesnego życia, np. w zaburzeniach rozwojowych, nerwicowych, psychicznych, w autyzmie, chorobach serca, zaburzeniach sensorycznych. Prócz tego nieustannie podejmowana jest w ramach działalności ZMT (ZMTOS) także problematyka badawcza związana z prowadzonymi na AMKL studiami z zakresu muzykoterapii. Nauczyciele akademicki pełniący funkcje promotorów prac licencjackich, magisterskich, podyplomowych (dawniej też pozawydziałowych) proponują studentom AMKL do realizacji tematy dotyczące praktyki klinicznej w muzykoterapii dzieci, młodzieży i osób dorosłych przewlekle chorych lub trwale niepełnosprawnych.

W latach 1973–1990 na terenie PWSM (od 1981 roku AMKL) organizowane były jedyne w naszym kraju konferencje naukowe z dziedziny muzykoterapii pod wspólnym tytułem Ogólnopolskie Spotkania Współpracowników Zakładu Muzykoterapii (następnie IMT). W sumie odbyło się czternaście tego typu konferencji. Miały one niejednokrotnie międzynarodowy charakter i odbywały się niemal corocznie. Uczestnikami spotkań byli zarówno artyści muzycy, jak i lekarze, pedagodzy, psycholodzy, aktorzy, socjologowie, akustycy itp. Jako prelegenci zapraszani na nie byli goście z zagranicy, m.in. z Austrii, Czechosłowacji, Francji, Holandii, Jugosławii, NRD, Węgier, Wielkiej Brytanii i Włoch. Wygłoszone referaty i doniesienia zostały opublikowane w trzynastu „Zeszytach Naukowych” (ZN) PWSM. W ramach działalności KAT prowadzone były prace badawcze głównie z zakresu muzykoterapii, choreoterapii i biblioterapii. Zorganizowano m.in. po raz pierwszy w Polsce trzy sesje naukowe z zakresu arteterapii (dwukrotnie, w 1989 i 1990 roku), wydano także cztery pierwsze w naszym kraju publikacje z zakresu arteterapii. Z okazji piątej rocznicy śmierci Tadeusza Natanson’a w roku 1996 odbyła się na AMKL sesja naukowa pt. „Moc Muzyki – *pro memoria* Tadeusz Natanson” [Cylulko (red.) 1998].

W wyniku ścisłej współpracy SMTP oraz ZMTOS (następnie ZMT) zostało zorganizowanych i przeprowadzonych we Wrocławiu wiele cennych inicjatyw. Można do nich zaliczyć kursy zawodowe, spotkania szkoleniowe, sympozja oraz konferencje naukowe. Warto wymienić np. spotkania szkoleniowo-organizacyjne (od 1996), kurs szkoleniowo-zawodowy nt. „Wstęp do muzykoterapii” (1997), międzynarodowe jubileuszowe sympozjum muzykoterapii nt. „Muzykoterapia w agresji, lęku i cierpieniu” (1998) [Sidorowicz, Cylulko (red.) 2000] oraz jubileuszowa konferencja naukowa pt. „Trzydziestolecie wrocławskiej muzykoterapii” (2003). Do dziś odbyło się jedenaście spotkań szkoleniowo-organizacyjnych, mających głównie charakter warsztatowy, z zakresu muzykoterapii. Dużą popularnością cieszą się konferencje naukowe organizowane cyklicznie pod wspólną nazwą Forum Muzykoterapeutów (od 2003). Pomysłodawcą i inicjatorem konferencji jest Paweł Cylulko. Do tej pory odbyło się ich siedem na terenie AMKL⁸. Jako platforma wymiany doświadczeń służą kultywowaniu tradycji Ogólnopolskich Spotkań Współpracowników Zakładu Muzykoterapii. Konferencje te, najczęściej o zasięgu międzynarodowym, za każdym razem gromadzą wielu uczestników nie tylko z grona samych muzykoterapeutów, lecz także z kręgów lekarzy, pedagogów, muzyków, logopedów, psychologów, fizjoterapeutów itp. Prelegentami są najczęściej polscy muzykoterapeuci, jednak nie brakuje wśród nich także zagranicznych wykładowców, m.in. z takich krajów, jak: Austria, Francja, Niemcy, Rosja, Wielka Brytania, Włochy⁹. W roku 2008 na AMKL odbyło się po raz pierwszy w Polsce trzydniowe seminarium naukowe nt. „Muzykoterapia w neonatologii”, przeprowadzone przez dr Monikę Nöcker-Ribaupierre (Niemcy). Podjęta na seminarium tematyka była nowatorska i nieznana dotąd w naszym kraju, dzięki czemu przyciągnęła do Wrocławia wielu uczestników z terenu całej Polski¹⁰.

8» Do chwili obecnej odbyło się osiem konferencji tego typu (przyj. red.)

9» A także z Holandii i z USA (przyj. red.).

10» W roku 2016 odbyło się na terenie AMKL Europejskie Forum Muzykoterapeutów nt. „45 lat Wrocławskiej Muzykoterapii w centrum Europy” zorganizowane w ramach obchodów „Wrocław 2016 Europejską Stolicą Kultury”. W dniach

Członkowie i współpracownicy ZMT (ZMTOS), oprócz działalności naukowo-badawczej, starają się upowszechniać wiedzę z zakresu muzykoterapii oraz propagować idee korzystania z prozdrowotnego działania sztuki muzycznej, m.in. uczestnicząc rokrocznie w kolejnych edycjach Dolnośląskiego Festiwalu Nauki (DFN; początkowo Festiwalu Nauki Środowiska Wrocławskiego), organizowanego od 1998 roku. W ramach DFN prowadzą m.in. wykłady, prelekcje, warsztaty, pokazy filmowe, koncerty muzyczne, spektakle teatralne na terenie Wrocławia oraz innych miast Dolnego Śląska. Przedstawiciele wrocławskiej muzykoterapii aktywnie uczestniczą poza terenem AMKL, Wrocławiem oraz Polską w licznych i różnorodnych kongresach, konferencjach, sympozjach i zjazdach naukowych poświęconych nie tylko muzykoterapii, lecz także dyscyplinom i dziedzinom jej pokrewnym, takim jak: edukacja specjalna, medycyna, teoria muzyki, muzykologia, nauki o zdrowiu, nauki o kulturze fizycznej. Niejednokrotnie podczas tych cennych wydarzeń mają oni okazję propagować wrocławski model muzykoterapii. Ponadto nauczyciele akademicy zatrudnieni w ZMT (ZMTOS), zgodnie ze swoimi indywidualnymi zainteresowaniami naukowymi, współpracują z partnerskimi zakładami i katedrami innych wyższych uczelni, stowarzyszeniami, fundacjami i towarzystwami zawodowymi lub działającymi na rzecz osób chorych oraz niepełnosprawnych, szczególnie zainteresowanymi muzykoterapią i arteterapią.

Studenci specjalności muzykoterapii zrzeszeni w studenckim kole naukowym prowadzą działalność popularyzatorską na rzecz muzykoterapii, organizują sesje, konferencje, kongresy i zjazdy studentów muzykoterapii, koncerty terapeutyczne, spotkania z wybitnymi terapeutami oraz wyjazdy do innych ośrodków zajmujących się muzykoterapią. Do głównych osiągnięć koła należy zorganizowanie po raz pierwszy w Polsce I Mini Forum Studentów Muzykoterapii (2006), Ogólnopolskiego

20–22 października 2022 roku zostanie zorganizowane na AMKL w ramach obchodów pięćdziesięciolecia istnienia Zakładu Muzykoterapii II Europejskie Forum Muzykoterapeutów pt. „Muzykoterapia w rehumanizacji współczesnego życia” (przyp. red.).

Kongresu Studentów Muzykoterapii (2008), Międzynarodowej Konferencji Studentów Muzykoterapii (2010), nawiązanie współpracy z European Association of Music Therapy Students oraz z World Federation of Music Therapy [Miłosz 2010: 56–58].

Na PWSM (następnie AMKL) po raz pierwszy w naszym kraju zaczęto publikować polskojęzyczną fachową literaturę na temat muzykoterapii. Początkowo wydawano ją drukiem jako prace zbiorowe w formie ZN (1973–2000), następnie publikacji pokonferencyjnych (2010, 2014), periodyku naukowego (2002, 2003) i monografii (1992, 2004). Publikacje te zawierają prace tematycznie związane z badaniami empirycznymi, koncepcjami teoretycznymi, szkołami, kierunkami i tendencjami rozwoju muzykoterapii. W sumie wydano siedemnaście ZN z muzykoterapii, przy czym piętnaście z nich było pokłosiem konferencji organizowanych przez ZMT (następnie ZMTOS i IMT). Ponadto jeden ZN zawierał wybrane prace dyplomowe absolwentów Podyplomowego Studium Muzykoterapii (1979), drugi natomiast był monografią pióra Tadeusza Natansona (1992). Referaty wygłoszone podczas V i VII Międzynarodowego Forum Muzykoterapeutów (2010 i 2014) ukazały się drukiem jako monografie zbiorowe: *Muzykoterapia. Tożsamość, transgresja, transdyscyplinarność* [Cylulko, Gładyszewska-Cylulko (red.) 2010] i *Muzykoterapia – stałość i zmiana* [Cylulko, Gładyszewska-Cylulko (red.) 2014]. Należy dodać, że AMKL wydała także drukiem pierwsze w Polsce cztery prace naukowe z zakresu arteterapii w języku polskim pod wspólnym tytułem *Arteterapia* (1989–1990). Trzy z nich wydane zostały w formie ZN i zawierały referaty wygłoszone podczas trzech konferencji naukowych zorganizowanych przez KAT. Czwarta publikacja jest pracą zbiorową wprowadzającą w zagadnienia arteterapii [Hanek, Passella (red.) 1990]. Wśród prac naukowych indywidualnych autorów z dziedziny muzykoterapii ukazały się dwie monografie. Pierwsza z nich autorstwa Tadeusza Natansona pt. *Programowanie muzyki terapeutycznej. Zarys podstaw teoretycznych* [Natanson 1992] została wydana w formie ZN i dotyczyła doboru muzyki do sytuacji terapeutycznych według autorskiej koncepcji badania substancji muzycznej. Druga praca Pawła Cylulki pt. *Tyflomuzykoterapia dzieci. Teoria i praktyka muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnością wzrokową* [Cylulko 2004] była pierwszą

monografią z zakresu muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnością wzrokową. Obie monografie pełnią funkcję obowiązkowych podręczników akademickich dla słuchaczy studiów z zakresu muzykoterapii AMKL.

W wyniku współpracy ZMTOS i ZG SMTP wydawany był w latach 2002–2003 jedyny w Polsce periodyk naukowy z dziedziny muzykoterapii „Muzykoterapia Polska”. W sumie wydano osiem numerów tego czasopisma. Pomysłodawcą i redaktorem naczelnym był Paweł Cylulko. Czasopismo adresowane było do muzykoterapeutów, muzyków, psychologów, pedagogów, logopedów, lekarzy, fizjoterapeutów oraz innych profesjonalistów zainteresowanych wykorzystaniem terapeutycznego potencjału sztuki muzycznej. W roku 2014 zainaugurowany został przez ZMT nowy cykl wydawniczy pod nazwą „Wrocławska Muzykoterapia”. Pierwszy tom zatytułowany *Muzykoterapia – stałość i zmiana* wydano drukiem z okazji VII Międzynarodowego Forum Muzykoterapeutów, które odbyło się na AMKL w 2014 roku¹¹. Cykl ten służyć ma popularyzowaniu osiągnięć wrocławskiej muzykoterapii i inspirowaniu do dalszego jej rozwoju naukowo-badawczego.

Na AMKL zrodziła się także koncepcja pierwszej polskiej publikacji z zakresu muzykoterapii autorstwa Natansona pt. *Wstęp do nauki o muzykoterapii* [Natanson 1979], wydanej we Wrocławiu. Mimo upływu wielu lat od jej wydania jest ona fundamentalnym dziełem poruszającym w sposób naukowy podstawowe problemy muzykoterapii.

Nie można nie wspomnieć znaczącego wkładu przedstawicieli wrocławskiej muzykoterapii w organizowane od 1990 roku liczne koncerty muzykoterapeutyczne dla osób niepełnosprawnych i chorych przebywających w placówkach służby zdrowia i edukacji specjalnej na terenie Wrocławia i najbliższych jego okolic. Koncerty te swoją tradycją sięgają

11 » Drugi tom został wydany z okazji Europejskiego Forum Muzykoterapeutów w roku 2016 w językach polskim i angielskim w dwóch oddzielnych woluminach, które nosiły tytuły: *Wrocławskie modele muzykoterapii* [Cylulko, Gładyszewska-Cylulko (red.) 2016] oraz *Wrocław Music Therapy Models* [Cylulko, Gładyszewska-Cylulko (eds) 2016]. W roku 2020 ukazał się trzeci tom „Wrocławskiej Muzykoterapii” pt. *Diagnoza i diagnostyka muzykoterapeutyczna* [Cylulko, Gładyszewska-Cylulko (red.) 2020] (przyp. red.).

organizowanej przez KAT na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku akcji koncertów muzykoterapeutycznych. Obecnie rokrocznie odbywają się koncerty kolęd, pieśni patriotycznych, religijnych, piosenek biesiadnych, harcerskich, rajdowych oraz muzyki filmowej. Odbiorcy tych koncertów – dzieci, młodzież i osoby dorosłe przewlekle chore lub trwale niepełnosprawne – aktywnie w nich uczestniczą, w miarę możliwości śpiewając, tańcząc lub grając na prostych instrumentach perkusyjnych. Mają również okazję zapoznać się z literaturą muzyczną, kompozytorami oraz profesjonalnymi instrumentami muzycznymi. Najogólniej ujmując, koncerty muzykoterapeutyczne zarówno relaksują, bawią, jak i uczą biorących w nich udział odbiorców. Od samego początku tego typu koncerty cieszą się bardzo dużym zainteresowaniem zarówno pacjentów, jak i ich opiekunów.

Ponieważ muzykoterapia jest interdyscyplinarną dziedziną, kandydaci do zawodu muzykoterapeuty muszą w toku kształcenia zdobyć niezbędną wiedzę, umiejętności oraz kompetencje społeczne z różnych dyscyplin i dziedzin nauki oraz sztuki. Implikuje to konieczność realizowania przez AMKL rozbudowanych programów studiów opierających się na autorskich modelach nauczania przedmiotów muzycznych (np. analiza form muzycznych, historia muzyki z literaturą, kształcenie słuchu, kontrapunkt oraz zajęcia służące wykształceniu praktycznych umiejętności w zakresie twórczości i odtwórczości muzycznej), przedmiotów medycznych (np. anatomia, fizjologia, psychiatria, rehabilitacja), przedmiotów z zakresu nauk społecznych (np. pedagogika, psychologia ogólna, psychologia muzyki) oraz wiedzy z zakresu muzykoterapii (np. muzykoterapia, metody diagnozy w muzykoterapii, programowanie muzyki do terapii) i arteterapii (np. arteterapia, choreoterapia, kulturoterapia). Ćwiczenia praktyczne z muzykoterapii odbywają się poza AMKL, tj. na terenie szkół, ośrodków szkolno-wychowawczych, ośrodków rehabilitacyjnych oraz szpitali Wrocławia. Studia z zakresu muzykoterapii prowadzone przez PWSM, a następnie AMKL wzbudzają duże, niesłabnące zainteresowanie, o czym świadczyć może „liczba kandydatów, wahająca się w różnych latach w granicach od pięciu do dziewięciu osób na jedno miejsce na studiach dziennych” [Granat-Janki 2009: 65].

Zakończenie

Dorobek naukowo-badawczy, dydaktyczny, popularyzatorski, artystyczny i organizacyjny w dziedzinie muzykoterapii określany mianem wrocławskiej muzykoterapii jest dziełem kilku pokoleń, głównie muzykoterapeutów, muzyków, lekarzy i pedagogów skupionych wokół Zakładu Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu (dawniej PWSM). Jej twórcom (Tadeuszowi Natansonowi oraz Andrzejowi Janickiemu) i kontynuatorom cały czas przyświecała i nadal przyświeca idea służenia drugiemu człowiekowi, a tym samym wrocławskiej uczelni, nauce i kulturze muzycznej Polski oraz Wrocławia. Przez 43 lata historii wrocławskiej muzykoterapii można zaobserwować ewolucję, która postępowała od unikatowej działalności jej pionierów, wprowadzenia muzykoterapii do szkolnictwa wyższego, przez realizowanie profesjonalnych badań naukowych na jej polu, wypracowanie autorskich programów nauczania muzykoterapii, podnoszenie kwalifikacji zawodowych i naukowych jej przedstawicieli, aż do działań mających na celu zintensyfikowanie współpracy z ośrodkami zagranicznymi, konsolidację środowiska zawodowego oraz ugruntowanie pozycji muzykoterapii jako dziedziny nauki, a tym samym do podniesienia rangi zawodu muzykoterapeuty w Polsce [Kiełb 1998: 25].

Bibliografia

- Cylulko Paweł (red.), 1998, *Moc muzyki – pro memoria Tadeusz Natanson*, „Zeszyt Naukowy”, nr 73, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Cylulko Paweł, 2004, *Tyflomuzykoterapia dzieci. Teoria i praktyka muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnością wzrokową*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Cylulko Paweł, 2006a, *Muzykoterapia Wroclawska*, [w:] J. Harasimowicz (red.), *Encyklopedia Wrocławia*, wyd. 3, Wrocław: Wydawnictwo Dolnośląskie, s. 572–573.

- Cylulko Paweł, 2006b, *Stowarzyszenie Muzykoterapeutów Polskich*, [w:] J. Harasimowicz (red.), *Encyklopedia Wrocławia*, wyd. 3, Wrocław: Wydawnictwo Dolnośląskie, s. 841.
- Cylulko Paweł (oprac. i red.), 2011, *Projekt ustawy o zawodzie muzykoterapeuty. Materiały do konsultacji środowiskowej*, Wrocław: Stowarzyszenie Muzykoterapeutów Polskich, Zarząd Główny.
- Cylulko Paweł, Gładyszewska-Cylulko Joanna (red.), 2010, *Muzykoterapia. Tożsamość, transgresja, transdyscyplinarność*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Cylulko Paweł, Gładyszewska-Cylulko Joanna (red.), 2014, *Muzykoterapia – stałość i zmiana*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 1, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Cylulko Paweł, Gładyszewska-Cylulko Joanna (eds), 2016, *Wrocław Music Therapy Models*, [w serii:] „Wrocław Music Therapy”, Vol. 2, Wrocław: The Karol Lipiński Academy of Music.
- Cylulko Paweł, Gładyszewska-Cylulko Joanna (red.), 2016, *Wrocławskie modele muzykoterapii*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 2, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Cylulko Paweł, Gładyszewska-Cylulko Joanna (red.), 2020, *Diagnoza i diagnostyka muzykoterapeutyczna*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 3, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Granat-Janki Anna, 2009, *Wydział Kompozycji, Dyrygentury, Teorii Muzyki i Muzykoterapii*, [w:] D. Kanafa (red.), *Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu w dziesięciolecie 1998–2008*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 57–69.
- Hanek Leon, Passella Maria (red.), 1990, *Arteterapia*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Janicki Andrzej, 1973, *Wykorzystywanie muzyki jako dodatkowego czynnika leczniczo-rehabilitacyjnego w leczeniu psychiatrycznym i ogólnym*, „Zeszyt Naukowy”, nr 6, Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna, s. 25–37.
- Janicki, Andrzej, 1998, *Tadeusz Natanson jako naukowiec, założyciel, kierownik i organizator kierunku studiów „Muzykoterapia”*, [w:] P. Cylulko (red.), *Moc muzyki – pro memoria Tadeusz Natanson*, „Zeszyt Naukowy”, nr 73, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 9–15.
- Janicki Andrzej, 2000, *Dwadzieścia pięć lat muzykoterapii wrocławskiej*, [w:] S. Sidorowicz, P. Cylulko (red.), *Muzykoterapia w agresji, lęku i cierpieniu*, „Zeszyt Naukowy”, nr 76, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 5–19.
- Kanafa Dorota, 1998, *Działalność naukowo-badawcza*, [w:] D. Kanafa (red.), *Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. 50 lat 1948–1998*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 48–49.

- Kanafa Dorota, 2009, *Kalendarium ważniejszych wydarzeń w dziejach Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego*, [w:] D. Kanafa (red.), *Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu w dziesięcioleciu 1998–2008*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 21–29.
- Kiełb Krystian, 1998, *Wydział Kompozycji, Dyrygentury, Teorii Muzyki i Muzykoterapii*, [w:] D. Kanafa (red.), *Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. 50 lat 1948–1998*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 23–28.
- Kucharski Wojciech, Bock-Matuszyk Katarzyna, Strauchold Grzegorz (red.), 2015, *Nauka w powojennym Wrocławiu 1945–2015. W 70. rocznicę powstania polskiego środowiska naukowego we Wrocławiu*, Wrocław: Ośrodek „Pamięć i Przyszłość”.
- Miłosz Justyna, 2010, *Polskie studenckie koła naukowe zajmujące się tematyką muzykoterapii*, praca magisterska, maszynopis, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Muzykoterapia polska*, 2015, [online:] <http://www.muzykoterapiapolska.pl> [20.02.2015].
- Natanson Tadeusz, 1973, *Słowo wstępne na otwarcie spotkania*, „Zeszyt Naukowy”, nr 6, Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna, s. 4–11.
- Natanson Tadeusz, 1979, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Natanson Tadeusz, 1992, *Programowanie muzyki terapeutycznej. Zarys podstaw teoretycznych*, „Zeszyt naukowy”, nr 53, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Pijarowska Aleksandra, 2007, *Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu*, [w:] A. Chmielewski i in. (red.), *Wrocławskie środowisko akademickie. Twórcy i ich uczniowie*, Wrocław–Warszawa–Kraków: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, s. 633–634.
- Regulamin działalności Zakładu Muzykoterapii przy Katedrze Kompozycji i Teorii Muzyki Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu*, 1973, „Zeszyt Naukowy”, nr 6, Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna, s. 61–63.
- Sidorowicz Sławomir, Cylulko Paweł (red.), 2000, *Muzykoterapia w agresji, lęku i cierpieniu*, „Zeszyt Naukowy”, nr 76, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Spólny Małgorzata, 1999, *Muzykoterapia w wrocławskiej Akademii Muzycznej – pionierska specjalność w Polsce 1972–1998*, praca magisterska, maszynopis, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Zub Maria, 1972, *Ogólny zarys aktualnego stanu prac w zakresie muzykoterapii w Polsce*, praca magisterska, maszynopis, Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna we Wrocławiu.

Streszczenie

Początki wrocławskiej muzykoterapii sięgają roku 1972 – z inicjatywy muzyka, kompozytora i pedagoga doc. Tadeusza Natansonu i lekarza specjalisty psychiatrii dr. Andrzeja Janickiego powstał wówczas pierwszy w Polsce Zakład Muzykoterapii w ramach Katedry Kompozycji i Teorii Muzyki Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Jego zadaniem było przygotowywanie kadr muzykoterapeutów, kształcenie nauczycieli akademickich, pracowników naukowo-badawczych oraz prowadzenie badań i nawiązywanie kontaktów z ośrodkami zagranicznymi. W roku akademickim 1973/1974 rozpoczęło działalność dwuletnie Podyplomowe Studium Muzykoterapii. Zakład Muzykoterapii w 1981 roku został przemianowany na samodzielny Instytut Muzykoterapii, jako jeden z nielicznych w Europie instytutów działających na prawach wydziału, a w 1984 roku w ramach Instytutu utworzono Zakład Muzykoterapii Ogólnej i Stosowanej. W latach 1989–1991 na uczelni działał – pierwszy w Polsce – Zakład Arteterapii, jako międzyuczelniany ośrodek naukowo-badawczy. W latach 1993–2002 studenci kształcili się również na Pozawydziałowych Studiach Muzykoterapii. Od roku akademickiego 2003/2004 wprowadzono dwustopniowy system kształcenia – trzyletnie studia licencjackie i dwuletnie studia magisterskie. Z początkiem roku akademickiego 2013/2014 nastąpiła zmiana struktury organizacyjnej i przywrócono pierwotną nazwę – Zakład Muzykoterapii, jako funkcjonujący w ramach Wydziału Kompozycji, Dyrygentury, Teorii Muzyki i Muzykoterapii. Wrocławski ośrodek jest nadal najsilniejszym ośrodkiem muzykoterapeutycznym w Polsce.

Słowa kluczowe: wrocławska muzykoterapia, Zakład Muzykoterapii, Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, kształcenie muzykoterapeutów

PAWEŁ CYLULKO – doktor habilitowany w dziedzinie sztuki, w dyscyplinie artystycznej sztuki muzyczne, doktor nauk o kulturze fizycznej w zakresie rehabilitacji ruchowej, magister muzykoterapii, magister edukacji muzycznej, kierownik Zakładu Muzykoterapii oraz pełnomocnik rektora ds. osób niepełnosprawnych Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Jest konsultantem współpracującym z Centrum Edukacji Artystycznej. Ma w swoim dorobku liczne publikacje z zakresu muzykoterapii, w tym trzy autorskie monografie oraz

liczne artykuły naukowe. Do jego głównych zainteresowań naukowych należą: usprawnianie i wychowanie niepełnosprawnych dzieci z wykorzystaniem terapeutycznych walorów sztuki muzycznej oraz kształcenie adeptów muzykoterapii.

O TWÓRCACH WROCŁAWSKIEJ MUZYKOTERAPII

Helena Cesarz » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

Dzięki dwóm wybitnym postaciom: Tadeuszowi Natansonowi (zob. fotografia 1, s. 44) i Andrzejowi Janickiemu (zob. fotografia 5¹, s. 47) świętujemy jubileusz 50-lecia Zakładu Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu – pierwszej tego typu placówki w Polsce i jednej z pierwszych w Europie. Kim byli twórcy wrocławskiej muzykoterapii – pionierskiej specjalności w Polsce, postaram się przedstawić poniżej.

Tadeusz Natanson (1927–1990)

Profesor doktor Tadeusz Natanson to wrocławski kompozytor, który pozostawił po sobie około 100 dzieł muzycznych nagradzanych na międzynarodowych konkursach; pedagog, naukowiec, profesor sztuki muzycznej, pełniący wiele ważnych funkcji w ówczesnej Państwowej Wyższej Szkole Muzycznej we Wrocławiu (obecnie Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego): dziekana, prorektora ds. dydaktyki, kierownika Katedry Kompozycji i Teorii Muzyki oraz kierownika Zakładu Muzykoterapii. To członek wielu organizacji i stowarzyszeń, krzewiciel kultury muzycznej i świetny

1 » Fotografie 5, 6 i 7 zamieszczone w niniejszym artykule autorka otrzymała od dr. Andrzeja Janickiego po spotkaniu w Łądku-Zdroju w 2016 roku.

organizator, który z ramienia Dolnośląskiego Towarzystwa Muzycznego powołał ponad 70 ognisk muzycznych na terenie Dolnego Śląska. Erudyta, humanista, autor licznych prac naukowych, dwóch niezwykle wartościowych – pierwszych w kraju – podręczników z zakresu muzykoterapii (*Wstęp do nauki o muzykoterapii* oraz *Programowanie muzyki terapeutycznej. Zarys podstaw teoretycznych*), skryptu (*Współczesne techniki kompozytorskie*) i poradnika dla studentów wyższych szkół muzycznych (*Praca magisterska – egzamin magisterski*). To także inicjator corocznych konferencji muzykoterapii (Ogólnopolskich Spotkań Współpracowników Zakładu Muzykoterapii), uczestnik międzynarodowych sympozjów muzykoterapeutycznych oraz członek Komitetu Światowej Federacji Muzykoterapii. Bez wątpienia należał do grona wybitnych postaci muzykoterapii i kultury muzycznej Wrocławia [Kanafa 2010: 11–13]. W tutejszej Akademii pracował do 1983 roku, potem przeniósł się do Cieszyna, do Filii Uniwersytetu Śląskiego, gdzie kolejno pełnił ważne funkcje: dyrektora Międzykierunkowego Zakładu Muzykoterapii, Instytutu Wychowania Muzycznego oraz Instytutu Nauk Pedagogicznych i Społecznych (zob. fotografie 2 i 3).



Fotografia 1. Prof. dr Tadeusz Natanson około 1965 r. Reprodukacja za: Granat-Janki (red.) [2010: 193]



Fotografia 2. Prof. dr Tadeusz Natanson ok. 1985 r. Reprodukacja fotografii z Archiwum Biblioteki Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

Organizował również konferencje naukowe z udziałem zagranicznych gości [Kojas 1998: 36–37]. W wielu z nich, wraz z innymi kolegami muzykoterapeutami, miałam zaszczyt uczestniczyć.

Jednak będąc w Cieszynie, tęsknił za Wrocławiem. Jego kolega Wojciech Kojas wspomina: „mieszkając w Cieszynie i pracując na Uniwersytecie Śląskim, Profesor tkwił w centrum światowej twórczości muzykoterapeutycznej. [...] a jednak sercem i myślą nieustannie powracał do Wrocławia, do Akademii” [Kojas 1998: 36]. Jego pragnienie się spełniło. Na stałe wrócił do Wrocławia w 1990 roku – niestety, tylko na 40 dni. Zmarł 10 listopada 1990 roku, gdy wracał z podróży służbowej do Wiednia.

Profesor Natanson był dla nas, studentów, wielkim autorytetem, człowiekiem dużej wiedzy i nienagannyh manier. Zawsze taktowny i elegancki, wymagał jednak rzetelnego przygotowania. Mimo że odznaczał się wyjątkową powagą, podczas zajęć – gdy czas pozwalał – lubił



Fotografia 3. Prof. dr Tadeusz Natanson (siedzi w środku) i dr Andrzej Janicki (stoi pierwszy z prawej) podczas III Krajowej Konferencji Muzykoterapii w Cieszynie w 1986 r. Reprodukacja fotografii ze zbiorów dr Heleny Cesarz

opowiadać anegdoty, co wprawiało nas w pogodny nastrój i sprzyjało dyskusjom często wykraczającym poza ramy literatury muzycznej, którą wykładał i bezustannie opracowywał na potrzeby muzykoterapii (zob. fotografia 4). W swoim otoczeniu uważany był za człowieka skrupulatnego i niezwykle wrażliwego na ludzką niedolę. Jego przyjaciel i najbliższy współpracownik Andrzej Janicki pisał, że „Prawdopodobnie ta wrażliwość w połączeniu z wrażliwością muzyczną spowodowała zwrócenie się z muzyką ku drugiemu człowiekowi w sposób inny, bardziej bogaty, niż to czyni kompozytor” [Janicki 1998: 15].

W tym miejscu nieprzypadkowo przywołałam nazwisko Doktora Janickiego, ponieważ obaj tworzyli nierozzerwalny tandem muzykoterapeutyczny i obaj powołali do życia wrocławską muzykoterapię.



Fotografia 4. Prof. dr Tadeusz Natanson w swojej pracowni ok. 1972 r. Reprodukacja fotografii z Archiwum Biblioteki Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

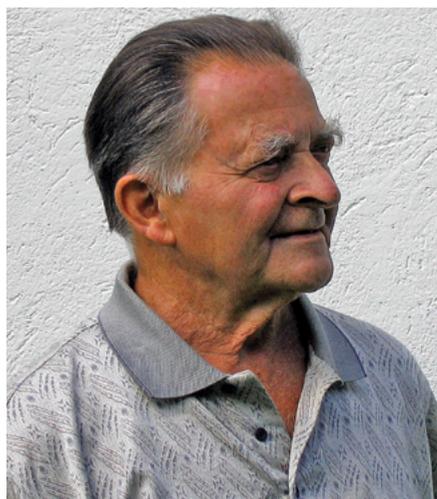
Andrzej Janicki (1927–2020)

Doktor nauk medycznych Andrzej Janicki to lekarz, specjalista psychiatra, badacz zagadnień dotyczących psychopatologii ekspresji oraz uczuć estetycznych chorych na schizofrenię; to publicysta, autor licznych prac z zakresu muzykoterapii i arteterapii, organizator krajowych i międzynarodowych konferencji poświęconych tym dyscyplinom (zob. fotografia 6).

Jako docent wrocławskiej Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej został kierownikiem pierwszych w Polsce studiów muzykoterapii, a po odejściu prof. dr. Tadeusza Natanson – kierownikiem Zakładu Muzykoterapii Ogólnej i Stosowanej. Był także założycielem i Honorowym Prezesem Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich z Zarządem Głównym we Wrocławiu. Zanim został lekarzem, jako wykształcony muzyk grał już na skrzypcach, klarncie i saksofonie. Pracę w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych – w malowniczo położonym w Kotlinie Kłodzkiej Stroniu Śląskim – podjął w 1952 roku. Zatrudniony na stanowiskach asystenta, potem ordynatora, a od 1962 roku dyrektora szpitala szczególną wartość terapeutyczną przypisywał



Fotografia 5. Dr Andrzej Janicki około 1953 r. Reprodukacja fotografii ze zbiorów dr. Andrzeja Janickiego



Fotografia 6. Dr Andrzej Janicki około 2007 roku. Reprodukacja fotografii ze zbiorów dr. Andrzeja Janickiego

rozwijaniu i wzmacnianiu postaw twórczych u chorych na schizofrenię – głównie przez oddziaływania z zakresu plastyki, muzyki i literatury. Zapoznawszy się z teorią, praktyką i organizacją arteterapii stosowanej w szpitalach i fundacjach społecznych różnych krajów (Francji, Austrii, Niemiec), w szpitalu, którym kierował, utworzył pracownie technik plastycznych i rzemiosła artystycznego (rysunku, malarstwa, rzeźby, tkalniny artystycznej, ceramiki – z piecami do wypalania, oraz metaloplastyki) [Janicki 2000: 498; Markowska 2015: 19]. Artystyczna twórczość osób chorych, wyzwalająca ich kreatywność, jest niezwykle istotna w procesie terapii, ponieważ – jak twierdził Doktor Janicki – „porusza wszystkie funkcje psychiczne, skupia uwagę, napina emocje, moduluje afekt, nadaje pewien określony rytm wewnętrzny, powodując wzrost aktywności fizycznej i psychicznej” [Markowska 2015: 19]. Ponadto „postawy twórcze przejawiające się w procesie samorealizacji, samopoznania i samodoskonalenia ułatwiają jednostce uzyskiwanie stanów równowagi psychicznej” [Janicki 2000: 498]. Niekwestionowaną wartość terapeutyczną miała stymulacja literacka i muzyczna chorych. W szpitalu organizowano spotkania literackie i konkursy recytatorskie, a muzycznie wykształceni lub muzykujący amatorsko pacjenci zachęcani byli do gry na instrumentach pozostających w wyposażeniu placówki i do występów na organizowanych przez terapeutów-pedagogów koncertach. Poszukując nowych form muzykoterapii (łączył terapię zajęciową z muzyczną), utworzono grupę składającą się z 12 niekontaktujących się z otoczeniem mężczyzn przewlekłe chorych na schizofrenię – ich zadaniem było zbudowanie wielogłosowych organów (zob. fotografia 7). Wykonywanie przez chorych piszczałek, ich strojenie, granie na nich pojedynczych dźwięków, potem dwu- i trójdźwięków, a następnie kanonów, stanowiło początkowo pozasłowny sposób komunikacji, a podejmowane przy tym dalsze działania terapeutyczne i współdziałanie chorych przyczyniły się do rozwinięcia u nich międzyosobowych kontaktów słownych. Budowa instrumentu trwała półtora roku.

W przebiegu tej terapeutycznej działalności został zbudowany instrument o urzekającym specyficznym brzmieniu głosowym,



Fotografia 7. Dr Andrzej Janicki (stoi tyłem) z pacjentami szpitala psychiatrycznego grającymi na zbudowanych przez siebie drewnianych piszczałkach. Stronie Śląskie ok. 1973 r. Reprodukacja fotografii ze zbiorów dr. Andrzeja Janickiego

w którym dopatrzeć się można pokrewieństw brzmienia klawesynu, starych katarynek i organu. [...] Nikt z budowniczych nie pretendował do tytułu „magister organorum” czy „organorum confector”. Wszystkich ich łączyła wspólna ludzka niedola, jaką jest zachorowanie na schizofrenię [Janicki 1975: 56].

Będąc w Łądku-Zdroju w lipcu 2016 roku, spotkałam się z Doktorem Janickim (zob. fotografie 8 i 9, s. 50–51). Piliśmy kawę, wspominając zdarzenia z ubiegłych lat. Rozmawialiśmy o muzykoterapii, życiu, twórczości chorych i rzeźbiarskiej pasji Doktora. Powiedział wtedy:

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego ustanowił organizacyjnie w roku 1968 Komisję Naukową Psychopatologii Ekspresji, której byłem przewodniczącym przez okres wielu lat. Przez kilka kadencji byłem członkiem Rady Międzynarodowej International Society of Art and Psychopatology. Pozostawałem w tym czasie w kontaktach z wieloma chorymi psychicznie twórcami oraz krajowymi i zagranicznymi instytucjami prowadzącymi arteterapię. Organizowałem ogólnokrajowe konkursy na prace z zakresu twórczości plastycznej, literackiej i muzycznej. Komisja udostępniała w małych nakładach wydawnictwa z zakresu twórczości plastycznej i literackiej chorych twórców. W roku 2015 Muzeum Architektury we Wrocławiu prezentowało interesujące prace chorych psychicznie z moich zbiorów.



Fotografia 8. Dr Andrzej Janicki w Łądku-Zdroju w lipcu 2016 r. Reprodukacja fotografii ze zbiorów dr Heleny Cesarz



Fotografia 9. Dr Andrzej Janicki i dr Helena Cesarz w Lądku-Zdroju w lipcu 2016 r. Reprodukacja fotografii ze zbiorów dr Heleny Cesarz

Ja dodam, że wydano również piękny album zatytułowany *Dlaczego malują? Twórczość chorych psychicznie ze zbiorów Andrzeja Janickiego* [2015] poświęcony malarstwu chorych. Na wystawie obrazy przedstawiono zarówno w postaci oryginalnej, jak i w wersji mobilnej – multimedialnej, co potęgowało doznania estetyczne (wystawę tę w październiku 2015 roku odwiedzili nasi studenci muzykoterapii).

Na pytanie, co sprawia mu szczególną przyjemność, Doktor Janicki odpowiedział: „Od wielu lat rzeźbię, głównie w drewnie, mam dobrze

wyposażoną pracownię, chętnie przechodzę od form gotyku do renesansu i baroku. To dla mnie nęcące bytowanie w świecie innych przeżyć” (zob. fotografia 10).

Śmiem twierdzić, że Doktor Janicki (obok Profesora Natansona) jest nie tylko prekursorem wrocławskiej muzykoterapii, lecz także twórcą – czy jednym z twórców – polskiej arteterapii okresu powojennego.

Nasze – jakże piękne – spotkanie w Łądku-Zdroju było niestety spotkaniem ostatnim, dlatego na zawsze pozostanie w mojej pamięci. Przez cztery kolejne lata kontaktowaliśmy się telefonicznie, nie tylko przy okazji składania sobie życzeń świątecznych, lecz także tak po prostu, aby porozmawiać. Z wielkim bólem i żalem przyjąłem wiadomość o śmierci Doktora 15 lipca 2020 roku.

Doktor Janicki, podobnie jak Profesor Natanson, był dla mnie bez wątpienia wzorem do naśladowania i autorytetem. Jego mądrość, wiedza, skromność, otwartość, życzliwy i przyjacielski stosunek do innych, niezwykle ujmujący spokój i wysoka kultura bycia, a przede wszystkim



Fotografia 10. Dr Andrzej Janicki w swoim mieszkaniu w Stroniu Śląskim w lipcu 2015 r. Reprodukacja za: Markowska [2015: 17]

nieustająca pogoda ducha i optymizm – cechy, które powinny charakteryzować każdego muzykoterapeutę – tworzyły jego „wizytówkę”. Zawsze uczył nas wytrwałości w dążeniu do celu, budowania mostów, a nie murów, łagodzenia wszelkich sporów i zrozumienia postępowania innych.

Los sprawił, że na swojej drodze Andrzej Janicki spotkał Tadeusza Natansona – człowieka o podobnej wrażliwości, fascynujących pomysłach i równie głębokim humanizmie. Warto zauważyć, że obaj twórcy wrocławskiej muzykoterapii przyszedli na świat w tym samym roku (1927), obaj też pochodzili z rodzin o żywych tradycjach muzycznych. Niemal w tym samym wieku rozpoczęli naukę gry na instrumentach: Natanson w wieku ośmiu lat na fortepianie, Janicki w wieku siedmiu lat na skrzypcach. Obaj przeżyli II wojnę światową, walcząc o przetrwanie, dlatego w sposób szczególny byli wrażliwi na ludzkie cierpienie i doskonale się rozumieli. Obaj w tym samym roku (1952) ukończyli studia: Natanson studia muzyczne we Wrocławiu, Janicki studia medyczne w Łodzi. Spotkali się w czasie (na przełomie lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych ubiegłego wieku), kiedy w służbie zdrowia zaczęto dostrzegać konieczność wprowadzenia metod humanizujących nadmiernie stechniczowane leczenie, efekt stosowania w diagnostyce nowoczesnych środków technicznych, powodujących niedostatek kontaktu pacjenta z lekarzem. Jedną z metod zmniejszających ten deficyt miała być psychoterapia. Drugą – szeroko pojęta sztuka, szczególnie muzyka, za której pomocą można dość łatwo wpłynąć na nastrój chorego, zmniejszyć jego lęk i tym samym ułatwić powrót do zdrowia. Takie właśnie spojrzenie na przydatność muzyki w terapii – współgrające z powstającą wówczas koncepcją salutogenetyczną Aarona Antonovsky’ego, poszukującą źródeł zdrowienia [Michalak 2006] – charakteryzowało twórców wrocławskiej muzykoterapii.

Początki wrocławskiej muzykoterapii

Cofnijmy się do 1968 roku, kiedy to na łamach „Ruchu Muzycznego” ukazał się artykuł Jerzego Skarbowskiego [1968: 17] zatytułowany Czy

można leczyć muzyką?, informujący o próbach stosowania muzykoterapii w lecznictwie psychiatrycznym podejmowanych przez Doktora Janickiego. Skarbowski twierdził, że Janicki z pożądanym skutkiem wykorzystywał muzykę w leczeniu określonych typów schizofrenii. Jediną trudnością, z którą dość często się borykał, był dobór odpowiedniego materiału muzycznego. Artykuł ten zainteresował Profesora Natansona do tego stopnia, że zaczął „studiować materiały dotyczące muzykoterapii, szperać po bibliotekach” [Cesarz 2010: 40], a rok później wystosował list do Doktora Janickiego, nawiązał z nim kontakt i zaproponował współpracę, ta zaś w niedługim czasie zaowocowała pomysłem powołania Zakładu Muzykoterapii. Stało się to jesienią 1972 roku: przy Katedrze Kompozycji i Teorii Muzyki w Państwowej Wyższej Szkole Muzycznej we Wrocławiu powstał pierwszy w Polsce Zakład Muzykoterapii. Po upływie kilku miesięcy, w styczniu 1973 roku, z inicjatywy Profesora Natansona odbyło się I Ogólnopolskie Spotkanie Współpracowników Zakładu Muzykoterapii (kolejne odbywały się corocznie do 1985 roku, a więc jeszcze dwa lata po przeniesieniu się Profesora do Cieszyna), podczas którego powołano zespół do spraw szkolenia muzykoterapeutów (opierano się m.in. na doświadczeniach ośrodka wiedeńskiego – Hochschule für Musik und darstellende Kunst Wien [Natanson 1979: 61]). W wyniku prac zespołu w październiku 1973 roku utworzono dwuletnie Podyplomowe Studium Muzykoterapii, a w 1975 roku na stanowisko kierownika powołano Doktora Janickiego. Program studiów, bezustannie modyfikowany, był znacznie uboższy niż obecnie, ponieważ kadra muzykoterapeutów praktycznie nie istniała. Obejmował grupy przedmiotów medycznych, muzycznych i psychologicznych. Studiujący, do których należała pisząca te słowa, rekrutujący się z różnych grup zawodowych, dojeżdżali z odległych stron Polski – często nocą – by rano uczestniczyć w zajęciach odbywających się raz w tygodniu, w środy. Pamiętam, że Doktor Janicki nieustannie zabiegał o możliwość wejścia z nami na oddziały szpitalne, by tam poprowadzić nieznaną jeszcze nikomu formę terapii. Organizował również wyjazdy słuchaczy na zajęcia do szpitala psychiatrycznego w Stroniu Śląskim, którego – jak wspomniałam – był dyrektorem (zob. fotografia 11).



Fotografia 11. Prof. dr Tadeusz Natanson (siedzi trzeci od prawej) i dr Andrzej Janicki (siedzi pierwszy od prawej) w otoczeniu słuchaczy Podyplomowego Studium Muzykoterapii, Stronie Śląskie, czerwiec 1976 r. Reprodukacja fotografii ze zbiorów dr. Andrzeja Janickiego. Reprodukacja za: Granat-Janki i zesp. (red.) [2010: 197]

Chciałabym dodać, że to właśnie dzięki wytrwałym i pełnym determinacji staraniom Doktora Janickiego, przy duchowym wsparciu Profesora Natansona – na mocy Zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 28 czerwca 1977 roku – zawód muzykoterapeuty w Polsce został uznany za mający „trwałe zastosowanie w podstawowej działalności zakładów służby zdrowia” [Dziennik... 1977: 199]. Takie były początki wrocławskiej muzykoterapii [Granat-Janki (red.) 2010].

Kształcenie muzykoterapeutów we wrocławskiej uczelni w ciągu lat bezustannie ewaluowało pod względem zarówno struktury, jak i programu studiów – stacjonarnych i podyplomowych.

Działając z godnym podziwu uporem, wytrwałością i determinacją, pokonując wiele przeciwności wynikających nie tylko z problemów organizacyjnych, lecz często także ze społecznego niezrozumienia, twórcy

wrocławskiej muzykoterapii – prof. dr Tadeusz Natanson i dr Andrzej Janicki – dokonali wielkiego dzieła: wykorzystując piękno i dobro płynące ze sztuki muzycznej, 50 lat temu powołali do życia Zakład Muzykoterapii, który do dziś kształci adeptów muzykoterapii, pomaga chorym i humanizuje leczenie. Za to wszystko jesteśmy im z całego serca wdzięczni.

Bibliografia

- Cesarz Helena, 2010, *Tadeusz Natanson – twórca wrocławskiej muzykoterapii*, [w:] A. Granat-Janki i zesp. (red.), 2010, *Tadeusz Natanson. Kompozytor, uczonec, pedagog*, [w serii:] „Muzycy Wrocławscy”, t. 2, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 39–55.
- Dlaczego malują? Twórczość chorych psychicznie ze zbiorów dr. Andrzeja Janickiego*, 2015, opr. graf. W. Głogowski, Wrocław: Muzeum Architektury.
- Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej* nr 10 z dnia 12 lipca 1977, poz. 32, Warszawa.
- Granat-Janki Anna i zesp. (red.), 2010, *Tadeusz Natanson. Kompozytor, uczonec, pedagog*, [w serii:] „Muzycy Wrocławscy”, t. 2, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Janicki Andrzej, 1975, *Toccata in statu nascendi*, [w:] T. Natanson, G. Pstrokońska-Nawratil (red.), „Zeszyt Naukowy”, nr 9, Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna we Wrocławiu, Katedra Kompozycji i Teorii Muzyki, Zakład Muzykoterapii, s. 51–56.
- Janicki Andrzej, 1998, *Tadeusz Natanson jako naukowiec, założyciel, kierownik i organizator kierunku studiów „muzykoterapia”*, [w:] P. Cyłulko (red.), *Moc muzyki – pro memoria Tadeusz Natanson*, „Zeszyt Naukowy”, nr 73, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, Zakład Muzykoterapii Ogólnej i Stosowanej, s. 9–15.
- Janicki Andrzej, 2000, *Drogi nadziei – refleksje lekarza psychiatry*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, nr 9, s. 497–499.
- Kanafa Dorota, 2010, *Profesor Tadeusz Natanson. Nota biograficzna*, [w:] A. Granat-Janki i zesp. (red.), *Tadeusz Natanson. Kompozytor, uczonec, pedagog*, [w serii:] „Muzycy Wrocławscy”, t. 2, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 11–14.

- Kojs Wojciech, 1998, *A jednak wybrał Wrocław, wybrał Akademię...*, [w:] P. Cylulko (red.), *Moc muzyki – pro memoria Tadeusz Natanson*, „Zeszyt Naukowy”, nr 73, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, Zakład Muzykoterapii Ogólnej i Stosowanej, s. 36–38.
- Markowska Anna, 2015, „*Jakby nie wiedział, że sztuka już istnieje*”. *Twórca art brut w poszukiwaniu swojego miejsca*, [w:] *Dlaczego malują? Twórczość chorych psychicznie ze zbiorów Andrzeja Janickiego*, Wrocław: Muzeum Architektury we Wrocławiu, s. 7–20.
- Michalak Alicja, 2006, *W drodze do zdrowia – koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji Aarona Antonovsky’ego*, [w:] A. Trzcienięcka–Green (red.), *Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych*, Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych „Universitas”, s. 127–146.
- Natanson Tadeusz, 1970, *Współczesne techniki kompozytorskie*, t. 1, Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna.
- Natanson Tadeusz, 1972, *Współczesne techniki kompozytorskie*, t. 2, Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna.
- Natanson Tadeusz, 1979, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Natanson Tadeusz, 1982, *Praca magisterska – egzamin magisterski. Poradnik dla studentów wyższych szkół muzycznych*, Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna.
- Natanson Tadeusz, 1992, *Programowanie muzyki terapeutycznej. Zarys podstaw teoretycznych*, „Zeszyt Naukowy”, nr 53, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Skarbowski Jerzy, 1968, *Czy można leczyć muzyką?*, „Ruch Muzyczny”, nr 19, s. 17.

Streszczenie

Autorka prezentuje sylwetki dwóch wybitnych postaci wrocławskiej muzykoterapii: prof. dr. Tadeusza Natansona – kompozytora i pedagoga, oraz dr. n. med. Andrzeja Janickiego – specjalisty psychiatrii i zarazem terapeuty wykorzystującego sztuki piękne w leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi. To dzięki ich staraniom w 1972 roku w Państwowej Wyższej Szkole Muzycznej we Wrocławiu (obecnie Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego) utworzono pierwszy w Polsce Zakład Muzykoterapii, a rok później rozpoczęto systematyczne kształcenie muzykoterapeutów, powołując dwuletnie Podyplomowe Studium Muzykoterapii.

Autorka dzieli się również własnymi refleksjami związanymi z bezpośrednimi kontaktami z twórcami wrocławskiej muzykoterapii i omawia pokrótce początki tworzenia jej struktur.

Słowa kluczowe: Tadeusz Natanson, Andrzej Janicki, muzykoterapia wrocławska, Zakład Muzykoterapii

HELENA CESARZ – doktor nauk o kulturze fizycznej, magister edukacji muzycznej, muzykoterapeuta, absolwentka Wydziału Edukacji Muzycznej Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu (dawniej Wydział Wychowania Muzycznego Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej) oraz Podyplomowych Studiów Muzykoterapii tejże uczelni. 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, prezentowanych na krajowych i międzynarodowych konferencjach. Zainteresowania: muzykoterapia dorosłych, podróże.

NURT BADAŃ O PROFILU PSYCHOFIZJOLOGICZNYM WE WROCŁAWSKIEJ MUZYKOTERAPII W LATACH 1972–2021

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

Profil psychofizjologiczny w badaniach w muzykoterapii

Prace badawcze o profilu psychofizjologicznym podejmowane były w muzykoterapii szczególnie na początku jej rozwoju jako samodzielnej dyscypliny naukowej, czyli na przełomie lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych, w Polsce zaś w latach siedemdziesiątych ubiegłego stulecia. Prowadzono je w przekonaniu, że pomiary reakcji wegetatywnych – jak je wtedy nazywano – zachodzących w trakcie percepcji muzyki przyniosą informacje na temat jakości przeżycia muzycznego, a to pozwoli przewidywać reakcje na muzykę i odpowiednio dobierać utwory dla celów terapeutycznych [Galińska 1987: 407, 408]. Niemniej nurt badań psychofizjologicznych w muzykoterapii pojawił się dużo wcześniej, wraz z rozwojem psychologii eksperymentalnej, na przełomie XIX i XX wieku [Kukiełczyńska-Krawczyk 2008: 113]¹.

Kierunek psychofizjologiczny, nie tylko w badaniach, lecz także w koncepcjach teoretycznych, wyróżniany jest przez wielu światowych

1 » Historyczne ujęcie rozwoju badań w nurcie psychofizjologicznym przedstawiono w cytowanym artykule [Kukiełczyńska-Krawczyk 2008: 113–118].

i polskich muzykoterapeutów. Dla rodzimej, wrocławskiej muzykoterapii² duże znaczenie mają podstawy teoretyczne stworzone przez Tadeusza Natansona [Cylulko, Gładyszewska-Cylulko 2010: 175], a także w pewnej mierze kierunki rozwojowe, które nakreśliła w polskiej muzykoterapii Elżbieta Galińska [1978: 81–98, 1989: 32–44]. Wczesna definicja tej dyscypliny sformułowana przez pioniera wrocławskiej muzykoterapii w końcu lat siedemdziesiątych XX wieku zakładała oddziaływanie muzyki na sferę nie tylko psychiczną, lecz także fizjologiczną: „Muzykoterapia jest metodą postępowania wielostronnie wykorzystującą wieloraki wpływ muzyki na psychosomatyczny ustrój człowieka” [Natanson 1979: 51]. Takie ujęcie problematyki muzykoterapii zachęcało do rozwoju dyscypliny w aspekcie zarówno teoretycznym, jak i badawczym. Kierunek psychofizjologiczny wymienia także wśród sześciu koncepcji teoretycznych w swoich pracach z przełomu lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku wspomniana Elżbieta Galińska [1990: 36], wskazując na możliwości rozwoju muzykoterapii na tej płaszczyźnie. Współcześni polscy autorzy wciąż zaznaczają rolę perspektywy psychofizjologicznej w podstawach teoretycznych muzykoterapii [Konieczna-Nowak 2013: 21–24, Kukiełczyńska-Krawczyk 2008: 113, Ryczkowska 2016: 139–155].

Obszar oddziaływań psychofizjologicznych w muzykoterapii dotyczy sfery psychicznej i fizjologicznej. Niektórzy autorzy odróżniają oddziaływania fizjologiczne (zwane wcześniej wegetatywno-fizjologicznymi) [Szulc 2005: 29], związane z wpływem muzyki na akcję serca, ciśnienie krwi czy poziom hormonów, od psychofizjologicznych, obejmujących m.in. obniżanie poziom bólu czy zwiększanie stanu zrelaksowania [Bruscia 1998: 153–154]. Inni widzą możliwości oddziaływania muzyki w szerokim kontekście: bio-psycho-społeczno-kulturowym [Klimas-Kuchtowa 2008: 93–97]. Według Cheryl Dileo Maranto ujęcie

2 » W *Encyklopedii Wrocławia* [Cylulko 2000a: 542] zaproponowano następującą definicję terminu „wrocławska muzykoterapia”: „Osoby, poczynania i dorobek naukowy związane z działalnością badawczą, dydaktyczną, terapeutyczną i organizacyjną tej uczelni [Akademii Muzycznej we Wrocławiu – K. K.-K.]”.

muzyki w biopsychospołecznym modelu medycyny pozwala odkryć potencjał jej terapeutycznego działania na wszystkich poziomach (psychologicznym, fizjologicznym, poznawczym i duchowym) równocześnie [za: Szulc 2005: 65–66]. Niemniej w takiej perspektywie obszar fizjologiczny traktowany jest jako poziom biologiczny oddziaływania muzyki w odróżnieniu od poziomu psychicznego [Cesarz 2014: 52–56].

Odpowiedzi wymaga pytanie, dlaczego oddziaływanie muzyki na funkcjonowanie człowieka na poziomie psychofizjologicznym uznaje się za jeden z podstawowych aspektów muzykoterapii. Być może dlatego, że jest on „tym kierunkiem badawczym, który pozwala na uzyskanie najbardziej jednoznacznych wyników dokumentujących wpływ muzyki” [Cylkowska-Nowak, Strzelecki 2017: 6]. Nurt fizjologiczny łączy się bowiem z badaniami o charakterze eksperymentalnym, czyli opartymi zazwyczaj na modelu ilościowym, które prowadzi się w celu zauważenia związku przyczynowo-skutkowego między zastosowaną muzyką a reakcją organizmu człowieka [Wheeler 2012: 243]. Badania ilościowe wyrosły z pozytywistycznego sposobu postrzegania świata, zrodzonego już w XVII wieku. Prace Everetta Thayera Gastona w latach sześćdziesiątych, a także późniejsze opracowania z końca lat osiemdziesiątych XX wieku w dużej mierze koncentrowały się na metodach badawczych zaczerpniętych z nauk przyrodniczych, fizjologii i akustyki [Szulc 2005: 29]. Zatem tradycja stosowania metod empirycznych w badaniach naukowych miała i dalej ma wpływ również na rozwój muzykoterapii.

Według pozytywistów „prawda istnieje i można ją odkryć, a przynajmniej zbliżyć się do jej odkrycia” [Wheeler 2012: 244–245]. Muzykoterapia od początku swojego istnienia przejęła, analogicznie do medycyny, scjentyistyczny, później nazwany pozytywistycznym, model badań naukowych, który uznawany jest za odpowiedni do odkrywania działania muzyki na sferę psychofizjologiczną. Uznaje się, że w ten sposób można najlepiej wskazać na to, jak muzyka czy proces muzykoterapii oddziałuje na pacjenta.

W latach dziewięćdziesiątych XX wieku część muzykoterapeutów zakwestionowała adekwatność podejścia pozytywistycznego, podkreślając humanistyczny i artystyczny charakter samej muzykoterapii [Szulc

2005: 27–28]. Tym samym profil badawczy został rozszerzony o metody łączące podejście ilościowe z jakościowym, tak aby można było rozwijać nurt muzykoterapii opartej na dowodach, nie pomijając przy tym kwestii oddziaływania procesu terapeutycznego podczas sesji muzykoterapii [Szulc 2005: 38; por. Gładyszewska-Cylulko, Cylulko 2020: 264]. Niemniej tradycyjne, pozytywistyczne traktowanie badań w muzykoterapii to nadal powszechnie akceptowane nastawienie [Szulc 2005: 28]. Jak zauważa Cheryl Dileo: „Efekt działania samej muzyki jest w rzeczy samej godny uwagi i wymaga dalszych badań” [Dileo 2010: 19]. Współcześnie na Światowych Kongresach Muzykoterapii podkreśla się konieczność łączenia badań naukowych z praktyką terapeutyczną. Problemem jest jednakże niewielka liczba klinicznie praktykujących muzykoterapeutów zainteresowanych badaniami [Silverman 2015: 236]. Idealnym rozwiązaniem byłoby, gdyby klinicyści i naukowcy razem poszukiwali odpowiedzi na pytania dotyczące efektów terapeutycznych muzyki w rzeczywistych, obserwowanych klinicznie reakcjach emocjonalnych i fizjologicznych klientów/pacjentów [Kukiełczyńska-Krawczyk 2016a: 173–174].

W niniejszym artykule aspekty biologicznego i psychicznego oddziaływania muzyki są traktowane łącznie jako nurt badań o profilu psychofizjologicznym. W licznych eksperymentach udowodniono, że zmiany w reakcjach fizjologicznych są wyrazem współistniejących z nimi reakcji emocjonalnych na muzykę. Taki pogląd potwierdzają m.in. badania Carol Lynne Krumhansl [1997: 336–353], które wykazały związek reakcji fizjologicznych z przeżywanymi pod wpływem muzyki emocjami, takimi jak smutek, strach i szczęście. Percepcja muzyki wiąże się bowiem z aktywnością odbiorcy w zakresie reakcji emocjonalnych i fizjologicznych, które to wpływają na siebie wzajemnie [Cesarz 2002: 13]. W prowadzonych współcześnie w Polsce i na świecie badaniach o profilu psychofizjologicznym w muzykoterapii w obserwujemy dwa kierunki:

- badania nad zastosowaniem muzyki w medycynie, dotyczące redukcji poziomu lęku i stresu w okresie przed- i pooperacyjnym oraz w trakcie zabiegu chirurgicznego, a także zgłębiające problem wspomagania relaksacji (np. po zawale serca) i obniżania poziomu bólu (np. w wypadku paraplegii czy przy porodzie);

- > badania nad fizjologicznymi przejawami emocjonalnego oddziaływania muzyki [Kukiełczyńska-Krawczyk 2008: 113].

Najczęściej opisywanymi, zarówno obecnie, jak i we wcześniejszych eksperymentach, parametrami fizjologicznymi podlegającymi wpływowi muzyki są: rytm oddechowy, częstość akcji serca, wartość ciśnienia tętniczego krwi, opór elektryczny skóry oraz reakcje w obrębie naczyń krwionośnych włosowatych. Ocenia się także wpływ sztuki muzycznej na układ immunologiczny oraz autonomiczny układ nerwowy, czyli aktywność sympatycznego i parasympatycznego układu nerwowego, wydzielanie neurohormonów (kortyzolu, ACTH, hormonu wzrostu, prolaktyny, beta-endorfin), aktywność bioelektryczną mózgu oraz poziom odczuwania bólu [Kukiełczyńska-Krawczyk 2008: 114–117].

Kryteria wyboru prac naukowych należących do nurtu psychofizjologicznego we wrocławskiej muzykoterapii

Określenie „wrocławska muzykoterapia” (zob. przypis 2) w niniejszym artykule dotyczy działalności naukowej osób bezpośrednio związanych z Akademią Muzyczną im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu (wcześniej Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna) i mających wpływ na rozwój muzykoterapii w tym ośrodku. Należą do nich pracownicy Zakładu Muzykoterapii w różnych latach jego istnienia oraz współpracownicy tegoż Zakładu, czyli ci, którzy prowadzili na Akademii określone przedmioty, nie będąc pracownikami pełnoetatowymi, bądź też regularnie brali udział w Ogólnopolskich Spotkaniach Współpracowników Zakładu Muzykoterapii. Analizowanym w artykule przejawem wspomnianej działalności są opublikowane przez te osoby prace naukowe wpisujące się w omawiany nurt badań. Do analizy włączono także wydane co najmniej w części – w postaci artykułów naukowych – prace doktorskie, licencjackie, magisterskie i podyplomowe, niekiedy przygotowane wspólnie z ich promotorami, a więc głównymi przedstawicielami wrocławskiej muzykoterapii.

Do nurtu badań o profilu psychofizjologicznym zaliczono wyłącznie prace empiryczne, związane z badaniami o charakterze eksperymentalnym, czyli opartymi zazwyczaj na modelu ilościowym, a niekiedy też jakościowo-ilościowym. Ponieważ współczesne światowe prace naukowe najczęściej łączą badanie reakcji emocjonalnych z metodami pomiaru reakcji fizjologicznych, również w niniejszym artykule przyjęto takie podejście w celu wyodrębnienia publikacji należących do omawianego nurtu [por. Kukiełczyńska-Krawczyk 2008: 113–117].

Nurt badań o profilu psychofizjologicznym we wrocławskiej muzykoterapii w latach 1972–1997

W latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych w Polsce można zauważyć dynamiczny rozwój badań psychofizjologicznych w muzykoterapii, zwłaszcza w dorobku pracowników i współpracowników Zakładu Muzykoterapii Ogólnej i Stosowanej, powołanego w 1972 roku z inicjatywy prof. dr. Tadeusza Natansona we współpracy z dr. Andrzejem Janickim przy Akademii Muzycznej we Wrocławiu [por. Cesarz 2014: 52]. Od początku istnienia wrocławskiej muzykoterapii planowano rozwój tejże dyscypliny w kierunku nie tylko teoretycznym i praktycznym, lecz także badawczym, mając na uwadze szczególnie potrzebę określenia praw rządzących kształtowaniem się wzajemnych stosunków między człowiekiem a muzyką [Natanson 1979: 51]. Do istotnych zadań powołanej jednostki naukowej „należało stworzenie zespołu współpracowników zakładu dla inspirowania i koordynowania zamierzeń badawczych” [Janicki 2000: 15].

Prof. dr Tadeusz Natanson, kompozytor i teoretyk muzyki, razem z współtwórcą Zakładu Muzykoterapii dr. Andrzejem Janickim, lekarzem psychiatrą, już w 1974 roku przeprowadzili badania dotyczące psychosomatyki przeżycia muzycznego u osób zdrowych i chorych psychicznie. Badania dotyczyły percypowania muzyki i jej wpływu na sferę psychiczną, szczególnie emocjonalno-uczuciową, oraz somatyczną,

w rozumieniu układu wegetatywnego. Poszukiwano zależności między subiektywnym stanem emocjonalnym a stanami napięcia układu wegetatywnego oraz aktywnością bioelektryczną mózgu. Wykorzystane w badaniach utwory skategoryzowano pod względem interwaliki, tempa, metrum, rytmu, tonacji, składu wykonawczego i barwy. Dokonano zapisów elektroencefalograficznych, pomiarów rytmu oddychania i tętna oraz elektrycznego przewodnictwa skóry. Zaobserwowano znaczącą zależność między emocjonalnym przeżywaniem muzyki a parametrami fizjologicznymi. Za najważniejsze elementy dzieła muzycznego oddziałujące na sferę psychofizjologiczną uznano dynamikę, barwę i rytm. W wielu wypadkach zauważono obniżenie amplitudy fal alfa lub ich zanik z tendencją do normalizowania się jeszcze podczas trwania utworu. Reakcji odprężenia towarzyszył wzrost amplitudy fal alfa. Subiektywna ocena oddziaływania wybranych parametrów dźwięku, takich jak wysokość, głośność czy barwa, w sferze psychicznej wykazała zgodność z obiektywnymi parametrami fizjologicznymi [Janicki, Natanson 1974: 35–63].

Na I Światowym Kongresie Muzykoterapii w Paryżu w 1974 roku, w którym uczestniczył m.in. Tadeusz Natanson, problem badania reakcji fizjologicznych związanych ze słuchaniem muzyki uznano za otwarty i nadal aktualny [Metera, Metera 1975a: 167–171]. Dlatego też zainteresowanie wykorzystywaniem parametrów fizjologicznych w badaniach osób zdrowych bądź cierpiących na różne schorzenia somatyczne widoczne jest w kolejnych latach w pracach Tadeusza Natansona, Andrzeja Janickiego i współpracowników Zakładu Muzykoterapii: Leona Hanka [1978: 7–14], Zbigniewa Hory, Mirosława Janiszewskiego, Jędrzeja i Maryli Milczarskich czy Anny i Artura Meterów. W eksperymencie dotyczącym wpływu utworów o charakterze kołysanki na tętno i ciśnienie krwi zaobserwowano wyraźne zwolnienie, a potem normalizację wartości tych parametrów podczas słuchania muzyki [Natanson, Hora 1978]. Największe obniżenie ciśnienia skurczowego uzyskiwano w 15 minut po zaprzestaniu emisji utworu. Ważnym efektem terapeutycznym było utrzymywanie się spadku poziomu ciśnienia do jednej godziny po badaniu [Natanson, Hora 1978: 53–69; por. Natanson 1980: 101–115].

Interesujące badania, polegające na analizie zmian, jakie wywołuje muzyka w zapisie elektrokardiograficznym i ciśnieniu tętniczym krwi u osób zdrowych, przeprowadzili współpracownik Zakładu Muzykoterapii Mirosław Janiszewski wraz z Tadeuszem Natansonem w 1975 roku. W trakcie prezentacji muzyki dawnej zaobserwowano niewielkie obniżenie ciśnienia tętniczego krwi oraz zmiany w EKG słuchaczy: zwolnienie czynności serca pochodzenia zatokowego, spłaszczenie załamka P, wydłużenie odstępu PQ oraz wzrost wysokości załamka T. Słuchanie muzyki romantycznej powodowało znaczne podwyższenie ciśnienia krwi oraz zróżnicowane zmiany w zapisie EKG. W czasie prezentacji utworów muzyki współczesnej stwierdzono podwyższenie ciśnienia tętniczego krwi, przyspieszenie czynności serca, wzrost wysokości załamka P, skrócenie odstępu PQ i spłaszczenie załamka T. Zatem muzyka o tonalności funkcyjnej, konsonansowa wywoływała reakcję pobudzenia ze strony układu cholinergicznego, muzyka zaś o dużej dysonansowości, skomplikowanej metryce i silnych różnicach dynamicznych zwiększała napięcie układu adrenergicznego [Janiszewski, Natanson 1975: 57–71].

Zespół współpracowników Tadeusza Natansona [Parczewska i in. 1978: 41–52] przeprowadził badania wpływu muzyki na częstość akcji serca u chorych z nadciśnieniem pierwotnym i wtórnym. Zarówno utwory uznane za uspokajające: *Berceuse Des-dur* op. 57 Fryderyka Chopina i *Kołysanka* Bernharda Fliesa, jak i kompozycje określone jako „drażniące”, tj. *Improvisations sonoritiques* Witolda Szalonka, nieoczekiwanie wywoływały przyspieszenie akcji serca. Wynikało to najprawdopodobniej z małego obycia muzycznego osób uczestniczących w eksperymencie. Podobne badania dotyczące zachowania się niektórych wskaźników biomedycznych przeprowadzili Zbigniew Hora i Iwona Klein (obecnie Iwona Polak) [1978: 7–18].

Badania nad oddziaływaniem odpowiednio dobranych zestawów muzycznych na pacjentów z nadciśnieniem pierwotnym były przedmiotem pracy napisanej w latach siedemdziesiątych XX wieku przez Mirosława Janiszewskiego [1977: 97–100, zob. też 1993: 59–61]. Stwierdzono wówczas, że prezentacja utworów o charakterze uspokajającym powoduje zwolnienie częstości akcji serca, obniżenie ciśnienia krwi, obniżenie

napięcia załamka P, zwiększenie napięcia załamka T i wydłużenie czasu PQ w elektrokardiogramie, zmniejszenie pojemności minutowej serca przy utrzymującym się na tym samym poziomie oporze obwodowym krążenia. W tamtym czasie uważano, że zmiany te mogą pośrednio świadczyć o zwiększającym się napięciu układu parasympatycznego.

Badania neurofizjologiczne dotyczące wzajemnej asocjacji pól gnostycznych w mózgu przeprowadzili współpracownicy Zakładu Muzykoterapii Jędrzej i Maryla Milczarscy [1974: 73–77, 1980: 241–254]. Autorzy oparli się na koncepcjach neurofizjologicznych zakładających asocjację stref gnostycznych, tzn. słuchu, wzroku, somestezji i kinestezji. Dokonuje się ona w pewnej mierze przez pole emocyjne, które u chorych jest często zaburzone. Za tym procesem kryje się mechanizm oddziaływania sfery słuchu na wzrok, somestezję i kinestezję, co może być terenem badawczym pozwalającym na analizę kojarzenia muzyki z marzeniami lub z ruchem, np. wybijaniem taktu czy tańcem.

Współpracownicy Zakładu Muzykoterapii Anna i Artur Meterowie [1979: 117–129] przeprowadzili badania dotyczące zmiany temperatury ciała jako wskaźnika intensywności reakcji emocjonalnej pod wpływem słuchania muzyki. Wykorzystane w badaniu utwory podzielono na odprężające (muzyka Camille’a Saint-Saënsa), pobudzające układ mięśniowo-ruchowy (tango *La Cumporsita* Gerarda Rodrigueza) i drażniące (*Freski symfoniczne* Kazimierza Serockiego). Zaobserwowano znaczny wzrost temperatury błony śluzowej jamy ustnej pod wpływem percepcji muzyki o charakterze pobudzającym i drażniącym. Wcześniejsze badania tych autorów [Metera, Metera 1975b: 97–105] dotyczyły zmian w obrębie układu oddechowego oraz metabolizmu. Zaobserwowano zmniejszenie minutowego zużycia tlenu oraz podstawowej przemiany materii pod wpływem słuchania muzyki uspokajającej. Efekt ten utrzymywał się również po zakończeniu odtwarzania muzyki.

Nurt badań psychofizjologicznych przeprowadzonych przez współpracowników Zakładu Muzykoterapii we Wrocławiu dotyczył także wpływu stymulacji werbalno-muzycznej na siłę i wytrzymałość człowieka [Hora i in. 1990: 127–138], aktywizacji i relaksacji pod wpływem muzyki w sporcie wyczynowym [Hora, Miedzińska 1988: 213–228],

zastosowania zajęć muzyczno-ruchowych w rehabilitacji kardiologicznej [Ostrowska 1983: 111–126], zastosowania muzyki w anestezjologii [Kierył 1978: 41–44] oraz wpływu muzyki na nastrój i samopoczucie pacjentów psychiatrycznych [Janicki 1978: 147–158].

W latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku badania w ramach wrocławskiej muzykoterapii pod wpływem rozwiniętej przez Tadeusza Natansona koncepcji programowania muzyki do terapii koncentrowały się na obiektywizacji oceny oddziaływania muzyki w sferze psychicznej i porównywania go z mierzalnymi parametrami fizjologicznymi [Natanson 1980: 101–115, 1987: 49–67; Płachta, Sukniewicz 1985]. Jednym z głównych zainteresowań badaczy z Wrocławia stała się percepcja muzyki, nie tylko u ludzi zdrowych, lecz także u osób z zaburzeniami psychicznymi [Cesarz 1981: 19–27]. Oceniano także wpływ zajęć z muzykoterapii na psychomotorykę osób przewlekle chorych na schizofrenię [Cesarz 1993].

Wczesne badania o profilu psychofizjologicznym we Wrocławiu wykazały korelację między subiektywną reakcją emocjonalną, opisywaną w kategoriach nastroju, a obiektywnie mierzalnymi parametrami fizjologicznymi, co zachęcało do kontynuowania prac w tym kierunku [Kukiełczyńska 1998: 74]. Podsumowując 25 lat działalności wrocławskiej muzykoterapii, jej współtwórca stwierdził, że był to czas tworzenia podstaw muzykoterapii [Janicki 2000: 19]. W analizie dokonań Zakładu Muzykoterapii z tego okresu należy podkreślić, że sformułowane w 1972 roku założenia zostały zrealizowane, zarówno jeśli chodzi o rozwój teorii muzykoterapii i praktyki klinicznej, jak i w odniesieniu do wytyczania kierunków badawczych.

Nurt badań o profilu psychofizjologicznym we wrocławskiej muzykoterapii w latach 1998–2021

Prace badawcze przez kolejne 25 lat istnienia Zakładu Muzykoterapii kontynuują wychowankowie pionierów wrocławskiej muzykoterapii – prof. dr. Tadeusza Natansona (1927–1990) i dr. Andrzeja Janickiego

(1927–2020) [por. Janicki 1998: 9–15]. Dominują w tym okresie badania o charakterze opisowym i eksperymentalnym, w mniejszym stopniu historyczne i filozoficzne [Wheeler 2012: 243]. Jednakże coraz większe dążenie muzykoterapii do uprawomocnienia swojej pozycji jako samodzielnej dyscypliny naukowej skłania wielu badaczy do podejmowania prac o profilu psychofizjologicznym. Badania przeprowadzane w końcu XX i na początku XXI wieku, zarówno w Europie czy Stanach Zjednoczonych, w tym w Polsce, w dużej mierze koncentrują się wokół reakcji fizjologicznych na muzykę, takich jak zmiana częstości akcji serca lub wartości ciśnienia tętniczego krwi. Wykorzystywane są także nowsze metody badań, dotyczące np. wpływu muzyki na autonomiczny układ nerwowy. Współczesne prace najczęściej łączą badanie częstości akcji serca i inne metody pomiaru reakcji fizjologicznych z badaniami subiektywnej oceny redukcji lęku i bólu, obniżenia poziomu stresu oraz relaksacji. Podejście takie pozwala na wdrażanie muzykoterapii do terapii w wielu różnorodnych działach medycyny, m.in. w kardiologii i w onkologii [Kukiełczyńska-Krawczyk 2008: 113].

W latach 1998–2021 we wrocławskiej muzykoterapii rozwijane są głównie dwa wątki badawcze. Pierwszy dotyczy percepcji muzyki w aspektach emocjonalnym (m.in. jej wpływu na nastrój) i fizjologicznym (m.in. jej oddziaływania na częstość akcji serca i zmienność rytmu zatokowego), co stanowi kontynuację założeń Tadeusza Natanson'a dotyczących programowania muzyki do terapii [Kukiełczyńska 1998: 73–75]. Drugi wiąże się z określaniem wpływu muzyki bądź muzykoterapii na wybrane parametry psychologiczne, takie jak poziom neurotyzmu, agresji czy lęku, zarówno u dzieci, jak i u dorosłych, poziom jakości życia (w tym w wypadku osób cierpiących na choroby onkologiczne i osób starszych), a także sprawność psychoruchową, co wydaje się wynikać z tradycji łączenia badań w pierwszym dwudziestopięcioleciu istnienia Zakładu Muzykoterapii z innymi dziedzinami, takimi jak psychiatria czy rehabilitacja.

Do metod analizowania percepcji muzyki w aspekcie terapeutycznym preferowanych przez wrocławskich badaczy zaliczyć można profil biegunowości cech dzieła muzycznego w opracowaniu Suitberta Ertla

i Jane A. Hartley oraz metodę kwalitometryczną Tadeusza Natansona [Kukiełczyńska-Krawczyk 2014b: 120]. Przy pomocy profilu biegunowości oceniono przydatność wielu konkretnych utworów muzyki barokowej i klasycznej do zastosowania w terapii, zarówno osób zdrowych, jak i pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi [Kukiełczyńska-Krawczyk 2003: 47–52, 2014a: 117–130, 2016b: 305–321; Ruda 2011: 147–160], a także zbadano emocjonalny odbiór muzyki Ludwiga van Beethovena [Kukiełczyńska-Krawczyk 2019: 195–212].

Szczególną uwagę poświęcono w badaniach oddziaływaniu muzyki uspokajającej, m.in. utworowi zatytułowanemu *Ballada relaksacyjna*, skomponowanemu przez autorkę niniejszego artykułu. Jego wpływ na sferę psychiczną i fizjologiczną oceniono za pomocą profilu biegunowości cech dzieła muzycznego oraz metody kwalitometrycznej Tadeusza Natansona, a także z wykorzystaniem pomiaru zmienności rytmu zatokowego (ang. *heart rate variability* – HRV) [Kukiełczyńska 2002: 45–48, 2005, 2010: 157–172, 2011: 135–146, 2016b: 305–321; Kukiełczyńska-Krawczyk, Jethon 2006: 472–478]. Porównanie wyników badań oddziaływania muzyki relaksacyjnej na sfery psychiczne: emocjonalno-afektywną, wyobrażeniową, psychomotoryczną i intelektualną, przeprowadzonych za pomocą metody kwalitometrycznej, z fizjologicznymi reakcjami zachodzącymi w procesie percepcji muzyki potwierdziły skuteczność tej metody w ocenie przydatności konkretnych utworów muzycznych w terapii [Kukiełczyńska-Krawczyk 2010: 171]. Badania wpływu muzyki na zmienność rytmu zatokowego – w odniesieniu do młodzieży z chorobami nowotworowymi – kontynuowała Katarzyna Ruda (obecnie Katarzyna Turek) [2014].

W pewnym zakresie w badaniach percepcji dzieła muzycznego (w tym wypadku muzyki tradycyjnej i filmowej) w sferach wrażeniowej, poznawczej, wyobrażeniowej i emocjonalnej efektywny okazał się także bilans psychomuzyczny – narzędzie przygotowane przez francuskich muzykoterapeutów [Kukiełczyńska-Krawczyk 2021b: 441–447, 2021a: 369–379]. Subiektywna ocena odbioru muzyki tradycyjnej przez dzieci z autyzmem, młodzież studencką, a także seniorów stała się przedmiotem najnowszych badań przeprowadzonych przez Daniełę

Colonnę-Kasjan [2021: 188–189], Pawła Cylulkę [2021: 449–460] i Katarzynę Jaworską [za: Colonna-Kasjan 2021: 191–193].

Badania oddziaływania muzyki na sferę emocjonalną, a w szczególności na nastrój, m.in. osób przebywających w więzieniu i cierpiących na zespół otępienny, przeprowadzone zostały także przez absolwentów kierunku muzykoterapia: Annę Makuch [2010: 59–68] i Aleksandrę Trochanowską [2014: 181–204], a także przez Katarzynę Rudą [Ruda, Trypka 2013: 157–164]. Zagadnienie percepcji muzyki podejmowali również wieloletni współpracownicy Zakładu Muzykoterapii Ewa Klimas-Kuchtowa [2000: 41–52] oraz Maciej Kierył w swoich późniejszych pracach [Kierył, Gurgoń 2000: 59–66].

Drugi wątek badawczy reprezentowany we wrocławskiej muzykoterapii wiąże się z próbami określenia wpływu muzyki i muzykoterapii na wybrane parametry psychologiczne oraz na sprawność ruchową. Można w tym zakresie wyróżnić badania dotyczące muzykoterapii dzieci i młodzieży i jej oddziaływania na takie aspekty, jak poziom neurotyzmu, koordynacja statyczna i dynamiczna rąk oraz całego ciała, szybkość ruchów, wykonywanie ruchów równoczesnych oraz precyzja ruchów u dzieci niewidomych i słabowidzących [Cylulko 1998, 1999, 2000b: 73–86]. Obserwacji poziomu lęku u uczniów klas I–III podjęła się Daniela Colonna-Kasjan [2000: 99]. Opublikowano także doniesienia dotyczące wpływu zajęć z muzykoterapii na zmniejszenie poczucia lęku i stresu, na relaksację i dobre samopoczucie u młodzieży leczonej z powodu choroby nowotworowej [Ruda 2014] oraz na redukcję lęku u dzieci i młodzieży chorych na wrodzoną łamliwość kości, oczekujących na operację ortopedyczną [Mej 2002: 27–30]. Obniżenie poziomu lęku analizowała również – u kobiet objętych opieką okołoporodową – Irena Zathey-Tom [2000: 179–184]. Innym badanym parametrem psychologicznym był poziom agresji, którego obniżenie zaobserwowano u osób autodestrukcyjnych uczestniczących w zajęciach z muzykoterapii [Krawczyk 2012: 60–69].

Duża część badań ogniskuje się wokół problematyki rehabilitacji onkologicznej, zarówno dzieci, jak i dorosłych, oraz wokół terapii osób starszych. Badania te dotyczą wybranych czynników psychologicznych,

takich jak wspomniane powyżej lęk i stres, pewnych aspektów w pediatrii onkologicznej [Ruda, Rymaszewska 2013: 5–10] lub oceny jakości życia osób objętych opieką terminalną [Bochen 2006: 133–136; Chrobak 2020: 85–102]. Inne badania wskazują na możliwość podnoszenia jakości życia osób starszych za pomocą muzykoterapii [Cesarz 2007: 67–72] oraz określają znaczenie muzyki w regulowaniu zaburzeń zachowania u pacjentów chorujących na otępienie [Ruda, Trypka 2013: 157–164].

Dokonując przeglądu badań o profilu psychofizjologicznym we wrocławskiej muzykoterapii, można zauważyć, że część z nich miała charakter opisowy, nie zaś eksperymentalny, co często wynikało ze stanu psychofizycznego poddanych badaniu osób, np. w wypadku pacjentów kardiologicznych [por. Cesarz 2020: 29]. Niektóre badania są jedynie wzmiankowane w artykułach innych autorów, ich wyniki nie zostały zaś w pełni opublikowane [Kukiełczyńska-Krawczyk 2020: 49]. Wydaje się także, że nadal nie wydano wielu prac o profilu psychofizjologicznym, promowanych przez wieloletniego pracownika Zakładu Muzykoterapii, lekarza kardiologa Stefana Frejtaka [*Kto...* 2010].

Badania o profilu psychofizjologicznym są prezentowane w publikacjach pracowników i współpracowników Zakładu Muzykoterapii od początku jego istnienia. Zainteresowanie tą problematyką wykazują także młodzi naukowcy ze środowiska wrocławskiego. Z pewnością badania o tym profilu będą kontynuowane, ze względu zarówno na wrocławskie tradycje muzykoterapeutyczne, jak i na dążenie do rozwoju muzykoterapii opartej na dowodach.

Bibliografia

- Bochen Dawid, 2006, *Rola muzykoterapii w opiece nad pacjentami w zaawansowanym okresie choroby nowotworowej*, „Onkologia Polska”, nr 9 (4), s. 133–136.
- Bruscia Kenneth, 1998, *Defining Music Therapy*, Barcelona: Barcelona Publishers.
- Cesarz Helena, 1981, *Spostrzeżenia nad percepcją muzyki u chorych na schizofrenię*, „Zeszyt Naukowy”, nr 29, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 19–27.

- Cesarz Helena, 1993, *Wpływ zajęć muzykoterapeutycznych na psychomotorykę przewlekle chorych na schizofrenię*, praca doktorska, Wrocław: Akademia Wychowania Fizycznego.
- Cesarz Helena, 2002, *Znaczenie przeżyć muzycznych u osób z zaburzeniami psychicznymi*, „Muzykoterapia Polska”, t. 1, nr 1–2, s. 11–18.
- Cesarz Helena, 2007, *Muzykoterapia jako czynnik aktywizujący i wzbogacający jakość życia osób starszych*, „Fizjoterapia”, t. 15, nr 3, s. 67–72.
- Cesarz Helena, 2014, *Muzykoterapia – metoda wspomagania salutogenezy*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia – stałość i zmiana*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 1, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 47–70.
- Cesarz Helena, 2020, *Muzykoterapia jako pomoc w diagnozowaniu nastroju pacjenta kardiologicznego leczonego na oddziale szpitalnym*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Diagnoza i diagnostyka muzykoterapeutyczna*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 3, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 17–44.
- Chrobak Szymon, 2020, *Diagnoza w muzykoterapii w opiece paliatywnej*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Diagnoza i diagnostyka muzykoterapeutyczna*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 3, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 85–102.
- Colonna-Kasjan Daniela, 2000, *Zastosowanie muzykoterapii w procesie edukacji i wychowania dzieci z zaburzeniami na tle emocjonalnym – na podstawie badań własnych i doświadczeń*, [w:] S. Sidorowicz, P. Cylulko (red.), *Muzykoterapia w agresji, lęku i cierpieniu*, „Zeszyt Naukowy”, nr 76, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 95–102.
- Colonna-Kasjan Daniela, 2021, *The Role of Polish Music in Education and Therapy*, [w:] A. Pijarowska et al. (eds), *Music – the Cultural Bridge. Essence, Contexts, References*, Wrocław: The Karol Lipiński Academy of Music, s. 181–196.
- Cylkowska-Nowak Mirosława, Strzelecki Wojciech, 2017, *Terapeutyczny wpływ muzyki relaksacyjnej i preferowanej – propozycja modelu badawczego*, „Polskie Piśmo Muzykoterapeutyczne”, nr 4, s. 4–14.
- Cylulko Paweł, 1998, *Muzykoterapia w rehabilitacji ruchowej dzieci niewidomych i słabowidzących*, Warszawa: PAN.
- Cylulko Paweł, 1999, *Muzykoterapia niewidomych i słabowidzących dzieci. Poradnik metodyczny*, „Zeszyt Tyflogologiczny”, nr 16, Warszawa: ZG PZN.
- Cylulko Paweł, 2000a, *Muzykoterapia Wrocławska*, [w:] J. Harasimowicz (red.), *Encyklopedia Wrocławia*, Wrocław: Wydawnictwo Dolnośląskie, s. 542.
- Cylulko Paweł, 2000b, *Wpływ zajęć muzykoterapeutycznych na sprawność ruchową i poziom neurotyzmu niewidomych i słabowidzących dzieci*, [w:] S. Sidorowicz,

- P. Cylulko (red.), *Muzykoterapia w agresji, lęku i cierpieniu*, „Zeszyt Naukowy”, nr 76, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 73–86.
- Cylulko Paweł 2021, *Traditional Polish Christmas Carols and Songs and Their Therapeutic Properties*, [w:] A. Pijarowska et al. (eds), *Music – the Cultural Bridge. Essence, Contexts, References*, Wrocław: The Karol Lipiński Academy of Music, s. 449–460.
- Cylulko Paweł, Gładyszewska-Cylulko Joanna, 2010, *Polska naukowa koncepcja muzykoterapii – w trzydziestolecie wydania książki „Wstęp do nauki o muzykoterapii” Tadeusza Natansona*, [w:] A. Granat-Janki i zesp. (red.), *Tadeusz Natanson. Kompozytor, uczony, pedagog*, [w serii:] „Muzycy Wrocławscy”, t. 2, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 173–184.
- Dileo Cheryl, 2010, *Nowe kierunki i badania naukowe w muzykoterapii i medycynie*, tłum. W. Szulc, „Terapia przez Sztukę”, nr 1 (2), s. 10–23.
- Galińska Elżbieta, 1978, *Podstawy teoretyczne muzykoterapii*, „Zeszyt Naukowy”, nr 17, Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna, s. 81–89.
- Galińska Elżbieta, 1987, *Początki muzykoterapii jako nowej dyscypliny medycznej*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, nr 3, s. 405–426.
- Galińska Elżbieta, 1990, *Podstawowe kierunki teoretyczne muzykoterapii*, „Zeszyt Naukowy”, nr 52, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 32–44.
- Gładyszewska-Cylulko Joanna, Cylulko Maria, 2020, *Metody badawcze w muzykoterapii*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Diagnoza i diagnostyka muzykoterapeutyczna*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 3, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 257–267.
- Hanek Leon, 1978, *Oddziaływanie muzyki na sfery psychofizyczne człowieka w aspekcie historycznym*, „Zeszyt Naukowy”, nr 19, Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna, s. 7–14.
- Hora Zbigniew, Hora Lidia, Czernik Mariola, 1990, *Wpływ stymulacji werbalno-muzycznej na wielkość siły i wytrzymałość człowieka*, „Zeszyt Naukowy”, nr 57, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 127–138.
- Hora Zbigniew, Klein Iwona, 1978, *Próba oceny zachowania się niektórych wskaźników biomedycznych przy odbiorze muzyki przyjemnej i drażniącej*, „Zeszyt Naukowy”, nr 17, Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna, s. 7–18.
- Hora Zbigniew, Miedzińska Beata, 1988, *Aktywizacja i relaksacja w sporcie wyczerpanym*, „Zeszyt Naukowy”, nr 45, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 213–228.
- Janicki Andrzej, 1978, *Percypowanie muzyki przez chorych na schizofrenię*, „Zeszyt Naukowy”, nr 17, Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna, s. 147–158.
- Janicki Andrzej, 1998, *Tadeusz Natanson jako naukowiec, założyciel, kierownik i organizator kierunku studiów „muzykoterapia”*, [w:] P. Cylulko (red.), *Moc*

- muzyki – *pro memoria* Tadeusz Natanson, „Zeszyt Naukowy”, nr 73, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 9–15.
- Janicki Andrzej, 2000, *Dwadzieścia pięć lat muzykoterapii wrocławskiej*, [w:] S. Sidorowicz, P. Cylulko (red.), *Muzykoterapia w agresji, lęku i cierpieniu*, „Zeszyt Naukowy”, nr 76, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 15–19.
- Janicki Andrzej, Natanson Tadeusz, 1974, *Psychosomatyka przeżycia utworów muzycznych u zdrowych i chorych psychicznie*, „Zeszyt Naukowy”, nr 7, Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna, s. 35–63.
- Janiszewski Mirosław, 1977, *Badania wstępne nad wpływem muzyki na stan czynności rdzenia i kory nadnerczy w nadciśnieniu pierwotnym*, „Zeszyt Naukowy”, nr 13, Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna, s. 97–100.
- Janiszewski Mirosław, 1993, *Muzykoterapia aktywna*, Warszawa–Łódź: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Janiszewski Mirosław, Natanson Tadeusz, 1975, *Ocena wpływu wybranych utworów muzycznych na zachowanie się ciśnienia tętniczego krwi i EKG u osób zdrowych*, „Zeszyt Naukowy”, nr 9, Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna, s. 57–71.
- Kierył Maciej, 1978, *Uwagi na temat stosowania muzyki w sali operacyjnej*, „Zeszyt Naukowy”, nr 17, Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna, s. 41–44.
- Kierył Maciej, Gurgoń Barbara, 2000, *Wykorzystanie muzyki ocenianej przez odbiorców jednoznacznie jako muzyka relaksująca lub aktywizująca*, [w:] S. Sidorowicz, P. Cylulko (red.), *Muzykoterapia w agresji, lęku i cierpieniu*, „Zeszyt Naukowy”, nr 76, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 59–66.
- Klimas-Kuchtowa Ewa, 2000, *Muzyczne preferencje a profilaktyka muzyczna*, [w:] S. Sidorowicz, P. Cylulko (red.), *Muzykoterapia w agresji, lęku i cierpieniu*, „Zeszyt Naukowy”, nr 76, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 41–52.
- Klimas-Kuchtowa Ewa, 2008, *Różne spojrzenia na muzykę, wymagania wobec muzykoterapii i muzykoterapeuty*, [w:] W. Karolak, B. Kaczorowska, *Arteterapia w medycynie i edukacji*, Łódź: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, s. 93–98.
- Konieczna-Nowak, 2013, *Wprowadzenie do muzykoterapii*, Kraków: Impuls.
- Krawczyk Joanna, 2012, *Muzykoterapia w kryzysie samobójczym*, [w:] M. Cylkowska-Nowak, J. Imielska, E. Kasperek-Golimowska (red.), *Podmiot. Sztuka – Terapia – Edukacja. Rozwijanie potencjału twórczego*, Poznań: Wyd. Naukowe Uniwersytetu Medycznego, s. 60–69.
- Krumhansl Carol Lynne, 1997, *An Exploratory Study of Musical Emotions and Psychophysiology*, „Canadian Journal of Experimental Psychology”, Vol. 51, No. 4, s. 336–353.

- Kto jest kim. Stefan Frejta*, 2010, „Atest”, nr 10, [online:] <https://www.atest.com.pl/info,kto?nnext=200010> [29.09.2021].
- Kukiełczyńska Klaudia, 1998, *Koncepcja programowania muzyki przydatnej w terapii*, [w:] P. Cylulko (red.), *Moc muzyki – pro memoria Tadeusz Natanson*, „Zeszyt Naukowy”, nr 73, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 73–75.
- Kukiełczyńska Klaudia, 2002, *Odbiór elementów dzieła muzycznego o charakterze uspokajającym w sferze emocjonalnej*, „Muzykoterapia Polska”, t. 1, nr 1–2, s. 45–48.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, 2003, *J.S. Bach czy L. van Beethoven – analiza metodą S. Ertla i J.A. Hartleya*, „Muzykoterapia Polska”, t. 2, nr 3/4 (7/8), s. 47–52.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, 2005, *Oddziaływanie wybranych elementów dzieła muzycznego o charakterze uspokajającym na zmienność rytmu zatokowego*, praca doktorska [wydruk komputerowy], Wydział Fizjoterapii, Wrocław: Akademia Wychowania Fizycznego.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, 2008, *Współczesne badania nad zastosowaniem muzyki w medycynie*, [w:] W. Karolak, B. Kaczorowska (red.), *Arteterapia w medycynie i edukacji*, Łódź: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, s. 113–118.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, 2010, *Metoda kwalitometryczna Tadeusza Natansona w badaniach muzykoterapeutycznych*, [w:] A. Granat-Janki i zesp. (red.), *Tadeusz Natanson. Kompozytor, uczyony, pedagog*, [w serii:] „Muzycy Wrocławscy”, t. 2, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 157–172.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, 2011, *Metody oceny relaksacyjnego oddziaływania muzyki*, [w:] W. Karolak, B. Kaczorowska (red.), *Arteterapia. Od rozważań nad teorią do zastosowań praktycznych*, Łódź: Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna, s. 135–146.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, 2014a, *Programming Music for Therapy in Neurotic Disorders*, [w:] M. Furmanowska (ed.), *Art in Education and Therapy*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza „Atut” – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, s. 117–130.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, 2014b, *Programowanie muzyki do terapii – 20 lat po wydaniu książki Tadeusza Natansona*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia – stałość i zmiana*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 1, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 115–144.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, 2016a, *Programowanie muzyki w praktyce klinicznej grupowej muzykoterapii zaburzeń nerwicowych*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Wrocławskie modele muzykoterapii*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 2, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 173–196.

- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, 2016b, *Zależność pomiędzy percepcją muzyki w sferach psychicznych a reakcją fizjologiczną na przykładzie „Ballady relaksacyjnej”*, [w:] A. Granat-Janki et al. (red.), *Analiza dzieła muzycznego. Historia – Theoria – Praxis*, t. 4, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, s. 305–321.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, 2019, *Emotional Reception of Ludwig van Beethoven’s Music – The Author’s Own Research*, [w:] A. Granat-Janki et al. (eds), *Musical Analysis. Historia – Theoria – Praxis*, Vol. 5, Wrocław: The Karol Lipiński Academy of Music, s. 195–212.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, 2020, *Metody i narzędzia diagnostyczne w muzykoterapii zaburzeń nerwicowych – doniesienia z praktyki muzykoterapeuty*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Diagnoza i diagnostyka muzykoterapeutyczna*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 3, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, s. 45–68.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, 2021a, *The Perception of Film Music – Discussed on the Example of the Piece „My Name Is Nobody” by Ennio Morricone*, [w:] A. Granat-Janki et al. (ed.), *Musical Analysis. Historia – Theoria – Praxis*, Vol. 6, Wrocław: The Karol Lipiński Academy of Music, s. 369–379.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, 2021b, *The Psycho-Musical Balance of a Traditional Piece of music („Dark Eyes”) – Its Perception of Polish Music Culture People: a Report*, [w:] A. Pijarowska et al. (eds), *Music – the Cultural Bridge. Essence, Contexts, References*, Wrocław: The Karol Lipiński Academy of Music, s. 441–447.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, Jethon Zbigniew, 2006, *Influence of Relaxation Music on Heart Rate Variability*, [w:] Z. Borysiuk (ed.), *Movement and Health*, Opole: University of Technology, s. 472–478.
- Makuch Anna, 2010, *Zastosowanie muzykoterapii i choreoterapii u więźniów uzależnionych od substancji psychoaktywnych*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia. Tożsamość – transgresja – transdyscyplinarność*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 59–68.
- Mej Agata, 2002, *Muzykoterapia w redukcji lęku*, „Muzykoterapia Polska”, t. 2, nr 3/4, s. 27–30.
- Metera Anna, Metera Artur, 1975a, *Sprawozdanie ze Światowego Kongresu Muzykoterapii w Paryżu 1–3 listopada 1974. Zagadnienia dotyczące muzykoterapii w chorobach psychosomatycznych w rehabilitacji i profilaktyce*, „Zeszyt Naukowy”, nr 9, Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna, s. 167–171.
- Metera Anna, Metera Artur, 1975b, *Zmniejszenie minutowe zużycia tlenu i podstawowej przemiany materii u człowieka pod wpływem muzyki*, „Zeszyt Naukowy”, nr 9, Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna, s. 97–105.

- Metera Anna, Metera Artur, 1979, *Zmiany temperatury ciała jako pomiar wielkości reakcji emocjonalnej występującej pod wpływem słuchanej muzyki u człowieka*, „Zeszyt Naukowy”, nr 22, Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna, s. 117–129.
- Milczarska Maryla, Milczarski Jędrzej, 1974, *Niektóre możliwości wykorzystania integracyjnego oddziaływania asocjacyjnych stref gnostycznych mózgu w muzykoterapii*, „Zeszyt Naukowy”, nr 7, Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna, s. 73–77.
- Milczarska Maryla, Milczarski Jędrzej, 1980, *Kliniczny wizualizator dźwięków muzycznych w postaci nut i bioparametrów wegetatywnych jako przystawka do telewizora*, „Zeszyt Naukowy”, nr 24, Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna, s. 241–254.
- Natanson Tadeusz, 1979, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Natanson Tadeusz, 1980, *Pilotażowe badanie subiektywnej oceny wybranych parametrów dźwięku*, „Zeszyt Naukowy”, nr 24, Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna, s. 101–115.
- Natanson Tadeusz, 1987, *W stronę ilościowej oceny jakości dzieła muzycznego*, [w:] H. Danel-Bozryk, *Problemy wychowania muzycznego*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego”, nr 841, s. 49–67.
- Natanson Tadeusz, 1992, *Programowanie muzyki terapeutycznej*, „Zeszyt Naukowy”, nr 53, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Natanson Tadeusz, Hora Zbigniew, 1978, *Próba oceny wpływu odpowiednio dobranej muzyki na wartości ciśnienia krwi u osobników bez nadciśnienia przy biernym słuchaniu i podczas ćwiczeń wahadłowych*, „Zeszyt Naukowy”, nr 19, Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna, s. 53–69.
- Ostrowska Barbara, 1983, *Koncepcja dostosowania zajęć muzyczno-ruchowych dla potrzeb rehabilitacji kardiologicznej*, „Zeszyt Naukowy”, nr 31, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 111–126.
- Parczewska Tamara, Wrabec Krzysztof, Kowalisko Alicja, Natanson Tadeusza, Nowosad Halina, Szydlik Henryk, 1978, *Zachowanie się ciśnienia tętniczego krwi u chorych z nadciśnieniem pierwotnym i wtórnym*, „Zeszyt Naukowy”, nr 19, Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna, s. 41–52.
- Płachta Joanna, Sukniewicz Barbara, 1985, *Badania weryfikujące propozycję metody ilościowego określania terapeutycznej przydatności utworów muzycznych*, nieopublikowana praca magisterska, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Ruda Katarzyna, 2011, *Percepcja dzieła muzycznego w sferze emocjonalnej u muzyków i niemuzyków (aspekt wyobrażeniowy)*, [w:] W. Karolak, B. Kaczorowska

- (red.), *Arteterapia. Od rozważań nad teorią do zastosowań praktycznych*, Łódź: Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna, s. 147–160.
- Ruda Katarzyna, 2014, *Muzykoterapia a zmienność rytmu zatokowego serca oraz wybrane czynniki psychologiczne u młodzieży leczonej z powodu choroby nowotworowej*, praca doktorska [wydruk komputerowy], Wrocław: Akademia Wychowania Fizycznego.
- Ruda Katarzyna, Rymaszewska Joanna, 2013, *Muzyka o cechach relaksacyjnych a wybrane czynniki psychologiczne w pediatrii onkologicznej*, „Onkologia Polska”, t. 16, nr 1, s. 5–10.
- 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.
- Ryczkowska Alicja, 2016, *Mechanizmy oddziaływania muzyki na procesy fizjologiczne i emocjonalne słuchacza*, „Kwartalnik Młodych Muzykologów”, nr 2 (29), s. 139–155.
- Silverman Michael Joseph, 2015, *Music Therapy in Mental Health for Illness Management and Recovery*, Oxford: University Press.
- Szulc Wita, 2005, *Muzykoterapia jako przedmiot badań i edukacji*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Trochanowska Aleksandra, 2014, *Oddziaływanie muzyką na obniżony nastrój*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Muzykoterapia – stałość i zmiana*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 1, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 181–204.
- Wheeler Barbara, 2012, *Badania w muzykoterapii*, [w:] K. Stachyra (red.), *Podstawy muzykoterapii*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 241–265.
- Zathey-Tom Irena, 2000, *Muzykoterapia w przebiegu porodu jako jeden z elementów psychoprofilaktyki okołoporodowej*, [w:] S. Sidorowicz, P. Cylulko (red.), *Muzykoterapia w agresji, lęku i cierpieniu*, „Zeszyt Naukowy”, nr 76, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 179–184.

Streszczenie

Prace badawcze o profilu psychofizjologicznym podejmowane były we wrocławskiej muzykoterapii od lat siedemdziesiątych XX wieku do dnia dzisiejszego. W niniejszym artykule aspekty biologicznego i psychicznego oddziaływania muzyki

są traktowane łącznie jako nurt badań o profilu psychofizjologicznymi i przedstawione z perspektywy historycznej. Badania obejmują dwa kierunki: 1) zastosowanie muzyki w medycynie, związane m.in. z redukcją poziomu lęku i stresu, wspomaganie relaksacji i obniżaniem poziomu bólu; 2) percepcję dzieła muzycznego oraz fizjologiczne przejawy emocjonalnego oddziaływania muzyki. Badania o tym profilu mają ugruntowaną tradycję we wrocławskiej muzykoterapii i wynikają z dążenia do rozwoju muzykoterapii opartej na dowodach.

Słowa kluczowe: badania w muzykoterapii, historia muzykoterapii, profil psychofizjologiczny, wrocławska muzykoterapia

KLAUDIA KUKIEŁCZYŃSKA-KRAWCZYK – muzykoterapeutka, kompozytorka, wykładowca Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. W roku 2006 obroniła rozprawę doktorską na Wydziale Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. Zagadnienia muzykoterapii prezentowała na wielu krajowych i międzynarodowych konferencjach naukowych, m.in. w Krems i w Wiedniu, oraz na wykładach z programu Erasmus w ArtEZ Conservatorium w Enschede w Holandii. Specjalizuje się w muzykoterapii zaburzeń nerwicowych, programowaniu muzyki do terapii oraz historii muzykoterapii. Od ponad 20 lat prowadzi muzykoterapię na oddziałach psychiatrycznych. Przez 10 lat opiekowała się Studenckim Kołem Naukowym Muzykoterapii.

WPŁYW DZIAŁALNOŚCI ZAKŁADU MUZYKOTERAPII AKADEMII MUZYCZNEJ IM. KAROLA LIPIŃSKIEGO WE WROCŁAWIU NA PRAKTYCZNE, NAUKOWE I ORGANIZACYJNE UMOCOWANIE AUTORSKIEJ KONCEPCJI KULTUROTERAPII

Wita Szulc » Uniwersytet Zielonogórski

Wstęp

Obchody rocznicowe są zazwyczaj okazją do podsumowań i przypomnienia osiągnięć jubilatów. Jubilatami może być jedna zasłużona osoba, ale też instytucja i tworzący ją zespół osób – i tak właśnie jest w wypadku obchodzącego w roku 2022 swoje pięćdziesięciolecie Zakładu Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu (AMKL). Zakład ten, późniejszy Instytut, to właśnie zespół wybitnych osób, instytucjonalnie związanych z Akademią Muzyczną, ale od początku istnienia zapraszających do współpracy pasjonatów muzykoterapii z „zewnątrz” – z innych miast i ośrodków akademickich, również zagranicznych. Takie zaproszenia skutkowały wspólnymi spotkaniami, organizowanymi początkowo przez profesora Tadeusza Natansona pod nazwą Ogólnopolskie Spotkania Współpracowników Zakładu Muzykoterapii w Państwowej Wyższej Szkole Muzycznej (PWSM) we Wrocławiu, następnie na Uniwersytecie Śląskim w Cieszynie, a później odbywającymi się ponownie na AMKL we Wrocławiu pod nazwą Forum

Muzykoterapeutów. Dawały one uczestnikom możliwość przedstawienia większemu gronu kolegów wyników swojej pracy, przemyśleń, poglądów i opinii na temat zagadnień dotyczących muzykoterapii, a także innych dziedzin terapii przez sztukę. Miejscem, gdzie prezentowano wystąpienia zapraszanych prelegentów, była estrada w Sali Kameralnej wrocławskiej Akademii Muzycznej, dzięki czemu goście czuli, że występują na pierwszej scenie muzykoterapeutycznej w Polsce, przy czym to pierwszeństwo nie wynikało tylko z chronologii wydarzeń.

Jako jedna z osób korzystających z otwartej formuły Forum Muzykoterapeutów w ciągu bez mała 40 lat, chciałabym, aby niniejszy artykuł stał się formą podziękowania za inspirację do podjęcia przeze mnie własnej działalności arteterapeutycznej, mieszczącej się w pojęciu kulturoterapii, a na pierwszy plan wysuwającej muzykoterapię. Wdzięczną pamięć winna jestem przede wszystkim nieżyjącym już twórcom Zakładu Muzykoterapii AMKL, profesorowi doktorowi Tadeuszowi Natansonowi oraz docentom doktorom medycyny Andrzejowi Janickiemu i Zbigniewowi Horze. Kolegom zaś – organizatorom tych jakże twórczych spotkań muzykoterapeutycznych, zwykłych i jubileuszowych – składam, prócz podziękowań, najserdeczniejsze gratulacje i życzenia dalszych sukcesów w pracy naukowej i dydaktycznej dla rozwoju muzykoterapii.

Fenomen Zakładu Muzykoterapii AMKL

W czasach labilnej ponowoczesności, wciąż nowych i starych konfliktów globalnych i lokalnych, podziw budzi już sam fakt trwania (którego nie należy mylić ze stagnacją!) tak silnego naukowo i z każdym rokiem bogatszego pod względem dydaktycznym centralnego ośrodka polskiej muzykoterapii. Na uznanie zasługuje konsekwencja, z jaką Zakład – pozostając przy tej, historycznej już, nazwie – realizuje swoje cele i z pewną dozą wyrozumiałości, charakterystyczną dla „starszego brata”, patrzy na pojawiające się kolejne „nowe” inicjatywy edukacyjne, programowe, wydawnicze i medialne, dziwnie przypominające to, co

we wrocławskiej muzykoterapii [Cylulko 2006a: 572–573] już dawno, bo w latach siedemdziesiątych, osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku, wypracowano i wdrożono. Mam tu na myśli utworzenie struktur programowych studiów stacjonarnych i podyplomowych, uwzględniających różnorodne rodzaje praktyk zawodowych w szpitalach i instytucjach szkolno-wychowawczych, powołanie do życia pierwszego w Polsce branżowego stowarzyszenia muzykoterapeutów pod nazwą Stowarzyszenie Muzykoterapeutów Polskich [Cylulko 2006b: 841], wydawanie czasopisma „Muzykoterapia Polska”, przystąpienie do Europejskiej Federacji Muzykoterapii (European Music Therapy Confederation – EMTC) i coraz śmielsze zaznaczanie w niej swojej obecności.

Nie można też nie wspomnieć, że oprócz Zakładu Muzykoterapii, utworzonego z inicjatywy profesora Tadeusza Natansona i w pierwszym okresie istnienia przez niego kierowanego, w Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego w latach 1989–1991 działała także, powstała podobnie jak Zakład Muzykoterapii w powiązaniu z Katedrą Teorii Muzyki i Kompozycji,

pierwsza i jedyna przez wiele lat w Polsce Katedra Arteterapii, pełniąca funkcję międzyuczelnianego ośrodka naukowo-badawczego, łącząca wysiłek naukowy, organizacyjny, dydaktyczny i terapeutyczny przedstawicieli różnych dziedzin i dyscyplin nauki oraz sztuki (m.in. muzyków, w tym muzykoterapeutów, lekarzy, psychologów, choreoterapeutów, pedagogów, plastyków, aktorów, bibliotekarzy, pisarzy, socjologów). Jej kierownikiem był prof. Leon Hanek [*Katedra Kompozycji...* 2021].

Więcej szczegółów na temat historii Zakładu Muzykoterapii AMKL w szerszym kontekście informacji już wspomnianych zawierają opracowania doktora habilitowanego Pawła Cylulki [2014: 159–173, 2015: 461–471].

O dalszej działalności Zakładu mówią wydawnictwa własne, to znaczy: „Zeszyty Naukowe” Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, a szczególnie zeszyty monograficzne, specjalnie

poświęcone muzykoterapii; czasopismo branżowe pod tytułem „Muzykoterapia Polska”, pierwsze tego typu w Polsce; i liczne monografie, których tytułów nie będę tutaj przytaczać, ale część z nich wymieniłam w raporcie dla European Consortium for Arts Therapies Education (ECArTE)¹, dzięki czemu znajdą się one w rocznym rejestrze The State of the Arts Therapies Training in Europe (SATTIE), zawierającym najważniejsze informacje o europejskich uczelniach wyższych typu uniwersyteckiego prowadzących zgodnie z procesem bolońskim regularne studia w zakresie: 1) arteterapii wizualnej, 2) dramaterapii, 3) muzykoterapii, 4) terapii tańcem i ruchem. Nie są to jedyne źródła informacji na temat działalności omawianej jednostki. Współpracownicy Zakładu Muzykoterapii – późniejsi uczestnicy cyklicznych spotkań pod nazwą Forum Muzykoterapeutów – publikowali też w innych czasopismach i drukach zwartych odpowiadających ich specjalności zawodowej, np. w czasopismach medycznych [Szulc 1998: 6–9] i wydawnictwach pedagogicznych [Szulc 2015: 20–21], poszerzając w ten sposób społeczną znajomość muzykoterapii w wymiarze klinicznym, teoretycznym i edukacyjnym. Warto zauważyć, że np. Index Medicus, rejestr piśmiennictwa o zasięgu światowym, nie uwzględniał wielu czasopism wysoko notowanych w kraju, natomiast zawierał publikacje zamieszczane w popularnym czasopiśmie dla pielęgniarek i położnych zatytułowanym właśnie „Pielęgniarka i Położna”. W związku z tym najwcześniejsze publikacje na temat kulturoterapii oraz autorskiej metody kształcenia wrażliwości zawodowej pielęgniarek przez analizowanie i kontemplację malarstwa [Szulc 1989b] są nadal dostępne i pozwalają zauważyć, jak bardzo wyprzedziły niemal identyczne inicjatywy amerykańskie [Standley 2012].

1 » Raporty o stanie arteterapii w danym kraju członkowskim na prośbę ECArTE składają co dwa lata powołani w tym celu regionalni i globalni reprezentanci ECArTE (*Global, Regional Representatives*). Aktualnie do ECArTE należą dwie polskie uczelnie: Akademia Ignatianum w Krakowie i Uniwersytet Zielonogórski; w latach 2004–2012 należał do niego również Uniwersytet Wrocławski [ECArTE... 2022].

Pierwsze spotkanie z terapią przez sztukę. Pierwsze programy edukacji muzykoterapeutycznej

Z możliwościami leczenia przy wykorzystaniu sztuki jako narzędzia terapeutycznego zetknęłam się po raz pierwszy we wrześniu 1980 roku w Akademii Medycznej w Katowicach na sympozjum zorganizowanym przez Sekcję Cybernetyki Medycznej Towarzystwa Internistów Polskich. Na tym sympozjum prezentowane były nefarmakologiczne metody leczenia, m.in. biblioterapia i muzykoterapia. Niewątpliwym sukcesem jest to, że obecnie katowicka Akademia Medyczna jest współrealizatorem, wraz z Uniwersytetem Śląskim i Akademią Muzyczną im. Karola Szymanowskiego, regularnych dwustopniowych studiów z zakresu muzykoterapii. Z krótkiej notatki o historii muzykoterapii w katowickiej Akademii Muzycznej dowiadujemy się, że tamtejszy Zakład Muzykoterapii, przekształcony później w Katedrę, jest równo 40 lat młodszy od swojego wrocławskiego odpowiednika, studia muzykoterapeutyczne zaś zostały tam zapoczątkowane w roku 2008 [*Katedra muzykoterapii...* 2021]. Historię tę można by przedłużyć jeszcze o dwa lata, gdyby uwzględnić udokumentowane prace nad programem tych unikatowych studiów międzyuczelnianych, prowadzone gościnnie w Katowicach w porozumieniu z Zakładem Arteterapii i Promocji Zdrowia Uniwersytetu Wrocławskiego, na zaproszenie władz Akademii Muzycznej im. Karola Szymanowskiego w roku 2006 [Szulc 2010: 89–92].

Każda bowiem oryginalna forma działalności ma swojego pomysłodawcę, choć nie każdy pomysłodawca ma warunki i czas, by swoją ideę zrealizować. Za pomysłem organizacji międzyuczelnianych studiów arteterapeutycznych już na początku lat osiemdziesiątych XX wieku optował we Wrocławiu docent doktor medycyny Zbigniew Hora z Zakładu Muzykoterapii AMKL. Ideę tę popierała m.in. dr Elżbieta Galińska na łamach „Zeszytu Naukowego” AMKL zatytułowanego *Arteterapia* [Galińska 1989: 73–84], wcześniej występując także na I konferencji pod takim tytułem, zorganizowanej we wrześniu 1989 roku w Radziejowicach przez Ministerstwo Kultury i wrocławską Akademię Muzyczną im. Karola Lipińskiego siłami pracowników dydaktyczno-naukowych Zakładu Muzykoterapii i Katedry Arteterapii.

Atmosfera otwartości panująca na Spotkaniach Współpracowników Zakładu Muzykoterapii AMKL pozwoliła mi na zaprezentowanie tekstu, wyprzedzającego w swej wymowie zmiany, jakie nastąpiły po 1989 roku, z zakresu polityki kulturalnej PRL-u, a mianowicie artykułu pt. *Model potrzeb muzycznych człowieka epoki realizmu socjalistycznego* [Szulc 1985a: 14–19]. Muzykoterapia jako główny przedmiot w module „kulturoterapia” wprowadzona została w roku 1985 do programu studiów pielęgniarzkich w Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu [Szulc 1985a: 15–19, 1988b: 179–182].

Światowej sławy muzykoterapeuci: profesor doktor Barbara Wheeler z Uniwersytetu w Luisville (USA), redaktorka portalu Voices, będącego światowym forum muzykoterapeutów, i doktor Simon Procter z Nordoff-Robbins Center w Londynie w latach dziewięćdziesiątych XX wieku nawiązali kontakty naukowe z Zakładem Muzykoterapii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, kierowanym przez profesor Andrzeja Jaworską oraz z Zakładem Arteterapii Wydziału Pedagogiczno-Artystycznego Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza (UAM) w Kaliszu, dzięki czemu studenci tych dwóch uczelni, jako pierwsi w Polsce, mogli niejako „z pierwszej ręki” zaczerpnąć wiedzę o najnowszych kierunkach i modelach muzykoterapii. Pamiątką po kolejnych wizytach tak znamienitych gości w Lublinie i w Kaliszu są podarowane przez nich książki [Wheeler i in. 2005], czasopisma („Nordic Journal of Music Therapy”) i uprzejma korespondencja. Profesorem wizytującym w UAM w Kaliszu na kierunku edukacja wczesnoszkolna z arteterapią przez cały semestr 2002 roku była też doktor nauk medycznych Barbara Miluk-Kolasa, muzykoterapeutka wykształcona i doktoryzowana w łódzkiej Akademii Medycznej, ale od lat mieszkająca i pracująca w Nowym Jorku.

Uczyć się od najlepszych

Wkrótce po wspomnianej katowickiej konferencji poznałam najbardziej dziś rozpowszechnione formy terapii przez sztukę, w najszerszym

znaczeniu tego terminu, stosowane na terenie Wrocławia, miasta akademickiego będącego kolebką polskiej arteterapii: biblioterapię – bliską mi z racji wykształcenia i ówczesnego zatrudnienia w Bibliotece Akademii Medycznej, sygnowaną nazwiskami profesora doktora Jana Trzynadłowskiego, profesora Uniwersytetu Wrocławskiego, literaturoznawcy i teoretyka biblioterapii [Trzynadłowski 1990: 45–55] oraz Wandy Kozakiewicz² [Kozakiewicz 1977: 41–48, 1984] i Janiny Kościów, zasłużonych bibliotekarek szpitalnych; oraz muzykoterapię – opracowaną i stosowaną w Zakładzie Muzykoterapii AMKL. Ta ostatnia po seansach treningu autogennego przy muzyce, prowadzonych przez docenta doktora medycyny Andrzeja Janickiego i doktor Helenę Cesarz, po prostu mnie zafascynowała. Stałym uczestnikiem Spotkań Współpracowników Zakładu Muzykoterapii był Maciej Kierył, lekarz anestezjolog, a zarazem dyplomowany muzykoterapeuta, uczeń – co podkreślał – profesora Tadeusza Natansona, autor mobilnego modelu rekreacji muzycznej. Różne warianty tego modelu poznawałam w miejscach pracy jego autora, czyli w Centralnym Szpitalu Kolejowym w Międzyzlesiu i w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie [Szulc 2005: 9]. Po takich doświadczeniach uznałam, że muzykoterapia jest najdoskonalszą formą terapii przez sztukę [Szulc 2011: 88–128]. Drogę do muzykoterapii bardzo podobną do mojej odbyła Ewa Szmidt-Sabat, która swoją edukację muzykoterapeutyczną opisuje w książce poświęconej arteterapii jako dyscyplinie akademickiej w krajach europejskich [Szmidt-Sabat 2010: 93–94]. Mobilny model rekreacji muzycznej zyskał w Polsce dużą popularność. Poświęcone mu też zostały dwie prace promocyjne napisane pod moim kierunkiem: magisterska Anny Kutryb z Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu [Szulc, Kutryb 1990: 121–131] i doktorska Diany Gulińskiej-Grzeluszki [Gulińska-Grzeluszka 2010: 169–175]. Ta ostatnia prezentowana była Zgromadzeniu Ogólnemu ECArTE we Wrocławiu w roku

2 » Wanda Kozakiewicz była prekursorką metodyki nauczania i prowadzenia biblioterapii w szpitalach w Polsce [Kozakiewicz 1977] i współautorką pierwszego poradnika-podręcznika biblioterapii [Kozakiewicz, Brzózka 1984], czego nie odnotowują późniejsze opracowania.

2007, wśród kilku innych prac doktorskich moich doktorantów na temat szeroko rozumianej arteterapii [Szulc 2010b: 87–89]. Należała do nich również rozprawa doktor Joanny Gładyszewskiej-Cylulko, ściśle związanej z Zakładem Muzykoterapii AMKL [Gładyszewska-Cylulko 2007, 2010: 165–168].

Kulturoterapia. Narodziny koncepcji

Koncepcja kulturoterapii jako działania wielowymiarowego, obejmującego zastosowanie różnych dziedzin sztuki w funkcji narzędzi terapeutycznych oraz takich zachowań zespołu leczniczo-opiekuńczego, które uwzględniają uwarunkowane kulturowo potrzeby pacjentów/podopiecznych, a także wykorzystującego wpływ środowiska instytucji leczniczej, czyli tzw. *milieu*, na przebywające w instytucji osoby w celu poprawy ich zdrowia, samopoczucia i tym samym jakości życia, narodziła się w Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu na początku lat osiemdziesiątych XX wieku. Oparta była na wiedzy z zakresu kulturoznawstwa, pedagogiki, socjologii, nauk o zdrowiu oraz na obserwacji życia szpitalnego i procedur klinicznych, w tym czasie bowiem pracowałam kolejno w kilku jednostkach Akademii Medycznej, z których najważniejszą, z uwagi na stopień zainteresowania muzykoterapią, była Katedra Pielęgniarstwa i Rehabilitacji [Szulc 1982a: 19–34, 1982b: 103–106, 1985b: 15–19, 1988b: 179–182]. Katedrą kierowała profesor doktor habilitowana medycyny Laura Wołowicka, anestezjolog, wielka entuzjastka muzykoterapii i kulturoterapii, czemu dała wyraz, pisząc *Przedmowę* do książki *Sztuka i terapia* mojego autorstwa [Szulc 1993]. Jej tekst zawiera następujące słowa:

Kulturoterapia stosowana w szpitalu poprawia komfort psychiczny pacjenta, a ponadto wzbogaca osobowość członków zespołów terapeutycznych, rozbudowując kontakty interpersonalne, i pomaga pracownikom ochrony zdrowia w rozpoznawaniu i zaspokajaniu

potrzeb kulturowych pacjentów. Różnorodne formy i metody kulturoterapii są przydatne także w okresie rekonwalescencji oraz w opiece nad pacjentem w stanie terminalnym przebywającym w domu [Wołowicka 1993: 3].

Dzięki profesor Laurze Wołowickiej brałam udział w prowadzonych przez zespół lekarzy i magistrów pielęgniarstwa badaniach klinicznych nad stosowaniem muzyki w procedurach anestezjologicznych. W takim to inspirującym środowisku naukowym opracowana została w zarysie koncepcja kulturoterapii, rozumianej dwojako.

W pierwszym znaczeniu kulturoterapia to zespół zajęć o charakterze rekreacyjnym przeznaczonych dla pacjentów, powiązany z kreowaniem specyficznej „kultury” instytucji, w której pacjent jest leczony i wraca do zdrowia. W drugim znaczeniu to nazwa zbiorcza na określenie różnych form terapii przez sztukę (wprowadzona do obiegu piśmienniczego wcześniej niż angielskojęzyczny termin *creative arts therapies*) oraz różne działania z wykorzystaniem „środków kulturowych” i piękna natury [Szulc 1988a: 30–31].

Ze względu na miejsce jej narodzin, jakim była Akademia Medyczna, koncepcja ta miała podłoże medyczne, choć od początku ukierunkowana była bardziej prozdrowotnie niż leczniczo i odwoływała się do idei holizmu oraz teorii salutogenezy Aarona Antonovsky’ego. W owym czasie idea holizmu nie była jeszcze powszechnie uznawana i akceptowana w środowisku medycyny akademickiej, co sprawiło, że pewnego razu spotkałam się nawet z – całkowicie bezpodstawnym – zarzutem sprzyjania metodom nieomal szamańskim ze strony jednego z profesorów medycyny (spoza Poznania), nieuznającego innych metod leczenia poza chirurgicznymi i farmakologicznymi [Szulc 2005: 13].

W tym miejscu trzeba podkreślić, że Zakład Muzykoterapii AMKL od początku swego istnienia miał w swoim gronie lekarzy pasjonatów i humanistów, rozumiejących i ceniących terapeutyczny wpływ sztuki, zwłaszcza muzyki. Byli to docenci doktor medycyny Andrzej Janicki i doktor medycyny Zbigniew Hora oraz – w późniejszym okresie – kierownik Zakładu Muzykoterapii Ogólnej i Stosowanej profesor doktor

habilitowany Sławomir Sidorowicz, psychiatra. Warto też przypomnieć, że psycholog z Uniwersytetu Wrocławskiego, profesor doktor Marian Kulczycki, współpracujący z Zakładem Muzykoterapii AMKL, autor artykułów o psychologicznych podstawach arteterapii [Kulczycki 1990: 7–19], z wykształcenia również był lekarzem.

Zajęcia kulturoterapeutyczne na obozach rehabilitacyjnych – weryfikacja założeń teoretycznych modelu kulturoterapii

Szansę zweryfikowania teoretycznych założeń koncepcji kulturoterapii dało mi zaproszenie otrzymane od docenta doktora Zbigniewa Hory do poprowadzenia zajęć kulturoterapeutycznych dla uczestników organizowanych przez niego w Krynicy Morskiej obozów rehabilitacyjnych przeznaczonych dla pracowników Zakładów Mechanicznych „Zamech” w Elblągu [Hora 1987: 21–36]. Doświadczenia z pierwszych dwóch obozów, w których uczestniczyłam, z lat 1986 i 1987, opisałam w książce-skrypcie pt. *Kulturoterapia* [Szulc 1988a], do którego docent Hora napisał *Przedmowę*. Pozwolę sobie zacytować jej fragmenty:

„Kulturoterapia” autorstwa dr n. hum. Wity Szulc, wydana w formie skryptu dla studentów Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu, znacznie wykracza poza cele dydaktyczne, co w szczególny sposób podnosi rangę i znaczenie tego dzieła. Jest to pierwsze w Polsce syntetyczne ujęcie problematyki związanej z wykorzystaniem różnych dziedzin sztuki w medycynie. [...] Wykorzystanie interdyscyplinarnej wiedzy, jaką jest oddziaływanie różnymi formami sztuki na ustrój człowieka powinno nastąpić w szeroko pojętej humanizacji życia i bytowania chorych i niepełnosprawnych w procesie rewalidacji, profilaktyce społecznej i resocjalizacji – szczególnie w zwalczaniu nałogów (lekozależności, narkomanii, alkoholizmu, nikotynizmu), w pedagogice specjalnej, jako jednej

z metod oddziaływania w procesie wychowawczym, zwłaszcza w niwelowaniu skutków tzw. choroby sieroczej. To olbrzymie zapotrzebowanie społeczne i ranga problemów, których jesteśmy świadkami, zobowiązuje do opracowania koncepcji terapeutycznych jak najszerzego wykorzystania dorobku kulturalnego i różnych form sztuki poprzez praktyczne ich zastosowanie w postępowaniu leczniczym i korekcyjnym w różnych dziedzinach i formach kulturoterapii. [...]

Artoterapia, muzykoterapia i biblioterapia są uznanymi treściami w nazewnictwie polskim i międzynarodowym. Są najtańszym lekiem w rękach odpowiednich specjalistów. Warto więc zadbać o wykorzystanie wszystkich możliwości, jakie kryje w sobie pojęcie upowszechniania kultury dla celów najwyższych – zdrowia społeczeństwa i jego twórczego potencjału; pracy zawodowej i społecznej oraz bytowania w rodzinie. Dyskusja, polemiki, sympozja, kongresy krajowe, zagraniczne dotyczące szeroko rozumianej kulturoterapii i jej poszczególnych dziedzin świadczą o słusznej drodze, jaką z wielkim entuzjazmem i właściwą sobie pasją obrała autorka „Skryptu” w pracy dydaktycznej i naukowej.

Rozdział „Narodziny kulturoterapii” nawiązuje do tradycji starożytnych Greków, ukazując, jak nowatorskie i kompleksowe było traktowanie przez nich procesu leczenia. Można z tego rozdziału wyciągnąć praktyczny wniosek, iż cała nasza działalność w zakresie artoterapii jest tylko nową próbą współczesnych cywilizacji wykorzystania sztuki jako jeszcze jednego czynnika humanizującego techniczne procedury leczenia, czynnika będącego nośnikiem sugestii terapeutycznych i pozytywnych przeżyć emocjonalnych. Polemika, jaką w następnych rozdziałach rozwija autorka „Skryptu” ze zbyt uproszczonym a obserwowanym w praktyce szpitalnej podejściem do problemu potrzeb pacjenta, zwłaszcza w kontekście jego możliwości percepcji sztuki, ukazuje złożoność zagadnienia potrzeb kulturalnych jako całego szeregu uwarunkowań wytworzonych w toku interakcji społecznych. Istotę artoterapii upatruje autorka w oddziaływaniach psychoterapeutycznych oraz w specyfice uczestnictwa ludzi chorych w działalności kulturalno-oświatowej,

ale nie tylko. Zwraca baczną uwagę na sam wygląd i wyposażenie pomieszczeń, w których przebywają chorzy, a więc na rolę przedmiotów i zachowań symbolicznych personelu medycznego. Przykłady, jakie podaje, uzasadniają taki właśnie punkt widzenia i rozumienia hasła „kulturoterapia”.

Bardzo ciekawa metodycznie jest koncepcja funkcji kulturoterapii i jej podział. W rozdziale o roli sztuki w życiu człowieka zawarty jest jej sens – mieszczący się w koncepcji Johna Deveya – traktującej sztukę jako doświadczenie. Bardzo przystępnie omówione zostały funkcje sztuki oraz kategorie ich odbiorców. W rozważaniach na ten temat autorka zwraca uwagę na konieczność różnicowania pacjentów pod kątem ich możliwości percepcyjnych i wrażliwości estetycznej. Rozdziały traktujące o biblioterapii i muzykoterapii przybliżają czytelnika do realiów dnia dzisiejszego, informują go, w miarę dokładnie, na ile pozwala objętość skryptu, o roli książki i muzyki w życiu ludzi chorych oraz o niektórych technikach stosowanych wobec chorych i niepełnosprawnych, których głównym nośnikiem jest słowo mówione, czytane oraz muzyka. Niezwykle istotne jest stwierdzenie o potrzebie odwrócenia uwagi chorych od ich bardzo osobistych problemów zdrowotnych, związanych z bólem, chorobą, lękiem przed kalectwem i śmiercią na kierunki optymistyczne – ku sprawom innych ludzi, ożywienia wiary w sens życia „nawet w warunkach ograniczeń spowodowanych chorobą”.

W rozdziale na temat kulturowych aspektów rehabilitacji ludzi niepełnosprawnych oraz uczestnictwa w kulturze tej grupy osób zasadniczym stwierdzeniem jest fakt, iż specyfika potrzeb ludzi niepełnosprawnych ogranicza się do sfery materialnej, natomiast hierarchia potrzeb tzw. duchowych jest taka sama jak u ludzi zdrowych. Najważniejszą więc sprawą jest przystosowanie środowiska do fizycznych możliwości tej grupy osób. Rozdział ostatni pt. „Rola pielęgniarki w kulturoterapii” daje zwięzłą odpowiedź na pytanie, co może i powinna robić pielęgniarka w dziedzinie kulturoterapii.

Chciałabym zwrócić tutaj uwagę na pewien szczegół językowy. W publikacjach z przełomu lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX wieku, w tym również w powyższym tekście, pojawia się termin „artoterapia”, z łącznikiem „-o-”, według zasad polskiego słowotwórstwa. Do używania nazwy „arteterapia” próbowałam przekonać docenta Horę podczas realizowania po raz pierwszy programu kulturoterapii na obozie w roku 1986. Dowodziłam mianowicie, że wyraz „*arte*” to narzędnik od łacińskiego słowa „*ars*” (po polsku „sztuka”), więc tłumaczone zgodnie z polską gramatyką „*arte*” znaczy „sztuką”, w związku z czym wyraz „arteterapia” oznacza terapię za pomocą sztuki, inaczej – „terapię sztuką”. Termin „arteterapia” używany jest już powszechnie od czasu pierwszej konferencji – pod tytułem „Arteterapia” – w Radziejowicach (w roku 1989).

W historii polskiej arteterapii pierwszym ważnym wydarzeniem o charakterze ogólnokrajowym były trzy konferencje zorganizowane przez Akademię Muzyczną im. Karola Lipińskiego pod patronatem Ministerstwa Kultury i Sztuki i przy współpracy tegoż w latach 1989 i 1990, poświęcone po raz pierwszy w Polsce wyłącznie teorii i praktyce arteterapii. Plonem tych konferencji są trzy „Zeszyty Naukowe” Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego pt. *Arteterapia*, będące już dziś prawdziwymi białymi krukami. W tych „Zeszytach” opublikowane zostały artykuły ważne dla budowania dyscypliny naukowej, jaką jest arteterapia.

Znalazło się wśród nich tłumaczenie obszernych fragmentów artykułu Joan Erikson opublikowanego w czasopiśmie „*American Journal of Art Therapy*” w roku 1979. Był to tekst przemówienia, jakie Erikson wygłosiła na zjeździe arteterapeutów amerykańskich z okazji benefisu 50-lecia jej pracy jako artystki-arteterapeutki. Wyrażona w tym przemówieniu filozofia arteterapii, sprowadzająca się do stwierdzenia, że w dyscyplinie tej czynnikiem leczącym jest samo uprawianie sztuki pod okiem artysty-konsultanta rozmawiającego z pacjentem o warsztacie artystycznym i technice tworzenia, a nie o problemach osobistych pacjenta, najwyraźniej bardzo odpowiadała polskim arteterapeutom, gdyż tekst ten przez kilka lat był najczęściej cytowaną w Polsce publikacją zagraniczną na temat arteterapii [Erikson 1979: 75–80, 1989: 27–34].

Na konferencji w Radziejowicach miałam też okazję przedstawić podobieństwa i zależności między arteterapią a kulturoterapią, zauważając, że związek między nimi jest analogiczny do związku zachodzącego między sztuką a kulturą. Sztuka jest jedną z form kultury symbolicznej, więc i arteterapię można potraktować jako jedną z form kulturoterapii, jako pojęcie semantycznie węższe, podrzędne wobec terminu kulturoterapia. W praktyce terapeutycznej kulturoterapia ma wpływ na oddziaływanie arteterapii [Szulc 1989a: 35–41].

Badania nad implementacją i ewaluacją modelu kulturoterapii metodą *action research*, wówczas jeszcze słabo znaną, prowadziłam w sumie na sześciu kolejnych obozach rehabilitacyjnych w Krynicy Morskiej. Ich przebieg i wyniki, wraz z rozbudowaną teorią i opisem wyszczególnionych dziesięciu dziedzin arteterapii, przedstawiłam w książce pt. *Kulturoterapia. Wykorzystanie sztuki i działalności kulturalno-oświatowej w lecznictwie* [Szulc 1994: 67–134]. W roku 1995 za tę publikację otrzymałam nagrodę indywidualną Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. W tym samym roku książka uznana została za podstawę mojej habilitacji.

Czytając po latach wypowiedzi pacjentów i opisy ich zachowań na obozach rehabilitacyjnych, zauważyłam, że tym, co ich najbardziej interesowało, była wykonywana przez nich praca zawodowa i troska o zatrudnienie. „Zamech” należał do grupy zakładów, które były wówczas w pierwszej kolejności prywatyzowane, co się wiązało z grupowymi zwolnieniami. Pacjenci, owszem, przychodzili na codzienne spotkania kulturoterapeutyczne w świetlicy, ale przede wszystkim po to, aby porozmawiać, między sobą i z kulturoterapeutą, wymienić poglądy na temat aktualnej sytuacji politycznej. Martwili się o przyszłość. Lubili słuchać muzyki, najchętniej „z dawnych lat” i „na życzenie”, według własnego wyboru. Chętnie przygotowywali występy na sobotnie wieczory z tańcami. Radość sprawiały im „portrety (swoich) imion”, jakie otrzymywali na zakończenie turnusu. Dalekie to jednak było od arteterapii ekspresyjnej, polegającej na własnej kreacji artystycznej pacjenta, ujawniającej jego problemy osobiste.

Czym wobec tego była sztuka, zwłaszcza muzyka, wykorzystywana w rekreacyjnych zajęciach kulturoterapeutycznych lub im towarzysząca?

Była „przynętą” zachęcającą do uczestniczenia w spotkaniach, była ich tłem, czasem nagrodą lub niespodzianką [Szulc 2016a, 2016b]. Dla niektórych osób stawała się jednak czymś więcej – opisałam kilka takich interesujących przypadków, zaobserwowanych na obozach rehabilitacyjnych organizowanych przez docenta Horę [Szulc 2020: 280–285].

Jest jeszcze jedno, wcześniejsze wydarzenie związane z moim uczestnictwem w Spotkaniach Współpracowników Zakładu Muzykoterapii, dzięki któremu koncepcja kulturoterapii mogła zaistnieć i ewoluować w kontekście międzynarodowym. Na ostatnim z takich spotkań we Wrocławiu, w roku 1991, profesor doktor Tadeusz Natanson rozdawał ulotki – kartki z maszynopisem przetłumaczonego przez siebie tekstu pt. *Muzykoterapeuci dla pokoju*. Temat ten, z każdym rokiem coraz bardziej aktualny, już wtedy mnie zafrapował. Zainspirowana nim, wspólnie z niemiecką muzykoterapeutką Ilse Wolfram, przeprowadziłam badania porównawcze dotyczące bajki *O czterech muzykantach* z *Bremy* autorstwa braci Grimm jako bajki muzykoterapeutycznej, możliwej do wykorzystania w pracy terapeutycznej w środowisku uchodźców [Szulc, Wolfram 2004: 62–63; Szulc 2007: 261–266]. We wspomnianej ulotce była też informacja o planowanej na rok 1992 konferencji poświęconej roli muzykoterapii w działalności prozdrowotnej i edukacyjnej Unii Europejskiej. Konferencja miała się odbyć na uniwersytecie w Cambridge (Anglia). Pojechałam na tę konferencję, co zapoczątkowało moją wieloletnią współpracę z Europejskim Komitetem Muzykoterapii i, przez kontakty z najwybitniejszymi muzykoterapeutami na świecie, dało mi dostęp do wiedzy jeszcze wtedy w Polsce nieznannej. Mogłam dzięki temu przekazywać swoim studentom podczas zajęć z przedmiotów takich jak kulturoterapia, sztuka w medycynie i wstęp do arteterapii wiedzę aktualną, pochodzącą z najbardziej wiarygodnych źródeł, zwłaszcza dotyczącą muzykoterapii, jej podstaw teoretycznych i drogi do oficjalnego uznania zawodu muzykoterapeuty [Szulc 2001: 79–115, 2005: 15–24, 2018: 72–89; Cylulko 2014: 159–173]. Koncepcja kulturoterapii prezentowana była na zagranicznych uniwersytetach i komentowana przez tamtejszych specjalistów [Waller 1998: 52–53; Kossolapow, Scoble, Waller (eds) 2003: XLIII–XLIV].

Wszystkie omówione w niniejszym artykule zagadnienia złożyły się na moją „osobistą historię” arteterapeuty [Szulc 2021], w której naukowe kontakty z Zakładem Muzykoterapii AMKL odegrały znaczącą rolę.

Bibliografia

- Cylulko Paweł, 2006a, *Muzykoterapia Wrocławska*, [w:] J. Harasimowicz (red.), *Encyklopedia Wrocławia*, wyd. 3, Wrocław: Wydawnictwo Dolnośląskie, s. 572–573.
- Cylulko Paweł, 2006b, *Stowarzyszenie Muzykoterapeutów Polskich*, [w:] J. Harasimowicz (red.), *Encyklopedia Wrocławia*, wyd. 3, Wrocław: Wydawnictwo Dolnośląskie, s. 841.
- Cylulko Paweł, 2014, *Contribution of the Polish Association of Music Therapists to the Works on the Bill on the Profession of a Music Therapist*, [w:] M. Furmanowska (ed.), *Art in Education and Therapy*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza „Atut” – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, s. 159–173.
- Cylulko Paweł, 2015, *Muzykoterapia Wrocławska*, [w:] W. Kucharski, K. Bock-Matuszyk, G. Strauchold (red.), *Nauka w powojennym Wrocławiu 1945–2015. W 70. rocznicę powstania polskiego środowiska naukowego we Wrocławiu*, Wrocław: Ośrodek „Pamięć i Przyszłość”, s. 461–471.
- ECaRTE. *European Consortium for Arts Therapies Education*, 2022, [online:] <https://www.ecarte.info/> [25.01.2022].
- Erikson Joan M., 1979, *The Arts and Healing*, „American Journal of Art Therapy”, No. 18, s. 75–80.
- Erikson Joan M., 1989, *Arteterapia, czyli uprawianie sztuki na użytek zdrowia*, tłum. W. Szulc, [w:] *Arteterapia. Sesja naukowa w Radziejowicach k. Warszawy w dniach 16–18 marca*, „Zeszyt Naukowy”, nr 48, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 27–34.
- Furmanowska Mirosława (red.), 2014, *Art in Education and Art Therapy. Sztuka w wychowaniu i terapii*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza „Atut” – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe.
- Galińska Elżbieta, 1989, *Muzykoterapia jako jedna z form terapii przez sztukę. Przyczynek do dyskusji na temat idei utworzenia Międzyuczelnianego Instytutu Arteterapii*, [w:] L. Hanek, M. Passella (red.), *Arteterapia. Sesja naukowa*

- w Radziejowicach k. Warszawy w dniach 16–18 marca, „Zeszyt Naukowy”, nr 48, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 73–84.
- Gładyszewska-Cylulko Joanna, 2007, *Wspomaganie rozwoju dzieci nieśmiałych poprzez wizualizację i inne techniki arteterapii*, Kraków: Impuls.
- Gładyszewska-Cylulko Joanna, 2010, *Mechanizm działania wizualizacji zintegrowanej z wybranymi technikami arteterapii u dzieci nieśmiałych*, [w:] W. Szulc, M. Furmanowska, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Arteterapia jako dyscyplina akademicka w krajach europejskich. Uniwersytet Wrocławski w ECARTE*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza „Atut” – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, s. 165–168.
- Gulińska-Grzeluszka Diana, 2010, *Wykorzystanie modelu Mobilnej Rekreacji Muzycznej do niwelowania przejawów zachowań agresywnych dzieci w wieku 10–12 lat*, [w:] W. Szulc, M. Furmanowska, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Arteterapia jako dyscyplina akademicka w krajach europejskich. Uniwersytet Wrocławski w ECARTE*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza „Atut” – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, s. 169–175.
- Hora Zbigniew, 1987, *Obozy rehabilitacyjne jako forma regeneracji biologicznej i aktywności psychofizycznej pracowników „Zamech-u”. Teksty referatów z sympozjum naukowego 18–19.09.1987 r. w Elblągu*, Elbląg: Wydawnictwo Zakłady Mechaniczne „Zamech”.
- Hora Zbigniew, 1988, *Przedmowa*, [w:] W. Szulc, *Kulturoterapia. Skrypt dla Wydziału Pielęgniarskiego*, Poznań: Wydawnictwo Akademii Medycznej w Poznaniu, s. 10–11.
- Katedra Kompozycji Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu w perspektywie historycznej i współcześnie*, 2021, [w:] Strona internetowa Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, [online:] <https://amuz.wroc.pl/opis-dzialalnosci-6346> [19.12.2021].
- Katedra Muzykoterapii*, 2021, [w:] Strona internetowa Akademii Muzycznej im. Karola Szymanowskiego w Katowicach, [online:] https://am.katowice.pl/?a=322122_katedra-muzykoterapii [31.08.2021].
- Kossolapow Line, Scoble Sarah, Waller Diane (eds), *Arts – Therapies – Communication. On the Way to a Regional European Arts Therapy*, Vol. 2, Münster–Hamburg–London: Lit Verlag.
- Kozakiewicz Wanda, 1977, *Biblioterapia w teorii i praktyce*, „Przegląd Biblioteczny”, t. 45, nr 1, s. 41–48.
- Kozakiewicz Wanda, Brzózka Barbara, 1984, *Biblioteki szpitalne dla pacjentów. Poradnik*, Warszawa: Wydawnictwo Stowarzyszenia Bibliotekarzy Polskich.
- Kulczycki Marian, 1990, *Arteterapia i psychologia kliniczna*, [w:] L. Hanek, M. Passella (red.), *Arteterapia III*, „Zeszyt Naukowy”, nr 57, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 7–19.

- Standley Cynthia, 2012, *Art in Medicine: Structured Observation of Artworks with Application to Patient Care*, [online:] <https://phoenixmed.arizona.edu/sites/default/files/depts/bioethics/iamse-art-medicine.pdf> [31.08. 2021].
- Szmidt-Sabat Ewa, 2010, *Moja droga do muzykoterapii*, [w:] W. Szulc, M. Furmanowska, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Arteterapia jako dyscyplina akademicka w krajach europejskich. Uniwersytet Wrocławski w ECARTE*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza „Atut” – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, s. 93–94.
- Szulc Wita, 1982a, *Kulturoterapia*, „Pielęgniarka i Położna”, nr 12, s. 19–34.
- Szulc Wita, 1982b, *Kulturoterapia. Propozycja wprowadzenia nowego przedmiotu nauczania na Wydziale Pielęgniarskim Akademii Medycznej*, „Medycyna – Dydaktyka – Wychowanie”, t. 14, nr 1–4, Warszawa: Akademia Medyczna, s. 103–106.
- Szulc Wita, 1985a, *Model potrzeb muzycznych człowieka epoki realizmu socjalistycznego*, „Zeszyt Naukowy”, nr 38, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 14–19.
- Szulc Wita, 1985b, *Wprowadzenie kulturoterapii do programu nauczania na Wydziale Pielęgniarskim Akademii Medycznej w Poznaniu*, [w:] L. Wołowicka (red.), *Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa klinicznego*, cz. 4, Poznań: Wydawnictwo Akademii Medycznej, s. 15–19.
- Szulc Wita, 1988a, *Kulturoterapia. Skrypt dla studentów Wydziału Pielęgniarskiego*, Poznań: Wydawnictwo Akademii Medycznej.
- Szulc Wita, 1988b, *Muzykoterapia w programie kształcenia magistrów pielęgniarstwa*, [w:] Z. Hora, M. Passella (red.), *XIII Ogólnopolskie Spotkanie Współpracowników Instytutu Muzykoterapii Akademii Muzycznej we Wrocławiu. II Krajowa Konferencja Muzykoterapii Filii Uniwersytetu Śląskiego w Cieszynie*, „Zeszyt Naukowy”, nr 45, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 179–182.
- Szulc Wita, 1989a, *Arteterapia czy kulturoterapia?*, [w:] L. Hanek, M. Passella (red.), *Arteterapia. Sesja naukowa w Radziejowicach k. Warszawy w dniach 16–18 marca*, „Zeszyt Naukowy”, nr 48, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 35–41.
- Szulc Wita, 1989b, *Rola malarstwa w kształceniu wrażliwości zawodowej pielęgniarek*, „Pielęgniarka i Położna”, nr 7, s. 11–13.
- Szulc Wita, 1993, *Sztuka i terapia*, Warszawa: Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego.
- Szulc Wita, 1994, *Kulturoterapia. Wykorzystanie sztuki i działalności kulturalno-oświatowej w lecznictwie*, Poznań: Wydawnictwo Akademii Medycznej.
- Szulc Wita, 1998, *Leczenie muzyką, czyli muzykoterapia*, „Aesculapius”, nr 54, Kalisz: Wielkopolska Izba Lekarska, s. 6–9.

- Szulc Wita, 2001, *Sztuka w służbie medycyny od antyku do postmodernizmu*, Poznań: Wydawnictwo Akademii Medycznej.
- Szulc Wita, 2005, *Muzykoterapia jako przedmiot badań i edukacji*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Szulc Wita, 2007, *Dramaty współczesnego człowieka: wypędzenia, prześladowania, samotność w pryzmacie bajki o „Czterech muzykantach z Bremy”*, [w:] J. Chaciński (red.), *Pokój jako przedmiot międzykulturowej edukacji artystycznej*, Słupsk: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pomorskiej, s. 261–266.
- Szulc Wita, 2010a, *Program studiów dla specjalizacji muzykoterapia na kierunku edukacja artystyczna w zakresie sztuki muzycznej w Akademii Muzycznej im. K. Szymanowskiego w Katowicach*, [w:] W. Szulc, M. Furmanowska, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Arteterapia jako dyscyplina akademicka w krajach europejskich. Uniwersytet Wrocławski w ECARTE*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza „Atut” – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, s. 89–92.
- Szulc Wita, 2010b, *Specjalizacja w zakresie arteterapii w programie studiów doktorskich z pedagogiki na Uniwersytecie Wrocławskim*, [w:] W. Szulc, M. Furmanowska, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Arteterapia jako dyscyplina akademicka w krajach europejskich. Uniwersytet Wrocławski w ECARTE*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza „Atut” – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, s. 87–89.
- Szulc Wita, 2011, *Arteterapia: narodziny idei, ewolucja teorii, rozwój praktyki*, Warszawa: Difin.
- Szulc Wita, 2015, *Teoretyczne aspekty arteterapii / Theoretical aspects of art therapy*, [w:] I. Bugajska-Bigos, A. Steliga (red.), *Współczesna arteterapia. Aspekty teoretyczno-praktyczne / Contemporary art therapy. Theoretical and practical aspects*, Nowy Sącz: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu, s. 13–29.
- Szulc Wita, 2016a, *Music as a Decoy within Culture Therapy Concept. Abstracts of the 10th European Music Therapy Conference*, „Nordic Journal of Music Therapy”, Vol. 25, No. sup. 1, s. 1–156.
- Szulc Wita, 2016b, *Przyciągająca siła sztuki. Sztuka jako przynęta w koncepcji kulturoterapii*, [w:] T. Cwalina, B. Stano (red.), *Laboratorium marzeń. Praktyczny wymiar arteterapii. VII Międzynarodowa Konferencja Szkoleniowo-Naukowa z cyklu „Psychiatria i sztuka”*, Kraków: Wydział Sztuki Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej. Stowarzyszenie „Psychiatria i Sztuka” im. dr. Andrzeja Kowala, s. 31–35.
- Szulc Wita, 2018, *Wiedza o arteterapii dla pedagogów i promotorów zdrowia*, Legnica: Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona.
- Szulc Wita, 2020, *Terapia indywidualna w toku zajęć kulturoterapeutycznych. Studium przypadku 9*, [w:] B. Łoza, A. Chmielnicka-Plaskota (red.), *Arteterapia indywidualna*, cz. 4, s. 280–283.

- Szulc Wita, 2021, *Arteterapia i życie. Historia osobista*, Legnica: Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona.
- Szulc Wita, Kutryb Anna, 1990, *Próba zastosowania mobilnego modelu muzykoterapii w rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*, [w:] L. Hanek, M. Passella (red.), *Arteterapia II. Teoretyczne podstawy arteterapii*, „Zeszyt Naukowy”, nr 52, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 121–131.
- Szulc Wita, Wolfram Ilse, 2004, *The Artistic Creativity of Stressed and Traumatized People. A Music Therapeutic Interpretation of the Tale „The Bremen Town Musicians” in a Joint Polish-German Perspective*, [w:] *Many Faces of Music Therapy. 6th European Music Therapy Congress June 16–20, 2004*, Jyväskylä, Finland: University of Jyväskylä, s. 62–63.
- Szulc Wita, Furmanowska Mirosława, Gładyszewska-Cylulko Joanna (red.), 2010, *Arteterapia jako dyscyplina akademicka w krajach europejskich. Uniwersytet Wrocławski w ECARTE*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza „Atut” – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe.
- Trzynadłowski Jan, 1990, *Biblioterapia – złudzenia i nadzieje*, [w:] L. Hanek, M. Passella (red.), *Arteterapia II. Teoretyczne podstawy arteterapii*, „Zeszyt Naukowy”, nr 52, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 45–55.
- Waller Diane, 1998, *Towards a European Art Therapy. Creating a Profession*, Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Wheeler Barbara, Shultis Carol, Polen Donna, 2005, *Clinical Training Guide for the Student Music Therapist*, Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Wołowicka Laura, 1993, *Przedmowa*, [w:] W. Szulc, *Sztuka i terapia*, Warszawa: Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego.

Streszczenie

Autorka, składając gratulacje z okazji 50 lat istnienia i działalności Zakładu Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu (AMKL), przypomina okoliczności współpracy z kolegami z tego Zakładu i potwierdzając tę działalność publikacje. Przedstawia w zarysie swoją koncepcję kulturoterapii i fazy jej realizacji, zapoczątkowanej na obozach rehabilitacyjnych organizowanych przez docenta Zbigniewa Horę z Zakładu Muzykoterapii AMKL.

Słowa kluczowe: historia, kulturoterapia, medycyna, Zakład Muzykoterapii AMKL

WITA SZULC – jedna z grona prekursorów arteterapii w Polsce (1941–2021). Z wykształcenia filolog klasyczny (magister), kulturoznawca (doktor nauk humanistycznych), bibliotekarz dyplomowany, pedagog (doktor habilitowany). Związana zawodowo z Akademią Medyczną w Poznaniu (1970–2003), a następnie z Uniwersytetem im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Uniwersytetem Wrocławskim, Państwową Wyższą Szkołą Zawodową im. Witelona w Legnicy i z Uniwersytetem Zielonogórskim (od 2020 roku). Autorka 12 monografii, podręczników oraz ponad 200 artykułów poświęconych arteterapii. Współzałożycielka i pierwsza prezes (później prezes honorowa) Stowarzyszenia Arteterapeutów Polskich „Kajros”. Przewodnicząca Rady Naukowej „Przeglądu Biblioterapeutycznego”. *Contact person* w redakcji „Nordic Journal of Music Therapy”.

MUZTERAPIO. WSPOMNIENIA MUZYKOTERAPEUTY

Maciej Kierył

Terapio Muzyczna! Nikt Cię nie fetuje.
W szpitalach Cię nie chcą,
decybel Cię psuje.
Nie pragnie Cię robotnik, inteligent, kmić,
choć każdy „spoko music”
w domu chciałby mieć.

* * *

Gdy „Eskulap” z Woyem dla chorych śpiewali,
czas był niewesoły, nie wszyscy się śmiali,
wokół wrzała młodych kabaretów sieć,
liczył się entuzjazm, a nie grosza miedź.

* * *

Potem był Żegiestów, lekarze z Krakowa.
Był kurs na klasykę i zbyt wielkie słowa.
I wystrzelił Wrocław – Studium i Wydziały.
Talenty Pionierów zaowocowały.
Cieszyn orbitował – to była odnowa!
Zalśniły prorocze myśli Profesora:

„Pedagogika jest nie do zdarcia,
to w niej szukajmy terapii wsparcia!”
W stolicy oddzielnie Soma i Nerwica,
Portret i Mobilna autorów zachwyca.

* * *

Gdy odeszli Wielcy Wizjonerzy w dal,
pozostała pustka i najszczerszy żal.
I z niego stworzono kolejne nagranie,
które słycać nadal i długo zostanie.
Wrocław to tradycja, co ciągle się zmienia,
w akcji są już chyba trzecie pokolenia.
Ale też jak latające spodki,
widać i słycać nowe ośrodki:
Lublin, Katowice, Kraków –
razem wspierają trud wrocławwiaków.
Znani nie tylko w bliskim powiecie,
mamy już swoje miejsce na świecie.
W szpitalach nadal cienko – z czego to wynika?
Przeszkadza ekonomia i droga technika!
Powstały nowe nauki ramy.
Wszystko się zmienia.
My nadal trwamy!

* * *

A może powrócić w prehistorii wnyka?
I do Epidauros i do Czarownika.
I może po prostu, gdy myśl się utrudzi,
rozwiącać debaty czytelne dla „ludzi”?
Między rozprawami wykorzystać przerwy
i wymyślić Patent na Sen i na Nerwy.
Na Zjazdach, gdzie słowo muzykę „wygryzło”,
praktyka niech będzie Terapii Ojczyzną!

CZĘŚĆ 2

Wspomnienia



WSPOMNIENIE O ŚP. DR. N. MED. WIESŁAWIE PRASTOWSKIM (1936–2021)

Sławomir Sidorowicz

Byłem chory, a przyszliście do mnie.

Mt 25,36

W dniu 8 kwietnia 2021 roku zmarł doktor Wiesław Prastowski (1936–2021), wykładowca i wieloletni bliski współpracownik Zakładu Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Pożegnaliśmy doświadczonego nauczyciela akademickiego, naukowca, a przede wszystkim klinicystę i lekarza z powołania, pasjonata medycyny, który umiejętnie wykorzystywał jej zasoby w terapii, niosąc chorym ulgę w cierpieniu i pomoc. Kierując oddziałem internistycznym w dużym szpitalu, umożliwił prowadzenie systematycznie odbywających się szkoleń dla studentów muzykoterapii, organizując je tak, by były ciekawe i pożyteczne nie tylko dla przyszłych muzykoterapeutów, lecz także dla pacjentów z różnymi chorobami somatycznymi. Obserwacje i relacje studentów oraz lekarzy i pielęgniarek oddziału potwierdzały, że muzykoterapia może odgrywać znaczącą rolę w medycynie somatycznej jako czynnik wzbogacający podejście do pacjenta, stawiając jego odczucia i emocje w centrum zainteresowania terapeuty. Oddziaływanie muzyką, a nawet zupełnie amatorskie muzykowanie pod kontrolą wyszkolonych muzykoterapeutów i z udziałem studentów przełamywało rutynę

oddziału i korzystnie wpływało na samopoczucie pacjentów i proces ich zdrowienia.

Doktor Wiesław Prastowski w 1961 roku otrzymał dyplom lekarza na Akademii Medycznej we Wrocławiu. Jako pracownik naukowo-dydaktyczny Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej uzyskał specjalizację z chorób wewnętrznych, a w 1970 roku stopień doktora nauk medycznych. Równocześnie pracował naukowo w Zakładzie Immunofarmakologii Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej im. Ludwika Hirszfelda Polskiej Akademii Nauk we Wrocławiu. W latach 1980–1982 kierował oddziałem internistycznym szpitala w Misracie (Libia). Od 1992 do 1996 roku piastował stanowisko specjalisty wojewódzkiego z zakresu chorób wewnętrznych dla województwa wrocławskiego. W latach 1987–2003 był ordynatorem Oddziału Wewnętrznego i Angiologicznego w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Józefa Babińskiego we Wrocławiu.

Jako pracownik Zakładu Muzykoterapii był utalentowanym wykładowcą podstaw medycyny, który w sposób interesujący i zrozumiały potrafił studentom pierwszego roku przybliżyć trudne zagadnienia nowoczesnej wiedzy medycznej, wykorzystując swoje bogate i wieloletnie doświadczenie lekarza praktyka, dydaktyka oraz pracownika naukowego.

Był aktywnym członkiem wielu towarzystw, w których pełnił ważne funkcje, w tym Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Polskiego Towarzystwa Internistycznego, Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej, Polskiego Towarzystwa Angiologicznego, Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej. W recenzowanych czasopismach naukowych opublikował kilkadziesiąt tekstów z zakresu farmakologii doświadczalnej i chorób wewnętrznych. Odznaczony m.in. Złotą Odznaką „Za wzorową pracę w służbie zdrowia”, Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżem Semper Fidelis za leczenie weteranów wojennych, Kombatanckim Krzyżem Zasługi, Złotą Odznaką Towarzystwa Miłośników Wrocławia oraz Złotą Odznaką Honorową „Zasłużony dla Województwa Dolnośląskiego”.

Doktor Wiesław Prastowski był także poetą i melomanem. W uznaniu zasług dla rozwoju neuropsychologii przez poezję otrzymał medal

Virtuti Medicinali. Należał do Związku Literatów Polskich oraz do Polskiej Unii Lekarzy. Jako wrażliwy twórca o rozległych zainteresowaniach w swoich wierszach odwoływał się do lekarskiego doświadczenia, snuł refleksje filozoficzne nad sensem egzystencji i cierpieniem, nad chorobą i przemijaniem. Wydał kilkanaście tomików poetyckich, m.in. *Człowiek potrzebuje człowieka*, *Dotyk muzy*, *Smakowanie czasu*, *Ars longa, vita brevis* oraz *Zmysły śpiewały*. Łączył poetycką aktywność z muzyką i medycyną. We wspomnieniu pośmiertnym Andrzej Kierzek [2021: 58] przytacza następującą wypowiedź Doktora: „Potrzebna jest sztuka, a w niej muzyka i poezja, które mogą nas wydobyć z depresji lub poruszyć do łez, potrzebne jest każdemu dobre i wartościowe życie, a przede wszystkim bycie w zgodzie z samym sobą”. Spoglądając na drogę zawodową Doktora, można zauważyć, że znalezienie się w gronie wykładowców Zakładu Muzykoterapii Akademii Muzycznej we Wrocławiu na pewnym etapie jego życia nie było ani przypadkiem, ani kaprysem losu. Wręcz przeciwnie – przyniosło spełnienie, otwierając pole do realizacji wcześniej nieujawnianych, potencjalnych możliwości działania na niwie dydaktyki, kształcenia i terapii. Zaistniały bowiem okoliczności, w których mógł łączyć medycynę, muzykę i poezję, oddziałując w ten sposób na pacjentów i personel medyczny, rozwijając ich świat doświadczeń. Ważną rolę w tym procesie odegrali studenci muzykoterapii Akademii Muzycznej, którzy uświetniali swoimi występami spotkania muzyczno-poetyckie w Klubie Lekarza czy w Klubie Muzyki i Literatury, podczas których Doktor recytował własne wiersze.

Poniżej zamieszczono wybrane wiersze śp. doktora Wiesława Prastowskiego – opublikowane w 1994 i 1995 roku w piśmie Solidarności Akademii Medycznej we Wrocławiu „Naszym Zdaniem” – dobrze ukazujące oryginalność i klimat jego poezji [Prastowski 1994: 16, 1995: 12].

KLEPSYDRA

W środku bezsennych nocy
 Najlepiej słycać szmer
 Przesypywania się ziarenek czasu
 W wielkiej klepsydrze życia

Ze świata przeżywanych emocji
Postrzeganego zmysłami
Do nieznanego świata
Być może niebytu i nicości
Każdego dnia niezauważalnie
Jednak umieramy
Wąską ścieżką trwania
Teraźniejszość przechodzi
W mglistą przeszłość
Przebudzeni czepiamy się
W popłochu nitki bytu
Powtarzając do znudzenia
Codzienność
Nie znając swojego przeznaczenia
Ani kształtu i wzoru
Tkanego dywanu życia.

* * *

Uczę się samotności
Przerywania ciągu świadomości
Uczę się zatrzymywania czasu
Składania myśli w całość
Uczę się pokory wobec życia
Uciekam w ogrody dzieciństwa
Od hałasu cywilizacji
Uczę się słuchania muzyki ciszy
Odczuwania radości
Wyzybam się pychy wszytkowiedzącego
Uczę się skromności
Dawania więcej niż brania
Uczę się niepotrzebnej miłości
Wymagam odrobiny szacunku
Pragnę być blisko prawdy
Dotykać piękna i dobra.

Bibliografia

Kierzek Andrzej, 2021, *Śp. dr n. med. Wiesław Prastowski*, „Medium”, nr 5 (369), s. 58.

Prastowski Wiesław, 1994, *Klepsydra*, „Naszym Zdaniem”, nr 3/4 (58/59), s. 16.

Prastowski Wiesław, 1995, *Uczę się samotności*, „Naszym Zdaniem”, nr 1 (63), s. 12.

WSPOMNIENIE PO ŚMIERCI ŚP. PROF. DR HAB. WITY SZULC (1941–2021)

Jan Amir Fazlagić » Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

Dnia 11 października 2021 roku zmarła moja mama, Profesor Wita Szulc (ur. 3 lipca 1941). Odeszła nagle, prawdopodobnie z powodu niewydolności serca. Dzień przed śmiercią, w niedzielę, zaczęła pisać recenzję artykułu dla jednego z polskich wydawnictw, myślała o swoich kolejnych publikacjach, w poniedziałek rano miała swój ostatni, bardzo udany wykład online ze studentami Collegium Ignatianum. Przez wiele lat pracowała jako nauczyciel akademicki w Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, potem na Wydziale Edukacji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, a następnie, jako profesor, na Uniwersytecie Wrocławskim. W ostatnich latach swojej aktywności zawodowej była związana także z Gnieźnieńską Wyższą Szkołą Humanistyczno-Managementorską „Milenium” w Gnieźnie, Państwową Wyższą Szkołą Zawodową im. Witelona w Legnicy oraz z Uniwersytetem Zielonogórskim.

Stała się prekursorem arteterapii w Polsce. Jej zainteresowania badawcze dotyczące tej tematyki sięgają czasów tak odległych (lat siedemdziesiątych XX wieku), że nie byłoby nadużyciem stwierdzenie, iż we współczesnych naukach społecznych w skali światowej należała do prekursorów badań nad zastosowaniem i wykorzystaniem kultury w terapii. Zresztą w tym przekonaniu utwierdziły mnie spotkania, jakie tuż po śmierci mojej mamy odbyłem z jej przyjaciółmi z zagranicy – praktykami i teoretykami arte- i muzykoterapii z wielu krajów.

Profesor Wita Szulc zawsze miała świadomość tego, co można nazwać terapeutyczną rolą sztuki, jednocześnie zdradzając wobec zagadnienia pewien dystans. Wcale nie twierdziła, że słuchając Mozarta przez dwie godziny dziennie, można wyleczyć człowieka z raka – chociaż niektórzy adwersarze chętnie zarzuciliby jej (w sposób krzywdzący i nieuprawomocniony) tak uproszczony obraz roli sztuki w życiu i terapii człowieka. Jak to często bywa w wypadku innowatorów i pionierów nowoczesnego myślenia, w każdej niemal dziedzinie nauki, napotykała wiele przeszkód ze strony nielicznych, ale często wpływowych przedstawicieli polskiego środowiska naukowego. Nie ulega jednak wątpliwości, że zdobyła spore grono zwolenników i naśladowców w Polsce i za granicą. Często w biografjach osób wybitnych i kreatywnych przewijają się żal i smutek wynikające z braku zrozumienia czy też lekceważenia dorobku danego człowieka przez szeroko rozumianą „publiczność”. Jako członek najbliższej rodziny, a jednocześnie osoba zajmująca się naukowo relacjami między osobami kreatywnymi a środowiskiem/otoczeniem mogłem z perspektywy osobistej przez wiele lat obserwować olbrzymi ciężar emocjonalny, jaki dźwigała moja mama, odnosząc oprócz niewątpliwych sukcesów także porażki spowodowane brakiem akceptacji jej dorobku lub tym, że był on uznawany za wybitny jedynie w niektórych środowiskach. Niemniej dwa tygodnie od czasu jej śmierci dostarczyły mi, a przede wszystkim mojej mamie (jeśli wierzymy w byt po śmierci), niezbitych dowodów na to, jak ważny był jej imponujący dorobek dla tej licznej grupy osób, które ją ceniły – i jak nieliczne było grono tych, dla których znaczył niewiele.

W niniejszym tekście nie zamierzam koncentrować się na referowaniu bogactwa publikacji, w tym kilkunastu książek, które napisała Profesor Wita Szulc. Zawsze była zwolennikiem upowszechniania nowych idei za pośrednictwem książek. Miała pewien dystans do tworzenia artykułów naukowych, nie wspominając już o promocji własnego dorobku przy użyciu nowoczesnych mediów, takich jak strona internetowa, blog czy media społecznościowe. Dopiero bardzo niedawno zaczęła dojrzywać do pomysłu, do którego chciałem ją przekonać od jakiegoś czasu – aby uruchomić własną stronę internetową. Niestety za jej życia zabrakło już

na to czasu. Na kilka tygodni przed nagłą śmiercią została opublikowana jej ostatnia książka pod tytułem *Arteterapia i życie. Historia osobista* (zob. ilustracja 1), przedstawiająca kwintesencję związku, jaki łączył jej wewnętrzne przekonania i osobowość z aktywnością naukową, a tak naprawdę aktywnością prospołeczną wyrażaną przez naukę i sztukę.

Każdy, kto naukowo interesuje się arteterapią i kulturoterapią, z pewnością zna ten dorobek, przynajmniej częściowo, a jeśli jeszcze go nie poznał, z pewnością może do niego dotrzeć przez Internet i sieć bibliotek. Dlatego w tym tekście koncentruję się na tym, co było dla mojej mamy najważniejsze, to znaczy na roli człowieka w społeczeństwie jako jednostki twórczej, wspierającej innych i zawsze pomocnej dla bliźniego. Nie chodziło jej jednak o sentymentalne gesty na pokaz, lecz o prawdziwe, głębokie wspomaganie w rozwoju i służenie drugiemu swoją siłą inspiracji i wiary w człowieka. Dla mojej mamy sztuka była „przynętą” (ang. *lure*), która dzięki swej sile i energii miała służyć „zwabieniu” człowieka oraz pomóc mu w budowaniu dialogu, zrozumienia i pokoju między ludźmi. Wiem, że było to jej motto życiowe. Przekonywała o tym wszystkich, którzy weszli ze sztuką w głębsze relacje.

Tym, co wyjątkowe w dorobku Profesor Wity Szulc, jest fakt, że oprócz głębokiego, pozytywnego ładunku emocjonalnego charakteryzującego wszystkie przejawy jej aktywności naukowej, w jej pracach z łatwością można odnaleźć dowody na wysoki poziom warsztatu naukowego i dydaktycznego. Jej książki mają doskonałe umocowanie w źródłach, są pisane przejrzystym językiem, rozumiałym zarówno dla licencjata, jak i dla



Ilustracja 1. Okładka książki *Arteterapia i życie. Historia osobista* według projektu Zbigniewa Gola. Reprodukacja za: Szulc [2021: okładka]

doktora habilitowanego. Dowodzi to także dużej kreatywności autorki, ponieważ z badań profilu osobowości ludzi twórczych wynika, że cechuje ich wysoki poziom empatii przejawiający się głęboką potrzebą dzielenia się ze światem swoimi myślami w sposób zrozumiały dla szerszej publiczności.

Książki Profesor Wity Szulc zawierają bardzo precyzyjne wyjaśnienia. Uważny czytelnik po zapoznaniu się choćby z niektórymi jej pracami powinien doznać uczucia satysfakcji płynącego z uporządkowania i systematyzacji wielu pojęć. Czytając te publikacje, można się dowiedzieć m.in. czym jest sztuka, dlaczego należy mówić o arte, a nie artoterapii, jakie są definicje arteterapii, jaka jest jej naukowa tożsamość oraz modele i ścieżki badań. Osobista skromność autorki i jej szacunek dla drugiego człowieka znalazły odzwierciedlenie w sposobie komunikacji z czytelnikiem, który jest traktowany jako przyjaciel i dobry druh we wspólnej podróży ku wiedzy.

Być może zabrzmiało to górnolotnie, ale swoją działalnością naukowo-badawczą Profesor Wita Szulc objęła tak rozległy zakres zagadnień, że młodszymi adeptami nauki trudno będzie odnaleźć jakieś całkowicie nowe obszary zainteresowań, które zostałyby przez nią pominięte lub niedocenione. Z pewnością nie zbadała każdego niuanse, każdego szczegółu, nie odpowiedziała na każde drobiazgowo pytanie ani nie rozwiązała każdej łamigłówki związanej z arteterapią, jednak jej łączny dorobek jest tak obszerny i wyczerpujący, że młodsze pokolenia badaczy mogą czuć pewną frustrację spowodowaną właśnie brakiem możliwości odkrycia nowych obszarów badawczych. W istocie mama bardzo ubolewała nad tym, że jej praca nie była powszechnie znana i aprobowana, choć wielu młodszych badaczy jeszcze za jej życia skutecznie promowało swoje dzieła, nie wskazując na ich źródła, którymi najczęściej były jej wczesne prace. Nie ukrywam, że pisząc ten tekst, chciałbym także przemyśleć w imieniu mojej mamy przesłanie do młodszych pokoleń badaczy, aby pragnąc zaistnieć w nauce, nie wymazywali z niej dorobku tych, którzy działali przed nimi i którzy często są „trudni do poprawienia”. Mama była wybitna zarówno w kategoriach „mierzalnych”, jak i w sferze niemierzalnej. Kilka dni temu natrafiłem na spis jej publikacji z 1986 roku oraz kserokopie tekstów z lat osiemdziesiątych XX wieku. Już wtedy

tworzyły one pokaźny dorobek, którego nie powstydziliby się dzisiaj żaden doktor habilitowany. Od tego czasu minęło 35 lat intensywnej pracy publikacyjnej i dydaktycznej, a lista dokonań naukowych wzbogaciła się o kilkaset następných publikacji i wystąpień konferencyjnych. To niezwykle, jak wiele może zrobić pojedynczy człowiek obdarzony kreatywnością, pasją i poświęceniem dla holistycznego rozwoju innych ludzi.

Żyjemy w czasach, gdy pojęcie dorobku naukowego zostało sprowadzone do liczby punktów uzyskiwanych za publikacje naukowe. Koncentrujemy się także m.in. na liczbie cytowań. Z oczywistych względów trudno mierzyć wpływ emocjonalny naukowca na otaczający świat – a w tym obszarze dorobek niektórych byłby naprawdę imponujący. Szkoda, że na potrzeby awansu naukowego nie podlicza się także osób, których naukowiec zainspirował miłością do nauki i rozwoju.

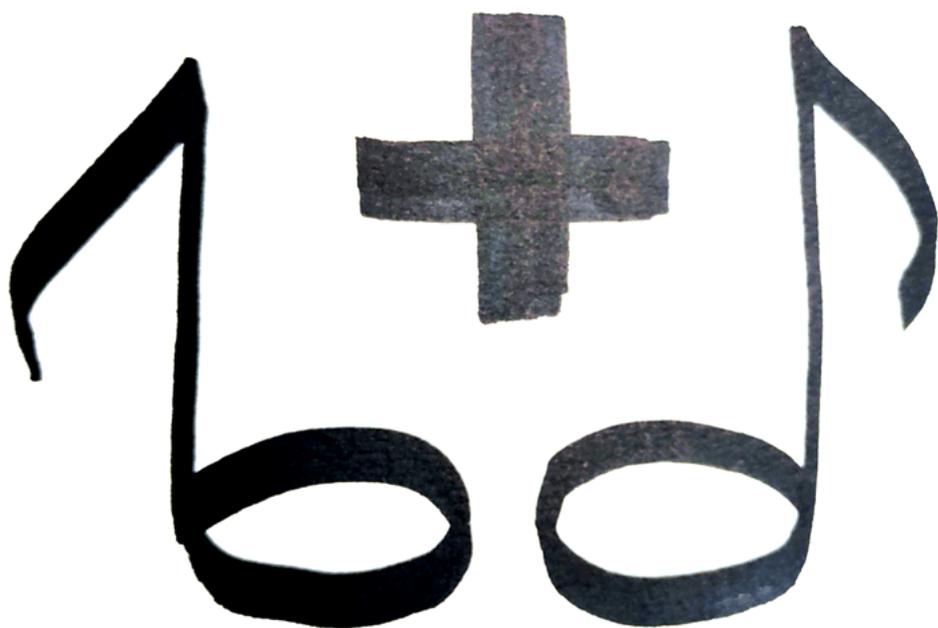
Jako jedyny syn (ur. 1971), a jednocześnie naukowiec (od 2019 profesor zwyczajny w dziedzinie nauk o zarządzaniu i jakości na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu) chciałbym wspomnieć, że w planach jest utworzenie strony internetowej poświęconej dorobkowi Profesor Wity Szulc. Zapraszam wszystkich do przesyłania materiałów w postaci zdjęć, wspomnień, tekstów itp., które mogłyby wzbogacić jej treść. Osoby zainteresowane udostępnieniem materiałów na powstającą stronę, a także te, które po prostu chciałyby się podzielić wspomnieniami, bez konieczności ich upubliczniania, proszę o kontakt mailowy (jan.fazlagic@ue.poznan.pl). Dziękuję także wszystkim, którzy kontaktowali się ze mną po śmierci mamy, za strumień wspaniałych wspomnień i informacji o pozytywnym wpływie, jaki wywarła ona na życie wielu osób. Mama jest pochowana na Cmentarzu Junikowskim w Poznaniu. R.I.P.

Bibliografia

- Fazlagić Jan, 2015, *Kreatywni w Biznesie*, Warszawa: Poltext.
Szulc Wita, 2021, *Arteterapia i życie. Historia osobista*, Legnica: Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej.

CZĘŚĆ 3

Aspekty edukacyjne
i rehabilitacyjne muzykoterapii dzieci



INTERWENCJA TYFLOMUZYKOTERAPEUTYCZNA W PRAKTYCE EDUKACYJNO-REHABILITACYJNEJ

Paweł Cylulko » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

Refleksje wprowadzające

Osoby z niepełnosprawnością wzroku w codziennym funkcjonowaniu, w tym w ramach nauki, pracy, wypoczynku czy odgrywania ról społecznych, nie mogą się posługiwać prawidłowo działającym analizatorem wzroku. Niektóre z niego korzystają, choć jedynie w bardzo ograniczonym stopniu i zakresie. Specyfika percepcji tych osób oraz różnorodne tego wtórne skutki przyczyniają się do powstawania w ich życiu licznych i wielorakich trudności, ograniczeń, a nawet poważnych barier. Warto też pamiętać o nierzadko nieprawidłowych warunkach oddziaływania otoczenia społecznego oraz rozwoju, wychowania czy usprawniania. Zaburzenia spostrzegania wzrokowego, specyficzne sposoby pozyskiwania oraz wykorzystywania informacji, nawet w prozaicznych czynnościach i sytuacjach dnia codziennego, powodują, że osoby, które ich doświadczają, wymagają metodycznego i szczególnie zindywidualizowanego wsparcia edukacyjnego oraz rehabilitacyjnego. Aby mogło ono przebiegać skutecznie, efektywnie i bez zakłóceń, konieczna jest interdyscyplinarna, wielozakresowa współpraca różnych specjalistów, w tym zwłaszcza przedstawicieli takich dyscyplin, jak tyflopedagogika, tyflopsychologia i okulistyka. Do grona wspomnianych profesjonalistów należą także dyplomowani muzykoterapeuci, od których – jako

absolwentów wyższych uczelni muzycznych – oczekuje się dużej wiedzy teoretycznej, rozległych umiejętności praktycznych i kompetencji klinicznych.

Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu (AMKL) prowadzi jednoroczne praktyczne szkolenie z zakresu muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnością wzroku. Zajęcia odbywają się na studiach pierwszego stopnia na kierunku kompozycja i teoria muzyki oraz na Dwuletnich Studiach Podyplomowych Muzykoterapii. Posługiwania się tą odmianą interwencji pomocowej w formie indywidualnej lub grupowej uczą się słuchacze wspomnianej uczelni artystycznej w ramach programu nauczania przedmiotu dydaktycznego realizowanego od 1993 roku, aktualnie pod nazwą „tyflomuzykoterapia”. Jako jego pomysłodawca od samego początku mam przyjemność prowadzić praktyczne ćwiczenia według własnego autorskiego programu nauczania. Moja publikacja pod tytułem *Tyflomuzykoterapia dzieci. Teoria i praktyka muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnością wzrokową* [Cylulko 2004] jest dla słuchaczy studiów z zakresu muzykoterapii, realizowanych na Wydziale Kompozycji, Dyrygentury, Teorii Muzyki i Muzykoterapii AMKL, obowiązkowym podręcznikiem – skrypcem do ćwiczeń z przedmiotu¹. Książka swoją unikatową tematyką wzbudza także zainteresowanie słuchaczy kierunków studiów właściwych dla dyscyplin pokrewnych muzykoterapii, zwłaszcza takich jak edukacja muzyczna, edukacja specjalna, nauki o zdrowiu oraz kultura fizyczna. Chciałbym przy okazji dodać, że aktualnie kształcenie przyszłych muzykoterapeutów, a także innych profesjonalistów zajmujących się edukacją i rehabilitacją osób niepełnosprawnych, jest z powodu trwania pandemii zakaźnej choroby COVID-19 wyzwaniem, które od nauczycieli akademickich będących muzykoterapeutami, słuchaczy studiów z zakresu muzykoterapii,

1 » W monografii znalazły się, obok podstaw teoretycznych tyflomuzykoterapii, szczegółowe wytyczne i wskazówki do planowania i realizowania zajęć terapeutycznych, autorskie scenariusze indywidualnych oraz grupowych sesji muzykoterapeutycznych, zestawienie piśmiennictwa na temat tej subdyscypliny muzykoterapii oraz wykaz prac dyplomowych z tego zakresu promowanych na AMKL.

a przede wszystkim od beneficjentów oddziaływań tyfłomuzykoterapeutycznych, szczególnie zaś małych dzieci, wymaga dużego wysiłku i doświadczenia. Mam tu na myśli sprawne posługiwanie się technologią wspomagającą w używaniu sieci internetowej online oraz w pracy na sprzęcie komputerowym, tabletach i smartfonach, w tym głównie korzystanie z programów udźwiękowiających oraz powiększających.

Wiedza teoretyczna oraz praktyka kliniczna z zakresu tyfłomuzykoterapii dzieci swoimi korzeniami sięgają początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku. Nie funkcjonowała wówczas, ani w praktyce klinicznej, ani w fachowej literaturze, procedura postępowania interwencyjnego z osobami niewidomymi i słabowidzącymi wykorzystująca terapeutyczny potencjał sztuki muzycznej. Nie było również na ten temat naukowych teorii, które ujmowałyby w sposób metodyczny podobne oddziaływanie pomocowe. W rezultacie dostępny profesjonalistom arsenał metod terapeutycznych nie oferował konkretnej metody muzykoterapeutycznej umożliwiającej wykorzystanie w sposób bezwzrokowy leczniczego potencjału sztuki muzycznej podczas pracy z osobami niepełnosprawnymi wzrokowo. Odpowiadając na to zapotrzebowanie, w roku 1991 zacząłem przygotowywać koncepcję, a następnie model tyfłomuzykoterapii. Na każdym ze wspomnianych etapów były to poczynania jak na ówczesne czasy nowatorskie, wymagały więc przede wszystkim stworzenia terminu i pojęcia na określenie muzykoterapii osób z niepełnosprawnością wzroku oraz definicji tyfłomuzykoterapii, a także wprowadzenia ich do światowego nazewnictwa [Cylulko 1996a: 187, 1996b]. Mimo upływu ponad 30 lat nadal odczuwa się znaczny niedobór wykorzystujących prozdrowotny potencjał sztuki muzycznej profesjonalnych metod i modeli dedykowanych pracy edukacyjno-rehabilitacyjnej z omawianą populacją dzieci. Zauważyć można także niedostatek dogłębnych monografii naukowych, wiarygodnych badań empirycznych czy szczegółowych publikacji metodycznych z tego zakresu [Cylulko, Gładyszewska-Cylulko 2017, 2021: 225]. Wszystko to wciąż utrudnia tyfłomuzykoterapii osiągnięcie właściwego dla niej miejsca wśród pokrewnych dyscyplin zajmujących się edukacją, rehabilitacją i terapią osób z niepełnosprawnością wzroku.

Podstawowe założenia interwencji

Inspirację do opracowania autorskiej koncepcji muzykoterapii beneficjentów z niepełnosprawnością wzroku, tj. dzieci niewidomych, szczerkowowidzących i słabowidzących, czerpałem bezpośrednio z realizowanej przez siebie na początku lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia praktyki klinicznej w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym dla Dzieci Niewidomych im. Marii Grzegorzewskiej we Wrocławiu², w którym początkowo przez półtora roku prowadziłem zajęcia tyflomuzykoterapeutyczne w ramach wolontariatu (określane w tamtych czasach jako zajęcia prowadzone społecznie), a następnie przez cały rok szkolny jako wychowawca-muzykoterapeuta zatrudniony na pół etatu. Od roku 1993 do dziś prowadzę je z ramienia AMKL, realizując cotygodniowe praktyczne ćwiczenia z adeptami studiów z zakresu muzykoterapii.

Uprawiany przeze mnie od ponad 30 lat rodzaj muzykoterapii jako działania pomocowego określiłem w roku 1995 terminem „tyflomuzykoterapia” (TMT), ukutym od trzech greckich słów: *typhlós*, *mousiké* i *therapeía*, które w tym zestawieniu oznaczają – najogólniej rzecz ujmując – usprawnianie niepełnosprawnych wzrokowo osób przy pomocy sztuki muzycznej [Cylulko 2004: 93]. Do wyodrębnienia tego rodzaju perspektywy z dyscypliny, jaką jest muzykoterapia ogólna, a następnie do teoretycznego opracowania jej podstaw skłoniły mnie przede wszystkim niepowtarzalna, swoista specyfika percepcji dzieci, sposób pozyskiwania informacji i prowadzenia przez nie aktywności bez udziału wzroku lub przy jego dużym osłabieniu oraz wyjątkowe znaczenie sztuki muzycznej w ich życiu. Definicja, która wydaje się przekazywać w sposób zwięzły istotę tej formy interwencji pomocowej, brzmi następująco: tyflomuzykoterapia jest metodycznym oddziaływaniem na dziecko z niepełnosprawnością wzroku głównie przez sztukę muzyczną, niemuzyczne dźwięki oraz ich terapeutyczne walory w celu stymulowania prawidłowego

2» Obecnie jest to Dolnośląski Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy nr 13 dla Uczniów Niewidomych i Słabowidzących oraz z Innymi Niepełnosprawnościami im. Marii Grzegorzewskiej we Wrocławiu.

rozwoju beneficjenta oraz pomagania rodzinie w wychowaniu i usprawnianiu takiego dziecka. Ta forma terapii jest procesem, doświadczeniem klinicznym oraz refleksją naukową nad bezwzrokowym (głównie dźwiękowo-wibracyjnym) zastosowaniem w praktyce klinicznej środków wyrazu muzycznego i oddziaływania terapeutycznego, elementów komunikacji oraz relacji interpersonalnych³. Jej specyfika, zakładająca brak udziału wzroku lub jego znikome wykorzystanie, odpowiada więc charakterystyce pracy artystycznej, pedagogicznej, rehabilitacyjnej z dziećmi niepełnosprawnymi wzrokowo. Jako subdyscyplina muzykoterapii ogólnej, podobnie jak surdomuzykoterapia [Cylulko 1996b: 77], sięga swoimi podstawami teoretycznymi do założeń muzykoterapii, edukacji specjalnej i muzycznej oraz rehabilitacji. Z jednej strony nawiązuje do naukowej koncepcji muzykoterapii autorstwa Tadeusza Natanson, w której badacz – pionier polskiej i wrocławskiej muzykoterapii – wskazuje na realizowanie oddziaływań terapeutycznych zgodnie z paradygmatem humanistyczno-podmiotowej koncepcji niepełnosprawności przy zachowaniu równowagi między wiedzą teoretyczną (nauką) a doświadczeniem (praktyką kliniczną) [Cylulko, Gładyszewska-Cylulko 2010: 173–184]. Z drugiej zaś strony, dzięki przesłankom leżącym u podstaw tej subdyscypliny, plasuje się ona w podmiotowym i społecznym nurcie sztuki muzycznej oraz edukacji specjalnej [Cylulko 2016a: 41–60, 2016b: 41–61]. Interwencja realizowana zgodnie z założeniami przyjętymi w koncepcji, a następnie modelu tyfłomuzykoterapii stawia w centrum zainteresowania dziecko z problemami widzenia, przywiązuje dużą wagę do jego indywidualności, неповtarzalności, autonomii, zdolności do samostanowienia, a przez to do jego kreatywności i twórczości, głównie muzycznej. Tak pojmowaną formę oddziaływania terapeutycznego można byłoby – ze względu na założone funkcje, cele, środki oddziaływania oraz osiągnane efekty edukacyjno-terapeutyczne, w dużej mierze zbieżne z ideami pedagogiki

3 » Zaproponowana definicja tyfłomuzykoterapii dzieci jest w stosunku do wcześniejszych definicji mojego autorstwa bardziej rozbudowana i, jak sądzę, wyczerpująca pod względem treści oraz zakresu, a tym samym lepiej osadzona w praktyce edukacyjno-rehabilitacyjnej.

specjalnej i muzycznej – określić mianem tyflopedagogiki o nastawieniu muzyczno-terapeutycznym.

Wśród dostępnych definicji słownikowych terminu „interwencja” dominują najczęściej wyjaśnienia dotyczące mieszania się jednego państwa w sprawy drugiego, zazwyczaj mającego charakter zbrojny, oraz wykładnie odnoszące się do nagłych działań naprawczych, związanych nierzadko z potocznie rozumianymi kryzysami. Na potrzeby niniejszego opracowania przytaczam kilka definicji słownikowych, które w sposób trafny oddają istotę działań pomocowych kierowanych do potrzebującego człowieka. Według *Słownika języka polskiego PWN* „interwencja to wywieranie na kogoś wpływu w celu uzyskania określonego efektu” [Interwencja 2021b]. *Słownik języka polskiego SJP* podaje natomiast, że interwencja to „oddziaływanie w celu osiągnięcia własnych celów [...], czynności z tym związane” [Interwencja 2021c]. W *Wielosłowniku, wolnym słowniku wielojęzycznym* interwencja została określona jako „wejście pomiędzy, mieszanie się do czegoś, aby osiągnąć zamierzony cel” [Interwencja 2021d]. Autor hasła w jeszcze innym *Słowniku języka polskiego*, wyjaśniając to pojęcie, używa następującego sformułowania: „reakcja, wpływ, ingerencja” [Interwencja 2021a]. Wspólnym elementem przytoczonych interpretacji omawianego terminu, najogólniej rzecz ujmując, jest konkretne reagowanie i działanie jednego podmiotu na drugi w celu osiągania zamierzonych celów. W myśl zacytowanych definicji termin „interwencja tyfłomuzykoterapeutyczna” (ang. *typhlo music therapy intervention*) odnosi się do profesjonalnego wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnością wzroku i wspierania członków ich najbliższych rodzin. Obejmuje rozległy zakres czynności związanych z powinnościami zawodowymi profesjonalisty, począwszy od diagnozowania, przez programowanie i realizowanie oddziaływań tyfłomuzykoterapeutycznych, aż po gromadzenie oraz analizowanie informacji na temat ich skuteczności. Mimo że interwencją najczęściej nazywa się działania nagłe, to jednak ze względu na nieprzewidywalne, a czasem zaskakujące w przebiegu planowej terapii sytuacje oraz zachowania i oczekiwania niepełnosprawnych beneficjentów można tym mianem określać także systematyczne, korekcyjno-pomocowe oddziaływania muzykoterapeutyczne.

Model tyfłomuzykoterapii (ang. *model of typhlo music therapy*) [Cylulko 2016a: 41–60, 2016b: 41–61], leżący u podstaw teorii i praktyki omawianego rodzaju interwencji, to zespół zintegrowanych ze sobą pojęć oraz definicji wysoce zindywidualizowanych specjalistycznych sposobów, metod i technik postępowania służących skutecznemu rozeznawaniu specyficznych problemów związanych z muzykoterapią dzieci niewidomych, szczerkowidzących oraz słabowidzących. Określa on szczegółowe funkcje, cele i zadania prowadzonych działań oraz warunki, jakie winny spełniać proces terapeutyczny, program interwencji i środki oddziaływania. Ponadto nakreślone zostały w nim czynności zawodowe, jakie wypada podejmować profesjonalście, tj. dyplomowanemu tyfłomuzykoterapeucie. Specyficzne, niepowtarzalne i charakterystyczne dla omawianej populacji beneficjentów bezwzrokowe doświadczanie środków wyrazu muzycznego i oddziaływania terapeutycznego w sposób jednoznaczny wyróżnia tę metodę spośród innych interwencji edukacyjno-rehabilitacyjnych. Z prezentowanej odmiany interwencji wyłączone są przede wszystkim te sposoby oddziaływania, których powodzenie uwarunkowane jest bezpośrednim, niezaburzonym poznawaniem wzrokowym. Należałoby też dodać, że ten typ interwencji adresuje się głównie do osób niepełnosprawnych (dzieci, młodzieży i osób dorosłych) z trwałymi zaburzeniami widzenia, ale daje się go także z powodzeniem stosować w pracy z innymi osobami, np. takimi, które mają problemy wzrokowe wynikające z podeszłego wieku lub choroby (cukrzyca). Można go praktykować w formie indywidualnej lub grupowej, integracyjnej lub segregacyjnej, przy czym formy te mogą być realizowane równocześnie lub naprzemiennie, raz z konkretnym pacjentem, innym razem z grupą czy grupami. Tyfłomuzykoterapię łatwo przeprowadzić zarówno na terenie domu rodzinnego pacjenta, jak i w żłobku, przedszkolu, szkole, ośrodku szkolno-wychowawczym, zakładzie opieki zdrowotnej, w domu pomocy społecznej itp. Należy dodać, że jednym z przeciwwskazań do stosowania tej metody bywa duża lub bardzo duża nadwrażliwość beneficjenta na dźwięki muzyczne (np. w wysokim lub niskim rejestrze, głośne lub bardzo głośne, nieregularne rytmy, syntetyczne barwy instrumentów muzycznych) i niemuzyczne (szelesty, trzaski, szmery, huki itp.).

Zalecenia i wskazówki dotyczące podejmowanej interwencji

Specyficzność i niepowtarzalność metodyki postępowania interwencyjnego determinowana jest przez dzieci, młodzież i dorosłe osoby niepełnosprawne, a dokładnie przez ich predyspozycje, możliwości, oczekiwania, potrzeby, zainteresowania, m.in. swoistość ich bezwzrokowej percepcji oraz codziennego funkcjonowania. W praktyce klinicznej narzuca to określone podejście do programowania i realizowania zabiegów terapeutycznych, polegające na wyznaczeniu funkcji i celów tyflomuzykoterapii, opracowaniu programu interwencji uwzględniającego zastosowanie odpowiednich środków oddziaływania (materiału muzyczno-dźwiękowego, technik terapeutycznych, muzycznych form aktywności, pomocy, stałego wyposażenia gabinetu), sposobów realizacji, scenariuszy i struktur sesji terapeutycznych.

Tyflomuzykoterapia może pełnić względem beneficjentów następujące funkcje: diagnostyczną, adaptacyjną, psychoterapeutyczną, wychowawczą, rozwojową, fizjoterapeutyczną, integracyjną, estetyczną, rekreacyjno-ludyczną itp. Wszystkie one implikują cele, do których jako najważniejsze i zasadnicze zaliczyć trzeba wspomaganie indywidualnego rozwoju pacjenta, usprawnianie jego zaburzonych funkcji oraz doskonalenie ich współdziałania [Cylulko 2004: 100–102]. Dzięki stosowanym środkom oddziaływania mamy do czynienia z bezwzrokową interakcją i komunikacją między tyflomuzykoterapeutą a uczestnikiem zajęć lub grupą oraz pomiędzy poszczególnymi uczestnikami grup terapeutycznych, opartą głównie na doznaniach słuchowych, dotykowo-kinestetycznych, węchowych, zapachowych, a czasem smakowych. Komunikacja muzyczna pacjenta, zwłaszcza małego, jest jego zabawową działalnością, jednocześnie zaś przejawem spontanicznej aktywności życiowej w przyjaznej i bezpiecznej przestrzeni terapeutycznej oraz wyrazem, na miarę możliwości i oczekiwań, jego muzycznej inwencji twórczej oraz ekspresji artystycznej. Należy pamiętać, że zarówno werbalna, jak i niewerbalna komunikacja oraz interakcja dzieci niewidomych z otaczającym światem są niemożliwe bez dźwiękowo-muzycznego przekazu,

który dla ich prawidłowego rozwoju, wychowania i usprawniania ma bardzo istotne, bo kompensacyjne znaczenie.

W interwencji tyfłomuzykoterapeutycznej sztuka muzyczna i niemuzyczne zjawiska akustyczne stanowią zasadnicze środki oddziaływania, niewymienialne na żadne inne. Mogą być one zarówno celem wypowiedzi jej beneficjentów, jak i wykorzystywanym przez nich, w pełni kontrolowanym (a przez to bezpiecznym) narzędziem wyrazu artystycznego. Niektóre stosowane w terapii pomoce w praktyce bardzo często oznakowywane są brajlowskim pismem lub powiększonym, płaskim drukiem. Inne natomiast zaopatrzone są w duże lub wypukłe różnobarwne naklejki umieszczane na kontrastowym i mocno zróżnicowanym pod względem fakturalnym tle. Jeszcze inne konstruuje się w sposób nietypowy i niekonwencjonalny, z uwzględnieniem indywidualnych możliwości i oczekiwań dzieci, a także specyfiki stosowanych w ramach oddziaływań ćwiczeń, zabaw oraz technik terapeutycznych.

Interwencja TMT, najogólniej rzecz ujmując, składa się z 10 zasadniczych etapów, tzw. kroków. Względy terapeutyczne, artystyczne i organizacyjne wyznaczają poszczególne etapy działania, przy czym mogą one być powtarzane w zależności od potrzeb i możliwości uczestników oraz czynionych przez nich postępów podczas trwania terapii. Zalicza się do nich:

- > wstępne diagnozowanie,
- > określanie wskazań i przeciwwskazań do muzykoterapii,
- > skierowanie beneficjenta (a może także członków jego najbliższej rodziny) na sesje indywidualne lub grupowe,
- > określanie funkcji, celów i zadań oddziaływań,
- > realizowanie zajęć terapeutycznych (w tym m.in. muzykoterapii systemowej),
- > ponowne diagnozowanie (sprawdzające),
- > współpracę z członkami najbliższej rodziny pacjenta,
- > współdziałanie z innymi specjalistami pracującymi z pacjentem,
- > prowadzenie działań promocyjnych, profilaktycznych i edukacyjnych w środowisku społecznym beneficjenta,
- > stawianie diagnozy końcowej.

Tyflomuzykoterapia swoim zakresem obejmuje wzajemne oddziaływanie muzykoterapeuty, dziecka i sztuki muzycznej, dzięki czemu realizuje jedną z głównych zasad edukacji oraz rehabilitacji, jaką jest partnerstwo, uwzględniające osobowość drugiego człowieka, jego autonomię, niezależność i prawo do samostanowienia. Muzykoterapeuta przyjmuje w tym modelu aktywną postawę względem zarówno pacjenta, jak i sztuki muzycznej oraz relacji pacjent–muzyka. Wykorzystuje przede wszystkim dynamiczne formy kontaktu słuchowego i dotykowo-kinestetycznego z dziećmi, osobami młodymi i dorosłymi, przez co interakcje terapeutyczno-artystyczne między nim a podopiecznymi oparte są głównie na dźwiękach, wibracjach i ruchu, a dokładniej na ich sile, intensywności, kierunkowości, przestrzeni, czasie trwania itp. Jest to możliwe dzięki temu, że w kontakcie z beneficjentem sam także stara się bezwzrokowo doświadczać muzyki, niemuzycznych zjawisk akustycznych i innych środków oddziaływania terapeutycznego oraz relacji interpersonalnych. To jednak niełatwe, zwłaszcza w czasach wyraźnej przewagi przekazu wizualnego (ikonograficznego) nad słowno-akustycznym. Dużą trudność sprawia specjalistom z omawianego obszaru interwencji pomocowej wczuwanie się w bezwzrokowe doświadczenia beneficjentów i korzystanie wyłącznie ze zmysłów dotyku, słuchu, węchu i smaku, nie tylko podczas odbioru oraz aktywnego uprawiania sztuki muzycznej, lecz także, czy przede wszystkim, w najprostszych, prozaicznych czynnościach dnia codziennego, np. w orientowaniu się i poruszaniu w przestrzeni lub kontrolowaniu wykonywanych działań. Dopiero dzięki „przestrojeniu się” tyflomuzykoterapeuty, głównie na doznania pozawzrokowe, może powstać wspólna przestrzeń akustyczno-muzyczno-terapeutyczna zapewniająca osiągnięcie właściwych efektów edukacyjnych i rehabilitacyjnych, w tym bezpieczeństwa, intymności, empatii oraz tolerancji. Tak więc praca interwencyjna wymaga od posługującego się nią profesjonalisty przede wszystkim umiejętności przedstawienia się ze sposobów oddziaływania wykorzystujących wrażenia wzrokowe na te oparte głównie na doznaniach słuchowo-dotykowo-kinestetycznych, węchowych oraz smakowych. Jest to szczególnie ważne, nie tylko na etapie programowania i realizowania działań interwencyjnych, lecz także już na samym

początku oddziaływania, tj. w fazie diagnozowania i prognozowania efektów interwencji [Cylulko 2020: 157–177].

Sztuka muzyczna dawkowana w niewłaściwy sposób m.in. wprowadza niepotrzebny chaos i zamęt w interpretowaniu przez dziecko otaczającej je rzeczywistości. Ponadto wiele różnorodnych niemuzycznych dźwięków programowanych do terapii, a tym bardziej całych ich zespołów o różnych konfiguracjach, może wpływać niekorzystnie – zwłaszcza w wypadku małego niewidomego dziecka – na autoorientację, orientację i poruszanie się w niewielkiej oraz dużej przestrzeni. Powoduje też niekiedy nadmierne pobudzenie lub stres podczas sesji tyfłomuzykoterapeutycznych. Mam tu na myśli dźwięki, które są głośne, intensywne, wysokie, skumulowane w większe zespoły, nagłe, odtwarzane równocześnie i z wielu stron, bardzo zrytmizowane, piskliwe, metaliczne, sztuczne itp. Na programowane dźwięki z obszaru sztuki muzycznej oraz akustyczne zjawiska niemuzyczne mogą się dodatkowo nakładać także inne dźwięki z najbliższego i dalszego otoczenia miejsca, w którym prowadzone są zajęcia tyfłomuzykoterapeutyczne. Chodzi z jednej strony o odgłosy instalacji wodno-kanalizacyjnych, grzewczych, elektrycznych, zamykanych i otwieranych drzwi, okien, szafek czy pudeł w pomieszczeniu do terapii, odgłosy pochodzące z sąsiadujących pomieszczeń, głosy ludzkie, kroki, rozmowy, dźwięki telefonów itp., z drugiej zaś strony o dobiegające z dalszej odległości odgłosy komunikacji miejskiej, pracujących maszyn i urządzeń czy odtwarzanej z głośników muzyki. Podobnie jak wymienione wcześniej niefunkcjonalne sytuacje akustyczne bardzo niekorzystne jest zjawisko deprywacji słuchowej, spowodowane bodźcami słuchowymi, które są zbyt ciche, krótkotrwałe, nikłe, maskowane przez inne, sporadyczne, a przez to umykają uwadze dzieci (zwłaszcza małych i bardzo małych), pozostają niedostrzeżone, są mylone z innymi, odbierane jako zagrażające, powodują u nich niepokój oraz stres. Dlatego bardzo ważne jest, by tyfłomuzykoterapeuta umiał trafnie diagnozować nadawane przez dziecko sygnały informujące o niekorzystnych dźwiękach w jego najbliższym otoczeniu fizycznym. Dobrze też, by w ramach prowadzonej interwencji terapeuta przysposabiał je do tolerowania, jeżeli to możliwe, różnego rodzaju

stymulacji (szczególnie akustyczno-muzycznych) oraz przetwarzania ich i informowania o odczuciach z nimi związanych. Zatem kluczowe okazuje się trafne i roztropne programowanie materiału akustycznego, tj. sztuki muzycznej i niemuzycznych zjawisk dźwiękowych, w ramach oddziaływań terapeutycznych, głównie w kontekście otaczającej dziecko, zwłaszcza niewidome, audiosfery. Mając na względzie kompensacyjne znaczenie analizatora słuchowego u dzieci niewidomych, muzykoterapeuta winien przywiązywać szczególną wagę do ciszy jako zjawiska akustycznego, muzycznego, językowego i terapeutycznego w procesie oddziaływania interwencyjnego. Cisza podobnie jak sztuka muzyczna i inne niemuzyczne zjawiska akustyczne ma fundamentalne znaczenie w terapii dziecka niewidomego. Przy okazji należałoby podkreślić, że w pracy z omawianą grupą pacjentów należy być wyczulonym na jakość instrumentów muzycznych, sprzętu odtwarzającego dźwięk i obraz oraz zjawiska akustyczne związane z wykorzystywaniem urządzeń elektronicznych podczas odtwarzania muzyki lub niemuzycznych dźwięków. Mam na myśli włączanie i wyłączanie sprzętu, zmiany utworów muzycznych, wkładanie do sprzętu płyt czy kaset, uruchamianie komputera, regulowanie głośności oraz przesterowanie odtwarzanych dźwięków itp.

Refleksje podsumowujące

Zgodna z koncepcją i modelem tyflomuzykoterapii interwencja muzykoterapeutyczna od 30 lat jest nieustannie stosowana w pracy z dziećmi z niepełnosprawnością wzroku. Podlega przy tym ciągłym modyfikacjom i rozwija się w zakresie podstaw teoretycznych, metodyki realizowania działań praktycznych oraz nauczania kandydatów do zawodu muzykoterapeuty. Jej znaczenie edukacyjno-rehabilitacyjne zostało zaś udokumentowane licznymi pracami metodycznymi i naukowymi oraz przykładami badań empirycznych, w tym trzema monografiami [Cylulko 1998, 1999, 2004]. Godne podkreślenia jest także to, że w ramach TMT zmieniało się także podejście do beneficjentów oddziaływań

terapeutycznych: od traktowania ich zgodnie z założeniami paradygmatu medycznego do zachowywania się w myśl paradygmatu humanistycznego, od nastawienia bardziej przedmiotowego do podejścia w pełni podmiotowego, od narzuconego im naśladownictwa do rozpoznania wartości ich spontanicznej twórczości artystycznej. Wydaje się, że ewolucja, którą przechodziła i nadal przechodzi tyfłomuzykoterapia, jest gwarancją poszanowania autonomii, niepowtarzalności, podmiotowości, kreatywności i twórczości artystycznej dziecka niepełnosprawnego wzrokowo w procesie jego usprawniania przez sztukę muzyczną.

Podsumowując niniejsze rozważania, warto jeszcze raz zaznaczyć, że:

- > interwencja tyfłomuzykoterapeutyczna przeznaczona jest do pracy głównie z dziećmi, młodzieżą i osobami dorosłymi z niepełnosprawnością wzroku, tj. beneficjentami niewidomymi, szczerkowowidzącymi oraz słabowidzącymi;
- > każdy uczestnik, bez względu na stan wzroku, ma pełne możliwości doświadczania sztuki muzycznej i jej terapeutycznego potencjału dzięki jej dźwiękowej naturze;
- > uczestnicy sesji terapeutycznych nie muszą być obdarzeni wyjątkowym słuchem muzycznym ani zdolnościami artystycznymi;
- > terapia prowadzona jest metodą bezwzrokową, tj. głównie dotykowo-słuchową wspomaganą doznaniem zapachowymi i smakowymi;
- > uczestnictwo w sesjach oparte jest na poszanowaniu zasad partnerstwa, pełnej autonomii i podmiotowości beneficjentów, przy czym mają oni prawo do swobody, samostanowienia i wolności percepcyjnej, twórczej oraz odtwórczej.

Bibliografia

- Cylulko Paweł, 1996a, *Consequences of Music Therapy in the Rehabilitation of the Blind and Visually Impaired*, [w:] *Book of Abstracts. VIII World Congress of Music Therapy. II Congress of the World Federation of Music Therapy*, Hamburg: World Federation of Music Therapy, s. 187.

- Cylulko Paweł, 1996b, *Tyflomuzykoterapia jako forma stymulacji rozwoju małych dzieci*, [w:] G. Walczak (red.), *Problemy wczesnej rehabilitacji niewidomych i słabowidzących dzieci*, Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, s. 71–79.
- Cylulko Paweł, 1998, *Muzykoterapia w rehabilitacji ruchowej dzieci niewidomych i słabowidzących*, Warszawa: Upowszechnianie Nauk – Oświata UN-O.
- Cylulko Paweł, 1999, *Muzykoterapia niewidomych i słabowidzących dzieci. Poradnik metodyczny*, „Zeszyt Tyflogiczny”, nr 16, Warszawa: Polski Związek Niewidomych – Zarząd Główny.
- Cylulko Paweł, 2004, *Tyflomuzykoterapia dzieci. Teoria i praktyka muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnością wzrokową*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Cylulko Paweł, 2016, *A Paediatric Typhlo Music Therapy Model*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (eds), *Wrocław Music Therapy Models*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, Vol. 2, Wrocław: The Karol Lipiński Academy of Music, s. 41–60.
- Cylulko Paweł, 2016, *Model tyflomuzykoterapii dzieci*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Wrocławskie modele muzykoterapii*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 2, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 4–61.
- Cylulko Paweł, 2020, *Podejście badawcze do twórczości muzycznej dzieci na instrumentach perkusyjnych i jej znaczenie dla diagnostyki muzykoterapeutycznej*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Diagnoza i diagnostyka muzykoterapeutyczna*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 3, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 157–177.
- Cylulko Paweł, Gładyszewska-Cylulko Joanna, 2010, *Polska naukowa koncepcja muzykoterapii – w trzydziestolecie wydania książki Tadeusza Natanson „Wstęp do nauki o muzykoterapii”*, [w:] A. Granat-Janki (red.), *Tadeusz Natanson. Kompozytor, uczyony, pedagog*, [w serii:] „Muzycy Wrocławscy”, t. 2, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 173–184.
- Cylulko Paweł, Gładyszewska-Cylulko Joanna, 2017, *Typhlo Music Therapy and the Development of Selected Motor Abilities in Children with Visual Impairments*, [w:] *The Neurosciences and Music – VI „Sound and Health”*, Boston, USA: Harvard Medical School, [online:] <http://www.fondazione-mariani.org/en/nmvi-boston-2017-scientific-material-en/posters/pdfs/466-cylulko/file.html> [11.07.2021].
- Cylulko Paweł, Gładyszewska-Cylulko Joanna, 2021, *A Model of Typhlo Music Therapy in Educational and Rehabilitation Work with Visually Impaired Persons*, [w:] Z.W. Ras, A. Wiczorkowska, S. Tsumoto (eds), *Recommender Systems for Medicine and Music*, [w serii:] „Studies in Computational Intelligence”, Vol. 946, Cham: Springer, s. 223–236.

Interwencja, 2021a, *Słownik języka polskiego*, [online:] <https://sciaga.pl/slowniki-tematyczne/12169/interwencja/> [15.10.2021].

Interwencja, 2021b, *Słownik języka polskiego PWN*, [online:] <https://sjp.pwn.pl/szukaj/interwencja.html> [15.10.2021].

Interwencja, 2021c, *Słownik języka polskiego SJP*, [online:] <https://sjp.pl/interwencja> [15.10.2021].

Interwencja, 2021d, *Wielosłownik, wolny słownik wielojęzyczny*, [online:] <https://pl.wiktionary.org/wiki/interwencja> [15.10.2021].

Streszczenie

Interwencja tyfłomuzykoterapeutyczna jest procesem profesjonalnego wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnością wzroku i wspierania członków ich najbliższych rodzin. Obejmuje rozległy zakres czynności związanych z powinnościami zawodowymi muzykoterapeuty profesjonalisty, począwszy od diagnozowania, przez programowanie i realizowanie oddziaływań tyfłomuzykoterapeutycznych, aż po gromadzenie oraz analizowanie informacji na temat ich skuteczności. Autor artykułu i proponowanej formy interwencji pomocowej w prezentowanych rozważaniach opiera się na własnym doświadczeniu klinicznym wyniesionym z ponad trzydziestoletniej pracy jako muzykoterapeuta i pedagog muzyczny w dużej placówce szkolno-wychowawczej dla niepełnosprawnych wzrokowo wychowanków. Prezentuje m.in. konkretne wskazówki metodyczne do programowania i realizowania zajęć za pomocą omawianej metody interwencji pomocowej.

Słowa kluczowe: dzieci, edukacja, interwencja pomocowa, rehabilitacja, tyfłomuzykoterapia

PAWEŁ CYLULKO – doktor habilitowany w dziedzinie sztuki, w dyscyplinie artystycznej sztuki muzyczne, doktor nauk o kulturze fizycznej w zakresie rehabilitacji ruchowej, magister muzykoterapii, magister edukacji muzycznej, kierownik Zakładu Muzykoterapii oraz pełnomocnik rektora ds. osób niepełnosprawnych

Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Jest konsultantem współpracującym z Centrum Edukacji Artystycznej. Ma w swoim dorobku liczne publikacje z zakresu muzykoterapii, w tym trzy autorskie monografie oraz liczne artykuły naukowe. Do jego głównych zainteresowań naukowych należą: usprawnianie i wychowanie niepełnosprawnych dzieci z wykorzystaniem terapeutycznych walorów sztuki muzycznej oraz kształcenie adeptów muzykoterapii.

MUZYKOTERAPIA Z PERSPEKTYWY PEDAGOGICZNEJ – WYBRANE POSTULATY I REFLEKSJE

Lidia Kataryńczuk-Mania » Uniwersytet Zielonogórski

Nauczycielem się stajesz, gdy okażesz w spotkaniu z dzieckiem pewną osobową wartość. Nauczycielstwo – to nigdy niezamknięty proces odkrywania w sobie i akceptacji pewnej wartości istotnej dla osoby.

Józef Tischner [1981: 76]

Wstęp

Edukacja muzyczna może pełnić funkcje terapeutyczne w życiu dziecka, gdyż m.in. przyczynia się do rozwoju wszechstronnej, aktywnej, kreatywnej osobowości, podstawowych zdolności i umiejętności muzycznych przez różne kontakty z muzyką. Jej cele dotyczą głównie wykorzystania artystycznych wartości muzyki dla kształcenia i wychowania, przygotowania człowieka do aktywnego uczestnictwa w kulturze, upowszechniania kultury muzycznej i dla osobistego rozwoju [Rogalski 1992, Przychodzińska-Kaciczak 1987, Przeremska (red.) 2002,

Kataryńczuk-Mania 2010]. Należy także podkreślić znaczenie i oddziaływanie zdrowotne muzyki, np. zapobieganie wadom postawy, kształtowanie motoryki, sprawności, estetyki ruchu, a przede wszystkim wywoływanie pozytywnych emocji i odprężenia. Wśród wielu funkcji, jakie spełnia muzyka (w tym poznawczej, wychowawczej, kompensacyjnej, estetycznej) to funkcja terapeutyczna jest bardzo ważna w życiu każdej osoby, szczególnie z trudnościami czy z niepełnosprawnościami. Terapeutyczny wymiar muzyki wiąże się z ujawnianiem i rozładowaniem zablokowanych emocji i napięć, poprawą komunikowania, kondycji psychofizycznej, nauką odpoczynku i relaksacji, pozytywnym nastawieniem do życia codziennego.

Czy muzykoterapia jest potrzebna w codzienności pedagogicznej? Studenci i nauczyciele odpowiadają, że jest niezmiernie ważna, szczególnie na kierunkach takich jak edukacja przedszkolna i wczesnoszkolna, pedagogika specjalna, opiekuńczo-wychowawcza i resocjalizacyjna, wychowanie fizyczne oraz wychowanie muzyczne.

Ponieważ śledzę dokonania Zakładu Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu (AMKL) – seminaria, konferencje oraz Forum Muzykoterapii – pragnę podzielić się własnymi doświadczeniami i refleksjami związanymi z muzyczną pracą pedagogiczną. Wiedzę i wskazówki czerpałam z praktyki wrocławskich muzykoterapeutów i z ich publikacji bądź poszukiwałam nowych źródeł inspiracji w działaniach profilaktyczno-terapeutycznych innych muzyków, w pracy wśród dzieci, młodzieży, studentów i osób starszych oraz w ramach własnego warsztatu.

Organizowałam konferencje naukowe o zasięgu krajowym i międzynarodowym oraz seminaria, na których muzykoterapia znajdowała się w centrum uwagi. Brałam też udział w innych konferencjach, podczas których często poruszałam problematykę muzykoterapii w edukacji. Wydane zostały również omawiające problematykę terapii muzycznej prace pod moją redakcją i współredakcją finansowane przez Uniwersytet Zielonogórski, a także przez Stowarzyszenie Polskich Muzyków Kameralistów, którego jestem członkiem [Kataryńczuk-Mania (red.) 2000, 2002, 2005, 2006, 2017, 2019].

Krótki przegląd literatury – artykuły w pracach zbiorowych

Studiując literaturę przedmiotu, warto zwrócić uwagę na artykuł Andrzeja Tuchowskiego pt. *Emocjonalny i semantyczny kontekst dzieła muzycznego a programowanie muzykoterapeutyczne*. Autor prowadzi dyskurs na temat możliwości wykorzystania wiedzy muzykologicznej w procesie kształcenia muzykoterapeutów i podkreśla, że

terapeuta winien dysponować znajomością stosownej literatury muzycznej – dzieł [...]. Należy zatem odpowiednio przygotować terapeutów poprzez dokonanie historycznego przeglądu tych dzieł, które:

- 1) powstały pod wpływem silnych emocji, napięć, ewentualnie ekstremalnych sytuacji życiowych poświadczonych rekonstrukcją okoliczności powstania;
- 2) zapisały się w dziejach względną niezmiennością i ponadczasowością siły oddziaływania, co potwierdzają udokumentowane źródła z różnych okresów historycznych;
- 3) wpisały się na trwałe do kanonu wielkiego dziedzictwa kulturowego [Tuchowski 2006: 18].

Kiedy poznajemy portrety osobowościowe kompozytorów, łącznie z ich cechami charakteru, dolegliwościami, fobiami czy wspomnieniami z dzieciństwa, odbiór ich muzyki i przeżycie emocjonalne stają się łatwiejsze.

W tekście wspomnianej publikacji [Tuchowski 2006: 11–22] zawarto przykładową klasyfikację muzyki terapeutycznej:

- 1) muzyka natury
 - a) nieożywionej
 - > zjawiska atmosferyczne, pory roku, pory dnia: *Cztery pory roku* (op. 8, *Il cimento dell'armonia e dell'inventione*) Antonia Vivaldiego, *Burza z Symfonii Pastoralnej* (VI symfonia F-dur op. 68 „Pastoralna”) Ludwiga van Beethovena, *Symfonia wiosenna* (op. 44) Benjamina Brittena i in.;

- > panteistyczne ujęcie gór i szerokich przestrzeni lądowych: *Symfonia alpejska* (op. 64) Richarda Straussa, *Pieśń o wszechbycie* z cyklu *Odwieczne pieśni* (op. 10) Mieczysława Karłowicza, *I i III symfonia (I symfonia D-dur „Tytan”, III symfonia d-moll)* Gustava Mahlera;
 - > dźwiękowe obrazy morza i szerokich przestrzeni wodnych: *Szeherazada* (suite symfoniczna) Nikołaja Rimskiego-Korsakowa, *Burza* (op. 76) Piotra Czajkowskiego, *Wełtawa* z cyklu *Moja ojczyzna* Bedřicha Smetany, *Morze* Claude’a Debussy’ego, *Symfonia morska* Ralpa Vaughana Williamsa i in.;
 - > dźwiękowe obrazy kaskad wodnych: *Źródło Aretuzy* z cyklu *Mity* (op. 30) Karola Szymanowskiego, *Gry wody przy Villa d’Este (Les jeux d’eaux à la Villa d’Este)* Franza Liszta;
- b) ożywionej – muzyka inspirowana śpiewem ptaków, brzęczeniem owadów i innymi odgłosami: *Śpiew ptaków* Clémenta Jannequina, *Kukułka* Louisa-Claude’a Daquina, *Kura* Jeana Philippe’a Rameau, *Ptaki egzotyczne* Oliviera Messiaena i in.;
 - 2) dźwiękowe wizerunki człowieka: *Karnawał* (op. 9) Roberta Schumanna, *Don Juan*, *Dyl Sowizdrzał*, *Życie bohatera* Richarda Straussa;
 - 3) obrazy wielkich miast: *Symfonia londyńska (II symfonia)* Ralpa Vaughana Williamsa, *Amerikanin w Paryżu* George’a Gershwina i in.;
 - 4) muzyka inspirowana światem techniki: *Pacific 231* Arthura Honnegera, *Etiuda na kolej żelazną* Pierre’a Schaeffera i in.;
 - 5) muzyka ekspresjonistycznego wstrząsu: *Poemat ekstazy* (op. 54) i *Prometeusz* (op. 60) Aleksandra Skriabina, *Erwartung (Oczekiwanie)* Arnolda Schoenberga i in.;
 - 6) muzyka snu i nocy: od *Kołysanki* i wybranych *Nokturnów* Fryderyka Chopina do *Serenady* Benjamin Brittena i *Przestrzeni snu* Witolda Lutosławskiego;
 - 7) muzyka kontemplacji religijnej i świata transcendentnego: chorał gregoriański, śpiewy organalne kompozytorów szkoły Notre Dame, msze szkoły burgundzkiej i in. [Tuchowski 2006: 20–21].

Istnieje wiele wskazywanych w różnych publikacjach czynników warunkujących odbiór muzyki. Można je podzielić na następujące grupy:

- > zdolności muzyczne: słuch muzyczny (poczucie wysokości, czasu trwania, głośności i barwy dźwięku, słuch harmoniczny), pamięć muzyczna, wyobraźnia muzyczna, poczucie rytmu, smak muzyczny;
- > czynniki intelektualne: obszar doświadczeń muzycznych, wiedza muzyczna, inteligencja i myślenie muzyczne (zdolność do analizy, syntezy, porównywania, rozróżniania podobieństw i kontrastów);
- > czynniki emocjonalne i estetyczne: zdolność do emocjonalnego przeżywania muzyki, dostrzeganie jej wartości, wrażliwość muzyczna;
- > postawy i nawyki: aktywność słuchowa, pozytywne nastawienie, zainteresowanie muzyką;
- > czynniki osobowościowe: charakter, temperament;
- > czynniki kulturowe: środowisko, mentalność narodowa, obyczajowość, przeżywanie kulturowych elementów muzyki;
- > czynniki zewnętrzne: warunki akustyczne, cechy dźwięku itp. [Wierszyłowski 1966, Bula 1971: 5–15, Chodyna 1973: 45–59, Burowska 1980: 16–25; Lipska, Przychodzińska 1991; Sacher 1999 i in.].

Kontakt z muzyką wymaga wielostronnego spojrzenia na zjawiska podlegające prawom rozwoju człowieka. Przy planowym wykorzystaniu muzyki, np. w celach terapeutycznych, niezbędna jest analiza wszystkich czynników i stworzenie kompleksowego obrazu odbiorcy, na którego muzyka może oddziaływać w konkretny sposób.

Refleksjami na temat wspomnianych powyżej zagadnień dzieli się w swoim artykule *Kompozycja a muzykoterapia* Klaudia Kukielczyńska, która pokazuje, „na ile zrozumienie znaczenia procesu twórczego dla rozwoju osobowości pozwala skuteczniej wykorzystywać jego walory dla potrzeb człowieka cierpiącego”, i objaśnia, „w jaki sposób znajomość technik kompozytorskich otwiera drogę do przeniesienia ich na grunt metod terapeutycznych” [Kukielczyńska 2006: 23]. Autorka podkreśla, że „w ujęciu kompozytorów proces twórczy daje możliwość osiągnięcia wewnętrznej harmonii, spokoju, jest źródłem radości, szczęścia, jak i przyniesieniem ulgi w cierpieniu” [Kukielczyńska 2006: 27].

Z kolei w artykule *Oddziaływanie muzyki na człowieka (opinie studentów)* [Kataryńczuk-Mania, 2006, 135–136] ja sama wskazuję na wybrane refleksje pochodzące z badań sondażowych przeprowadzonych wśród 175 studentów Uniwersytetu Zielonogórskiego, którzy doceniają potrzebę kontaktu z muzyką. Celem badań było uzyskanie odpowiedzi: *Czy i jak muzyka może oddziaływać na człowieka?* W wypowiedziach respondentów można znaleźć stwierdzenia typu: „bez muzyki świat byłby nieciekawym, smutnym, chorym”; „muzyka jest drugim domem, w którym można się skryć”; „muzyka jest oderwaniem od rzeczywistości, towarzyszy całymi dniami różnym stanom emocjonalnym, można przy niej marzyć, rozmyślać, wspominać, relaksować się, czuć się bezpiecznym, spokojnym, uczyć się i bawić” [Kataryńczuk-Mania, 2006: 135].

Paweł Cylulko, od lat zgłębiający problematykę muzykoterapii ze szczególnym uwzględnieniem tyflomuzykoterapii, przedstawił kilka interesujących artykułów dotyczących muzykoterapii w pracach zbiorowych, które ukazały się pod moją redakcją i współredakcją. Warto tu wymienić tekst zatytułowany *Zastosowanie polskich kolęd i pastorałek w muzykoterapii* opublikowany w tomie *Sztuka w kontekście oddziaływania na człowieka*. Według autora

za zastosowaniem polskich kolęd i pastorałek w muzykoterapii przemawia przede wszystkim ich swoistość i niepowtarzalność polegająca m.in. na tym, że: są one znane zdecydowanej większości polskiego społeczeństwa [...], są źródłem bogatych doznań estetycznych [...], najczęściej są odbierane jako „bezpieczne” i „przyjazne”, niosą ze sobą ogromny ładunek emocjonalny – najczęściej o zabarwieniu pozytywnym. [...] Grupowe śpiewanie lub granie ułatwia nawiązywanie lub podtrzymywanie kontaktów interpersonalnych oraz doskonali umiejętność współpracy w grupie [Cylulko 2006: 149].

Kolejny artykuł Pawła Cylulki to *Terapeutyczno-diagnostyczne aspekty improwizacji na dziecięcych instrumentach perkusyjnych*, opublikowany w książce *Wybrane elementy terapii w procesie edukacji artystycznej*.

Autor omawia w nim instrumentarium niezbędne w pracy każdego muzykoterapeuty, wskazuje sposoby wydobywania dźwięków na dziecięcych instrumentach perkusyjnych, podkreśla walory improwizacji instrumentalnej, a także jej znaczenie terapeutyczne. Na uwagę zasługuje diagnostyczne znaczenie improwizacji, które wiąże się m.in. ze sposobem i czasem wybierania instrumentu lub instrumentów, z rodzajem wybranego instrumentu, kontaktem fizycznym z instrumentem, sposobem jego trzymania i manipulowania nim, techniką wydobywania dźwięków oraz z materiałem akustycznym będącym wynikiem improwizacji. Wspólne muzykowanie dostarcza wiedzy o dziecku (np. o stanie jego zdrowia, rodzaju oraz stopniu opóźnień i zaburzeń rozwoju, cechach temporalnych). Terapeuta może diagnozować napięcia różnych grup mięśni, ruchy mimowolne, emocje, pobudzenie, odprężenie i inne czynniki [Cylulko 2002: 73–82].

Swoje przemyślenia, spostrzeżenia i doświadczenia dotyczące specyfiki funkcjonowania niepełnosprawnych wzrokowo pacjentów Paweł Cylulko przedstawił w pracy pt. *Tyflomuzykoterapia*. Autor porusza temat sztuki muzycznej dla pacjentów z niepełnosprawnością wzrokową, wyjaśnia terminologię tyflomuzykoterapii, wskazuje na funkcje, cele i środki oddziaływania terapeutycznego, omawia proces terapeutyczny i podaje propozycje ćwiczeń z zakresu muzykoterapii. Jest to bardzo inspirujący materiał dla pedagogów-terapeutów podejmujących pracę terapeutyczną [Cylulko 2005: 139–148].

W książce *Innowacje pedagogiczne w edukacji muzycznej dzieci i młodzieży* Paweł Cylulko w artykule pt. *Doskonalenie słuchu niewidomych i słabowidzących dzieci poprzez działania muzykoterapeutyczne* przedstawia metodyczne rozwiązania dotyczące kształcenia muzycznego dzieci niepełnosprawnych wzrokowo, przybliży tyflomuzykoterapię, podaje przykładowe ćwiczenia słuchowe, wskazuje na materiał akustyczny oraz pomoce służące stymulacji słuchowej i wybrane techniki stosowane w muzykoterapii [Cylulko 2000: 69–78]. W tej publikacji znaleźć można także artykuł Danieli Colonnej-Kasjan pt. *Muzykoterapia i trening relaksacyjny jako metody oddziaływania psychoprofilaktycznego w toku edukacji dzieci w młodszym wieku szkolnym*. Autorka podkreśla, że

ze względu na uniwersalność muzykoterapii, jako metody oddziaływania, a także bogactwo i zróżnicowanie poszczególnych technik terapeutycznych, wprowadzenie zajęć muzykoterapeutycznych w tok standardowej edukacji szkolnej okazało się działaniem celowym i przynoszącym bardzo pozytywne efekty [Colonna-Kasjan 2000: 61].

Colonna-Kasjan dzieli się też refleksjami na temat badań własnych. W artykule pt. *Specyfika kształcenia w zakresie muzykoterapii* zawartym w pracy zbiorowej *Konteksty kultury, konteksty edukacji: wielowymiarowość kształcenia artystycznego i upowszechniania kultury* zauważa, że

programowanie i realizowanie sesji muzykoterapeutycznych wymaga umiejętności i wiedzy interdyscyplinarnej, znajomości podstaw wiedzy biomedycznej dotyczącej budowy i funkcjonowania ludzkiego organizmu oraz jego psychiki, wiedzy z zakresu pedagogiki specjalnej, psychologii klinicznej oraz psychoterapii, niezbędnej dla rozumienia mechanizmów rządzących zachowaniem oraz problemów związanych z występującymi zaburzeniami, wiedzy dotyczącej działań rehabilitacyjnych i psychoprofilaktycznych [Colonna-Kasjan 2019: 231].

Stella Kaczmarek, reprezentująca Akademię Muzyczną im. Grażyny i Kiejstuta Bacewiczów w Łodzi, dzieli się swoją wiedzą i doświadczeniami w artykule *Zastosowanie improwizacji grupowych i indywidualnych w kształtowaniu zdrowia psychicznego i rozwijania zdolności psychologicznych u uzdolnionej artystycznie młodzieży*, omawiając różnice między pedagogiką muzyczną a terapią muzyczną, określając cele muzykoterapii dziecięcej, charakteryzując młodzież uzdolnioną artystycznie, wskazując na możliwości wykorzystania muzykoterapii w szkolnictwie artystycznym oraz rolę improwizacji w muzykoterapii, a także podając przykłady zastosowania muzykoterapii w praktyce i scenariusze warsztatów (np. na odreagowanie stresu, zajęć z komunikacji i asertywności). Jak podkreśla autorka, stosując muzykoterapię, „uczniowie szkół

artystycznych mogliby uzyskać lepszy dostęp do świata własnych emocji, percepcji oraz poznania” [Kaczmarek 2019: 218].

W pracy zbiorowej pt. *Z zagadnień terapii artystycznej, logopedycznej i pedagogicznej* [Kataryńczuk-Mania (red.) 2017] także pojawia się tematyka muzykoterapii. Helena Cesarz, przedstawicielka wrocławskiej muzykoterapii, omawia szczegółowo *Wartości muzykoterapii stosowanej u osób z niepełnosprawnością* [Cesarz 2017: 27–50]. Przywołuje informacje świadczące o zainteresowaniu muzykoterapią na łamach „Ruchu Muzycznego” z 1968 roku, wspomina o artykule Andrzeja Janickiego, pisze także o powołaniu w 1972 roku (pierwszego w Polsce) Zakładu Muzykoterapii ze stojącym na jego czele profesorem dr. Tadeuszem Natansonem. Autorka zadaje pytania: „czym jest muzykoterapia, jakie ma cele i zastosowanie?”, i odpowiada, przywołując wybrane definicje, cele, dokonując klasyfikacji muzykoterapii, omawiając muzykoterapię receptywną i aktywną, metody i techniki stosowane w tej dyscyplinie, a następnie pisze o swojej pracy muzykoterapeutycznej z osobami z niepełnosprawnością. Materiał jest bardzo cenny i często wykorzystywany przez pedagogów oraz studentów. W tej samej publikacji Agnieszka Szymajda (przewodnicząca Zarządu Głównego Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich we Wrocławiu) opublikowała artykuł *O muzykoterapii kreatywnej dziecka w wieku przedszkolnym* [Szymajda 2017: 69–83]. Omawia w nim główne założenia koncepcji muzykoterapii Nordoff-Robbins w kontekście potrzeb małego dziecka. Autorka przedstawia zarys własnej koncepcji „muzycznego lustra” dziecka i wskazuje na wyniki badań własnych w pracy muzykoterapeutycznej z dziećmi. W ramach współpracy z Agnieszką Szymajdą powstał artykuł zawarty w publikacji o zasięgu międzynarodowym pt. *Aspekty profilaktyczno-terapeutyczne zajęć muzycznych w przedszkolu*, w którym omówione zostały istota i obszary muzykoterapii, scharakteryzowano nauczyciela-terapeutę, a także opisano muzyczne „odbicie” rozwoju motorycznego dziecka. Podkreślono, że „skuteczna diagnoza i okazana pomoc terapeutyczna nauczyciela, jego muzyczno-terapeutyczne kompetencje mogą przyczynić się do zmniejszenia bądź usunięcia problemów zdrowotnych dzieci” [Kataryńczuk-Mania, Szymajda 2018: 199].

Z działalności dydaktycznej

Poszukując różnych źródeł inspiracji i rozwiązań w działalności dydaktycznej oraz analizując literaturę dotyczącą problematyki edukacji muzycznej i muzykoterapii, postanowiłam opracować program Studiów Podyplomowych „Muzykoterapia w edukacji” przeznaczonych głównie dla nauczycieli muzyki, aby dać im możliwość organizacji dodatkowych zajęć na terenie placówek oświatowych. Realizacji tego zadania mogłam się podjąć, pełniąc funkcję zastępcy dyrektora w Instytucie Kultury i Sztuki Muzycznej na Uniwersytecie Zielonogórskim w roku 2004/2005. Niestety ze względów organizacyjnych i finansowych kolejne edycje studiów się nie odbyły. Nadal utrzymuję jednak kontakt z absolwentami, spotykamy się na wspólnych konferencjach, szkoleniach i dzielimy się swoimi doświadczeniami.

Jako kierownik Studiów Podyplomowych „Muzykoterapia w edukacji” zaproponowałam, by program obejmował następujące przedmioty:

- > aspekty pedagogiki muzycznej w terapii (tematyka dotyczyła pedagogiki muzycznej w naukach o wychowaniu, roli i miejsca pedagogiki muzycznej w terapii, wybranych zagadnień z zakresu pedagogiki opiekuńczo-wychowawczej i resocjalizacyjnej, teoretycznych i praktycznych podstaw oddziaływań muzyczno-terapeutyczno-wychowawczych, uwarunkowań efektywności pracy muzyczno-terapeutycznej, możliwości wykorzystania podstawowych form aktywności muzycznej);
- > wprowadzenie do muzykoterapii (skupiono uwagę na podstawowych celach muzykoterapii, wybranych koncepcjach, metodach i formach oddziaływań muzykoterapeutycznych, muzykoterapii w medycynie i współczesnej edukacji oraz na stanie badań w zakresie muzykoterapii);
- > elementy pedagogiki specjalnej i teorii terapii (problematyka przedmiotu dotyczyła głównie zadań pedagogiki specjalnej, kształcenia, wychowania, rehabilitacji osób z niepełnosprawnością, wybranych koncepcji terapii, metod stosowanych w terapii i potrzeb edukacyjnych osób z niepełnosprawnością);

- > psychologia z psychologią muzyki (omawiano wybrane zagadnienia teoretyczne z psychologii, a szczególnie psychofizjologiczne uwarunkowania rozwoju muzycznego uczniów, wybrane koncepcje psychologiczne niezbędne na oddziałach terapeutycznych oraz ABC pomocy psychologicznej);
- > wiedza o muzyce ze specjalistyczną literaturą muzyczną (omawiano zagadnienia z zakresu dziejów muzyki od starożytności do współczesności w powiązaniu z historią powszechną i procesami dokonującymi się w sferze kultury i sztuki, program obejmował poznanie utworów różnych stylów z uwzględnieniem różnic techniczno-wykonawczych zależnych od epoki i jej praktyki wykonawczej);
- > programowanie muzyki do terapii (wśród zagadnień znalazły się: dzieło muzyczne jako niewerbalny komunikat, wybrane koncepcje programowania muzyki terapeutycznej, uwarunkowania klasyfikacji utworów terapeutycznych, praktyczne wskazówki doboru utworów muzycznych na potrzeby terapii);
- > profilaktyka i rehabilitacja muzyczna (na zajęciach analizowano i realizowano cele, kierunki i zadania profilaktyki i terapii muzycznej, omawiano sposoby pracy z grupą oraz radzenia sobie z problemami, postrzeganie siebie i rozumienie swoich uczuć, praktyczne wykorzystanie metod i technik muzykoterapeutycznych);
- > wprowadzenie do arteterapii (tematyka dotyczyła sztuki i jej funkcji w życiu człowieka, istoty i celów arteterapii, współczesnych kierunków terapii przez sztukę, projektowania warsztatów artystyczno-terapeutycznych);
- > choreoterapia (w ramach tego przedmiotu skupiono uwagę na wartościach terapeutycznych tańca, merytorycznych i organizacyjnych problemach choreoterapii oraz na zapoznaniu studentów z wybranymi tańcami przydatnymi w terapii);
- > emisja głosu w terapii (główne kwestie poruszane podczas tego przedmiotu to: anatomia i fizjologia aparatu głosowego, profilaktyka i rehabilitacja głosu, praktyczne ćwiczenia pracy terapeutycznej nad głosem);

- > medyczne podstawy muzykoterapii (w ramach przedmiotu zaproponowano słuchaczom następujące zagadnienia: muzyka w medycynie, muzyka w procesie leczenia, badania reakcji fizjologicznych człowieka pod wpływem muzyki);
- > warsztaty muzykoterapeutyczne (program obejmował takie zagadnienia, jak: charakterystyka warsztatów muzykoterapeutycznych, tok postępowania terapeutycznego podczas warsztatu, gabinet terapii muzycznej, projektowanie scenariuszy warsztatów muzykoterapeutycznych);
- > praktyka specjalistyczna (poruszano następujące kwestie: praktyczne wykorzystanie gier i zabaw muzykoterapeutycznych w różnych placówkach oświatowych, możliwości sprawdzenia umiejętności muzykoterapeuty w pracy indywidualnej i zbiorowej);
- > seminarium dyplomowe (zajęcia obejmowały opracowywanie indywidualnych koncepcji badawczych na podstawie analizy literatury i aktualnego stanu wiedzy z zakresu muzykoterapii w edukacji).

Pokłosiem doświadczeń związanych ze wspomnianymi studiami było wydanie w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej (PWSZ) w Głogowie pracy zbiorowej pt. *W kręgu edukacji artystycznej i terapii*, pod moją redakcją i dzięki życzliwości rektora prof. dr. hab. Eugeniusza Józefowskiego (który był autorem projektu okładki) [Kataryńczuk-Mania (red.) 2006].

W pracy zawarto cztery bloki tematyczne:

- I. Rozważania teoretyczne
- II. Obrazy rzeczywistości w badaniach
- III. Budowanie metodyki działań edukacyjnych
- IV. Działania w obszarze arteterapii.

Zaprosiłam wówczas do współpracy znakomitych wrocławskich muzykoterapeutów, a także absolwentów Studiów Podyplomowych „Muzykoterapia w edukacji” oraz doświadczonych pedagogów-terapeutów.

Współpracując aktywnie z PWSZ w Głogowie, wspólnie z dr. Jerzym Herbergerem – psychologiem, przygotowaliśmy ogólnopolską konferencję dotyczącą przemocy. Powstała wówczas kolejna praca zbiorowa pod naszą redakcją pt. *Przemoc w zachowaniu się dzieci i młodzieży. Przyczyny,*

mechanizmy, profilaktyka [Kataryńczuk-Mania 2008], omawiająca m.in. problematykę znaczenia muzyki, różnych działań arteterapeutycznych w pracy profilaktyczno-terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą.

Podsumowanie

Pracę pedagogiczno-terapeutyczną od edukacji muzycznej różni cel zajęć i brak oceniania, w obu jednak najczęściej wykorzystuje się takie same formy aktywności. Są nimi: śpiew i ćwiczenia mowy, gra na instrumencie, ruch z muzyką, słuchanie i tworzenie muzyki. Ich znaczenie omawiam w swoich publikacjach [Kataryńczuk-Mania 2010, 2022].

Muzyka towarzyszy również realizacji wybranych metod terapeutycznych stosowanych w placówkach oświatowych i rehabilitacyjnych w pracy z dziećmi, młodzieżą i z dorosłymi. Dużą ich część omawia się w literaturze dotyczącej pedagogiki specjalnej, opiekuńczo-wychowawczej, rewalidacyjnej itp. (por. Bibliografia). Muzyka stwarza wiele możliwości do lepszego poznawania siebie i swoich potrzeb, a także potrzeb innych ludzi, na różnych płaszczyznach kulturalnych (np. podczas wieczorów terapeutycznych z muzyką, koncertów terapeutycznych, festiwali muzycznych bądź Międzypokoleniowej Akademii Muzycznej organizowanej przez Stowarzyszenie Polskich Muzyków Kameralistów) [Kataryńczuk-Mania 2020: 107–108].

Jak podkreśla Stella Kaczmarek, ważne są cztery aspekty efektywnego oddziaływania muzykoterapii, określające wpływ muzyki na procesy:

- > emocjonalne (pobudzenie emocjonalne);
- > poznawcze (stymulacja pamięci, przykuwanie uwagi);
- > społeczne (komunikacyjny potencjał muzyki);
- > osobiste (zmiana/warunkowanie zachowań pod wpływem muzyki) [Kaczmarek 2020: 276].

Uważam, że warto i należy promować muzykoterapię na gruncie pedagogicznym, zadbać o ścisłą współpracę, wspólne badania i wzbogacać materiał naukowo-metodyczny.

Bibliografia

- Bula Karol, 1971, *Słuchanie muzyki*, Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.
- Burowska Zofia, 1980, *Słuchanie i tworzenie muzyki*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Cesarz Helena, 2017, *Wartości muzykoterapii stosowanej u osób z niepełnosprawnością*, [w:] L. Kataryńczuk-Mania (red.), *Z zagadnień terapii artystycznej, logopedycznej i pedagogicznej*, Zielona Góra – Skarbona: Stowarzyszenie Polskich Muzyków Kameralistów, s. 27–49.
- Chodyna Bohdan, 1973, *Przygotowanie do pracy z płytoteką*, Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.
- Colonna-Kasjan Daniela, 2000, *Muzykoterapia i trening relaksacyjny jako metody oddziaływania psychoprolaktycznego w toku edukacji dzieci w młodszym wieku szkolnym – na podstawie badań własnych*, [w:] L. Kataryńczuk-Mania (red.), *Innowacje pedagogiczne w edukacji muzycznej dzieci i młodzieży*, Zielona Góra: Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Tadeusza Kotarbińskiego, s. 61–67.
- Colonna-Kasjan Daniela, 2019, *Specyfika kształcenia w zakresie muzykoterapii*, [w:] L. Kataryńczuk-Mania, G. Mania (red.), *Konteksty kultury, konteksty edukacji – wielowymiarowość kształcenia artystycznego i upowszechniania kultury*, Kraków–Skarbona: Stowarzyszenie Polskich Muzyków Kameralistów, s. 223–237.
- Cylulko Paweł, 2000, *Doskonalenie słuchu niewidomych i słabowidzących dzieci poprzez działania muzykoterapeutyczne*, [w:] L. Kataryńczuk-Mania (red.), *Innowacje pedagogiczne w edukacji muzycznej dzieci i młodzieży*, Zielona Góra: Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Tadeusza Kotarbińskiego, s. 69–78.
- Cylulko Paweł, 2002, *Terapeutyczno-diagnostyczne aspekty improwizacji na dziecięcych instrumentach perkusyjnych*, [w:] L. Kataryńczuk-Mania (red.), *Wybrane element terapii w procesie edukacji artystycznej*, Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, s. 73–82.
- Cylulko Paweł, 2005, *Tyflomuzykoterapia*, [w:] L. Kataryńczuk-Mania (red.), *Metody i formy terapii sztuką*, Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, s. 139–148.
- Cylulko Paweł, 2006, *Zastosowanie polskich kołęd i pastorałek w muzykoterapii*, [w:] L. Kataryńczuk-Mania, J. Karcz (red.), *Sztuka w kontekście oddziaływania na człowieka*, Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, s. 147–153.
- Gładyszewska-Cylulko Joanna, 2006, *Oddziaływanie terapeutyczne poprzez zastosowanie sztuk pięknych w pracy z osobami nie...śmiałyymi*, [w:] L. Kataryńczuk-Mania (red.), *W kręgu edukacji artystycznej i terapii*, Głogów: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, s. 21–34.

- Kaczmarek Stella, 2019, *Zastosowanie improwizacji grupowych i indywidualnych w kształtowaniu zdrowia psychicznego i rozwijania zdolności psychologicznych u uzdolnionej artystycznie młodzieży*, [w:] L. Kataryńczuk-Mania, G. Mania (red.), *Konteksty kultury, konteksty edukacji – wielowymiarowość kształcenia artystycznego i upowszechniania kultury*, Kraków–Skarbona: Stowarzyszenie Polskich Muzyków Kameralistów, s. 195–221.
- Kaczmarek Stella, 2020, *Zastosowanie muzykoterapii aktywnej w chorobach psychosomatycznych*, Łódź: Akademia Muzyczna im. Grażyny i Kiejstuta Bacewiczów.
- Kataryńczuk-Mania Lidia (red.), 2000, *Innowacje pedagogiczne w edukacji muzycznej dzieci i młodzieży*, Zielona Góra: Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Tadeusza Kotarbińskiego.
- Kataryńczuk-Mania Lidia (red.), 2002, *Wybrane element terapii w procesie edukacji artystycznej*, Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- Kataryńczuk-Mania Lidia (red.), 2005, *Metody i formy terapii sztuką*, Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- Kataryńczuk-Mania Lidia, 2006, *Oddziaływanie muzyki na człowieka (opinie studentów)*, [w:] L. Kataryńczuk-Mania, J. Karcz (red.), *Sztuka w kontekście oddziaływania na człowieka*, Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, s. 129–140.
- Kataryńczuk-Mania Lidia (red.), 2006, *W kręgu edukacji artystycznej i terapii*, Głogów: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa.
- Kataryńczuk-Mania Lidia, 2010, *Nauczyciel edukacji muzycznej we współczesnej rzeczywistości kulturalnej*, Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- Kataryńczuk-Mania Lidia, 2013, *Obszary działań i zastosowań muzykoterapii*, [w:] U. Szuścik (red.), *Nauczyciel – kreator rzeczywistości edukacyjnej. Kształcenie – teoria – praktyka nauczycielska*, Bielsko-Biała: Akademia Techniczno-Humanistyczna, s. 281–292.
- Kataryńczuk-Mania Lidia (red.), 2017, *Z zagadnień terapii artystycznej, logopedycznej i pedagogicznej*, Zielona Góra – Skarbona: Stowarzyszenie Polskich Muzyków Kameralistów.
- Kataryńczuk-Mania Lidia, 2020, *Wybrane refleksje na temat znaczenia muzykoterapii w życiu człowieka*, [w:] E. Kumik (red.), *Muzyka w duecie z edukacją*, Łódź: Akademia Muzyczna im. Grażyny i Kiejstuta Bacewiczów, s. 95–111.
- Kataryńczuk-Mania Lidia, 2022, *Edukacja muzyczna dzieci z perspektywy pedagogicznej i profilaktyczno-terapeutycznej*, Kraków: Impuls.
- Kataryńczuk-Mania Lidia, Gebreselassie Jolanta, Skrocka Dorota (red.), 2019, *Zdrowie: konteksty i pogranicza*, Gorzów Wielkopolski: Akademia im. Jakuba z Paradyża.

- Kataryńczuk-Mania Lidia, Herberger Jerzy (red.), 2008, *Przemoc w zachowaniu się dzieci i młodzieży. Przyczyny, mechanizmy, profilaktyka*, Głogów: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa.
- Kataryńczuk-Mania Lidia, Karcz Juliusz (red.), 2006, *Sztuka w kontekście oddziaływania na człowieka*, Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- Kataryńczuk-Mania Lidia, Szewczyk-Kwitkowska Jolanta, 2018, *Specyfika zajęć muzykoterapeutycznych w pracy z dzieckiem ze spektrum autyzmu w szkole podstawowej*, [w:] M. Kabat, E. Pasterniak-Kobyłecka (red.), *Nauczyciel – przestrzeń – czas – szkoła (zadania, funkcje, role dawniej i dziś)*, Zielona Góra – Poznań: Uniwersytet Zielonogórski, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, s. 145–159.
- Kataryńczuk-Mania Lidia, Szymajda Agnieszka, 2018, *Aspekty profilaktyczno-terapeutyczne zajęć muzycznych w przedszkolu*, [w:] L. Kataryńczuk-Mania, M. Przybysz-Zaremba (eds), *Health – An Interdisciplinary Study*, Vilnius: Mykolas Romeris University, s. 185–202.
- Kisiel Mirosław, 2006, *Wykorzystanie muzyki, zabawy i tańca w pracy ze słuchaczami Uniwersytetu Trzeciego Wieku*, [w:] L. Kataryńczuk-Mania (red.), *W kręgu edukacji artystycznej i terapii*, Głogów: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, s. 181–186.
- Kukiełczyńska Klaudia, 2006, *Kompozycja a muzykoterapia*, [w:] L. Kataryńczuk-Mania, J. Karcz (red.), *Sztuka w kontekście oddziaływania na człowieka*, Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, s. 23–32.
- Lipska Ewa, Przychodzińska Maria, 1991, *Muzyka w nauczaniu początkowym*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Przeremska Violetta (red.), 2002, *Problemy współczesnej edukacji muzycznej*, Łódź: Zakład Pedagogiki Muzycznej przy Katedrze Edukacji Artystycznej Uniwersytetu Łódzkiego.
- Przychodzińska-Kaciczak Maria, 1987, *Polskie koncepcje powszechnego wychowania muzycznego. Tradycje – współczesność*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Robertson James, 2000, *An Educational Model for Music Therapy: The Case for a Continuum*, „British Journal of Music Therapy”, Vol. 14, No. 1, s. 41–46.
- Rogalski Eugeniusz, 1992, *Muzyka w pozaszkolnej edukacji estetycznej*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSP.
- Sacher Wiesława A., 1999, *Słuchanie muzyki i aktywność artystyczna dzieci*, Kraków: Impuls.
- Sidorowicz Sławomir, Cylulko Paweł (red.), 2000, *Muzykoterapia w agresji, lęku i cierpieniu*, „Zeszyt Naukowy”, nr 76, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.

- Szymajda Agnieszka, 2016, *Od muzykoterapii do „muzycznego lustra” dziecka*, Wrocław: Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej.
- Szymajda Agnieszka, 2017, *O muzykoterapii kreatywnej dziecka w wieku przedszkolnym*, [w:] L. Kataryńczuk-Mania (red.), *Z zagadnień terapii artystycznej, logopedycznej i pedagogicznej*, Zielona Góra – Skarbona: Stowarzyszenie Polskich Muzyków Kameralistów, s. 69–83.
- Tischner Józef, 1981, *Etyka solidarności*, Kraków: Znak.
- Tuchowski Andrzej, 2006, *Emocjonalny i semantyczny kontekst dzieła muzycznego a programowanie muzykoterapeutyczne*, [w:] L. Kataryńczuk-Mania, J. Karcz (red.), *Sztuka w kontekście oddziaływania na człowieka*, Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, s. 11–22.
- Wierszyłowski Jerzy, 1966, *Zarys psychologii muzyki*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Streszczenie

Artykuł ma charakter refleksyjno-naukowy. Zawiera spostrzeżenia wynikające z własnych doświadczeń autorki w zakresie profilaktyki i terapii muzycznej związanych z wieloletnią pracą dydaktyczno-naukową i współpracą z Akademią Muzyczną im Karola Lipińskiego we Wrocławiu oraz z pełnioną przez autorkę w ostatnim czasie funkcją wiceprzewodniczącej Zarządu Głównego Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich.

Słowa kluczowe: edukacja muzyczna, muzykoterapia, Stowarzyszenie Muzykoterapeutów Polskich, Zakład Muzykoterapii AMKL

LIDIA KATARYŃCZUK-MANIA – doktor habilitowany, prof. Uniwersytetu Zielonogórskiego na Wydziale Nauk Społecznych. Kierownik Pracowni Edukacji Artystycznej. Autorka/współautorka artykułów i monografii naukowych (*Wychowawcze aspekty zajęć umuzykalniających w przedszkolu*, *Nauczyciel edukacji muzycznej we współczesnej rzeczywistości kulturalnej*, *Orientacje w metodologii badań*

edukacyjno-muzycznych). Redaktorka i współredaktorka prac zbiorowych z zakresu edukacji artystycznej (muzycznej), profilaktyki i terapii (m.in. *Innowacje pedagogiczne w edukacji muzycznej dzieci i młodzieży, W kręgu zagadnień edukacji artystycznej i terapii, Metody i formy terapii sztuką, Edukacja artystyczna wobec przemian społeczno-oświatowych, Edukacja artystyczna – nowe wyzwania, Dziecko/uczeń, edukacja artystyczna, terapia*). Organizatorka wielu konferencji naukowych. Prowadzi zajęcia i warsztaty artystyczno-terapeutyczne dla dzieci, studentów i nauczycieli. Rzecznawca Ministerstwa Edukacji Narodowej ds. podręczników z muzyki. Była ekspertem ds. awansu zawodowego nauczycieli. Członek Lubuskiego Towarzystwa Naukowego, Stowarzyszenia Międzynarodowego ISME (International Society for Music Education), Polskiego Towarzystwa Edwina E. Gordona, Stowarzyszenia Nauczycieli Muzyki, Stowarzyszenia Polskich Muzyków Kameralistów oraz Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich (wiceprzewodnicząca). Aktywnie współpracuje z ośrodkami naukowymi w Polsce i za granicą. Jest promotorką prac doktorskich i recenzentką.

ASPEKTY PEDAGOGICZNE MUZYKOTERAPII DZIECI

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

Wprowadzenie

Każdy rodzaj profilaktycznej i terapeutycznej pracy z dziećmi wymaga od muzykoterapeuty bogatego zasobu wiedzy i umiejętności praktycznych oraz wysokiego poziomu kompetencji społecznych. Szczególnie istotne wydaje się dążenie do nieustannego rozwoju, otwartość wobec zmian zachodzących w świecie i gotowość do podejmowania nowych zadań. Dzieci stanowią grupę wyjątkowych odbiorców, gdyż są na etapie eksplorowania rzeczywistości, gromadzenia doświadczeń, eksperymentowania, uczenia się tego, jak funkcjonować w środowisku społecznym oraz formować własne sądy i opinie. Dzieciństwo powinno być czasem zabawy i nauki, ale zdarzają się sytuacje, w których te dominujące formy aktywności zostają podporządkowane innym potrzebom – kiedy ze względu na chorobę czy wady wrodzone trzeba wdrożyć specjalistyczne procedury medyczne, gdy dziecko wzrasta w nieodpowiednich dla niego warunkach i potrzebuje pomocy psychologiczno-pedagogiczno-terapeutycznej lub z powodów losowych wymaga wsparcia emocjonalnego i materialnego.

Problemy dzieci bywają trudniejsze do zauważenia i zdiagnozowania niż problemy osób dorosłych, zwłaszcza jeśli nawiązanie kontaktu i komunikacja werbalna stwarzają problemy lub nie są możliwe.

Dzieci niejednokrotnie tłumią w sobie wynikające z własnych przeżyć emocje, często spotęgowane przez stres, stosują rozliczne mechanizmy obronne manifestujące się przez specyficzne zachowania, które z kolei mogą wpływać na nieprzychylny sposób postrzegania takich dzieci przez otoczenie. Zdarza się, że zestresowane dzieci reagują agresją słowną i fizyczną, co bywa interpretowane jako atak, choć w istocie jest formą obrony. Zrozumienie całego systemu podobnych zachowań wymaga nie tylko specjalistycznej wiedzy, lecz także, lub przede wszystkim, empatii oraz przygotowania do odpowiedniego poprowadzenia dziecka. Wykorzystanie aktywności muzycznej może w znaczący sposób przyczynić się do nawiązania relacji umożliwiających uzyskanie wglądu w wewnętrzny świat dziecka, dotarcie do przyczyn trudności i skonstruowanie programu działań muzykoterapeutycznych mających na celu poprawę funkcjonowania i optymalizację jakości życia dzieci.

Konteksty pedagogiczne muzykoterapii dzieci

Muzykoterapia stosunkowo często traktowana jest jako dyscyplina wy-
mykająca się precyzyjnym definicjom ze względu na wieloaspektowość i interdyscyplinarny charakter. Jej początki wiążą się z działaniami praktycznymi, w specjalności tej łączą się teoria, praktyka i badania dotyczące terapeutycznych zastosowań muzyki [Bruscia 2014: 22]. W koncepcji muzykoterapii Tadeusza Natanson'a główną rolę odgrywa dążenie do rehumanizacji ludzkiego życia w zindustrializowanym świecie [Natanson 1992: 70]. Muzykoterapię można traktować jako jedną z form psychoterapii, rehabilitacji lub pomocy psychomuzycznej, w której muzyka i dźwięki mają służyć przede wszystkim jako podstawa komunikacji i analizy relacji [Lecourt 2008: 6].

Zgodnie z podejściem aprobowanym przez Światową Federację Muzykoterapii (World Federation of Music Therapy – WFMT) ten rodzaj terapii to proces, w trakcie którego w placówkach medycznych, edukacyjnych i opiekuńczych muzykę wykorzystuje się w realizacji działań

ukierunkowanych na podnoszenie poziomu funkcjonowania jednostki w sferach fizycznej, intelektualnej, emocjonalnej, duchowej, społecznej i komunikacyjnej, na zyskanie dobrego samopoczucia i optymalizację jakości życia. Badania, praktyka, edukacja i szkolenie kliniczne w zakresie muzykoterapii muszą być zgodne z profesjonalnymi standardami w obszarach kulturowym, społecznym i politycznym [*World Federation...* 2011].

Zróżnicowane podejście do procesów muzykoterapeutycznych wynika z odmienności doświadczeń i zasobu wiedzy profesjonalistów zajmujących się zawodowo muzykoterapią w praktyce klinicznej i w teorii. Niebagatelny wpływ na sposób postrzegania i podejście do muzykoterapii wywierają uwarunkowania kulturowe wpływające zarówno na muzykoterapeutów, jak i na ich pacjentów czy podopiecznych. W działalności wrocławskiego ośrodka muzykoterapii związanego z Zakładem Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego najistotniejszym elementem wydaje się połączenie teorii z prowadzeniem wielowątkowej praktyki, np. w ośrodkach klinicznych związanych ze służbą zdrowia, w placówkach edukacyjnych, opiekuńczo-wychowawczych, czy w stowarzyszeniach służących aktywnej rehabilitacji [por. Cylulko, Gładyszewska-Cylulko (eds) 2016].

Rola muzykoterapii i muzykoterapeutów ulega zmianom, gdyż jest kształtowana w odpowiedzi na potrzeby społeczeństwa. Aktualnie podkreśla się konieczność realizowania terapii społecznościowej, wspólnotowej, ze zwróceniem uwagi na konteksty kulturowe, socjalne i instytucjonalne. Problemy zdrowotne nie są tylko skutkiem procesów fizycznych, bywają również spowodowane brakiem tolerancji, akceptacji czy zrozumienia oraz ignorancją ze strony społeczeństwa [Ruud 2004: 11–12].

W definicjach muzykoterapii podkreślane są nie tylko jej cele, lecz także sposoby działań. Teoria muzykoterapii wyróżnia obecnie kilka modeli, autorskie metody oraz różnorodne techniki znajdujące zastosowanie w pracy indywidualnej i grupowej. Założenia teoretyczne są kanwą, na której opiera się praktyka kliniczna.

Ze względu na wielowymiarowość muzykoterapii zauważa się potrzebę integracji zasobów wiedzy i nauki z różnych dziedzin dotyczących

funkcjonowania człowieka. Tworzenie teorii i praktyki muzykoterapeutycznej wsparte jest doświadczeniami związanymi nie tylko ze sztuką muzyczną, lecz także z psychologią, psychiatrią, socjologią i z pedagogiką.

Pedagogika to nauka o wychowaniu, kształceniu i samokształtowaniu człowieka w ciągu całego życia [Palka 1998: 9]. Podmiotem działań pedagogicznych jest człowiek, a ich istotą – wspieranie jego rozwoju w procesie wychowania i kształcenia. Greckie *pais ago* (‘prowadzę dziecko’) oznaczało pierwotnie prowadzenie, towarzyszenie, kierunkowanie, opiekę merytoryczną. Rozumienie tego pojęcia ewoluowało w ciągu dziejów. W wieku XIX odnoszono je przede wszystkim do „rozwoju sił fizycznych i władz umysłowych dziecka i najkorzystniejszych metod doprowadzenia dziecka do najwyższego stopnia doskonałości” [Rodziewicz 2011: 32]. Natomiast w wieku XX Florian Znaniecki zwracał uwagę na wartości wychowawcze budowane z uwzględnieniem aspektów kulturowych, przestrzeni geograficznej, specyfiki języka i „współczynnika humanistycznego”, co koresponduje z potrzebami czasów współczesnych [za: Rodziewicz 2011: 33].

Muzykoterapeuta odgrywa w życiu dziecka rolę podobną do roli pedagoga – jest osobą, która „prowadzi” dziecko i pomaga mu w osiągnięciu zamierzonych celów. Niemniej zakres działań tych specjalistów się różni, gdyż terapeuta niesie pomoc przede wszystkim w sytuacjach, które wymagają interwencji, kreowania działań profilaktycznych oraz promocji zdrowia. W muzykoterapii dzieci uwaga koncentruje się na problemach wynikających z zaburzeń rozwojowych, na trudnościach związanych z dysfunkcjami natury fizycznej i psychicznej oraz na działaniach profilaktycznych dedykowanych jednostkom oraz grupom.

Muzykoterapię można traktować jako formę działania, której podstawą jest aktywność muzyczna w postaci recepcji dzieł muzycznych, kreacji muzycznej oraz indywidualnego i zespołowego muzykowania. Celem podejmowanych aktywności jest wgląd w problemy pacjenta, refleksja i zyskanie umiejętności pozwalających na zainicjowanie i realizowanie postępowania profilaktycznego i/lub procesu terapeutycznego.

Prowadzenie zajęć muzykoterapii z grupami dzieci oraz w systemie indywidualnym związane jest z potrzebą znajomości zasad pedagogiki jako nauki praktycznej. Badania w muzykoterapii dzieci podejmowane są często z wykorzystaniem metodologii *stricte* pedagogicznych, co wiąże się z rozwojowym charakterem obu dziedzin.

Jak zaznacza Józef Lipiec, celu pedagogiki nie stanowi dokonywanie opisów fragmentów świata, ale „dostarczenie narzędzi do świadomych jego przekształceń”, a jednym z zadań pedagogiki jest „uzasadnienie tezy, że człowieka można wychować w pożądanym, uzasadnionym pewną aksjologią kierunku” [Lipiec 2004: 14], co łączy się ściśle z praktyką pedagogiczną, nie można bowiem prowadzić procesu wychowania wyłącznie w teorii. W centrum zainteresowania pozostaje człowiek jako jednostka, która choć należy do zbiorowości, to charakteryzuje się cechami indywidualnymi.

Zdaniem Joanny Skibskiej, postrzegającej nauczyciela jako osobę o kompetencjach wykraczających poza ramy edukacji przedmiotowej, we współczesnej pedagogice szczególnego znaczenia nabiera podmiotowe podejście do dzieci. W opinii tej autorki „podmiotowość dziecka to także swoisty wyznacznik i miernik wiedzy oraz umiejętności dobrego nauczyciela: wychowawcy – diagnosty – terapeuty” [Skibska 2013: 339].

Muzykoterapia – wychowanie – edukacja

Założenia pedagogiki korespondują z założeniami muzykoterapii traktowanej jako proces, którego celem jest dążenie do uzyskania pożądanego poziomu jakości życia przez stymulowanie potencjału tkwiącego w każdym człowieku dzięki świadomemu i zaplanowanemu wykorzystaniu muzyki i aktywności muzycznej w toku realizacji sesji muzykoterapeutycznych.

W pracy z dzieckiem elementy wychowania oraz terapii korelują ze sobą i się przenikają, gdyż nie można oddzielić działań muzykoterapeutycznych od działań wychowawczych i edukacyjnych. Przyjawszy założenie, że udział w zajęciach muzykoterapii pomaga w niwelowaniu

problemów wynikających z dysfunkcji, wspiera w rozwoju i w samorozwoju, można wnioskować, iż kontakt ze sztuką muzyczną będzie wywierać na dzieci wpływ wychowawczy i edukacyjny.

Doświadczenie sztuki jest jednym z elementów wychowania i kształcenia, przy czym znaczenie ma tu wartość sztuki oraz samego doświadczenia. Działania na rzecz poznawania i odkrywania piękna prowadzą do głębokiego przeżywania, które jest istotą doznania estetycznego [Miczka-Pajestka 2019: 135–140]. Sztuka i sposób jej postrzegania związane są nierozdzielnie z kulturą duchową i materialną, w obrębie której człowiek się rodzi i wzrasta. Kultura jest więc podstawą kształcenia i wychowania, a sztuka służy ekspresji emocji i refleksji.

W opinii Pawła Heroda „sztuka wychowania, czyli pedagogika, powinna odnosić się do duszy i uczuć rozwijającego się dziecka, odkrywać jego artystyczną naturę, umożliwiać swobodny rozwój osobowości” [Herod 2012: 259]. Zajęcia muzyczne i muzykoterapeutyczne należy zatem traktować jako formy wspierania wszechstronnego rozwoju, w tym wzbogacania wiedzy i kompetencji muzycznych oraz społecznych.

Zajęcia muzykoterapeutyczne mogą być prowadzone w placówkach oświatowych i opiekuńczych w sposób dostosowany do warunków i wymogów w danym ośrodku. Cele i zadania realizowane w trakcie takich zajęć są w wielu obszarach spójne z zawartymi w podstawie programowej celami wychowania i kształcenia ogólnego. Zgodnie z obowiązującymi koncepcjami edukacyjnymi i podstawą programową szkoły podstawowej zadaniem szkoły jest

wprowadzenie dziecka w świat wiedzy, przygotowanie do wykonywania obowiązków ucznia oraz wdrażanie do samorozwoju. Najważniejszym celem kształcenia w szkole podstawowej jest dbałość o integralny rozwój biologiczny, poznawczy, emocjonalny, społeczny i moralny ucznia” [*Podstawa programowa 2021*].

Celami kształcenia ogólnego mają być m.in. „wprowadzanie uczniów w świat wartości”, „formowanie u uczniów poczucia godności własnej osoby i szacunku dla godności innych osób”, „wszechstronny rozwój osobowy

ucznia” czy „aktywny udział w życiu kulturalnym szkoły, środowiska lokalnego oraz kraju” [Podstawa programowa 2021]. Osiągnięcie tego ostatniego celu wymaga od pedagoga przygotowania w zakresie edukacji artystycznej.

Zajęcia muzykoterapeutyczne ze względu na swój charakter zawierają elementy edukacji artystycznej, która, co podkreśla Lidia Kataryńczuk-Mania, oparta jest na „studiowaniu dzieł sztuki [...], bezpośrednim kontakcie z dziełami sztuki [...], uczestnictwie w działaniach artystycznych” [Kataryńczuk-Mania 2016: 92]. W Polsce formalna edukacja muzyczna realizuje się w dwojaki sposób: jako element programu edukacji ogólnokształcącej w szkołach podstawowych w wymiarze jednej godziny tygodniowo oraz w profesjonalnych szkołach muzycznych, w których edukuje się uczniów utalentowanych muzycznie.

W muzykoterapii nie dokonuje się selekcji związanej z poziomem predyspozycji muzycznych, gdyż przyjmuje się, że w czasie zajęć należy odkrywać potencjał każdego uczestnika i tworzyć warunki do wszechstronnego rozwoju oraz ekspresji emocji. Niejednokrotnie okazuje się natomiast, że kontakt ze sztuką muzyczną w trakcie muzykoterapii owocuje rozwojem zainteresowań i kompetencji muzycznych dzieci.

Muzykoterapia percepcyjno-skojarzeniowa stwarza przestrzeń do kontaktu z dziełami muzycznymi, których wybór umożliwia realizację celów nie tylko *stricte* terapeutycznych, lecz także edukacyjnych – dzieci zaznajamiają się z literaturą muzyczną, mają okazję poszerzyć wiedzę na temat kompozycji, historii muzyki, poznać wybrane formy muzyczne i ich strukturę; oraz wychowawczych – wspólne wykonywanie jednego zadania integruje grupę, dzieci uczą się, w jaki sposób zachowywać się podczas słuchania muzyki, by czerpać z tego zadania satysfakcję i nie utrudniać innym percepcji [Colonna-Kasjan 2020: 106–107].

Szczególną rolę w muzykoterapii dzieci odgrywa werbalizacja skojarzeń związanych z percypowaną muzyką, umożliwia bowiem wyrażenie swoich opinii, przyswojenie zasad dyskusji, naukę tolerancji dla odmienności poglądów i gustów innych osób.

W muzykoterapii aktywnej dominującymi formami działania są tworzenie, improwizacja czy indywidualne lub zespołowe kreowanie i wykonywanie muzyki. Gra na instrumentach, śpiew i taniec wpływają

korzystnie na poziom koordynacji wzrokowo-słuchowo-ruchowej, sprawności motorycznej, szczególnie manualnej, a dzięki konieczności współpracy i współdziałania w zespole przyczyniają się do rozwoju umiejętności społecznych. Uspołecznienie i uwrażliwienie dzieci w trakcie zajęć muzykoterapeutycznych to cel, do którego dąży się zgodnie z trendami współczesnej edukacji.

Prowadzenie zajęć dla dzieci obliuguje do przestrzegania zasad etyki i promowania uniwersalnych wartości obowiązujących w przestrzeni społecznej. Efektywna praca z dziećmi opiera się na specyficznej relacji, której podstawą jest zaufanie. Do nawiązania pozytywnej relacji przyczyniają się:

- > empatia, która niejednokrotnie ułatwia zrozumienie zachowania dziecka;
- > akceptacja dziecka jako osoby, której godność należy szanować;
- > elastyczność, jako cecha postępowania umożliwiająca dostosowanie form działania do zmieniających się okoliczności i potrzeb dziecka w określonym momencie;
- > umiejętność przewidywania, odpowiedzialność i konsekwencja.

Praca muzykoterapeutyczna z dziećmi

W toku mojej pracy wiele razy miałam kontakt z dziećmi, których zachowania nie były akceptowane przez ich otoczenie. Do zadań terapeutów i pedagogów należy w takich wypadkach wnikliwe obserwowanie dzieci, analiza gromadzonych danych i formułowanie wniosków na ich podstawie. Nie zawsze dzieci są gotowe do otwartej rozmowy, dlatego też warto wykorzystywać muzykę i inne rodzaje sztuki jako swoistego rodzaju medium. W szczególny sposób zapamiętałam buntownicze zachowania jedenastolatka, który nagle zaczął sprawiać wrażenie osoby negatywnie nastawionej do większości typów aktywności w środowisku szkolnym. Chłopiec stale był w opozycji, odmawiał współpracy, atakował rówieśników, prowokował konflikty, lekceważąco odnosił się do nauczycieli

w szkole, negując ich wiedzę i podważając autorytet. Brak sukcesów edukacyjnych sprzęgał się z niską pozycją dziecka w grupie rówieśniczej. W czasie zajęć muzykoterapii grupowej chłopiec początkowo pozostawał na uboczu, ale po kilku tygodniach zaangażował się w wyjątkowo dramatyczną i silnie nacechowaną emocjami improwizację, po czym zostawił instrumenty i głośno powiedział słowo „nie”. Podczas rozmowy indywidualnej bezpośrednio po zajęciach dowiedziałam się, co było przyczyną buntu. Okazało się, że rodzina z wielką radością oczekiwała narodzin, upragnionego przez wszystkich rodzeństwa chłopca. Niestety tuż przed wyczekiwanim dniem wydarzyła się tragedia i zamiast radości w domu zapanowały rozpacz, żal, poczucie krzywdy i niesprawiedliwości po utracie nowego członka rodziny. Sytuacja była bardzo trudna do zniesienia dla rodziców chłopca, który w panującym chaosie emocjonalnym zupełnie nie umiał się odnaleźć i prawdopodobnie dlatego usiłował zwrócić na siebie uwagę prowokacyjnym zachowaniem.

Z perspektywy czasu mogę stwierdzić, że erupcja emocji w improwizacji umożliwiła chłopcu wyrażenie uczuć, których długo nie był w stanie określić werbalnie, a także ich odreagowanie. Ustalenie przyczyny jego aspołecznych zachowań stało się wstępem do działań terapeutycznych, które przyniosły zamierzony efekt. Po kilku miesiącach pracy terapeutycznej i wychowawczej zachowania chłopca przestały budzić kontrowersje, a on sam przekonał się, że istnieją skuteczne sposoby radzenia sobie z frustracją.

Nieco inne problemy dotyczą dzieci z dysfunkcjami narządu ruchu czy niskim poziomem sprawności motorycznej, muszą się one dostosować do warunków panujących w otoczeniu ze świadomością, że nie wszystkie formy aktywności będą ich udziałem. Działania oparte na aktywności muzycznej stają się dla nich okazją do podnoszenia poziomu sprawności i koordynacji psychomotorycznej, zdobywania nowych umiejętności oraz ukierunkowania swojej energii.

Z obserwacji swobodnych zachowań dzieci w czasie przerw międzylekcyjnych w placówce integracyjnej dokonanych przeze mnie w latach 1997–2017 wynika, że uczniowie z niepełnosprawnościami motorycznymi – z mózgowym porażeniem dziecięcym (MPD), przepukliną

oponowo-rdzeniową, z dystrofią mięśniową itp. – byli z reguły otoczeni przyjaźnie nastawionymi rówieśnikami, którzy w razie potrzeby spontanicznie im pomagali, co sprzyjało budowaniu poczucia własnej wartości tych uczniów. Wysoki poziom współpracy podczas zajęć grupowych przynosił wymierne efekty w postaci udanych koncertów, spektakli muzycznych, udziału w konkursach muzycznych organizowanych na forum szkolnym i pozaszkolnym, w których zawsze uczestniczyli wszyscy członkowie grup. Uczniowie sami poszukiwali sposobów rozwiązywania problemów technicznych związanych z koniecznością zorganizowania miejsca na scenie czy stosownych dekoracji, między którymi trzeba było ustawić wózki inwalidzkie.

Inaczej układały się relacje rówieśnicze dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Takie osoby stykają się z obiektywnymi trudnościami wynikającymi z problemów ze zrozumieniem mechanizmów rządzących życiem społecznym, z koniecznością radzenia sobie w środowisku rówieśniczym, które nie zawsze jest przyjazne.

W klasach edukacji wczesnoszkolnej dzieci na przerwach bawiły się z reguły wspólnie z koleżankami i kolegami z klasy. W trakcie kolejnych etapów edukacyjnych można było zauważyć sukcesywne wyodrębnianie się podgrup. Dzieci z niepełnosprawnością intelektualną tworzyły własną grupę, funkcjonującą obok innych. Pozostali uczniowie z reguły traktowali uczniów integracyjnych z szacunkiem i sympatią, ale trudno im było nawiązać relacje przyjacielskie przy braku wspólnych zainteresowań i tematów do rozmowy. Podczas zajęć muzykoterapii starałam się wówczas tworzyć takie warunki, by uczniowie z niepełnosprawnością mogli zostać docenieni przez kolegów. W grupie uczniów integracyjnych zdarzały się osoby wyjątkowo utalentowane muzycznie, do takich należała m.in. dziewczynka z trisomią, która w trakcie zajęć indywidualnych nauczyła się grać na fortepianie z nut w dwóch kluczach. Będąc w klasie piątej, zaprezentowała swoje umiejętności całej grupie. Sukces dziewczynki na forum umożliwił zmianę nastawienia rówieśników, gdy okazało się, że dysponuje ona umiejętnościami wykraczającymi poza standardowy poziom. Uczennica została doceniona przez klasę, co ułatwiło jej zyskanie wiary we własne siły i dodało pewności siebie.

Brak pewności siebie, brak otwartości oraz niestandardowe reakcje na bodźce, które nikogo innego nie wyprowadzają z równowagi, ale dla nich samych są trudne do zniesienia, przejawiają często dzieci ze spektrum zaburzeń autystycznych (ASD – *autism spectrum disorder*). Na podstawie powierzchownej obserwacji łatwo ocenić tak zachowujące się dziecko jako źle wychowane czy wręcz niewychowane, co jest krzywdzące.

Umożliwienie takim uczniom uczestnictwa w zajęciach muzykoterapeutycznych daje im okazję do zdobywania doświadczeń w życiu społecznym. Należy pamiętać, że dzieci, które borykają się z różnego rodzaju zaburzeniami, trzeba mądrze wspierać w rozwoju i konsekwentnie wychowywać. Od muzykoterapeuty oczekuje się zatem nie tylko wysokiego poziomu kompetencji muzycznych i terapeutycznych, lecz także umiejętności postępowania z dziećmi i radzenia sobie w trudnych sytuacjach oraz umiejętności pedagogicznych związanych z przekazywaniem wiedzy, kształtowaniem nastawienia dzieci wobec siebie i otaczającego świata.

Konkluzja – wspólne wartości

Podmiotem działań muzykoterapeutycznych i pedagogicznych jest człowiek, wartościami nadrzędnymi zaś jego życie i zdrowie. To ostatnie traktować można jako wartość samą w sobie, cel pracy terapeutycznej, edukacji prozdrowotnej i proekologicznej.

W teorii muzykoterapii podkreśla się wpływ procesu muzykoterapeutycznego na jakość życia, która determinowana jest okolicznościami zależnymi i niezależnymi od jednostki. Ochrona zdrowia i dążenie do uzyskania i utrzymania optymalnego poziomu jakości życia są wpisane w ludzką naturę. Dysfunkcje wynikające z niepełnosprawności, choroby i zaburzenia rozwojowego stosunkowo często wiążą się z obniżeniem poziomu jakości życia, w tym życia społecznego, i ze stygmatyzacją, która może przyczyniać się do izolacji nie tylko dzieci, lecz także ich

najbliższych. Przez udział w zajęciach muzycznych i muzykoterapeutycznych kształtuje się właściwe nastawienie i postawy wobec zdrowia własnego i innych osób [Uchyla-Zroski 2011: 159].

Pozytywny wpływ muzyki na człowieka obserwuje się już od czasów starożytnych – ze względu na jej etos i wpływ na kształtowanie szlacheckich charakterów doceniano jej funkcje wychowawcze. Jak podkreśla Paweł Herod, muzyka przyczynia się do

harmonijnego rozwoju fizycznego i psychicznego, wyostrza wrażliwość, wywiera wpływ na wyobraźnię, inteligencję, wychowanie moralne. Muzyka może być przydatna do rozwoju myślenia, poprawiania pamięci i koncentracji, daje upust nadmiarowi energii, kształtuje charakter, uczy systematyczności i przewyżczania trudności [Herod 2012: 260].

Wychowanie muzyczne umożliwia dziecku sukcesywne odkrywanie potrzeb związanych z własną ekspresją, wynikających z zainteresowań sztuką, motywuje do podejmowania aktywności i samokształcenia. Jak twierdzi Jadwiga Uchyla-Zroski, „wychowanie muzyczne sprawia, że funkcjonowanie dziecka w kulturze danego społeczeństwa jest zgodne z jego naturalnymi potrzebami. Natomiast w jego dorosłym życiu może stanowić ponadczasową wartość” [Uchyla-Zroski 2011: 159].

Wychowanie do wartości wiąże się z formowaniem pożądanego społecznie nastawienia wobec otaczającego świata, kształtowaniem postaw prospołecznych i promowaniem zachowań prozdrowotnych. Celem nie jest modelowanie czy „urabianie” wychowanka według przyjętego wzoru, ale

wspieranie w tym, by stawał się coraz bardziej dojrzały, coraz bardziej twórczy, coraz bardziej życzliwy, czyli coraz lepszy [...]. Bycie twórczym odnosi się do działania, pracy, spędzania czasu wolnego, ale przede wszystkim do tworzenia samego siebie [...], bycie coraz bardziej dojrzałym zakłada rozwój samodzielności myślenia, samoświadomości i miłości do innych [Braun-Gałkowska 1994: 15].

Niewątpliwie w pracy z dziećmi warto wykorzystywać formy aktywności zawierające elementy muzykoterapii i pedagogiki, wspierające osiągnięcie zamierzonych celów. Nadrzędnym zaś celem wychowania, kształcenia i terapii powinno być dążenie do wyposażenia dzieci w umiejętności i kompetencje, które umożliwią im samodzielne funkcjonowanie na optymalnym poziomie bez konieczności sięgania po bezpośrednią pomoc pedagoga czy terapeuty.

W dobie globalizacji kultury należy promować wartości uniwersalne, ukazywać dobro i piękno, tworzyć warunki do obcowania ze sztuką, w tym ze sztuką muzyczną, która od wieków wzbogaca ludzkie życie. Muzyka jest dobrem społecznym, przyczynia się do wzmacniania relacji interpersonalnych, wpływa korzystnie na stan zdrowia. Na prozdrowotne efekty angażowania się w różne rodzaje aktywności muzycznej zwraca uwagę Even Ruud, który twierdzi, że muzykoterapeuci powinni zacząć uczyć innych dbania o własne potrzeby zdrowotne przez wielorakie wykorzystanie muzyki i muzykowania. Autor ten posługuje się pojęciem *musicizing*, oznaczającym wszelkie działania związane z muzyką – wykonywanie, słuchanie i komponowanie [Ruud 2008: 4]. Być może właśnie takie połączenie pedagogiki i muzykoterapii stanie się w przyszłości mottem muzykoterapeutów.

Bibliografia

- Braun-Gałkowska Maria, 1994, *W tę samą stronę. Książka dla nauczycieli o wychowaniu i lekcjach wychowawczych*, Warszawa: Wyd. Krupska i S-ka.
- Bruscia Kennet, 2014, *Defining Music Therapy*, Barcelona: Barcelona Publishers.
- Colonna-Kasjan Daniela, 2020, *Możliwości wykorzystania technik muzykoterapii w edukacji*, [w:] A. Kamińska-Małek, P. Oleśniewicz (red.), *Edukacja jutra. Oferta edukacyjna odpowiedzią na problemy współczesności*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Sztuki Wojennej, s. 102–113.
- Cybulko Paweł, Gładyszewska-Cybulko Joanna (eds), 2016, *Wrocław Music Therapy Models*, [w serii:] „Wrocław Music Therapy”, Vol. 2, Wrocław: The Karol Lipinski Academy of Music.

- Herod Paweł, 2012, *Muzyka jako integralny element wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej*, [w:] B. Surma (red.), *Nowe wyzwania i perspektywy dla wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej*, Kraków: Akademia Ignatianum: Wydawnictwo WAM, s. 259–284.
- Kataryńczuk-Mania Lidia, 2016, *Odkrywać świat muzyki. Nowe trendy w elementarnej edukacji muzycznej*, [w:] E. Grygar, I. Polak (red.), *Muzyka, plastyka i teatr w edukacji artystycznej dzieci i młodzieży*, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 91–102.
- Lecourt Édith, 2008, *Muzykoterapia, czyli jak wykorzystać siłę dźwięków*, tłum. L. Teodorowska, Chorzów: Videograf II.
- Lipiec Józef, 2004, *Filozofia i pedagogika*, [w:] S. Palka (red.), *Pogranicza pedagogiki i nauk pomocniczych*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 13–22.
- Miczka-Pajestka Monika, 2019, *Sztuka – estetyzacja rzeczywistości – wychowanie i kształcenie przez sztukę. Pozaestetyczne aspekty sztuki w ponowoczesnej kulturze i edukacji*, [w:] A. Kamińska, P. Oleśniewicz (red.), *Edukacja jutra. Formy wzbogacania wychowania i zmniejszania zagrożeń społecznych*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Sztuki Wojennej, s. 135–148.
- Natanson Tadeusz, 1992, *Programowanie muzyki terapeutycznej. Zarys podstaw teoretycznych*, „Zeszyt Naukowy”, nr 53, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Palka Stanisław, 1998, *Metodologiczne aspekty uprawiania pedagogiki*, [w:] S. Palka (red.), *Orientacje w metodologii badań pedagogicznych*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 9–14.
- Podstawa programowa*, 2021, [online] <https://podstawaprogramowa.pl/Szkola-podstawowa-I-III> [20.08.2021].
- Rodziewicz Ewa, 2011, *O metaforze „pais-ago” i przemieszczaniu jej znaczeń dzisiaj*, „Przegląd Pedagogiczny”, nr 1, s. 30–45.
- Ruud Even, 2004, *Reclaiming Music (Foreword)*, [w:] M. Pavlicevic, G. Ansdell (eds), *Community Music Therapy*, London: Jessica Kingsley, s. 11–14.
- Ruud Even, 2008, *Community Music Therapy*, [online] <https://www.hf.uio.no/imv/personer/vit/emeriti/evenru/even.artikler/CMTherapy.pdf> [15.07.2021].
- Skibska Joanna, 2013, *Podmiotowość dziecka w procesie edukacji – idea pedagogiki Janusza Korczaka we współczesnej praktyce pedagogicznej*, [w:] K. Denek, A. Kamińska, P. Oleśniewicz (red.), *Edukacja jutra. Uwarunkowania współczesnej szkoły*, Sosnowiec: Oficyna Wydawnicza Humanitas, s. 339–347.
- Uchyla-Zroski Jadwiga, 2011, *Kultura muzyczna dzieci i młodzieży w kontekście założeń edukacyjnych szkoły i wyników badań nad motywami uczenia się muzyki*, [w:] J. Szempruch, B. Bugajska-Jaszczołt, L. Pawelec, I. Stańczak (red.), *Oblicza wychowania*, Kielce: Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy, s. 159–174.

World Federation of Music Therapy, 2011, [online] <https://wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/> [20.08.2021].

Streszczenie

Artykuł dotyczy aspektów pedagogicznych w podejściu do działań muzykoterapeutycznych prowadzonych z dziećmi. W centrum zainteresowania muzykoterapii i pedagogiki jest człowiek – jego potrzeby, wewnętrzny potencjał, możliwości i perspektywy rozwoju. Obie dziedziny ściśle łączą teorię z praktyką, a wszelkie działania są planowane i elastycznie modyfikowane stosownie do zmieniających się warunków i indywidualnych potrzeb. Przygotowanie pedagogiczne ułatwia muzykoterapeutom skuteczne programowanie i realizowanie zajęć profilaktycznych oraz terapeutycznych. Cele muzykoterapii dzieci są w dużym stopniu spójne z celami wyznaczanymi w edukacji i wychowaniu w odniesieniu do dzieci zdrowych i do dzieci z dysfunkcjami. Szczególne znaczenie ma kontakt ze sztuką, który wpływa na poziom kompetencji społecznych i kulturowych dzieci.

Słowa kluczowe: muzykoterapia dzieci, pedagogika, wychowanie, sztuka

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

MUZYKOTERAPIA DZIECI Z GŁĘBOKĄ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ Z ZASTOSOWANIEM AKTYWNYCH TECHNIK W FORMIE INDYWIDUALNEJ

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

Wstęp

Muzykoterapia, posługując się niewerbalnymi metodami pracy, niesie ze sobą unikatową możliwość budowania relacji z osobami, z którymi z różnych powodów kontakt werbalny jest utrudniony lub wręcz niemożliwy. Istnieje wiele argumentów przemawiających za stosowaniem muzykoterapii jako formy pracy z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim.

Po pierwsze to forma terapeutyczna, która wykorzystując muzykę czy też – ujmując rzecz szerzej – dźwięk, stwarza możliwość „odezwania się” do dziecka w sposób nie tylko zrozumiały, lecz także dostępny. Po drugie naruszenie struktur poznawczych nie musi być tożsame z naruszeniem pierwotnej muzykalności jednostki, przez co nawiązanie kontaktu jest nie tyle nawet łatwiejsze, ile w ogóle możliwe. Wymienione wartości odnoszą się do jednostki poddawanej procesowi terapeutycznemu. Niemniej istnieją również i takie aspekty, które dotyczą samej muzykoterapii, jak np. jej egalitarne podejście do twórczości i procesu tworzenia oraz jej cele, w dużym stopniu rozbieżne z celami pedagogiki muzycznej.

Często pomijany, a wcale nie najmniej istotnym czynnikiem wskazującym muzykoterapię jako właściwy rodzaj pracy terapeutycznej z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim jest to, że dziecko odbiera ją jako naturalną formę wyrażania siebie, ekspresji emocji oraz zabawy. To właśnie element zabawowy sprawia, że muzykoterapeuta zwykle nie musi się mierzyć z oporem, niechęcią czy też wrogością wobec ćwiczeń i zadań, które proponuje podczas terapii.

Niepełnosprawność intelektualna w stopniu głębokim

Niepełnosprawność intelektualna wiąże się z zahamowaniem lub też niepełnym rozwojem umysłu, który to stan pociąga za sobą liczne trudności w wielu obszarach funkcjonowania człowieka. Charakteryzuje się niedoborem umiejętności i możliwości zarówno poznawczych, jak i ruchowych oraz społecznych. Często współtowarzyszy innym zaburzeniom fizycznym i psychicznym [Pużyński, Wciórka 2000: 189], choć najczęściej współwystępuje z chorobami neurologicznymi [Marciniak-Madejska 2016: 160]. Amerykańskie Stowarzyszenie Niepełnosprawności Intelektualnej i Rozwojowej (AAIDD – American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) definiuje niepełnosprawność intelektualną jako znaczące ograniczenie ogólnego poziomu funkcjonowania intelektualnego w połączeniu z zakłóceniami zachowań adaptacyjnych [Jankiewicz, Skrypnik, Skrypnik 2014]. Jest to poziom niepełnosprawności, który powoduje istotne ograniczenia samodzielności we wszystkich jej przejawach – w samoobsłudze, komunikowaniu się, poruszaniu się czy też w kontrolowaniu potrzeb fizjologicznych [Marciniak-Madejska 2016: 160].

Rzeczywisty rozwój poznawczy osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim jest zaburzony, a niedomagania dotyczą takich procesów poznawczych, jak myślenie, uwaga, spostrzeganie, pamięć oraz mowa [Jankiewicz, Skrypnik, Skrypnik 2014].

Poziom rozwoju myślenia nie przekracza zazwyczaj stadium inteligencji sensomotorycznej, przypadającego u dzieci na pierwsze dwa lata życia.

Tym, co dodatkowo utrudnia rozwój procesów myślowych osobom z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim, są często występujące liczne zaburzenia wielozmysłowego odbioru bodźców, takie jak zaburzenia widzenia, słuchu, a także czucia [Jankiewicz, Skrypnik, Skrypnik 2014].

Uwagę takich osób cechuje duża męczliwość, krótki czas koncentracji oraz wysoka zależność od czynników zewnętrznych. Ponadto ma ona charakter w dużej mierze mimowolny. Często występującym zjawiskiem są również zaburzenia odruchu orientacyjnego, do tego stopnia, że czasami nie występuje on w ogóle. Niekiedy natomiast pojawia się z opóźnieniem lub też pozostaje jako odruch przetrwały. Ponieważ w procesie diagnostycznym i terapeutycznym źródłem informacji na temat funkcjonowania osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim jest przede wszystkim wnikliwa obserwacja (z uwagi na duże ograniczenia komunikacyjne), to właśnie na jej podstawie określa się poziom odruchu orientacyjnego. Ma to zasadnicze znaczenie, gdyż umożliwia stwierdzenie, jakie bodźce wywołują odruch, kiedy się on pojawia w stosunku do wystąpienia bodźca oraz jaka jest intensywność reakcji. Określenie funkcjonowania jednostki w tym zakresie może być istotną informacją dla dalszego postępowania rewalidacyjnego i terapeutycznego [Jankiewicz, Skrypnik, Skrypnik 2014].

Trudności w spostrzeganiu wiążą się przede wszystkim z zaburzeniami funkcjonowania analizatora wzroku i słuchu. Niemniej osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną odbierają niektóre wrażenia, głównie te związane ze zmysłami bliskimi, jak węch, smak czy dotyk. W procesie terapeutycznym – również na drodze obserwacji – istotną rolę odgrywa określenie stopnia reaktywności na bodźce. W wypadku muzykoterapii szczególnie ważny jest, rzecz jasna, odbiór wrażeń słuchowych. Bardzo przydatne okazuje się ustalenie poziomu integracji sensorycznej, ponieważ

osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną charakteryzują się zróżnicowanym progiem wrażliwości na bodźce różnej modalności oraz niskim progiem tolerancji na nadmiar stymulacji. Często u osób tych obecne są sensoryzmy – nietypowe preferencje dotyczące niektórych bodźców i tendencja do unikania pozostałych. Występuje

także ograniczona zdolność do rozpoznawania bodźców, ich różnicowania i interpretowania [Jankiewicz, Skrypnik, Skrypnik 2014].

Dotknięte u omawianych osób ograniczeniami procesy pamięciowe obejmują pamięć percepcyjną (rozpoznawanie bodźców oraz ich następstwa), motoryczną (dotyczącą poszczególnych zdolności ruchowych, np. wstawania), emocjonalną (polegającą na zapamiętywaniu znaczenia bodźców) oraz proceduralną (ograniczoną do prostych, podstawowych czynności) [Kopeć 2004: 100].

W odniesieniu do podjętego w niniejszym artykule tematu niezwykle istotnym aspektem jest rozwój mowy. Zazwyczaj w wypadku głębokiej niepełnosprawności intelektualnej mowa nie występuje. Zdarza się natomiast, że jako element komunikacji werbalnej pojawiają się pojedyncze słowa, wykrzyknienia, doprecyzowane gestami oraz mimiką. Bywa, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim posługują się rekwizytami – przedmiotami, za pomocą których opisują rzeczywistość i sygnalizują potrzeby [Kopeć 2004: 101; Jankiewicz, Skrypnik, Skrypnik 2014]. Zaburzenia komunikacji bardzo utrudniają, a niekiedy wręcz uniemożliwiają prowadzenie niektórych form terapeutycznych, ale oddziaływania muzykoterapeutyczne z racji swojej specyfiki mogą być skutecznie stosowane w procesie terapeutycznym, komunikacyjnym oraz w celu wzmacniania poczucia sprawstwa.

Funkcjonowanie psychomotoryczne osoby niepełnosprawnej intelektualnie w stopniu głębokim jest również często poważnie zaburzone. Jak wspomniano, ten rodzaj niepełnosprawności dotyka wszystkich sfer rozwojowych, co niesie istotne ograniczenia w doborze stosowanych w terapii metod i technik. Zaburzenia psychomotoryczne występują we wszystkich stadiach rozwoju w odniesieniu do norm rozwojowych przewidzianych dla wieku metrykalnego dziecka rozwijającego się prawidłowo. Należy przy tym pamiętać, że między poszczególnymi jednostkami niepełnosprawnymi intelektualnie w stopniu głębokim istnieją znaczące różnice w funkcjonowaniu psychomotorycznym. Niepełnosprawności intelektualnej tego rodzaju praktycznie zawsze towarzyszą uszkodzenia neurologiczne, stąd też istotne jest zapoznanie się

z tzw. stanem neurorozwojowym, który pozwala określić poziom różnicowości między rozwojem prawidłowym a indywidualnymi możliwościami dziecka [Dobrzańska, Ryżko 2004: 654–655].

Zaburzenia motoryki dużej i małej, takie jak niemożność chwytania przedmiotów, trudności z utrzymaniem postawy ciała, z poruszaniem się czy brak synergizmu między kończynami górnymi a dolnymi, powodują, że pewne formy pracy są zdecydowanie utrudnione. Trzeba więc szukać rozwiązań, które będą w tym zakresie dostosowane do możliwości dziecka. W wypadku działań muzykoterapeutycznych część modeli pracy aktywnej trudno zrealizować, istnieją jednak takie, które mogą je z powodzeniem zastąpić. Autor niniejszego artykułu podczas podejmowania pracy muzykoterapeutycznej z osobami o tego rodzaju ograniczeniach stosuje np. janczary zakładane na ręce lub nogi, jeśli możliwości motoryki małej nie pozwalają na chwycenie instrumentu muzycznego. Niekiedy sięga się również do rozwiązań elektronicznych, stosując np. kaossilator – urządzenie z aktywnym padem dotykowym, który tworzy dźwięki o różnej wysokości i barwie w zależności od miejsca dotknięcia [Strzelecki 2018]. Tego rodzaju działania mają charakter inkluzyjny, nie wykluczają bowiem uczestników z aktywności, nawet jeśli są to osoby z poważnymi trudnościami motorycznymi. Dodatkowo wzmacniają poczucie sprawstwa.

W analizie funkcjonowania emocjonalnego oraz społecznego osób niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu głębokim nierzadko dokonuje się znacznych uproszczeń, niekiedy nawet pomijając te aspekty. Tymczasem ludzie ci odczuwają potrzebę kontaktu emocjonalnego z innymi oraz mają zdolność przeżywania przynajmniej podstawowych stanów emocjonalnych. Reagują również na wybrane bodźce, np. bodźce nagłe, o dużym natężeniu lub zaskakujące.

Osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, z nieznanymi przyczynami, charakteryzują się małym zróżnicowaniem sygnałów afektywnych. Wśród prób wyjaśnienia tego zjawiska wymienia się: niezdolność do rozpoznawania doznań zmysłowych, brak rozumienia ich treści oraz obniżenie możliwości do wyrażania czytelnych sygnałów afektywnych. Reprezentacja emocji u osób z głęboką

niepełnosprawnością intelektualną funkcjonuje na poziomie obrazowym [Jankiewicz, Skrypnik, Skrypnik 2014].

Reakcje emocjonalne na bodźce, w tym na bodźce dźwiękowe, mogą być bardzo istotnym elementem pracy terapeutycznej z wykorzystaniem muzyki. W tym wypadku za punkt wyjścia przyjmuje się obserwację reakcji dziecka na bodźce, a następnie stopniowo zwiększa zakres stosowanych stymulacji dźwiękowych. Szczególnym potencjałem muzykoterapii jest szansa wywoływania u dziecka reakcji dźwiękowej, która następuje niekiedy w odpowiedzi na bodźce muzyczne.

Rozwój społeczny u osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną również jest zaburzony, a przyswajalność reguł społecznych mocno ograniczona. Osoby te rozumieją głównie proste sytuacje relacyjne, przede wszystkim często się powtarzające i takie, w których uczestniczą dwa podmioty. W wypadku, gdy pojawiają się zmiany lub inne osoby, sytuacje te zazwyczaj przestają być dla nich jasne. Poważną trudnością w funkcjonowaniu społecznym jest także znaczące ograniczenie samodzielności [Jankiewicz, Skrypnik, Skrypnik 2014]. Na drodze oddziaływań muzykoterapeutycznych można w dużym zakresie poprawić elementarne umiejętności naśladowcze dziecka, stosując powtarzanie prostych czynności rytmometrycznych lub wokalnych (takich jak śpiew samogłoskowy), oraz wzmocnić poczucie sprawstwa przez powtarzanie muzycznych fraz, które proponuje dziecko. Jest to również istotne dla zaistnienia wspólnego działania, które dzięki swej prostocie nie wyklucza dziecka (tym samym realizując założenia podejścia inkluzyjnego), a jednocześnie jest dla niego atrakcyjne, gdyż pozwala na budowanie miniform muzycznych przy udziale muzykoterapeuty.

Założenia terapeutyczne

Praca terapeutyczna z osobą niepełnosprawną intelektualnie w stopniu głębokim musi być dostosowana do jej możliwości. Często trzeba

długo czekać na efekty oddziaływań terapeutycznych, zatem istotna jest kontrola własnych oczekiwań i elastyczność założonych celów terapeutycznych, szczególnie jeśli chodzi o czas ich realizacji. Dobrze, jeżeli działania te są skierowane na możliwie wszechstronne stymulowanie rozwoju, przede wszystkim z uwagi na to, o czym wspomniano wcześniej, a mianowicie na liczne deficyty we wszystkich właściwie obszarach rozwojowych. Ważne jest również nawiązywanie do zainteresowań i upodobań dziecka, o których informację możemy uzyskać przez obserwację i zapoznanie się z orzeczeniami, wypisami, diagnozami oraz opiniami i wskazaniem, a także na podstawie wywiadu z rodzicami i/lub opiekunami. To niezmiennie istotny element pracy terapeutycznej, a w wypadku niepełnosprawności intelektualnej w stopniu głębokim o tyle znaczący, że od dzieci poddawanych oddziaływaniom terapeutycznym nie jesteśmy w stanie uzyskać bezpośrednich informacji w formie werbalnej. Rzecz jasna w toku procesu terapeutycznego zasób informacyjny muzykoterapeuty stopniowo się zwiększa i stawia on również własną diagnozę, co ułatwia pracę na dalszych etapach.

Bardzo istotne jest to, ażeby w procesie terapeutycznym odwoływać się do zasobów dziecka. W wypadku oddziaływań muzykoterapeutycznych można to robić, przede wszystkim nawiązując do pierwotnej wewnętrznej muzykalności, która nie musi być dotknięta deficytami rozwojowymi. To właśnie za pomocą muzyki łatwiej dotrzeć do załączka osobowości, który nie został ograniczony przez niepełnosprawność. Zasadne wydaje się tu odwołanie do koncepcji „muzycznego dziecka” jako zindywidualizowanej wrodzonej muzykalności według podejścia Nordoff-Robbins.

termin ten odnosi się do powszechnej wrażliwości muzycznej – dziedzictwa kompleksowej wrażliwości na poczucie kolejności i związku ruchu tonalnego i rytmicznego, a także wskazuje na indywidualne znaczenie muzycznych reakcji każdego dziecka [Nordoff, Robbins 1977; za: Bryndal, Procter 2012: 20].

Potencjał dziecka w zakresie funkcjonowania podczas terapii muzyką można w dużym stopniu określić już na samym początku procesu

terapeutycznego przez wnikliwą obserwację reakcji i działań dziecka. W tym miejscu zadaniem terapeuty jest stopniowanie trudności zadań w taki sposób, żeby nie były one zbyt skomplikowane, jako że niekiedy powoduje to zamknięcie się na kontakt i wywołuje poczucie niezrozumienia. Stopniowanie to w wypadku dzieci niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu głębokim winno przebiegać w wolnym tempie i nie będzie, rzecz jasna, prowadziło do pełnego usprawnienia funkcjonowania dziecka w poddawanych terapii obszarach. Jednak i u tych osób znajduje zastosowanie koncepcja strefy najbliższego rozwoju Lwa Wygotskiego¹, pod warunkiem, że zostanie odpowiednio zmodyfikowana, gdyż umiejętność samodzielnego wykonywania zadań nie może być w tym wypadku koniecznym kryterium zwiększania poziomu trudności podejmowanych działań [Stefańska-Klar 2008: 145, Strzelecki 2014: 226–227, Strzelecki 2017a: 278].

Pamiętać należy również o roli wzmocnień jako czynności sprzyjających powtarzaniu i utrwalaniu oczekiwanych efektów. Wzmocnienia muszą być wyrażane w sposób jednoznaczny, prosty, powtarzalny i czytelny, najlepiej równocześnie w kilku formach – tak przez słowo, jak też przez intonację czy np. w klaskanie w ręce. Istotne jest, żeby nie zapominać o wzmocnieniach i pilnować, aby nie doszło do zubożenia na sukcesy. Należy ponadto mieć na uwadze to, że w wypadku tego rodzaju niepełnosprawności sukcesem może być postęp naprawdę niewielki, który jednak dobitnie świadczy o poczynieniu przez dziecko kroku do przodu.

W pracy terapeutycznej z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie w stopniu głębokim szczególnie ważne jest zapewnienie im poczucia bezpieczeństwa oraz stworzenie przyjaznej atmosfery. To, rzecz jasna,

1 » Według założeń autora optymalne dla dziecka są zadania na poziomie trudności przekraczającej możliwości samodzielnego wykonania za pierwszym razem, ale dające się zrealizować przy wsparciu i pomocy osoby dorosłej. Tym samym według założeń koncepcji unika się zarówno zadań zbyt łatwych, jak i zbyt trudnych. W konsekwencji dziecko angażuje się w wykonywane działania na optymalnym poziomie, a jednocześnie zdobywa nowe umiejętności. W miarę ich nabywania strefa najbliższego rozwoju ulega poszerzeniu, obejmując swym zasięgiem nowe, coraz bardziej złożone zadania [Stefańska-Klar 2008: 149].

istotny element w pracy z każdym pacjentem/klientem, jednak w wypadku tego rodzaju niepełnosprawności trudniej pozbyć się wytworzonych u dziecka negatywnych emocji bądź też poczucia zagrożenia.

Potencjał muzykoterapii

Zasadniczą zaletę muzykoterapii, szczególnie w wypadku pracy z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie w stopniu głębokim, stanowi możliwość posługiwania się odmiennym językiem niż język werbalny. Jako terapia niewerbalna muzykoterapia jest bowiem zdecydowanie bardziej „rozumiała” niż terapia słowna. Nie wymaga poznawczej zdolności przyswajania ustalonych znaków, charakterystycznych dla języka werbalnego. Terapeuta porozumiewa się z klientem/pacjentem metajęzykiem. Wykorzystywany jest prewerbalny sposób komunikowania się z wczesnego dzieciństwa [Schanilcova-Vodnanska 1984: 51, Strzelecki 2017b: 107]. Według Tadeusza Natansona język muzyki korzysta z kodu swobodnego, który z góry zakłada brak uzgodnień między nadawcą a odbiorcą co do „dosłowności” znaczenia zawartego w komunikacie. Tak więc zamiast mówić o specyficznym charakterze znaczenia muzycznego, trzeba raczej sięgnąć po kategorię „wieloznaczenia”. Przy tym kod, którym posługuje się muzyka, nie daje się literalnie przełożyć na język słowny. Werbalizacja komunikatu muzycznego nie może być zatem próbą przetłumaczenia go na język słowny, a jedynie słowną interpretacją zawartego w nim znaczenia, na dodatek interpretacją o dużym stopniu swobody. Ta swoboda sprawia, że zrozumienie przekazu muzycznego jest dużo łatwiejsze niż komunikatu słownego. Nawet jeśli odbiorca nie zna reguł konstrukcji przekazu muzycznego, to nie uniemożliwia to przecież jego zrozumienia, a tylko zwiększa swobodę interpretowania. Dzieło muzyczne spełnia swą funkcję komunikatywną głównie przez zawarty w nim ładunek emocjonalny [Natanson 1978: 129, Natanson 1992: 13].

Z wymienionych powodów muzykoterapia staje się formą terapeutyczną dającą się zastosować u osób z trudnościami komunikacyjnymi

w zakresie języka werbalnego, nie wyklucza ich bowiem z uczestnictwa w stosowanych aktywnościach. Jest to bardzo istotne przy tworzeniu kryteriów włączania osób do procesu terapii w grupie terapeutycznej. Wprawdzie przykłady, które zostaną opisane w niniejszym artykule, pochodzą głównie z doświadczeń związanych z prowadzeniem sesji indywidualnych, jednak te zdobyte podczas sesji grupowych, prowadzonych lub też współprowadzonych przez autora, również dobitnie świadczą o tym, że osoby ze znaczną lub głęboką niepełnosprawnością intelektualną mogą brać czynny udział w tego typu zajęciach, a niekiedy nawet inspirować grupę i terapeutów swoimi ruchami lub wydawanymi dźwiękami do wspólnej muzycznej improwizacji. Bywa, że grupa podąża właśnie za tymi jednostkami, które w danym momencie stają się dla niej muzycznymi przewodnikami. Równocześnie aktywny udział tych osób w sesjach pozwala im na wejście do wspólnoty zespołu muzycznego, ukazując, że są w stanie w nim uczestniczyć nie tylko jako bierni słuchacze, lecz także jako aktywni współwykonawcy. Jest to możliwe dzięki wspomnianej właściwości terapii muzycznej, która nie wyklucza, ale realizuje założenia podejścia włączającego.

Inkluzja społeczna jest procesem stwarzającym osobom zagrożonym wykluczeniem możliwości uzyskania szans i zasobów niezbędnych do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym i kulturalnym, jak również osiągnięcia poziomu życia traktowanego jako standard w danym społeczeństwie [Szatur-Jaworska 2005: 64, Doroba 2010: 9]. Pojęcia takie jak przynależność, akceptacja i uznanie najtrafniej opisują zjawisko inkluzji społecznej, a jej celem jest zwiększenie równości i wzrost uczestnictwa jednostek i grup odsuniętych, niezrozumianych i wykluczonych w różnego rodzaju aktywnościach. Zjawisko inkluzji obserwować można coraz częściej w różnego rodzaju społecznych programach terapeutycznych, rozwojowych, edukacyjnych czy pomocowych. Społeczna inkluzja wiąże się ze znoszeniem barier i przeciwdziałaniem wykluczeniu [Cylkowska-Nowak, Strzelecki 2017: 12; Strzelecki 2019: 86]. Włączanie jest procesem, dzięki któremu ludzie stają się częścią grup, społeczności i społeczeństwa [Cathro, Devine 2012: 33]. W inkluzyjnym społeczeństwie wszyscy ludzie czują się wartościowi, a wszelka różnorodność

jest respektowana. Jednocześnie podstawowe potrzeby wszystkich jego członków mogą być zaspokojone, co pozwala im na godne życie w zdrowiu we wszystkich jego aspektach – fizycznym, emocjonalnym, społecznym i duchowym [Cappo, Verity 2014: 26].

Według założeń społeczeństwa inkluzyjnego każdy jest gotowy do włączenia, każdy ma szansę uczenia się, uzyskania wsparcia, każdy może się komunikować i współdziałać; ludzie, współistniejąc, funkcjonują lepiej, a różnice należy traktować jako wartość [Schneider, Bramley 2008: 133]. Rzecz jasna są osoby – np. właśnie ludzie niepełnosprawni intelektualnie w stopniu głębokim – które potrzebują większego wsparcia, porozumiewają się inaczej niż za pośrednictwem komunikatów werbalnych, przy czym wspomniana gotowość do włączenia zależy oczywiście od woli jednostki. Niemniej wymienione założenia społeczeństwa inkluzyjnego są dobrym punktem wyjścia dla realizacji celów inkluzji. Istotnym faktem czyniącym muzykoterapię cenną formą oddziaływania w kontekście wspomnianych założeń jest to, że przeciwwskazania do jej stosowania są niewielkie. Zajęcia muzykoterapeutyczne są przeznaczone dla każdej osoby, bez względu na poziom zdolności muzycznych, niepełnosprawności i rodzaj zaburzeń. Muzykoterapia może też być prowadzona we wszelkich grupach wiekowych, od najmłodszych dzieci po starsze osoby dorosłe [Stachyra 2009: 61]. Ponadto jest w stanie objąć wszystkie etapy postępowania medycznego [Janicki 1989: 87].

Uczestnicy zajęć muzykoterapeutycznych nie muszą posiadać zdolności muzycznych, ponieważ od muzykoterapii nie powinno się oczekiwać działań widowiskowych, a sesje muzykoterapeutyczne nie polegają na ćwiczeniu materiału muzycznego [Cylulko 2012: 40]. Autor niniejszego artykułu często spotyka się podczas warsztatów prowadzonych dla osób dorosłych z pewnego rodzaju oporem przed zaprezentowaniem własnych wytworów muzycznych (którego to oporu nie przejawiają dzieci), właśnie z uwagi na niepokój związany z przekonaniem o konieczności wykazania się uzdolnieniami muzycznymi oraz z niewiarą w ich posiadanie. Tymczasem muzykoterapia przynależy do egalitarnego obszaru aktywności twórczej, w którym – inaczej niż w sferze elitarnej – każdy człowiek jest jednostką twórczą dysponującą

drzemiącym w niej potencjałem kreatywności i w którym akceptuje się każdy przejaw aktywności muzycznej, a od produkcji muzycznych nie wymaga się profesjonalizmu ani unikatowości [Cesarz 2008: 23–28]. Dzięki takim założeniom muzykoterapia ma charakter niezwykle otwarty i nie wyklucza nawet osób niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu głębokim.

Warto również wspomnieć o specyfice pracy z dziećmi, w tym z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim. Należy pamiętać, że sztuka, także muzyczna, nie jest dla dziecka tym samym co dla człowieka dorosłego. Dla osoby dorosłej to zwykle coś podniosłego, wartościowego, kojarzonego z estetyką i z pięknem. Dla dziecka stanowi ona przede wszystkim środek wyrazu. Dziecko, ufając we własne możliwości i środki ekspresji, powinno mieć nieograniczoną sposobność wykorzystywania swoich głęboko zakorzenionych impulsów twórczych. Tylko wpływ czynników zewnętrznych decyduje o tym, że dziecko stwierdza: „Nie będę śpiewać, bo nie umiem”. Jego wytworów artystycznych nie należy oceniać z takiej samej perspektywy, jak ocenia się wytwory osób dorosłych. Wypowiadanie się dziecka przez artystyczne środki wyrazu podlega zmianom i ewoluuje, stanowi odzwierciedlenie przebiegających zmian rozwojowych. Dzieci z natury przejawiają zamiłowanie do tworzenia, mimo że nierzadko nie ma to związku z pojmowanym tradycyjnie przez dorosłych poczuciem piękna [Lowenfeld, Brittain 1977]. Według założeń niektórych autorów każde dziecko, bez względu na poziom niepełnosprawności, wykazuje twórczy potencjał i naturalną potrzebę ekspresji. Tworzona podczas sesji muzykoterapeutycznych muzyka nie ma na celu realizowania założeń artystycznych, a przynajmniej nie jest to jej głównym celem. Carl Orff muzykę dziecka nazywa muzyką elementarną i zakłada, że jest ona sama w sobie formą „do robienia”, a nie do słuchania [za: Cylulko 2012: 40–41]. Również osoby niepełnosprawne intelektualnie w stopniu głębokim mają potrzebę ekspresji muzycznej, czemu dają wyraz choćby uaktywniając się w procesie muzycznym przez wykrzyknienia, aktywizację ruchową czy też zainteresowanie instrumentami muzycznymi, jak również chęć wydobywania z nich dźwięków.

Terapia w muzyce

W wypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim na drugi plan schodzi dyskusja na temat tego, czy oddziaływania terapeutyczne w procesie muzykoterapeutycznym oddziałują przez samą terapię muzyką czy też zasadniczym elementem leczącym jest werbalizacja. Dzieje się tak ze względów oczywistych – otóż werbalizacje są w pracy z tego rodzaju pacjentami/klientami albo mocno ograniczone, albo wręcz niemożliwe. Szczególnego znaczenia nabiera więc sama terapia muzyczna. Wszystko, co się podczas niej dzieje, ma symboliczną wartość. I tak np. gdy uda się uzyskać współbrzmienie przez wspólne granie na instrumentach z klientem/pacjentem niepełnosprawnym intelektualnie w stopniu głębokim, nawet jeśli czas jego koncentracji na proponowanej aktywności będzie krótki, to sam ten fakt ma już znaczenie terapeutyczne. Istotą rzeczy jest tu zaistnienie wspólnego działania, a co za tym idzie krok – czy, jeśli ktoś woli, „kroczek” – w stronę poprawy funkcjonowania w obszarze społecznym. Jeśli uda się skłonić pacjenta/klienta do naprzemiennej pracy głosem, np. przy akompaniamencie gitary, to realizujemy kolejny etap działań. Jeżeli pojawią się nowe odpowiedzi emocjonalne na wykonywaną na instrumencie muzykę w zależności od jej elementów – np. od tempa, dynamiki czy artykulacji – to będzie oznaczało, że zakres reakcji emocjonalnych uległ powiększeniu. Tak więc terapia odbywa się w procesie tworzenia wspólnych muzycznych form, przy założeniu, że pacjentowi/klientowi oddawana jest w jak największym stopniu przestrzeń do uczestnictwa w danej aktywności. Każda sytuacja, w której pacjent/klient z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim zostaje współtwórcą wyłaniającej się z improwizacji formy muzycznej, wzmacnia poczucie sprawstwa, które u tych osób jest niewielkie, a niekiedy nawet w ogóle nieuświadomione.

Wspomniane oddawanie przestrzeni to bardzo istotny aspekt procesu. Uważne wsłuchiwanie się w dźwięki wydawane przez pacjenta/klienta pozwala nawiązać z nim kontakt, choćby przez – szczególnie na początku – powtarzanie jego fraz, wykrzyknień, sylab itd. Działając w ten sposób, tzn. słuchając pacjenta/klienta, łatwiej odkryć jego

potencjał i ocenić możliwości, co jest punktem wyjścia do zaplanowania dalszych oddziaływań muzykoterapeutycznych. Oczywiście również poznanie ograniczeń ma znaczenie, ale to przede wszystkim możliwości wskazują kierunek działań.

Takie spojrzenie na proces muzykoterapeutyczny wydaje się bliskie podejściu Nordoff-Robbins, zgodnie z którym terapia odbywa się właśnie w samej muzyce, z tą różnicą, że w podejściu tym cele terapii to przede wszystkim cele muzyczne, te natomiast, które mają charakter pozamuzyczny, takie jak usprawnienie mowy, motoryki czy też nabywanie kompetencji społecznych, są sprawą wtórną i niekonieczną dla potwierdzenia zasadności terapii [Dopierała 2019: 119]. Zgodnie z podejściem Nordoff-Robbins:

Cele terapeutyczne to cele muzyczne. Wartości estetyczne płynące ze wspólnego tworzenia muzyki stają się powodem, dla którego uczestnicy przychodzą na terapię. Doświadczenie własnej działalności jest wówczas okazją do rozwijania kreatywnej postawy wobec świata, ludzi, muzyki, sposobnością do wypełniania swojego twórczego potencjału [Dopierała 2019: 119].

Jak widać, takie stanowisko stoi niejako w opozycji do wskazanych wcześniej celów, nawiązujących bezpośrednio do ograniczeń omawianych w charakterystyce funkcjonowania osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim. Nie oznacza to, że w opisywanych w niniejszym artykule przypadkach brak realizacji celów pozamuzycznych podważałoby zasadność terapii jako takiej. Niemniej w opinii autora są one równie istotne jak cele muzyczne i takie było również założenie podejmowanych działań terapeutycznych.

Jednak samo twierdzenie, że proces terapeutyczny dokonuje się w procesie muzycznym, jest w pełni zgodne z przedstawionym tu podejściem autora. Jak pisze Dominika Dopierała: „W odróżnieniu od podejść w muzykoterapii, których rozwój opiera się na werbalnej analizie sposobów bycia i gry uczestników sesji, proces terapii Nordoff-Robbins dokonuje się w samym akcie tworzenia muzyki” [Dopierała 2019: 119].

Prezentowane w niniejszym artykule działania muzykoterapeutyczne w pracy z osobami, u których deficyty występują w wielu obszarach, są również w dużym stopniu spójne z tymi, które można odnaleźć w podejściu Nordoff-Robbins. Już samo założenie, że „w każdej jednostce, niezależnie od stopnia niepełnosprawności, istnieje pewien załamek osobowości, który nie został dotknięty przez chorobę, zaburzenie czy niesprawność i do którego można dotrzeć za pomocą muzyki” [Skiba 2010: 72], uzasadnia pracę muzykoterapeutyczną z pacjentami/klientami z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim.

Opisane w końcowej części niniejszego artykułu „przypadki” to przykłady prowadzonego właśnie z wykorzystaniem wspólnej improwizacji muzycznej procesu terapeutycznego, w którym obserwacja dotyczyła zarówno muzycznych, jak i pozamuzycznych zachowań pacjentów/klientów. Na podstawie owej obserwacji stawiana była diagnoza muzykoterapeutyczna, która – zgodnie z założeniami diagnozy funkcjonalnej – miała za zadanie określić możliwości pacjentów, ażeby zoptymalizować realizację celów procesu terapeutycznego. Jak pisze Waleria Skiba:

Powstająca w trakcie improwizacji muzyka pozwala poznać improwizującego. Stanowi zbiór informacji o jego samopoczuciu, możliwościach i skłonnościach. Na jej podstawie zostaje ustalona muzykoterapeutyczna diagnoza. Ponieważ we wspólnej improwizacji oboje partnerzy pozostają ze sobą we wzajemnej, dynamicznej relacji, doświadczenie choroby, złe samopoczucie klienta jest empatycznie przyjmowane przez terapeutę i w ten sposób może być zobiektywizowane [Skiba 2010: 73].

Założone cele od samego początku wykraczały przy tym poza cele wyłącznie muzyczne, co – jak wspomniano – odróżnia prezentowane tu podejście od podejścia Nordoff-Robbins. Tym natomiast, co zbliża założenia autora w opisanych wypadkach pracy terapeutycznej do przywołanego podejścia, jest różnorodność celów, które podyktowane były głównie indywidualnymi potrzebami, możliwościami i ograniczeniami pacjentów/klientów, jednak przy zachowaniu podobnych metod pracy.

Innymi słowy, działania terapeutyczne nie były nastawione wyłącznie na poprawę funkcjonowania np. społecznego czy emocjonalnego, ale w zależności od indywidualnej specyfiki pacjenta/klienta kierowały się w stronę poprawy jego jakości życia w różnych obszarach. Różnice dotyczyły stosowanych technik – u niektórych pacjentów/klientów praca odbywała się przede wszystkim przy użyciu instrumentów muzycznych, w wypadku innych opierała się głównie na działaniach z głosem. Niemniej w gruncie rzeczy metoda pozostawała taka sama – wspólne tworzenie improwizowanej muzyki, zmierzające do rozwijania potencjału pacjenta. W podejściu Nordoff-Robbins również poszukuje się potencjału uczestników terapii, a obszary, na których funkcjonowanie wpływa terapia, są bardzo różne:

Punktem docelowym jest odkrycie wraz z pacjentem jego pełnego potencjału, praca nad tym, co jest możliwe. Dla osób z ograniczoną komunikacją muzyka może stanowić środek wyrazu, który ułatwi kontakt z innymi. Osoby odizolowane na skutek choroby lub upośledzenia mogą znaleźć w muzyce przestrzeń, którą kreują i dzielą z innymi. Ludzi z ograniczonymi możliwościami ruchowymi gra na instrumentach może zachęcić i motywować do zwiększenia ich aktywności ruchowej. W każdym z tych przypadków satysfakcja i radość płynące z obcowania z muzyką są podstawą do poczucia własnej wartości i autonomii².

W wypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim praca skoncentrowana na ich potencjale i możliwościach nabiera szczególnego znaczenia z uwagi na to, że osoby te zazwyczaj postrzegane są przez pryzmat deficytów, a co za tym idzie ich potencjału nierzadko się nie dostrzega lub bywa on dewaluowany. Natomiast zgodnie z podejściem Nordoff-Robbins, „w centrum zainteresowania [...] znajduje się potencjał twórczy człowieka, a nie jego deficyty” [Bryndał, Procter 2012: 16].

2 » D. Dopierała, niepublikowane materiały Fundacji Nordoff Robbins Polska.

We wszystkich wypadkach, które zostaną omówione, stosowano improwizację muzyczną jako punkt wyjścia do zainicjowania wspólnych działań i relacji w muzyce, dla której to improwizacji podstawą były głównie przejawy aktywności dźwiękowej pacjentów/klientów. Założenie pracy było takie, żeby z czasem improwizacja stawała się w jak największym stopniu uporządkowana. W podejściu Nordoff-Robbins w początkowej fazie działań terapeutycznych również przeważają elementy improwizacji, by następnie w miarę postępów w procesie terapeutycznym zostać stopniowo zastąpione formami bardziej ustrukturalizowanymi [Aigen 1998: 234–235, za: Bryndal, Procter 2012: 19].

Przykłady

Na podstawie omówionych dalej przykładów zostanie podjęta próba udokumentowania istoty oddziaływań muzykoterapeutycznych opartych na aktywnościach wykorzystywanych w pracy indywidualnej z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim. Z racji tego, że nie ujawniono danych dzieci (imiona zostały zmienione) ani nie przytoczono szczegółowej historii klinicznej, autor nie zakłada, iż niniejszą pracę uznać można za kazuistyczną. Zamysłem tej części artykułu jest natomiast poparcie podjętych rozważań opisami przypadków, z którymi autor zetknął się podczas muzykoterapeutycznej pracy klinicznej w różnych placówkach. W ramach analizy wskazane zostaną cele podjętych działań wraz z odniesieniem do omówionych powyżej założeń.

Przypadek 1: Tomek

Dane zebrane podczas obserwacji dotyczą dziesięciomiesięcznego okresu prowadzenia zajęć muzykoterapeutycznych w formie indywidualnej.

Chłopiec, 6 lat, niepełnosprawność intelektualna w stopniu głębokim, liczne sprzężenia, poważna wada wzroku, niepełnosprawność ruchowa; diagnoza: mózgowie porażenie dziecięce (MPD).

Zmysł słuchu był największym atutem chłopca. Od samego początku bardzo intensywnie reagował na dźwięki z otoczenia, szczególnie na muzykę. Mimo trudności w intencjonalnym wyrażaniu potrzeb, utrudnionego reagowania na bodźce wzrokowe, a także poważnych ograniczeń związanych z aparatem ruchowym przejawiał intensywne i – co istotne – różnorodne reakcje na muzykę. Chłopiec inaczej reagował na muzykę graną w wolnym tempie, o ograniczonych akcentach rytmicznych, a inaczej na utwory prezentowane w szybkim tempie, o wyrazistym rytmie i z silnymi akcentami. Podczas sesji używano głównie gitary, niekiedy ukulele oraz elektronicznych instrumentów klawiszowych. Z powodu trudności z motoryką małą, które właściwie uniemożliwiały chłopcu chwycenie jakiegokolwiek instrumentu, wykorzystano janczary zakładane na nadgarstki i na nogi, żeby chłopiec miał również możliwość czynnego uczestnictwa w procesie improwizacji muzycznej. Ponadto wokalizacje Tomka, składające się głównie z okrzyków, zawołań samogłoskowych oraz różnego rodzaju dźwięków, takich jak parsknięcia czy chrząknięcia, a także sporadycznego gaworzenia, „ubierano” w warstwę muzyczną, wprowadzając elementy jego propozycji dźwiękowych do wspólnej muzycznej improwizacji. Postanowiono wykorzystać możliwości chłopca i jego potencjał związany z silną wrażliwością na muzykę. Założone cele dotyczyły wzmocnienia poczucia sprawstwa, rozwijania umiejętności naśladownictwa oraz czynności naprzemiennych, a także wzmocnienia działań wspólnych.

Praca początkowo polegała na tworzeniu melodii opierających się na dźwiękowych oraz ruchowych propozycjach Tomka, jako że chłopiec potrafił również przy pomocy ruchów ciała sugerować zmianę charakteru improwizacji (zwykle ze spokojnej na dynamiczną). Z czasem w odpowiedzi na jego działania zaczęto wprowadzać zwrotnie własne propozycje dźwiękowe, za którymi chłopiec w coraz większym stopniu podążał, pod względem zarówno ruchowym, jak i dźwiękowym. Tym samym z jednej strony wzmocniano działanie zespołowe, z drugiej zaś budowano poczucie sprawstwa przez muzyczne reagowanie na propozycje Tomka. Równocześnie stopniowo strukturalizowaniu i harmonizacji ulegała cała prezentacja muzyczna oparta na wspólnej improwizacji,

jako że chłopiec w coraz większym stopniu reagował na zmiany w muzyce oraz sugestie dźwiękowe terapeuty.

We wspólnych improwizacjach muzycznych pojawiały się również elementy tekstu (śpiewane przez muzykoterapeutę), z uwagi na wprowadzane na drodze innych form terapeutycznych elementy mowy biernej. Należały do nich proste słowa: „tak”, „nie”, „mama”, „tata”, oraz imię chłopca.

Efekty działań terapeutycznych były widoczne w zmianach, jakie zachodziły w muzycznych improwizacjach: chłopiec w coraz bardziej zróżnicowany sposób reagował na muzykę, powtarzał dźwięki wydawane przez terapeutę, sam rozpoczynał muzyczną „rozmowę”, oddając jednocześnie terapeutę „przestrzeń” na odpowiedź i wyraźnie się ciesząc, kiedy ona następowała. Udało się również stworzyć kilka stałych melodii, w których zadaniem chłopca było uzupełnić muzycznie powstały „utwór” w odpowiednim momencie – w określonym miejscu miał krzyknąć lub też potrząsnąć janczarami. Każdy sukces Tomka był wzmacniany, co dawało mu wiele radości i satysfakcji.

Przypadek 2: Adaś

Dane zebrane podczas obserwacji dotyczą rocznego okresu prowadzenia zajęć muzykoterapeutycznych w formie indywidualnej.

Chłopiec, 8 lat, niepełnosprawność intelektualna w stopniu głębokim, liczne sprzężenia, zaburzenia widzenia (oczopląs), niepełnosprawność ruchowa sprzężona; diagnoza: zespół Wolfa-Hirschorna.

U chłopca zaobserwowano wyraźne ożywienie w odpowiedzi na stymulację dźwiękową. Reakcje na muzykę widoczne były nie tylko w sferze mimicznej i ruchowej, lecz także w pojawiających się wokalizacjach – przy bliższym poznaniu chłopca na podstawie wydawanych dźwięków, zmian intonacji i mimiki można było odczytać jego stany emocjonalne. Reakcje na muzykę uwidaczniały się również w dopasowanym do niej rytmicznym kołysaniu. Z racji mocnego chwytu oraz możliwości przekładania przedmiotów z ręki do ręki, a także umiejętności posługiwania się obiema rękami jednocześnie chłopiec bez trudu używał prostych instrumentów perkusyjnych (grzechotek, marakasów, bębenków,

tamburynów). Preferował muzykę głośną, szybką, z wyraźnie zaznaczonym rytmem. Natomiast ze względu na zalecenia dotyczące obniżenia napięcia wprowadzano również elementy relaksacji, której chłopiec poddawał się bardzo łatwo, najlepiej reagując na nią pod koniec zajęć, po wyładowaniu ekspresji w pierwszej fazie sesji.

Cele oddziaływań terapeutycznych koncentrowały się na budowaniu poczucia sprawstwa, kształtowaniu umiejętności naśladownictwa oraz uczestnictwa w czynnościach naprzemiennych, a także wzmacnianiu zachowań komunikacyjnych i działań wspólnych.

Podczas sesji sięgano głównie po gitary, niekiedy ukulele oraz instrumenty perkusyjne, którymi chłopiec bardzo chętnie się posługiwał. Stwierdzono również, że pozytywnie reaguje on na bodźce wibracyjne, stąd też sesje prowadzono często na platformie rezonansowej, która stosowana była również jako instrument, ponieważ Adaś, przebywając na niej, chętnie w nią uderzał, co sprawiało mu przyjemność, gdyż odczuwał wówczas stymulację w ciele.

Trudnością w pracy z Adasiem była jego duża zmienność nastroju, co powodowało znaczną nierównomierność, jeżeli chodzi o motywację, zaangażowanie i chęć uczestnictwa w poszczególnych aktywnościach proponowanych przez muzykoterapeutę podczas sesji. Jednak zazwyczaj chłopiec aktywnie włączał się w tworzenie muzycznych improwizacji wraz z terapeutą. Początkowo głównie grał na instrumentach perkusyjnych, rytmicznie akompaniując gitarze, niekiedy samemu proponując zmianę tempa i dynamiki. Z czasem potrafił również dostosować się do charakteru „utworu” muzycznego proponowanego przez terapeutę.

Przełomem był natomiast moment, kiedy pojawiła się reakcja Adasia na „ubieranie” w warstwę muzyczną jego wokalizacji, co polegało na powtarzaniu po terapii nie tylko wykrzyknień i dźwięków, lecz z czasem także i melodii. Pojawiły się więc elementy śpiewu samogłoskowego, których na początku nie było. W dużym stopniu udało się wprowadzić śpiew naprzemienny, początkowo na jednym akordzie, a w końcowej fazie na większej ich liczbie.

Efekty prowadzonych działań terapeutycznych były widoczne w zmianach, jakie zachodziły w muzycznych improwizacjach: chłopiec potrafił

naprzemiennie z terapeutą tworzyć przez śpiew samogłoskowy coraz bardziej złożone muzyczne improwizacje, w zróżnicowany sposób reagował na muzykę, powtarzał dźwięki wydawane przez terapeutę, był w stanie, rytmicznie grając na instrumentach, współtworzyć powstające podczas sesji „utwory”. Na początku trudność sprawiało mu równoczesne śpiewanie i granie, np. na bębnieku – ulubionym instrumencie, co podczas dalszych sesji robił już sprawnie. Powtarzał również czynności, np. uderzenia w poszczególne instrumenty. Każdy sukces Adasia był wzmacniany, co przyjmował z widoczną radością, chętnie powtarzając wzmocnioną czynność.

Podobnie jak w poprzednim omawianym przypadku z improwizacji powstało kilka stałych „utworów”, które podczas wykonywania chłopiec miał za zadanie w określonym miejscu uzupełnić przez własny śpiew, krzyk lub też przez uderzenie w bęben.

Adaś reagował pozytywnie również na relaksację, która polegała na graniu przez muzykoterapeutę spokojnych melodii na gitarze. Kładł się wówczas na platformie rezonansowej, często cicho pomrukując. Ważne było dla niego, żeby pudło rezonansowe gitary stykało się z platformą.

Przypadek 3: Janek

Dane zgromadzone podczas obserwacji dotyczą dziesięciomiesięcznego okresu prowadzenia zajęć muzykoterapeutycznych w formie indywidualnej.

Chłopiec, 7 lat, niepełnosprawność intelektualna w stopniu głębokim, liczne sprzężenia, wada wzroku, niepełnosprawność ruchowa sprzężona; diagnoza: mózgowie porażenie dziecięce (MPD).

U chłopca zaobserwowano intensywne reakcje na muzykę, które uwidaczniały się w poszukiwaniu źródła dźwięku i odwracaniu się w jego stronę. Początkowo – podczas pierwszych sesji – zainteresowanie instrumentem (głównie gitarą, niekiedy ukulele) było niewielkie i krótkotrwałe. Z czasem jednak chłopiec zbliżał się do terapeuty i próbował grać na gitarze, naśladując jego ruchy. Następnie wspólne działanie przekształciło się w naprzemiennie granie na gitarze (terapeuta cały czas zmieniał akordy, a chłopiec naprzemiennie z nim uderzał w struny). Początkowo naśladownictwo ruchu gry na gitarze było

mocno nieprecyzyjne – chłopiec raczej dotykał strun lub uderzał w nie całą dłońią. Dzięki dalszej obserwacji udoskonalili czynność szarpania strun, tym samym poprawiając sposób wydobycia dźwięków, co z kolei motywowało go do dalszego działania i powtarzania czynności.

Wokalizacje pojawiły się zdecydowanie później, mniej więcej po upływie trzech miesięcy od rozpoczęcia pracy. Chłopiec wymawiał pojedyncze słowa, choć nie stosował ich intencjonalnie, były one wypowiedzane poza kontekstem sytuacyjnym i społecznym i nie służyły komunikacji. Pojawiły się natomiast próby komunikowania się pozasłownego, jednak bardzo ubogie. Niemniej w celu wzmacniania mowy podczas wspólnych muzycznych improwizacji sięgano po tekst złożony z prostych słów, które były chłopcu znane. To właśnie w wokalizacjach Janka uwidaczniały się zachowania bezpośrednio związane z założonymi celami – elementy naśladownictwa oraz śpiew naprzemienny.

Nie udało się zainteresować chłopca instrumentami perkusyjnymi. Był to jeden z istotnych celów z uwagi na jego trudności z chwytem (potrafił chwytać wyłącznie większe przedmioty, ale nie manipulował nimi, nie układał ich ani nie łączył), ale Janek nie wykazywał dłuższego zainteresowania zaproponowanymi instrumentami.

Zaskakujące wyniki udało się osiągnąć w odniesieniu do koncentracji uwagi na zadaniach muzycznych. Janek potrafił przez dłuższy czas naprzemiennie z muzykoterapeutą grać na gitarze, a także wokalizować. Czas koncentracji wydłużał się zdecydowanie w wypadku większej zmienności tempa i głośności. Innymi słowy – chłopiec mniej się nudził, gdy podczas improwizacji muzycznych zapewniano mu różnorodność. Z jednej strony potrzebował więc zmienności, z drugiej natomiast potrafił się domagać pewnych typowych elementów, ponieważ podobnie jak w opisanych wcześniej wypadkach, udało się stworzyć kilka stałych melodii, w których zadaniem chłopca było powstały „utwór” w odpowiednim momencie uzupełnić muzycznie. Janek w określonym miejscu melodii uderzał w gitarę lub wykrzykiwał samogłoski.

Wartością dodaną okazało się to, że potrafił utrzymać z muzykoterapeutą dłuższy kontakt wzrokowy, z czym w innych relacjach społecznych miał duży problem.

Zakończenie

We wszystkich omówionych przypadkach cele terapeutyczne zostały w większym lub mniejszym stopniu zrealizowane. Rzecz jasna, kryterium wyboru powyższych przykładów do analizy było zaobserwowanie bardzo wyraźnych efektów podjętych działań terapeutycznych. Nie zawsze efekty są tak oczywiste i czytelne, a zmiany tak intensywne. Wciąż pozwalają jednak potwierdzić tezę o możliwej skuteczności oddziaływań muzykoterapeutycznych w budowaniu relacji, we wzmacnianiu działań wspólnych, w zwiększaniu uważności na drugą osobę, poprawie funkcjonowania w zakresie naśladownictwa i podejmowania działań naprzemiennych, we wzbudzaniu zainteresowania nowymi formami aktywności czy też w poprawie procesów związanych z uwagą.

Zastosowanie metody opierającej się na terapii w muzyce, w dużym stopniu odwołującej się do podejścia Nordoff-Robbins, pozwala na uwzględnienie w działaniach muzykoterapeutycznych właśnie osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim – tych, u których nierzadko deficytami objęte są właściwie wszystkie obszary rozwoju i które bywają postrzegane jedynie przez pryzmat tych właśnie deficytów. Dotarcie do „muzycznego dziecka” pozwala na wzmacnianie już istniejących, a także na odkrywanie i pobudzanie nowych możliwości klientów/pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim.

Bibliografia

- Aigen Kenneth, 1998, *Paths of Development in Nordoff Robbins Music Therapy*, Barcelona: Gilsum.
- Bryndal Agnieszka, Procter Simon, 2012, *Muzykoterapia Nordoff Robbins*, [w:] K. Stachyra (red.), *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 15–31.
- Cappo David, Verity Fiona, 2014, *Social Inclusion and Integrative Practices*, „Social Inclusion”, Vol. 2, No. 1, s. 24–33.

- Cathro Murray, Devine Adam, 2012, *Music Therapy and Social Inclusion*, „Mental Health Practice”, Vol. 16, No. 1, s. 33–36.
- Cesarz Helena, 2008, *Kreatywność w muzykoterapii*, [w:] W. Karolak, B. Kaczorowska (red.), *Arteterapia w medycynie i edukacji*, Łódź: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, s. 23–28.
- Cylkowska-Nowak Mirosława, Strzelecki Wojciech, 2017, *Zamiast wprowadzenia – muzykoterapia jako przestrzeń dla wglądu i inkluzji*, [w:] M. Cylkowska-Nowak, W. Strzelecki (red.), *Muzykoterapia. Między wglądem a inkluzją*, Poznań: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 5–17.
- Cylulko Paweł, 2012, *Dziecko niepełnosprawne – czas wolny – muzykoterapia*, [w:] M. Cylkowska-Nowak, J. Imielska, E. Kasperek-Golimowska (red.), *Podmiot – sztuka – terapia – edukacja. Rozwijanie potencjału twórczego*, Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, s. 32–45.
- Dobrzańska Anna, Ryżko Józef, 2004, *Pediatrica. Podręcznik do Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego*, Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Dopierała Dominika, b.d., *Muzykoterapia Kreatywna Nordoff-Robbins. Czym się charakteryzuje i jakie jest jej zastosowanie w praktyce*, materiały dydaktyczne PDF, praca niepublikowana.
- Dopierała Dominika, 2019, *Świat udomowiony – rozważania na temat kreatywności w ujęciu muzykoterapii Nordoff Robbins*, [w:] E. Janicka-Olejniki, W. Strzelecki (red.), *Kreatywność w arteterapii*, Łódź: Wydaw. Akad. Humanistyczno-Ekonomicznej, s. 115–130.
- Doroba Marta, 2010, *Normalizacja, integracja i inkluzja społeczna w życiu osób niepełnosprawnych. Możliwości i ograniczenia. Część 1. Edukacja*, „Szkoła Specjalna”, nr 1 (252), s. 5–19.
- Janicki Andrzej, 1989, *O potrzebie wprowadzenia muzykoterapii do lecznictwa*, „Zeszyt Naukowy”, nr 48, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 85–94.
- Jankiewicz Aleksandra, Skrypnik Damian, Skrypnik Katarzyna, 2014, *Głęboka niepełnosprawność intelektualna a rozwój emocjonalno-społeczny i motoryczny*, „Psychiatria”, t. 11, nr 4, [online:] <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/40895/32070> [29.12.2021].
- Kopeć Danuta, 2004, *Metody rehabilitacji dzieci i młodzieży ze złożoną niepełnosprawnością*, [w:] W. Dykcik, A. Twardowski (red.), *Wspomaganie rozwoju i rehabilitacja dzieci z genetycznie uwarunkowanymi zespołami zaburzeń*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego, s. 95–107.
- Lowenfeld Viktor, Brittain Lambert W., 1977, *Twórczość a rozwój umysłowy dziecka*, tłum. K. Polakowski, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Marciniak-Madejska Natalia, 2016, *Niepełnosprawność intelektualna. Diagnoza, nozologia, epidemiologia*, [w:] I. Majer, B. Krzywda, K. Judek, M. Szymanowicz (red.), *Zrozumieć, by wspierać. Model wieloprofilowej terapii w oddziale opiekuńczo-leczniczym psychiatrycznym*, Poznań: Grafol, s. 153–163.
- Natanson Tadeusz, 1978, *Dzieło muzyczne jako niewerbalny komunikat*, „Zeszyt Naukowy”, nr 17, Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna, s. 119–130.
- Natanson Tadeusz, 1992, *Programowanie muzyki terapeutycznej. Zarys podstaw teoretycznych*, „Zeszyt Naukowy”, nr 53, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Nordoff Paul, Robbins Clive, 1977, *Creative Music Therapy: Individualized Treatment for the Handicapped Child*, New York: Routledge.
- Pużyński Stanisław, Wciórka Jacek, 2000, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków: Vesalius.
- Schanilcova-Vodnanska Jitka, 1984, *Możliwości i granice muzykoterapii*, „Zeszyt Naukowy”, nr 38B, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 49–52.
- Schneider Justine, Bramley Carole J., 2008, *Towards Social Inclusion in Mental Health?*, „British Journal of Psychiatry Advances”, Vol. 14, No. 2, s. 131–138.
- Skiba Waleria, 2010, *Muzykoterapia kreacyjna autorstwa Paula Nordoffa i Clive’a Robbinsa*, „Sztuka Leczenia”, nr 3–4, s. 69–76.
- Stachyra Krzysztof, 2009, *Muzykoterapia i wizualizacja w rozwijaniu kompetencji emocjonalnych pedagogów*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Stefańska-Klar Renata, 2008, *Późne dzieciństwo. Młodszy wiek szkolny*, [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, cz. 2, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 130–162.
- 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, *Muzykoterapia w pracy z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] M. Cylkowska-Nowak, W. Strzelecki (red.), *Muzykoterapia. Między wglądem a inkluzją*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 276–284.
- Strzelecki Wojciech, 2017b, *Specyfika oddziaływania muzykoterapeutycznego*, [w:] M. Cylkowska-Nowak, W. Strzelecki (red.), *Muzykoterapia. Między wglądem a inkluzją*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 101–120.
- Strzelecki Wojciech, 2018, *Możliwości zastosowania kaossilatora w muzykoterapii*, [w:] M. Cylkowska-Nowak, M. Pawlaczyk, S. Tobis (red.), *Innowacyjność*

w terapii zajęciowej, Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, s. 110–117.

Strzelecki Wojciech, 2019, *Możliwości zastosowania muzykoterapii we wzmacnianiu procesu inkluzji dzieci z autyzmem*, [w:] E. Janicka-Olejnik, W. Strzelecki (red.), *Kreatywność w arteterapii*, Łódź: Wydaw. Akad. Humanistyczno-Ekonomicznej, s. 85–107.

Szatur-Jaworska Barbara, 2005, *Uwagi o ekskluzji i inkluzji na przykładzie polityki społecznej wobec ludzi starych*, [w:] J. Grotowska-Leder, K. Faliszek (red.), *Ekskluzja i inkluzja społeczna. Diagnoza – uwarunkowania – kierunki działań*, Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, s. 63–71.

Streszczenie

Artykuł podejmuje temat zastosowania muzykoterapii w pracy z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim. Celem tekstu jest omówienie specyfiki prowadzenia sesji terapeutycznych z zastosowaniem muzyki w tej właśnie grupie pacjentów/klientów z uwzględnieniem trudności, z jakimi można się w ich wypadku zetknąć. Istotą rzeczy jest wskazanie na potencjał, jaki niesie ze sobą terapia muzyczna, pozwalając zrealizować założenia, które w wypadku działań werbalnych są nierzadko niezwykle trudne lub niemożliwe do zrealizowania. Rozpatrywane działania terapeutyczne zilustrowane zostały przez opis trzech przykładów z praktycznej działalności muzykoterapeutycznej autora.

Słowa kluczowe: komunikacja, muzykoterapia, niepełnosprawność intelektualna, rozwój poznawczy, zasoby

WOJCIECH STRZELECKI – doktor nauk o zdrowiu, psycholog, muzykoterapeuta, adiunkt w Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, starszy wykładowca w Katedrze i Zakładzie Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Członek zespołu Kwartet ProForma. Autor ponad 170 publikacji. Członek Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich,

Związku Artystów Wykonawców STOART, Związku Autorów i Kompozytorów Scenicznych (ZAiKS), przewodniczący komisji rewizyjnej w Fundacji Nordoff Robbins Polska oraz wiceprezes Polskiego Towarzystwa im. Alberta Schweitzera w Poznaniu. Redaktor naczelny „Polskiego Pisma Muzykoterapeutycznego”. Współautor 7 wydawnictw muzycznych, współkompozytor 26 utworów. Jego działalność praktyczna skupia się na prowadzeniu sesji grupowych w ramach działalności w Fundacji oraz na indywidualnych sesjach z dziećmi, głównie ze spektrum autyzmu.

MUZYKOTERAPIA DZIECI Z DOŚWIADCZENIEM MIGRACYJNYM W POLSKICH PRZEDSZKOLACH

Agnieszka Szymajda » Dolnośląska Szkoła Wyższa, Wrocław

Wstęp

Muzykoterapia jest blisko człowieka, wspomaga jego rozwój, interweniuje w trudnych momentach: w cierpieniu, chorobie, niedostatku, w sytuacjach odrzucenia i wykluczenia społecznego. Tak sformułowane postulaty wywodzą się z humanistycznego kierunku muzykoterapii, zapoczątkowanego w Polsce przez Tadeusza Natansona [por. Cylulko, Gładyszewska-Cylulko 2010: 174]. Współcześnie znajdują one swoje odbicie w muzykoterapii społecznościowej, która otwiera się na działania w społecznościach lokalnych.

Przedszkole jako instytucja skupiająca dzieci i rodziców spełnia obecnie coraz więcej funkcji. Jest przestrzenią umożliwiającą spotkanie rodziców, dziadków, rodzeństwa i innych osób tworzących społeczność, której centrum są dzieci. Wspólny cel, jakim jest dobro dziecka, jego rozwój i osiągnięcie przez nie samodzielności, jednoczy osoby dorosłe i sprawia, że przedszkole staje się ważnym miejscem życia społecznego jednostek. Dla dziecka przedszkole jest początkiem nawiązywania relacji społecznych, drugim domem, przestrzenią kształtowania samodzielności i odnajdywania swojego miejsca w świecie. Dzieci wnoszą w tę społeczność potencjał, indywidualność i wyjątkowość, które wiążą się z wyniesionymi z domu rodzinnego doświadczeniami pierwszych lat życia.

W ostatnim czasie w Polsce w małych społecznościach, jakimi są przedszkola, pojawia się coraz więcej dzieci z doświadczeniem migracyjnym. Nierzadko borykają się one z wieloma problemami związanymi z koniecznością przystosowania się do życia w obcym kraju i w nowym otoczeniu. Dla małego dziecka poważnym problemem jest zwykle brak znajomości języka i wynikające z tego trudności w porozumiewaniu się z rówieśnikami i z personelem przedszkola. Rodzice tych dzieci w okresie adaptacji do życia w obcym kraju częstokroć nie są w stanie zapewnić im dostatecznego wsparcia psychicznego i emocjonalnego. W tej sytuacji pomocna i potrzebna wydaje się prowadzona w przedszkolu muzykoterapia. Dzięki wrażliwości i empatii muzykoterapeuta może udzielić nieodzownego, fachowego wsparcia, wykorzystując dostępne mu formy, metody i techniki muzykoterapeutyczne. Niniejszy artykuł jest próbą opisu wykorzystania muzykoterapii w pracy z dziećmi w wieku przedszkolnym z doświadczeniem migracyjnym.

Wielowymiarowość oddziaływań muzykoterapii

Muzyka stanowi psychologiczną i kulturową płaszczyznę, dzięki której kształtują się poczucie przynależności społecznej oraz relacje z innymi ludźmi i grupami. Rozumiana jako dialog między muzykoterapeutą a uczestnikiem, ma charakter pozawerbalnej wymiany myśli, przeżyć i doświadczeń. Dzieje się tak szczególnie w muzykoterapii humanistycznej, której celem jest wyzwalamie potencjału twórczego, rozwijanie kreatywności, spontaniczności, otwieranie uczestników na nowe doświadczenia. W kierunku tym przyjmuje się założenie, że w naturze człowieka zakorzenione jest dążenie do ciągłego rozwoju, samourzeczywistnienia, stawania się bardziej wolnym, twórczym, lepszym. Człowiek w świetle tak pojmowanej muzykoterapii pragnie zaspokojenia potrzeb wyższych: harmonii, piękna, dobra i transcendencji. Nawiązanie pełnego akceptacji i życzliwości dialogu muzycznego pozwala uczestnikom terapii „wypełnić” istniejące braki i „zrekompensować” trudne doświadczenia [Szymajda 2016b: 20].

Dzieci wchodząc w relację muzyczną, wyrażają swoje przeżycia i emocje. Dzięki wsłuchaniu się w dźwięki, rytmy i melodie tworzone przez drugą osobę mają też okazję otworzyć się na innych. Muzyczna relacja powstająca w procesie muzykoterapii jest pomocą dla dzieci borykających się z problemami rozmaitej natury, także w sytuacji wykluczenia społecznego, odrzucenia czy poczucia zepchnięcia na margines. Muzykoterapia, która pozwala odkrywać ukryte talenty, doświadczać własnej wartości i przynależności, wydaje się niezwykle cenną formą terapii dzieci z doświadczeniem migracyjnym.

Zaprezentowana w artykule perspektywa odwołuje się do modelu muzykoterapii społecznościowej (*community music therapy*), która uważana jest za muzykoterapię XXI wieku [Szulc 2011: 33]. Podkreśla się w tym ujęciu znaczenie muzyki w życiu codziennym, budowanie swoich doświadczeń emocjonalnych i społecznych, a także własnej tożsamości. Autor modelu muzykoterapii społecznościowej Brynjulf Stige proponuje wyjście z gabinetu muzykoterapii do miejsc i instytucji, w których żyją i pracują ludzie [por. Stige 2004: 135]. W miejscach tych muzykoterapia staje się elementem integracji ze społecznością lokalną, źródłem społecznego wsparcia, aktywizacji, budowania poczucia związku z tradycją. W wypadku dzieci w wieku przedszkolnym z doświadczeniem migracyjnym rolę taką może odgrywać przedszkole. Dzieje się tak m.in. przez organizowanie różnego rodzaju lokalnych przedsięwzięć artystycznych, np. festynów rodzinnych z udziałem dzieci czy występów okolicznościowych.

Muzykoterapia dzieci z doświadczeniem migracyjnym wpisuje się w działania profilaktyczne, stanowiące obok oddziaływań edukacyjnych, rozwojowych, rehabilitacyjnych, psychoterapeutycznych i integracyjnych ważną sferę współczesnej muzykoterapii. Wszystkie z wymienionych obszarów odnoszą się do funkcjonowania zarówno fizycznego czy psychicznego, jak i społecznego dziecka. W obszarze fizycznym zwraca się uwagę na aktywizację ruchową, poprawę sprawności fizycznej, lepszą koordynację, redukcję napięć psychofizycznych, wzrost akceptacji siebie, własnej cielesności i uwrażliwienie na doznania kinestetyczne. W sferze psychicznej celem jest przeciwdziałanie lękom, zwiększenie

odporności na stres, wspieranie kreatywności, wzmacnianie poczucia własnej wartości, motywacji i pozytywnego nastawienia do życia. Istotne jest również oddziaływanie muzyki na sferę poznawczą: procesy pamięci i koncentrację uwagi oraz wspomaganie procesu uczenia się [por. Cylulko 2016: 51–52]. Kontekst społeczny muzykoterapii związany jest z następującymi zagadnieniami: przynależnością kulturową, przyjaznymi relacjami międzyludzkimi, komunikacją społeczną i środowiskiem rodzinnym. Dzięki muzykoterapii dochodzi do zmiany stylu interakcji społecznych, sposobów komunikowania się, zmniejszenia poczucia izolacji. Podkreślić należy wartość uczestnictwa w kulturze i własnej aktywności muzycznej, np. w zespołach instrumentalnych, wokalnych czy tanecznych. Wszystkie wymienione obszary oddziaływania muzyki na dziecko: biologiczny, psychologiczny, społeczny i, bliski mu, kulturowy, traktować należy całościowo, pamiętając, że sfery te są ze sobą ściśle powiązane [Cesarz 2017: 31].

Muzykoterapia prowadzona w przedszkolach sprzyja budowaniu klimatu bezpieczeństwa i akceptacji oraz przestrzeni dla swobodnego rozwoju. Rolą przedszkola jest jego wspomaganie i umożliwienie dziecku zdobycia gotowości szkolnej, czyli przygotowanie do podjęcia nauki na dalszych etapach edukacji. W myśl idei „pedagogiki przywiązania” przedszkole pełni funkcję zastępczego domu, w którym kluczowe są bliskie, będące odwzorowaniem związku między rodzicem a dzieckiem, relacje. Taki klimat instytucji dla małych dzieci może im zapewnić bezpieczny rozwój oraz pomóc urzeczywistnić ich potencjał, szczególnie w obszarze emocjonalno-społecznym [Dahlberg, Moss, Pence 2013: 46]. Będąc podmiotem oddziaływania muzykoterapii dziecko, niezależnie od trudności, z jakimi się boryka, pozostaje dzieckiem na określonym etapie rozwoju, potrzebuje więc zarówno kształcenia estetycznego, jak i aktywnego, twórczego wyrażania się przez muzykę.

Programy muzykoterapii prowadzonej w polskich przedszkolach adresowane są przeważnie do dzieci z zaburzeniami rozwojowymi, z niepełnosprawnością. W modelu edukacji segregacyjnej i integracyjnej muzykoterapeuta realizuje programy dostosowane do sytuacji dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Kształcenie integracyjne jest

etapem sytuowanym między kształceniem separacyjnym a edukacją inkluzywną (włączającą). Krytyczna analiza doświadczeń związanych z wprowadzaniem modelu integracyjnego w placówkach edukacyjnych wskazuje na niedoskonałości tego rozwiązania.

Integracja zakłada kształcenie osób z niepełnosprawnością w placówkach ogólnodostępnych, a z drugiej strony niezbędność pedagogów specjalnych w procesie edukacji. Mamy do czynienia ze zjawiskiem teorii dwóch grup: dzieci niepełnosprawne podlegają pedagogowi specjalnemu [innym terapeutom tworzącym zespół terapeutyczny: psycholog, fizjoterapeuta, logopeda, muzykoterapeuta, terapeuta integracji sensorycznej – A.Sz.], dzieci zdrowe nauczycielowi. W konsekwencji, tak jak w modelu segregacyjnym, tworzą się dwie zbiorowości, tyle, że umieszczone na jednym terytorium, a więc bliżej siebie [Kruk-Lasocka 2012: 13].

W modelu włączającym rozwija się strategię holistycznego kształcenia w jednolitej zbiorowości, jaką jest grupa przedszkolna czy klasa szkolna. W podejściu inkluzywnym rolą muzykoterapii jest profilaktyka i terapia, które składają się na całościowe wspieranie indywidualnego rozwoju dzieci. Muzykoterapia dzieci z doświadczeniem migracyjnym wpisuje się w model edukacji włączającej. Dzieci, o których mowa, uczęszczają zwykle do placówek ogólnodostępnych. W wypadku problemów, z jakimi się borykają, nie przewiduje się objęcia dziecka programem wspierania rozwoju w ramach wczesnej interwencji, realizowanym przez zespoły terapeutów w przedszkolach.

Muzykoterapia dzieci w wieku przedszkolnym z doświadczeniem migracyjnym stawia indywidualne cele. Zwykle są one związane ze wspomaganie kompetencji społecznych i komunikacyjnych, rozwojem mowy, wzmacnianiem poczucia własnej wartości dziecka, jego samoakceptacji i poczucia sprawczości. Wszystkie wymienione cele służą zapobieganiu zjawisku wykluczenia z grupy rówieśniczej czy zajmowania w niej niskiej pozycji, bycia marginalizowanym. W tej formie zajęć muzykoterapeutycznych wskazane jest uwzględnienie takich form

aktywności muzycznej, jak improwizacje instrumentalne, wokalne oraz ruchowe, śpiew, instrumentacja piosenek, inscenizacja treści piosenek, śpiew z podziałem na role. Zabawy z elementami tanecznymi obejmują tańce i pląsy dziecięce w kręgu oraz ustrukturalizowane układy ruchowe wykonywane w parach lub w swobodnym ustawieniu. Istotne w pracy z dziećmi z doświadczeniem migracyjnym w wieku przedszkolnym będą ćwiczenia muzyczne rozwijające orientację w schemacie ciała, zabawy wielosensoryczne, np. „masażyki rytmiczne”, którym towarzyszą proste piosenki, rymowanki lub rytmiczna muzyka. Właściwe dla tej formy muzykoterapii są także ćwiczenia receptywne: zadaniowe słuchanie muzyki, ćwiczenia wyobraźni, działania plastyczne inspirowane muzyką i relaksacja przy muzyce.

Doświadczenie migracyjne

Zjawisko migracji jest zjawiskiem współczesności związanym bezpośrednio z procesem globalizacji i oznacza przemieszczanie się rozmaitych grup społecznych między różnymi skupiskami ludności, np. między krajami lub miastami czy między rejonami geograficznymi i państwowymi. Migracje dzielimy na przymusowe (gdy ktoś musi uciekać) lub dobrowolne (gdy ktoś chce wyjechać, choć nie musi), legalne i nielegalne oraz na stałe i czasowe. Wśród przyczyn przepływów ludności można wyróżnić kilka głównych trendów: przemiany ekonomiczne, konflikty etniczne, polityczne i religijne. Powody migracji, oprócz wyżej wymienionych, mogą być również naukowe, biznesowe oraz środowiskowe.

Migracja ulega obecnie przeobrażeniom ilościowym i jakościowym – mamy np. do czynienia z jej feminizacją. Jesteśmy też świadkami ugruntowywania się nowych form migracji. Należą do nich migracja krótkoterminowa, wahadłowa i tranzytowa. Coraz częściej decyzję o migracji podejmują kobiety, a nierzadko całe rodziny. Inne *novum* w rzeczywistości migracyjnej to przypadki osób i rodzin stopniujących wyjazdy. Zaczynają od migracji mało ryzykownej, bliższej i jednocześnie pozwalającej

zgromadzić kapitał (pieniądze i wiedzę) na dalsze, bardziej ryzykowne wyprawy. Przykładem są migracje rodzin zza wschodniej granicy do Polski, gdzie zdobywa się doświadczenie, wiedzę i środki finansowe do dalszej wędrówki do krajów Europy Zachodniej [por. Kiliański 2008: 98–99].

Zjawisko migracji rodzi zarówno nadzieje, jak i obawy. Z jednej strony wiąże się z rozwojem gospodarczym, z drugiej zaś pociąga za sobą liczne napięcia i konflikty na tle narodowościowo-społecznym. Skutki i konsekwencje, jakie wywołują migracje w różnych dziedzinach życia, można podzielić na prawne, społeczne, kulturowe i psychologiczne. W niniejszym opracowaniu najistotniejsze będą następstwa kulturowo-społeczne, które są wyzwaniem m.in. dla systemu edukacji.

Problematyce kształcenia uczniów o rodowodzie imigracyjnym poświęcona została rezolucja Parlamentu Europejskiego z 13 października 2005 roku w sprawie integracji imigrantów w Europie za pośrednictwem systemu oświaty i nauczania wielojęzycznego. W dokumencie tym podkreślano, że będące w wieku szkolnym dzieci imigrantów mają prawo do oświaty publicznej, niezależnie od prawnego statusu ich rodzin, i że w prawie tym zawarta jest możliwość nauki języka kraju przyjmującego, bez uszczerbku dla prawa tych dzieci do nauki ich języka ojczystego [*Rezolucja...* 2005]. Ramy instytucjonalno-prawne kształcenia dzieci cudzoziemskich w polskim systemie oświaty wyznaczają zapisy ustawy o systemie oświaty oraz rozporządzenia w sprawie przyjmowania dzieci niebędących obywatelami polskimi do publicznych przedszkoli i szkół. Zapisy te stanowią, że osoby niebędące obywatelami polskimi, a podlegające obowiązkowi szkolnemu korzystają z nauki i opieki w publicznych szkołach podstawowych, gimnazjach i publicznych szkołach artystycznych na warunkach dotyczących obywateli polskich. Na mocy nowelizacji ustawy o systemie oświaty z 2009 roku wprowadzono zapis, iż osoby niebędące obywatelami polskimi, a podlegające obowiązkowi szkolnemu, które nie znają języka polskiego albo znają go na poziomie niewystarczającym do korzystania z nauki, mają prawo do dodatkowej, bezpłatnej nauki języka polskiego. Wprowadzone zostało obostrzenie czasowe – osoby te mogą korzystać z tego uprawnienia nie dłużej niż przez 12 miesięcy [Błęszyńska 2010: 6].

Z perspektywy poszczególnych jednostek i rodzin migracja łączy się z licznymi kosztami związanymi z adaptacją do życia w nowym środowisku. Sytuacja ta dotyczy zarówno dorosłych, jak i – nawet w większym stopniu – dzieci oraz młodzież. Konieczność przystosowania się do innego środowiska rówieśniczego i systemu edukacyjnego rodzi trudności i napięcia. Doświadczenie migracyjne wywiera szczególny wpływ na życie małych dzieci. Z jednej strony jest szansą na poznanie innej kultury, naukę języków, nabycie elastyczności, umiejętności przystosowawczych, z drugiej – zagraża poczuciu bezpieczeństwa, stabilności i zakorzenienia. Rozwój dziecka w wieku przedszkolnym pozbawione go tych uwarunkowań przebiega w sposób utrudniony. Największe zagrożenie wynika z ciągłego zrywania nawiązanych relacji, braku bliskich, rodzinnych więzi i oparcia w szerszym, stabilnym środowisku społecznym.

Przykład muzykoterapii rodzeństwa uchodźców z Syrii

W ostatnich latach w polskich przedszkolach spotkać można coraz więcej dzieci obcego pochodzenia. Przeważnie są to dzieci imigrantów z terytorium Federacji Rosyjskiej, Czeczenii, Ukrainy, Białorusi i Gruzji, choć nie tylko. Zdarzają się dzieci z Syrii, Wietnamu czy z krajów Afryki. W niniejszym artykule zostanie zaprezentowany przykład rodzeństwa z Syrii, które uczęszczało do jednego z wrocławskich przedszkoli przez osiem miesięcy. Po tym czasie rodzina opuściła Polskę i przeniosła się do Niemiec. Chłopiec, starszy z rodzeństwa, miał wtedy sześć lat i został zapisany do najstarszej grupy w przedszkolu. Jego czteroletnia siostra znalazła się w młodszej grupie. Początkowo jednak dzieci przebywały razem w starszej grupie, co pomogło im odnaleźć się w nowych, obcych dla nich warunkach. Dziewczynka miała zdecydowanie większe problemy z aklimatyzacją w przedszkolu niż jej o dwa lata starszy brat. Przez pierwsze dwa miesiące chłopiec opiekował się siostrą podczas pobytu w placówce. Dzieci nie znały języka polskiego, a z nauczycielami

próbowały się komunikować w języku angielskim. Od pierwszych dni w przedszkolu uczyły się polskich słów. Muzykoterapia rodzeństwa z Syrii prowadzona była według modelu muzykoterapii wspierającej rozwój emocjonalny dziecka w wieku przedszkolnym [Szymajda 2016a: 82–101]. Zajęcia odbywały się dwa razy w tygodniu przez osiem miesięcy. Przybierały formę zarówno grupową, jak i indywidualną stosownie do zmieniających się potrzeb dzieci. Szczegóły przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Przebieg muzykoterapii rodzeństwa z Syrii. Opracowanie na podstawie badań własnych

Struktura modelu	Dziewczynka, lat 4	Chłopiec, lat 6
Rozpoznanie potencjału muzycznego	Bardzo muzykalna, chętnie gra na instrumentach, klaszcze, ruchem ilustruje charakter muzyki.	Bardzo muzykalny, lubi śpiewać, z łatwością uczy się układów tanecznych.
Diagnoza możliwości i potrzeb	Wycofana, nieśmiała, załężniona.	Otwarty, pewny siebie, opiekuńczy.
Sformułowanie indywidualnych celów	Redukowanie lęku, napięcia, wyzwalanie ekspresji ruchowej i instrumentalnej.	Rozwijanie mowy, nauka polskich słów, wymowy i rozumienia ich znaczenia.
Opracowanie programu muzykoterapii	Piosenki z wykorzystaniem imienia dziewczynki, np. krótkie śpiewane „powitanki”. Ćwiczenia z wykorzystaniem instrumentów perkusyjnych: akompaniowanie do rytmicznych melodii i piosenek,	Zabawy ruchowe przy prostych piosenkach śpiewanych w języku polskim. Śpiew, ćwiczenia rytmizacji prostych słów, np. wyklaskiwanie lub wybijanie rytmów na instrumentach.

Struktura modelu	Dziewczynka, lat 4	Chłopiec, lat 6
	<p>impro wizacje, ilustrowanie dźwiękami zjawisk otaczającego świata oraz emocji.</p> <p>Zabawy rytmiczno-ruchowe, ćwiczenia reakcji na sygnał muzyczny, ćwiczenia ortofoniczne.</p>	<p>Zabawy rozwijające rozumienie znaczenia podstawowych słów i zwrotów w języku polskim.</p> <p>Zabawy taneczne ilustrujące treść piosenek, tworzenie do nich inscenizacji ruchowych z wykorzystaniem pomocy dydaktycznych (ilustracji, rekwizytów).</p>
Prowadzenie zajęć	<p>Zajęcia indywidualne dwa razy w tygodniu.</p> <p>Nawiązanie kontaktu.</p> <p>Wykorzystanie instrumentów perkusyjnych, rekwizytów przyjaznych dziecku: pluszaków, maskotek.</p>	<p>Zajęcia indywidualne dwa razy w tygodniu.</p> <p>Nawiązanie kontaktu werbalnego.</p> <p>Śpiewanie piosenek, ćwiczenia artykulacyjne i emisyjne.</p>
Weryfikacja wstępnych założeń	<p>Dodatkowe cele związane ze zwiększeniem samoakceptacji, poczucia własnej wartości, kreatywności i ekspresji emocji.</p>	<p>Rozwijanie komunikacji z rówieśnikami, umiejętności współdziałania i nawiązywania kontaktów interpersonalnych.</p>
Modyfikowanie programu	<p>Zabawy ruchowe przy piosenkach dziecięcych.</p>	<p>Techniki komunikatywne: „lustra”, „prowadzenie dźwiękiem”, dialogi instrumentalne.</p>

Struktura modelu	Dziewczynka, lat 4	Chłopiec, lat 6
	Ćwiczenia w parach, „masażyki rytmiczne”. Oswajanie z dotykiem, ćwiczenia relaksacyjne, „kołyski” w parach.	Grupowe techniki improwizacji instrumentalnych, tańce w kręgu, płąsy dziecięce.
Wprowadzenie zmian w zajęciach	Zajęcia prowadzone indywidualnie i w małych grupach, początkowo w parze z bratem, następnie z dziećmi z grupy rówieśniczej.	Zajęcia w formie grupowej, prowadzenie ćwiczeń w parach, włączanie do wspólnego śpiewu z podziałem na role.
Wnioski	W toku prowadzonej muzykoterapii dziewczynka stawała się śmielsza, zaczęła nawiązywać kontakt wzrokowy i się uśmiechać. Ważne okazało się stopniowe oswojenie z rówieśnikami i przechodzenie od formy indywidualnej, przez zajęcia w parze, z wybranym kolegą z grupy, do większej grupy. W pierwszych tygodniach dobrym rozwiązaniem było prowadzenie zajęć wspólnie z bratem i decyzja o włączeniu dziewczynki w przedstawienie jasełek.	Ważnym elementem było dla chłopca włączenie go do występu (przedstawienia jasełek) zaraz na początku pobytu w przedszkolu. Świetne wycucie rytmu, pamięć muzyczna i zdolności taneczne, które mógł zaprezentować w pierwszych tygodniach w przedszkolu, dodały chłopcu pewności siebie i pozwoliły mu zająć wysoką pozycję w grupie rówieśników.

Struktura modelu	Dziewczynka, lat 4	Chłopiec, lat 6
Praktyczne wskazania do dalszej pracy	W dalszej pracy muzykoterapeutycznej z dziewczynką należy stopniowo wprowadzać formy zabaw ze śpiewem, ćwiczenia ortofoniczne, artykulacyjne, naukę prostych piosenek, np. rozwijających orientację w schemacie ciała.	W dalszej pracy z chłopcem można włączyć ćwiczenia rytmizowania mowy z wykorzystaniem instrumentów perkusyjnych, naukę prostych rymowanek oraz ćwiczenia wyobrazeniowe inspirowane muzyką – „malowanie muzyki”, i zachęcać dziecko do swobodnych wypowiedzi w języku polskim.

Zaprezentowany przykład krótkoterminowej muzykoterapii prowadzonej w przedszkolu z dziećmi pochodzenia syryjskiego ukazuje rozległe możliwości zastosowania wybranych form, metod i technik muzykoterapeutycznych w grupach dzieci z doświadczeniem migracyjnym. W wypadku czteroletniej dziewczynki zajęcia pozwoliły na zwiększenie jej poczucia bezpieczeństwa w nowym środowisku, zmniejszenie napięcia i lęku. Twórcze działania i inspirowane muzyką zabawy ruchowe przy piosenkach dziecięcych oraz ćwiczenia z instrumentami perkusyjnymi otworzyły dziewczynkę na środowisko zewnętrzne i zmniejszyły koncentrację na własnym lęku i niepewności. W końcowej fazie cyklu zajęć czterolatka zaczęła spontanicznie nawiązywać pierwsze kontakty rówieśnicze, a na jej twarzy coraz częściej pojawiał się uśmiech. W wypadku chłopca zajęcia muzykoterapii spełniały swoją funkcję głównie w sferze rozwoju kompetencji językowych. Aktywność muzyczna chłopca, jego przewyższające rówieśników umiejętności taneczne, gra na instrumentach perkusyjnych i ekspresja ruchowa pozwoliły mu zająć

ważne miejsce w grupie przedszkolnej, pomimo nieznamomości języka polskiego. Dzięki temu chłopiec nie pozostawał na uboczu grupy, lecz mógł się czuć jej pełnoprawnym, aktywnym członkiem. W rezultacie prowadzonych zajęć zgłaszał się do indywidualnego śpiewu w języku polskim, jego mowa stawała się coraz bardziej zrozumiała i prawidłowa. Był lubiany przez rówieśników, nawiązał też bliższe relacje z kilkoma kolegami z grupy.

Pobyty rodziny z Syrii w Polsce był krótkoterminowy, tranzytowy. Jak wykazała analiza efektów prowadzonych zajęć z dziećmi, muzykoterapia okazała się dla nich pomocą i wsparciem w okresie przebywania w obcym środowisku. Wnioski z przeprowadzonych badań pokazują zasadność stosowania muzykoterapii u dzieci w wieku przedszkolnym z doświadczeniem migracyjnym.

Zakończenie

Muzyka stanowi uniwersalny język, dostępny i zrozumiały dla dzieci nieznamących miejscowej mowy, stwarza więc duże możliwości jako środek oddziaływania profilaktycznego i terapeutycznego w pracy z dziećmi w wieku przedszkolnym z doświadczeniem migracyjnym. Ekspresja własnych przeżyć, komunikacja przez dźwięki muzyczne, melodie, rytmy, taniec czy inspirowany muzyką ruch stanowią o wartości muzykoterapii prowadzonej w tej grupie dzieci. Podczas zajęć dzieci uczestniczą w radosnych, spontanicznych zabawach muzycznych, budujących poczucie wspólnoty z grupą rówieśniczą. Działania te niwelują lęk, zapobiegają odrzuceniu, pozwalają dzieciom nieznamącym języka rówieśników i nauczycieli odnaleźć swoje miejsce w grupie przedszkolnej.

Muzykoterapia dzieci z doświadczeniem migracyjnym może być uważana za ważny element wspierania ich w trudnej sytuacji aklimatyzowania się w obcym kraju. Odpowiednim modelem prowadzenia tej formy zajęć jest podejście humanistyczne, zmierzające do wejścia w pełną empatii i akceptacji relację. Miejsce realizacji oraz przyjęte formy,

metody i techniki muzykoterapii dzieci z doświadczeniem migracyjnym sytuują ten rodzaj zajęć w obszarze coraz bardziej rozwijającej się muzykoterapii społecznościowej. W polskim systemie edukacyjnym wspieranie przez muzykoterapię tej grupy dzieci w przedszkolach umożliwiają procesy edukacji włączającej.

Muzykoterapia dzieci z doświadczeniem migracyjnym znajduje się w Polsce w początkowym stadium rozwoju. Jednak zarówno powszechność zjawiska migracji, jak i potencjał tkwiący w formach, metodach i technikach muzykoterapii stosowanej w omawianej grupie dzieci, co próbowano ukazać w niniejszym artykule, zachęcają do podjęcia dalszych badań w tym kierunku. W przyszłości istotne byłoby tworzenie specjalnych programów profilaktycznych skierowanych do tej grupy. Powinny one, poza muzykoterapią, uwzględniać inne formy wsparcia specjalistycznego. Oddziaływaniami muzykoterapeutycznymi mogłoby zostać objęte najbliższe środowisko dziecka: rodzice i rodzeństwo, jako aktywni uczestnicy prowadzonych w ramach programu działań.

Bibliografia

- Błęszyńska Krystyna 2010, *Dzieci obcokrajowców w polskich placówkach oświatowych – perspektywa szkoły. Raport z badań*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji, [online:] http://www.hfhr.org.pl/wielokulturowosc/documents/doc_204.pdf [2.07.2021].
- Cesarz Helena, 2017, *Wartości muzykoterapii stosowanej u osób z niepełnosprawnością*, [w:] L. Kataryńczuk-Mania (red.), *Z zagadnień terapii artystycznej, pedagogicznej i logopedycznej*, Zielona Góra – Skarbona: Stowarzyszenie Polskich Muzyków Kameralistów, s. 27–49.
- Cylulko Paweł, 2016, *Model tyflomuzykoterapii dzieci*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Wrocławskie modele muzykoterapii*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 2, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 41–61.
- Cylulko Paweł, Gładyszewska-Cylulko Joanna, 2010, *Polska naukowa koncepcja muzykoterapii – w trzydziestolecie wydania książki „Wstęp do muzykoterapii” Tadeusza Natansona*, [w:] D. Kanafa (red.), *Tadeusz Natanson. Kompozytor*,

- uczony, pedagog, [w serii:] „Muzycy Wrocławscy”, t. 2, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 173–184.
- Dahlberg Gunilla, Moss Peter, Pence Alan, 2013, *Poza dyskursem jakości w instytucjach wczesnej edukacji i opieki*, tłum. K. Gawlicz, Wrocław: Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej.
- Kiliański Michał, 2008, *Migracje międzynarodowe – zarys współczesnych trendów migracyjnych*, „Studenckie Prace Prawnicze, Administracyjne i Ekonomiczne”, nr 5, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, s. 97–105, [online:] <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/dlibra/doccontent?id=37435> [6.06.2021].
- Kruk-Lasocka Joanna, 2012, *Dostrzec dziecko z perspektywy edukacji włączającej*, Wrocław: Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej.
- Rezolucja Parlamentu Europejskiego w sprawie integracji imigrantów w Europie za pośrednictwem systemu oświaty i nauczania wielojęzycznego, 2005, [online:] <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2005-0385+0+DOC+XML+V0//PL> [2.07.2021].
- Stige Brynjulf, 2004, *Culture-Centered Music Therapy*, Barcelona: Gilsum NH.
- Szulc Wita, 2011, *Uniwersalizm arteterapii. Co łączy poszczególne dziedziny terapii przez sztukę?*, [w:] M. Siemień, R. Aleksandrowicz (red.), *Arteterapia w aktywizacji społecznej i zawodowej osób zagrożonych wykluczeniem*, Wrocław: Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, s. 17–43.
- Szymajda Agnieszka, 2016a, *Model muzykoterapii wspierającej rozwój emocjonalny dziecka w wieku przedszkolnym*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Wrocławskie modele muzykoterapii*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 2, Wrocław: Akademia Muzycznej im. Karola Lipińskiego, s. 81–101.
- Szymajda Agnieszka, 2016b, *Od muzykoterapii do „muzycznego lustra” dziecka*, Wrocław: Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej.

Streszczenie

W artykule zaprezentowano treści związane z muzykoterapią dzieci w wieku przedszkolnym z doświadczeniem migracyjnym. W przedszkolach w Polsce obserwuje się w ostatnich latach rosnącą liczbę dzieci obcego pochodzenia. Autorka analizuje zjawisko migracji, jej przyczyny, rodzaje i skutki, które rozpatruje przede wszystkim w kontekście potrzeb rozwojowych dziecka w wieku przedszkolnym. W artykule ukazano, że muzykoterapia dzieci z doświadczeniem migracyjnym może być ważnym elementem wspierania ich w trudnej sytuacji, jaką jest

konieczność aklimatyzacji w obcym kraju zamieszkania. Na przykładzie rodzeństwa z Syrii autorka prezentuje przebieg i efekty prowadzonej w przedszkolu muzykoterapii. Zaproponowany model odnosi do kierunku humanistycznego w muzykoterapii i do muzykoterapii społecznościowej. Artykuł ma na celu dowieść zasadności tworzenia programów muzykoterapeutycznych dla tej grupy dzieci.

Słowa kluczowe: doświadczenie migracyjne, dziecko w wieku przedszkolnym, muzykoterapia społecznościowa, profilaktyka muzyczna

AGNIESZKA SZYMAJDA – doktor nauk społecznych w dyscyplinie pedagogika, flecistka, muzykoterapeutka. Adiunkt Dolnośląskiej Szkoły Wyższej we Wrocławiu, współpracownik Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Przewodnicząca Zarządu Głównego Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich i od roku 2009 reprezentantka Polski w Europejskiej Federacji Muzykoterapii (European Music Therapy Confederation). Jest autorką i współautorką publikacji naukowych z zakresu muzykoterapii. Do głównych zainteresowań naukowych autorki należy muzykoterapia dzieci z różnorodnymi dysfunkcjami rozwojowymi oraz wspieranie rozwoju emocjonalnego dziecka w wieku przedszkolnym z wykorzystaniem terapeutycznych walorów muzyki.

CZĘŚĆ 4

Współczesne wyzwania
dla praktyki klinicznej muzykoterapii



BIOCYBERNETYCZNE ASPEKTY PROGRAMOWANIA MUZYKI DO TERAPII

Andrzej Waldemar Mitas » Politechnika Śląska

Wprowadzenie

Terapia jest zjawiskiem tak oczywistym, że nawet w źródłach encyklopedycznych (online) jej opis semantyczny został zamknięty w trzech słowach: „przywracanie zdrowia, leczenie”, i jednym synonimie: „kuracja” [Terapia 2021]. Wydawałoby się więc, że interpretacja znaczenia tego terminu nie budzi żadnych wątpliwości. Niekoniecznie sprawdza się ta intuicja w praktyce, choć nie powinno podlegać dyskusji stwierdzenie, że terapia stosowana jest wówczas, gdy występuje deficyt zdrowia. Można ogólnie przyjąć, że deficyt taki ma zazwyczaj podłoże psychosomatyczne, z większym lub mniejszym naciskiem na jeden z aspektów zdrowia.

W wypadku muzykoterapii u danego pacjenta (słuchacza) należałoby wstępnie określić przyczynę dolegliwości oraz ustalić jej czasowy wymiar, który różni się w zależności od tego, czy chodzi o doraźny problem czy też o przewlekłą, a nawet nieuleczalną chorobę. Rodzaj dolegliwości somatycznej ma również istotne znaczenie dla podejmowanych czynności sanacyjnych, ponieważ, jak donosi bogata literatura przedmiotu [por. Kania i in. 2015, Nowakowska-Lipiec i in. 2021], są one bardzo różnorodne: z jednej strony możliwe jest np. zastosowanie „muzycznego porywania” (*music entrainment*), skutecznego w inicjacji motoryki,

a także w chorobach neurodegeneracyjnych, z drugiej pojawiają się także kontrowersyjne koncepcje relaksacyjnego rezonansu mechanicznego wybranych tkanek.

O wadze postawienia i autoweryfikacji diagnozy, którą powinien formułować każdy, kto podejmuje się prowadzenia muzykoterapii, trafnie piszą w kontekście użycia muzyki Paweł Cylulko i Joanna Gładyszewska-Cylulko [2020: 9–10], definiując problem następująco:

Diagnosta zaczyna od etapu prediagnostycznego. Przechodzi przez etap identyfikacji i wyjaśniania, kończy zaś na etapie interwencji [...]. Postępowanie postdiagnostyczne zakończone jest bowiem zwykle kolejną diagnozą (ewaluacją), potwierdzającą słuszność wybranego sposobu i kierunku oddziaływań lub wskazującą na potrzebę dokonania ich modyfikacji.

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na kontekst biocybernetyczny rozważań na temat wykorzystania uzdrowicielskiego wpływu muzyki na organizm człowieka. Teza, że muzyka łagodzi obyczaje, nie jest uniwersalna, ponieważ Europejczykowi wystarczy kilka minut kontaktu z utworem, w którym orientalne melizmaty „poszukują” dźwięku objawienia (śruti), by wywołać niepokój, niekoniecznie twórczy. Wypełnienie ściśle zdefiniowanych warunków brzegowych uprawdopodobnia tę tezę, choć oczywiście nie są to warunki wystarczające do jej potwierdzenia.

Reakcja człowieka na dźwięk stanowi egzemplifikację procesu sterowania w układach biologicznych z uwzględnieniem oczywistej interakcji takiego procesu i stanu środowiska [Mitas 2015: 125]. Tym samym percepcja muzyki ma znamiona procesu biocybernetycznego, co wydaje się o tyle oczywiste, że słuchanie muzyki w dookólnej ciszy jest czymś zgoła odmiennym od słuchania tej samej muzyki przy akompaniamencie pracującego młota udarowego. Zmienność warunków otoczenia może mieć znacznie łagodniejszą postać zależną od oddziaływania niemierzalnych czynników (takich jak głośniki o niepełnym pasmie trzydecybelowym, refrakcja dźwięków na przedmiotach otoczenia, położenie słuchacza

w grupie odbiorców i wiele innych subtelności wpływających na odbiór muzyki). Warto uwzględnić także i to, że leciwy słuchacz, u którego audiogram wskazuje ograniczenie sprawności słuchu do 6 kHz, usłyszy zupełnie inne brzmienie orkiestry niż odbiorca młody i słuchowo sprawny.

Jednym z podejmowanych przez autora działań związanych z omawianym zagadnieniem była promocja dysertacji¹ analizującej potencjalny wpływ muzyki klasycznej na psychosomatyczny ustrój człowieka w okresie rozwoju prenatalnego. W rezultacie kwalifikowanych, wysoko specjalistycznych badań okazało się, że dźwięki odbierane przez organizm dziecka w łonie matki drastycznie odbiegają od tych, które kompleksowo tworzą muzykę (w badanym wypadku była to twórczość Wolfganga Amadeusa Mozarta), a efektem odsłuchiwania takiej zniekształconej muzyki jest raczej zdenerwowanie i niepokój, a nie relaksacja i rozwój zdolności kognitywnych, jak przyjęło się zakładać. Niemniej potwierdzenie modelem matematycznym i licznymi eksperymentami, także z udziałem zawodowych muzyków, bywa niewystarczającą argumentacją. Wyniki prac poddano również rozleglejszej ocenie, publikując je w wysoko punktowanych czasopismach zagranicznych [Bieńkowska, Mitas 2018: 295].

W każdym wypadku oddziaływania muzyki na psychosomatyczny ustrój człowieka w ramach dowolnych prób sanacyjnych, czyli w dosłownym ujęciu – terapeutycznych, istotą problemu powinien być dobrostan pacjenta, który ma ograniczone możliwości werbalnej ekspresji swoich doznań. Chodzi nie tyle o prawo do wypowiedzi, ile raczej o trudność definiowania podlegających obserwacji jako procesy biologiczne zmian stanu organizmu. Oczywiście można oczekiwać głębokiego wzruszenia, objawiającego się widzialnymi rezultatami (tzw. ciarkami czy łzami), ale w wypadku reakcji o umiarkowanym natężeniu definicja zmiany stanu bywa rozmyta. Biometria behawioralna, której przedmiotem są takie właśnie rozważania dotyczące ludzkich zachowań, to obszar zainteresowań

1 » Praca w analityczny sposób traktuje o modelu matematycznym oddziaływania muzyki na dziecko w okresie rozwoju płodowego, przy czym opinie muzyków są istotnym elementem porównywania wyników i dyskusji końcowej.

wielu współczesnych ośrodków badawczych całego świata. Wspólnie określa się to zagadnienie, lokowane na pograniczu techniki, psychologii i sztuki, terminem *kansei engineering*, odnoszącym się do badania zależności między poszczególnymi właściwościami a wywoływanymi przez nie odczuciami. Kwestię doboru pobudzeń zaprezentowano na jednym z kongresów poświęconych tej problematyce [Mitas 2009: 12].

W tym miejscu warto przytoczyć myśl będącą kamieniem węgielnym prezentowanej koncepcji muzyczno-biocybernetycznej, a pochodząca z prac nestora polskiej muzykoterapii – Tadeusza Natansona, który tak opisuje istotę programowania muzyki:

To poszukiwanie doboru najwłaściwszego materiału muzycznego [...] nazywane jest często programowaniem [...], programowanie rozumieć jako działanie związane z przewidywaniem: na podstawie określonych reguł dokonuje się z danego zbioru określonego wyboru jednostek, określając jednocześnie reguły ich optymalnego doboru w aspekcie wymogów innego zbioru. Tym samym istota problemu [...] zawarta jest nie tyle w pytaniu, jaki materiał muzyczny, lecz dlaczego? [Natanson 1992: 8].

Definicja jest tu wbrew pozorom ścisła pod względem formalnym, choć w perspektywie informatycznej lokuje się w kategorii tzw. *fuzzy logic*, czyli logiki rozmytej, ponieważ takimi kategoriami opisuje się sztukę *sensu largo*.

Postawione pytanie „dlaczego” powinno nas skłaniać do wykorzystania nowoczesnej myśli technicznej, zwłaszcza w zakresie inżynierii biomedycznej, by z powodzeniem oceniać zmiany stanu człowieka, który słucha muzyki, w celu określenia wzmiarkowanych już reguł przeprowadzania optymalnego doboru. Historyczne tezy Natansona mogą dziś być realnie rozwijane i uzupełniane dzięki odkryciom w dziedzinach neurologii, biomechaniki, akustyki, informatyki i elektroniki, a w szczególności w zakresie pomiarów zmienności psychofizjologicznego stanu człowieka. W latach osiemdziesiątych minionego stulecia ocena intensywności doznania bycia „porwanym” przez muzykę

pozostawała poza zasięgiem uczonych; dziś takie pomiary są badawczą codziennością, także dla pracowników naukowych Wydziału Inżynierii Biomedycznej Politechniki Śląskiej, czyli miejsca działalności twórczej autora. I to właśnie jest podstawą do podjęcia i rozwoju myśli wrocławsko-cieszyńskiego profesora muzykoterapeuty.

Biocybernetyczny aspekt muzyki stanowi sposób interpretacji rzeczywistości w dziedzinie sztuki muzycznej, pozwalający na optymalizację działań muzykoterapeutycznych, o ile będą one podejmowane świadomie w kontekście spersonalizowanych potrzeb pacjenta-słuchacza.

Warto zauważyć bardzo perspektywne spojrzenie wspomnianego nestora muzykoterapii [Natanson 1992: 82], który precyzyjnie przedstawia zasadnicze tezy zagadnienia, pisząc, że:

muzyką można wpływać korzystnie na psychosomatyczne zdrowie człowieka, chociaż nie wiemy dokładnie, jak się to dzieje, brakujących informacji należy poszukiwać m.in. w samej substancji muzycznej, o której wiemy także, że działa, często wiemy jak, nie wiemy natomiast dlaczego.

Dalej zaś podaje, że „rozwijająca się praktyka muzykoterapii stwarza konieczność poznania muzyki jako jej środka oddziaływania, czemu służyć muszą nowe metody analizy substancji muzycznej”.

Podjęcie trudu przeprowadzenia przedmiotowej analizy „substancji muzycznej” i wyodrębnienia jej głównych składowych w wypadku wywierania wpływu na psychosomatyczny ustrój człowieka staje się głównym motorem postępu w procesie wykorzystania sztuki muzycznej w muzykoterapii.

Pierwszym stopniem wtajemniczenia jest z pewnością próba oceny reakcji człowieka na wybrane elementy muzyki, przeprowadzana w celu ustalenia tych jej komponentów, których wpływ na słuchacza jest zasadniczo największy. Dyskusja o istotności lub hierarchizacji rytmu, metrum, melodii, harmonii, dynamiki czy agogiki nie może być jednakże prowadzona w oderwaniu od psychosomatycznych cech słuchacza, w szczególności w dynamicznie zmieniających się warunkach otoczenia.

Osobnicza zmienność systemu recepcyjnego jest pierwszym ograniczeniem, warunkującym próby badawcze. Jeśli ktoś ma niebieskie okulary, to dyskusja z nim o kolorach obrazu będzie obarczona błędem odbioru, podobnie jak w wypadku, gdy widz odbiera bodźce wizualne przez okulary brązowe. Zmienność poziomu sprawności narządu słuchu nakłada się na pasmo amplitudowe i częstotliwościowe informacji akustycznej (np. muzyki), co u każdego słuchacza skutkuje zupełnie unikalną i spersonalizowaną postacią tego widma w czasie.

Przyjmując, że sztuka muzyczna ma uniwersalny wyraz artystyczny i odgrywa taką samą sanacyjną rolę dla całej populacji odbiorców, musimy najpierw założyć, że wszyscy pacjenci słyszą to samo. Natomiast gdy dany bodziec jest niejednoznaczny, to oczekiwanie zunifikowanych skutków nie może być uprawnione. Warto przy tym wykonać prosty eksperyment z wykorzystaniem graficznego korektora dźwięku i za pomocą takiego oprogramowania zmodyfikować dowolnie (przypadkowo) charakterystykę filtra. Czynimy to zresztą często, personalizując nastawy sprzętu do odtwarzania muzyki, ponieważ dopasowujemy brzmienie do osobistych upodobań. Trudno byłoby wprowadzić określić, jakim algorytmem się tu posługujemy, ale można z dużym prawdopodobieństwem przyjąć, że dobór estetyki brzmieniowej jest adekwatny do jakości naszego słyszenia.

Warunki otoczenia mają również zasadniczy wpływ na słuchacza. Jeśli zewnętrzne ciśnienie powietrza waha się w granicach 882–1086 hPa, czyli o około 10% w stosunku do wartości uśrednionej, to i transmisja fali akustycznej (w tym oczywiście także muzyki) będzie takim fluktuacjom podlegać, nie wspominając o poważnych zmianach subiektywnie ocenianego samopoczucia.

W świetle przytoczonych argumentów, wstępnie obrazujących złożoność problematyki, słuszne staje się domniemanie konieczności bieżącej i drobiazgowej analizy warunków odbioru muzyki przez osobę wymagającą zastosowania muzykoterapii. Biorąc pod uwagę zmienność nastroju, także skutek leczonej choroby, należy się spodziewać, że uniwersalność akustycznego wysterowania obiektu (czyli odsłuchu muzyki przez człowieka) nie jest możliwa do osiągnięcia. Wręcz przeciwnie: ta sama sekwencja muzyczna raz może wywołać efekt *sensu largo* pozytywny,

a w innych warunkach doprowadzić pacjenta do rozdrażnienia i gorszego samopoczucia. Zjawisko takie wydaje się oczywiste i wielu bardzo dobrze zna je z autopsji.

W dalszej części artykułu przedstawiono więc interpretację zagadnienia z użyciem pojęcia obiektu antropotechnicznego, czyli *de facto* odbiorcy muzyki w trakcie jej słuchania. Takie humanistyczne, czyli oparte na racjonalnym rozumowaniu, podejście z wykorzystaniem modelu fizycznego, opisywanego następnie modelem matematycznym, zgodne z logiką biologii, jest paradoksalnie najbardziej adekwatne do opisu potrzeb psychospołecznych w kontekście sztuki. Podejście to eksponuje niezbywalne prawo odbiorcy do indywidualizmu oceny, subiektywizmu odczuć i osobistych emocji, jakie mogą i powinny sztuce muzycznej towarzyszyć. W wypadku użycia muzyki, której funkcjonalność miała być niezależna od innych warunków (jak stan psychofizjologiczny pacjenta, środowisko odsłuchu czy historycznie istotna personalizacja doboru instrumentarium), reakcja na muzykę miałaby charakter stałej, tzw. kombinacyjnej zależności – zatem stan wyjściowy musiałby być powtarzalny nie tylko u danego „egzemplarza” słuchacza, lecz także międzyosobniczo. To wymagałoby koherentnej reakcji pacjentów na określony utwór muzyczny.

Zamieszczony poniżej schematyczny rysunek 1, który ilustruje tego rodzaju zależność bezwarunkową, wskazuje na jednoznaczność reakcji na dane pobudzenia. W tym wypadku stan pacjenta słuchającego muzyki musiałby być powtarzalny. Taki mechanizm samoregulacji jest w przyrodzie znany pod postacią homeostazy.

W perspektywie muzykoterapii nie należy oczekiwać takiej biologicznej doskonałości, ponieważ możliwość automatycznej regulacji obiektu (słuchacza) w stosunku do zmiennych warunków środowiskowych nie jest oczywista; wręcz przeciwnie, zauważamy w codziennej praktyce artystycznej silny wpływ nastroju odbiorcy na współbieżność reakcji i intencji twórczej artysty (co wyraża się np. słowami: „Nie mam dziś nastroju do słuchania tego utworu”).

Od dawna podejmowane w muzykoterapii próby metroritmicznego dopasowania do pulsu pacjenta są klarownym dowodem uznania

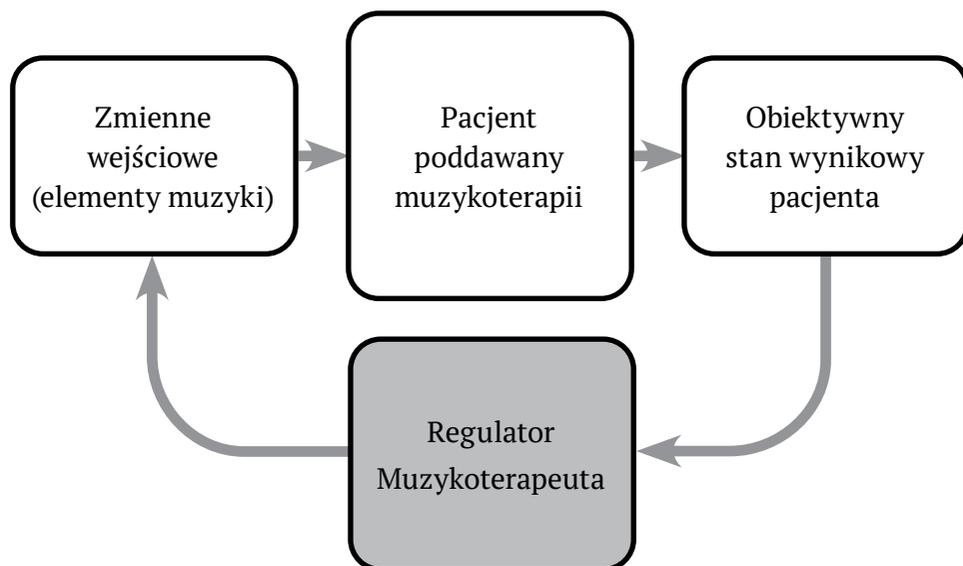
unikalności pobudzeń muzycznych dla konkretnego słuchacza (pomiary tu raczej niebezpieczne wymuszanie określonego stanu niezależnie od warunkowanego homeostazą dopasowania fizjologicznej zmienności rytmu pracy serca).



Rysunek 1. Kombinacyjny schemat zależności typu $WY = \text{Funkcja}(WE)^2$. Opracowanie własne

Znacznie lepszym modelem jest układ z tzw. sprzężeniem zwrotnym przedstawiony na rysunku 2. Wyróżnia się w przyrodzie dwa rodzaje sprzężeń (a realnie we wszystkich dziedzinach życia: od techniki, przez biologię, do socjologii). Pierwsze to sprzężenie dodatnie, gdy skutek działa stymulująco na przyczynę, czego przykładem jest choćby eskalacja emocji. Drugim typem jest sprzężenie ujemne, stabilizujące, gdy skutek działa tłumiąco na wzrost przyczyny, dzięki czemu np. możliwe jest utrzymanie stałej temperatury w mieszkaniu, gdy regulator wyłącza ogrzewanie, jeśli jest zbyt ciepło, a włącza, gdy zrobi się chłodniej.

W układzie stabilizującym, wykorzystującym możliwości regulacji procesu (zob. rysunek 2), muzykoterapeuta analizuje historię zmian, co pozwala dopasować zmienne wejściowe (elementy muzyki) do aktualnego stanu pacjenta. Istotną pomoc w podejmowaniu decyzji w zakresie takiego programowania stanowi wsparcie techniczne, którego głównym zadaniem jest drobiazgowa analiza kondycji psychofizycznej pacjenta.



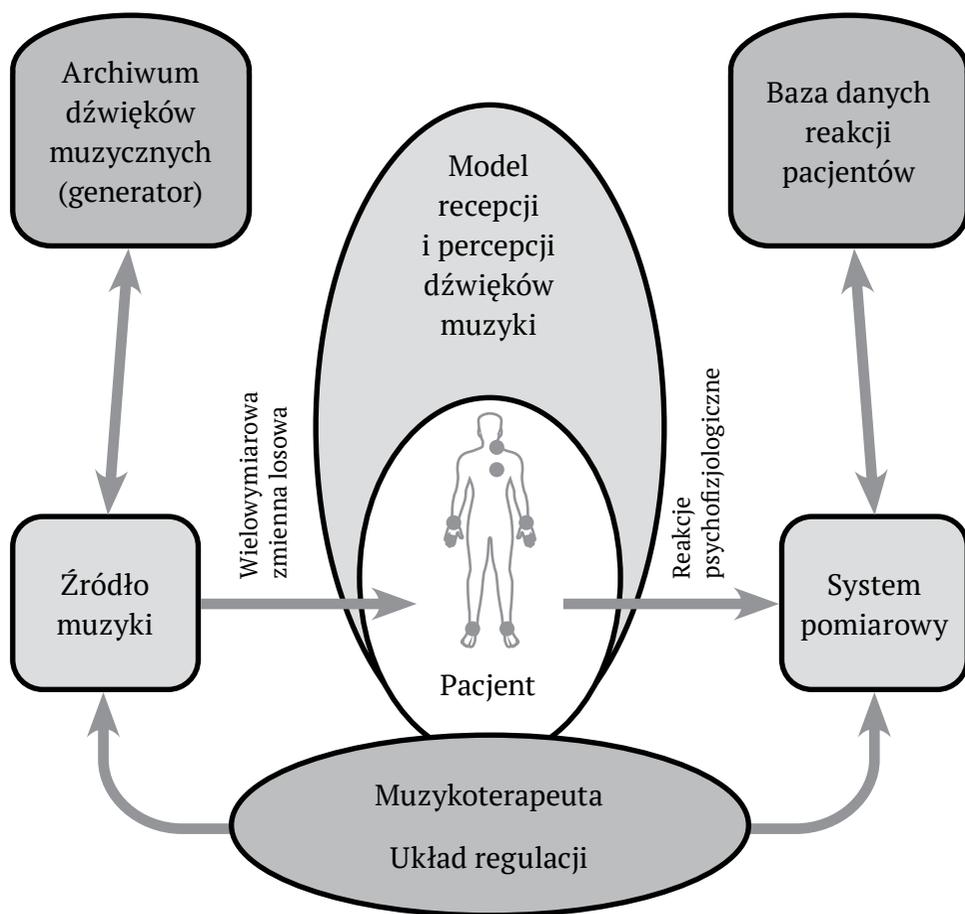
Rysunek 2. Sekwencyjny schemat zależności typu WY = Funkcja (WE, STAN OBIEKTU). Opracowanie własne

Współczesne rozwiązania w zakresie inżynierii biomedycznej stwarzają w tym zakresie duże możliwości, ponieważ badanie stanu człowieka przez obserwację i komputerowe przetwarzanie sygnałów biomedycznych nie tylko jest pomocne w diagnostyce medycznej, na potrzeby sprawnej i szybkiej pomocy w ratowaniu życia i ochronie zdrowia, lecz także przydaje się do optymalizacji nastroju i samopoczucia fizycznego².

Rysunek 3 prezentuje zagadnienie optymalizacyjne w naturalnym, biocybernetycznym ujęciu, gdy funkcję regulatora pełni człowiek dysponujący wiedzą i wytrenowanym systemem wnioskowania. Rozważane wcześniej sprzężenie zwrotne jest tu realizowane właśnie przez postać muzykoterapeuty. Korzysta z własnych zasobów wiedzy, algorytmów oraz heurystyk (uwzględniających intuicję, ryzyko, niemierzalne

²» Pomiarowe urządzenia powszechnego użytku, typu smartwatch, noszone w bliskim sąsiedztwie ciała człowieka (*wearables*) stają się już naturalną codziennością.

współodczuwanie stanów wraz z pacjentem), odzwierciedlających praktyczną znajomość trudno opisywalnych procesów biocybernetycznych, podejmuje on decyzje co do wyboru odpowiedniego pobudzenia lub relaksowania muzycznego. Na podstawie modelu recepcji i percepcji wyznaczane są mierzalne reakcje psychosomatyczne, których przejawy, rejestrowane z wykorzystaniem współczesnego sprzętu elektroniczno-informatycznego, stają się podstawą doboru muzyki do terapii.



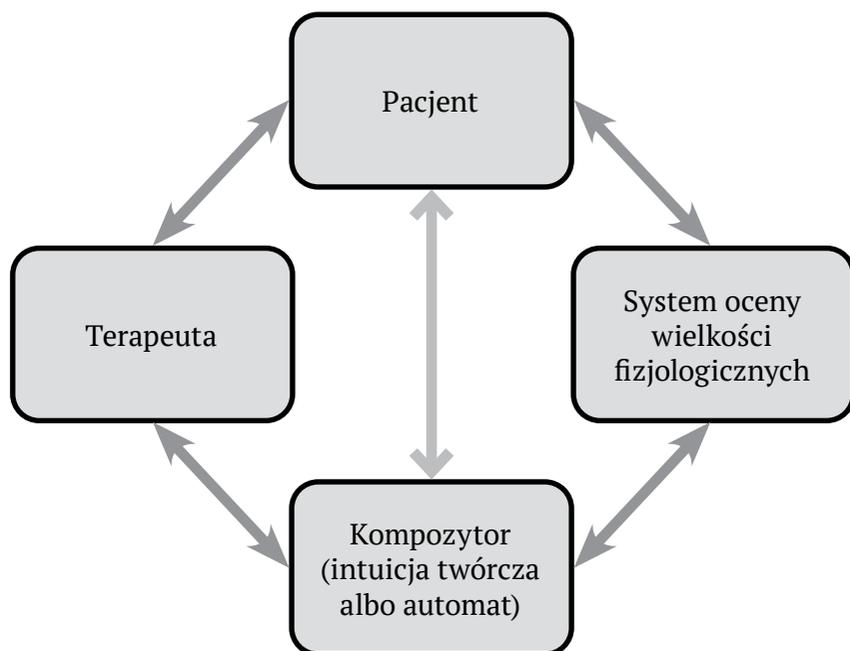
Rysunek 3. Podstawowy schemat regulacji w sprzężeniu zwrotnym. Opracowanie własne

Możliwości programowania muzyki do terapii

Antropotechniczny obiekt dowolnego typu składa się z urządzenia technicznego, pozostającego w dyspozycji człowieka, który posługuje się tym urządzeniem, wykorzystując oczywiście jego przewidziane konstrukcyjnie funkcjonalności. W odniesieniu do muzykoterapii tym urządzeniem może być dowolnie złożony system do wytwarzania muzyki, w szczególności instrument (lub zbiór instrumentów) albo zestaw do odtwarzania muzyki zarejestrowanej na jakimkolwiek nośniku.

Programowanie w kontekście klasycznym polega na wyborze ustalonych wartości elementów muzyki (także w ujęciu dynamicznym, rozumianym jako celowe uzmiennianie wartości tych elementów), takich jak tempo wynoszące 120 uderzeń na minutę albo tonacja minorowa. Zmienne zachowanie pacjenta, manifestowane w wypowiedziach werbalnych, za pomocą powszechnie rozumianej mowy ciała oraz przez zmieniające się wartości rozpoznawalnych biomarkerów (np. zmienności rytmu pracy serca czy niekiedy nazbyt często wykorzystywanej reakcji elektrodermalnej), stanowi tzw. specyfikację wejściową do systemu programowania muzyki. Taki algorytm może być też bezpośrednio modyfikowany przez pacjenta, co na rysunku 4 zaznaczono strzałką łączącą kompozytora i pacjenta. Pozwala to uwzględnić w systemie niemierzalne lub trudno opisywalne reakcje. Nieznajomość zależności nie oznacza, że takowe nie występują. Mogą odnosić się np. do deklaracji wyboru konkretnej (ulubionej?) tonacji w wypadku pacjenta rozumiejącego swoje preferencje muzyczne.

Muzyka o ustalonych cechach może być z kolei komponowana przez odpowiednio wykwalifikowanego twórcę, który jest w stanie fizjologiczno-behawioralny wektor zmiennych wejściowych zinterpretować i wykorzystać w procesie twórczym. Kompozycję adekwatną do kondycji psychofizjologicznej oraz pozostałych zmiennych programujących o społecznym czy edukacyjno-kulturowym kontekście może przygotować także automat, czyli odpowiednio zaprogramowany komputer. Taki wytwór będzie zawierał element twórczy w opisie algorytmu, który może z powodzeniem uwzględniać losowość zjawisk, towarzyszącą zazwyczaj bezpośrednim wytworom ludzkich myśli i czynów. Wykorzystanie



Rysunek 4. Schemat zależności w zakresie obiektu antropotechnicznego (człowiek + maszyna). Opracowanie własne

tw. sztucznej inteligencji, czyli inteligencji twórcy przeniesionej do urządzenia technicznego, jest tylko kwestią czasu.

Pomijając podmiotowość aktu tworzenia, warto wyeksponować jego funkcję celu, polegającą na specyficznym, zmiennym osobniczo i zależnym od czasu i reakcji pacjenta programowaniu elementów muzyki dla zapewnienia pożądanej reakcji sanacyjnej.

Podsumowanie i wnioski

Programowanie muzyki jako wsparcie pracy muzykoterapeuty jest oparte na doborze odpowiednich „parametrów”, czyli takiej specyfikacji wejściowej, która w danym momencie dla konkretnego pacjenta:

- > obarczona jest najmniejszym ryzykiem uczynienia mu krzywdy,
- > daje największe prawdopodobieństwo poprawy stanu psychofizjologicznego.

Zadania te nie muszą się wykluczać, ale – podobnie jak lekarstwa zupełnie dobre w wypadku jakiegoś schorzenia – mogą powodować tzw. skutki uboczne, czyli niepożądane reakcje, występujące u części specjalnie predystynowanych pacjentów.

Parametryzację procesu wolno interpretować jako skutek personalizacji systemu. Najistotniejszym problemem, niemożliwym do rozwiązania w praktyce pozbawionej technicznego wsparcia, jest dynamiczny charakter procesu. Można przyjąć, że to proces stochastyczny, w którym stany są opisane rozkładem normalnym, co oczywiście z matematycznego punktu widzenia upoważnia do stwierdzenia, że w większości podejmowanych prób osiąga się pozytywne rezultaty, stosując zuniwersalizowane narzędzia i metody. To oczywiście możliwe, choć zdaniem autora warto zawsze mieć na uwadze tych pacjentów, którzy stanowią margines populacji.

Programowanie muzyki do terapii należy do zagadnień z pogranicza sztuki i techniki. Sama technika natomiast, jako przejaw humanizmu, czyli racjonalności postępowania, jest również nacechowana pierwiastkiem twórczym. Włączenie informatyki, w postaci matematycznych metod przetwarzania informacji, jest w tej dyscyplinie wyjątkowo uzasadnione, ponieważ wielowymiarowość opisu muzyki jako zjawiska fizycznego i jej jeszcze bardziej złożony opis jako zjawiska sztuki muzycznej nie dają szansy kompleksowego ujęcia rozumowego, niezbędnego z kolei w użyciu medycznym.

Bibliografia

- Bieńkowska Maria, Mitas Andrzej W., 2018, *Linear Sound Attenuation Model for Assessing External Stimuli in Prenatal Period*, „Computers in Biology and Medicine”, Vol. 100, s. 289–295.

- Cylulko Paweł, Joanna Gładyszewska-Cylulko, 2020, *Od diagnozy w muzykoterapii do diagnozy muzykoterapii – refleksje wstępne*, [w:] P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), *Diagnoza i diagnostyka muzykoterapeutyczna*, [w serii:] „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 3, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, s. 9–13.
- Kania Damian, Romaniszyn Patrycja, Mańka Anna, Mitas Andrzej W., 2020, *The Use of Nordic Walking and Rhythmic Auditory Stimulation in Neuromotor Rehabilitation: A Literature Review*, „Physiotherapy and Health Activity”, Vol. 28, s. 83–93, [online:] http://www.ptha.eu/articles/2020/10_28_2020.pdf [25.03.2022].
- Mitas Andrzej W., 2009, *Spectral Analysis in Stimuli Art Predefining in Music Therapy*, [w:] *Proceedings of International Conference on Biometrics and Kansei Engineering ICBAKE, CPS-IEEE*, Cieszyn–Piscataway: Institute of Electrical and Electronics Engineers, s. 123–126.
- Mitas Andrzej W., 2015, *Muzyka w aspekcie biocybernetycznym*, [w:] E. Kochanowska, R. Majzner (red.), *Muzyka w dialogu z edukacją. Wybrane konteksty aktywności i edukacji muzycznej*, Kraków: Libron, s. 123–132.
- Natanson Tadeusz, 1992, *Programowanie muzyki terapeutycznej. Zarys podstaw teoretycznych*, „Zeszyt Naukowy”, nr 53, Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego.
- Nowakowska-Lipiec Katarzyna, Michnik Robert, Niedzwiedź Sandra, Mańka Anna, Twardawa Patrycja, Turner Bruce, Mitas Andrzej W., 2021, *Effect of Short-Term Metro-Rhythmic Stimulations on Gait Variability*, „Healthcare”, Vol. 9, No. 2, s. 174, Multidisciplinary Digital Publishing Institute, [online:] <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/2/174/htm> [25.03.2022].
- Terapia*, 2021, [w:] *Wikisłownik, wolny słownik wielojęzyczny*, [online:] <https://pl.wiktionary.org/wiki/terapia> [18.10.2021].

Streszczenie

W artykule przedstawiono biocybernetyczne ujęcie zagadnienia programowania muzyki do terapii, oryginalnie zaproponowanego przez profesora Tadeusza Natansona. Problem spersonalizowanej definicji zbioru wielkości (zwanymi w muzyce elementami) oraz wyznaczenie ich bieżących wartości (w muzyce odpowiada to aktualnej sytuacji dźwiękowej, na którą składają się np. rytm, dynamika w danej chwili, przebieg melodii czy dobór harmonii) podlega optymalizacji

wielokryterialnej. Przedstawiony materiał prezentuje wybrane zagadnienia doboru muzyki w celu jej adekwatnego zaprogramowania, czyli takiego zbudowania sekwencji muzycznej, która w określonych warunkach środowiskowych dla konkretnej niedyspozycji będzie najbardziej skuteczna. Z biocybernetycznego punktu widzenia programowanie mające na celu minimalizację potencjalnej szkodliwości jest warunkiem koniecznym wszelkich form oddziaływania na psychosomatyczny ustrój człowieka.

Słowa kluczowe: biocybernetyka, muzyka, programowanie muzyki do terapii

ANDRZEJ W. MITAS – profesor doktor habilitowany inżynier w dziedzinie elektroniki cyfrowej, artysta muzyk, instrumentalista, pracownik naukowy Wydziału Inżynierii Biomedycznej Politechniki Śląskiej, absolwent studiów na kierunku instrumentalistyka w klasie fortepianu (w Akademii Pedagogicznej im. Jana Długosza w Częstochowie) oraz studiów na kierunku edukacja artystyczna w zakresie sztuki muzycznej (na Uniwersytecie Śląskim). Jest także laureatem amerykańskiego wyróżnienia „Wybitny Polski Informatyk”, a przede wszystkim bardzo aktywnym badaczem muzyki i biocybernetyki.

MUZYKOTERAPIA W CZASIE PANDEMII COVID-19 – PRZEGLĄD INFORMACJI ORAZ OGÓLNE REFLEKSJE

Katarzyna Turek » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

Wprowadzenie

Pandemia COVID-19 istotnie wpłynęła na codzienne funkcjonowanie. Od marca 2020 roku diametralnie zmieniły się realia życia człowieka. Pojawiły się ograniczenia, izolacja, kwarantanna, wiele osób straciło pracę, zamknięte zostały różne instytucje, rozpoczęła się praca zdalna. Przez pewien czas istotne było stosowanie się do zasady „zostań w domu”, a wychodzenie w sprawach koniecznych i pilnych, takich jak zakupy czy pomoc osobom starszym, traktowane było ze stosowną ostrożnością. Ludzie obawiali się o zdrowie własne oraz najbliższych. Media nieustannie przekazywały informacje o liczbie zachorowań oraz o śmiertelności z powodu koronawirusa. Sytuacja ta spowodowała (i nadal powoduje) zwiększenie stresu, lęku oraz nasilenie symptomów zaburzeń natury psychicznej (nerwic, bezsenności itp.).

Muzykoterapia mogła stanowić jedną z form pomocy w dobie początkowego i najbardziej obciążonego izolacją społeczną czasu pandemii COVID-19, a jednocześnie jako profesja musiała ulec pewnym, czasami bardzo diametralnym, zmianom, które być może w pewnym stopniu pozostaną aktualne w przyszłości – już po ustaniu pandemii. I chociaż trudno wyobrazić sobie pracę terapeutyczną prowadzoną w trybie zdalnym, to jednak odbywała się ona w ten sposób wtedy, kiedy wzrosło zapotrzebowanie na tego rodzaju działania pomocowe. W późniejszym czasie, po pojawieniu

się szczepień przeciwko COVID-19, gdy restrykcje zostały zmniejszone, muzykoterapia zaczęła powracać do ośrodków klinicznych oraz społecznych, środowiskowych i kulturowych. Niektóre działania są jednak nadal prowadzone w formie zdalnej i być może taką formułę zachowają jeszcze przez pewien czas. Praca zdalna dotknęła także dydaktykę oraz życie studenckie – nauczanie adeptów muzykoterapii oraz ich działania w ramach Studenckiego Koła Naukowego Muzykoterapii zostały w dużej mierze przeniesione w świat wirtualny, a dostęp do Internetu stał się obligatoryjnym elementem, warunkującym uczestnictwo w wykładach, ćwiczeniach, kolokwium oraz egzaminach. Również egzaminy dyplomowe były realizowane za pomocą Internetu, co przyniosło zupełnie inne niż dotychczas możliwości i utrudnienia. Sytuacja pandemii na zawsze pozostanie w naszej pamięci jako czas wyjątkowo trudny. Muzykoterapia, podobnie jak inne profesje, musiała zmierzyć się z tą nową sytuacją, zarówno jako zawód pomocowy, jak i jako dziedzina akademicka, praktyczna oraz kliniczna.

Zastosowanie muzykoterapii w czasie pandemii COVID-19 – zestawienie artykułów naukowych

W literaturze naukowej pojawiło się wiele prac dotyczących muzykoterapii w dobie pandemii COVID-19. W niniejszym tekście przedstawiony zostanie przegląd artykułów powstałych od marca 2020 roku do września 2021 dotyczących muzykoterapii oraz jej zastosowania w trakcie pandemii. Analizując dostępną literaturę przedmiotu, można wstępnie podzielić ją na następujące obszary:

- a) muzykoterapia w przeciwdziałaniu skutkom pandemii (takim jak np. lęk, stres, brak wsparcia społecznego);
- b) muzykoterapia dla personelu walczącego z pandemią COVID-19;
- c) muzykoterapia dla osób chorujących na COVID-19 lub po przebyciu tej choroby.

Oprócz wyżej wymienionych pojawiają się również artykuły przedstawiające działania muzykoterapii zdalnej, wymuszone przez wyjątkową

sytuację – izolację społeczną oraz lockdown. Opisano w nich zarówno ograniczenia związane z prowadzeniem zajęć muzykoterapeutycznych w czasie pandemii, jak i nowe możliwości.

Tabela 1 jest zestawieniem zawartych w bazie PubMed NCBI¹ tytułów artykułów naukowych dostępnych od marca 2020 do września 2021 roku, które można było wyszukać, posługując się hasłami „music therapy” oraz „COVID-19”. Zauważyć można artykuły opisujące zarówno wpływ muzykoterapii na personel medyczny, będący na pierwszej linii frontu walki z koronawirusem, jak i różne działania muzykoterapeutyczne dla osób odczuwających negatywne skutki pandemii, w tym mających problemy związane z lękiem, stresem, bezsennością itp. W tabeli wyszczególniono prace, których treść dotyczy muzykoterapii oddziałującej na skutki pandemii, muzykoterapii dla personelu walczącego z COVID-19, muzykoterapii dla osób chorujących na COVID-19 oraz muzykoterapii prowadzonej w trybie zdalnym.

Tabela 1. Zestawienie artykułów (z uwzględnieniem autorów, tytułów, rodzaju działania oraz czasopism) dotyczących muzykoterapii w dobie pandemii COVID-19 na podstawie bazy PubMed NCBI

Rodzaj działania	Autor	Tytuł	Czasopismo
Muzykoterapia oddziałująca na skutki pandemii	Xiaomei Chen i in.	<i>Effects of Music Therapy on COVID-19 Patients' Anxiety, Depression, and Life Quality: A Protocol for Systematic Review and Meta-Analysis</i> [Chen i in. 2021]	„Medicine” 2021

¹ » PubMed Central® (PMC) to bezpłatna, pełnotekstowa baza czasopism biomedycznych i nauk przyrodniczych w Narodowej Bibliotece Medycznej Narodowego Instytutu Zdrowia Stanów Zjednoczonych tworzona przez Narodowe Centrum Informacji Biotechnologicznej (National Centre for Biotechnology Information – NCBI).

Rodzaj działania	Autor	Tytuł	Czasopismo
Muzykoterapia oddziałująca na skutki pandemii	Filippo Giordano i in.	<i>COVID-19 and Absence of Music Therapy: Impact on Mother-Child Dyad during Invasive Procedures in Pediatric Oncology</i> [Giordano i in. 2021]	„The Arts in Psychotherapy” 2021
	Wolfgang Mastnak	<i>Psychopathological Problems Related to the COVID-19 Pandemic and Possible Prevention with Music Therapy</i> [Mastnak 2020]	„Acta Paediatrica” 2020
	Dedee F. Murrell i in.	<i>Role of Music Therapy in Reducing the Burden of Dermatological Diseases during COVID-19</i> [Murrell i in. 2020]	„Dermatologic Therapy” 2020
	Efthymios Papatzikis i in.	<i>Mitigating the Impact of the Novel Coronavirus Pandemic on Neuroscience and Music Research Protocols in Clinical Populations</i> [Papatzikis i in. 2020]	„Frontiers in Psychology” 2020
	Joseph H. Puyat i in.	<i>A Rapid Review of Home-Based Activities That Can Promote Mental Wellness during the COVID-19 Pandemic</i> [Puyat i in. 2020]	„PloS One” 2020

Rodzaj działania	Autor	Tytuł	Czasopismo
Muzykoterapia oddziałująca na skutki pandemii	Jennifer Reidy, Mary-Carla MacDonald	<i>Use of Palliative Care Music Therapy in a Hospital Setting during COVID-19</i> [Reidy, MacDonald 2021]	„Journal of Palliative Medicine” 2021
	Dominikus David Biondi Situmorang	<i>Dancing during Labor in the Midst of COVID-19 Outbreak: As an Alternative Non-Pharmacological Treatment after Digital Interventions</i> [Situmorang 2021a]	„Journal of Public Health” 2021
	Dominikus David Biondi Situmorang	<i>Providing Comfort through Music to People Amidst the COVID-19 Pandemic as a Humanitarian Disaster</i> [Situmorang 2021c]	„The Journal of Pastoral Care & Counseling” 2021
	Kelly M. Trevino i in.	<i>Rapid Deployment of Virtual Mind-Body Interventions during the COVID-19 Outbreak: Feasibility, Acceptability, and Implications for Future Care</i> [Trevino i in. 2021]	„Supportive Care in Cancer” 2021
	Manisha Vajpeyee i in.	<i>Yoga and Music Intervention to Reduce Depression, Anxiety, and Stress during COVID-19 Outbreak on Healthcare Workers</i> [Vajpeyee i in. 2021]	„The International Journal of Social Psychiatry” 2021

Rodzaj działania	Autor	Tytuł	Czasopismo
Muzykoterapia pomagająca personelowi walczącemu z COVID-19	Filippo Giordano i in.	<i>Receptive Music Therapy to Reduce Stress and Improve Wellbeing in Italian Clinical Staff Involved in COVID-19 Pandemic: A Preliminary Study</i> [Giordano i in. 2020]	„The Arts in Psychotherapy” 2020
	Ka Sing Paris Lai i in.	<i>Breath Regulation and Yogic Exercise. An Online Therapy for Calm and Happiness (BREATH) for Frontline Hospital and Long-Term Care Home Staff Managing the COVID-19 Pandemic: A Structured Summary of a Study Protocol for a Feasibility Study for a Randomised Controlled Trial</i> [Lai i in. 2020]	„Trials” 2020
	Benjamin Sutu, Emma O’Brien	<i>Music as Medicine: A Way to Buoy Staff Morale in the Age of COVID-19</i> [Sutu, O’Brien 2021]	„Internal Medicine Journal” 2021
Muzykoterapia zdalna	Kat R. Agres, Katrien Foubert, Siddarth Sridhar	<i>Music Therapy during COVID-19: Changes to the Practice, Use of Technology, and What to Carry Forward in the Future</i> [Agres, Foubert, Sridhar 2021]	„Frontiers in Psychology” 2021

Rodzaj działania	Autor	Tytuł	Czasopismo
Muzykoterapia zdalna	Sarah Bompard i in.	<i>Home-Based Music Therapy for Children with Developmental Disorders during the COVID-19 Pandemic</i> [Bompard i in. 2021]	„Journal of Telemedicine and Telecare” 2021
	Lauren Patricia Cole i in.	<i>Neurologic Music Therapy via Telehealth: A Survey of Clinician Experiences, Trends, and Recommendations during the COVID-19 Pandemic</i> [Cole i in. 2021]	„Frontiers in Neuroscience” 2021
	Becky Dowson, Justine Schneider	<i>Online Singing Groups for People with Dementia: Scoping Review</i> [Dowson, Schneider 2021]	„Public Health” 2021
	Becky Dowson i in.	<i>Digital Approaches to Music-Making for People with Dementia in Response to the COVID-19 Pandemic: Current Practice and Recommendations</i> [Dowson i in. 2021]	„Frontiers in Psychology” 2021
	Lucia Kantorová i in.	<i>Adaptation of Music Therapists' Practice to the Outset of the COVID-19 Pandemic – Going Virtual: A Scoping Review</i> [Kantorová i in. 2021]	„International Journal of Environmental and Public Health” 2021

Rodzaj działania	Autor	Tytuł	Czasopismo
Muzykoterapia zdalna	Raymond MacDonald i in.	<i>Our Virtual Tribe: Sustaining and Enhancing Community via Online Music Improvisation</i> [MacDonald i in. 2021]	„Frontiers in Psychology” 2021
	Amanda Reid, Alex Kresovich	<i>Copyright as a Barrier to Music Therapy Telehealth Interventions: Qualitative Interview Study</i> [Reid, Kresovich 2021]	„JMIR Formative Research” 2021
	Farzan Sasangohar i in.	<i>Adapting an Outpatient Psychiatric Clinic to Telehealth during the COVID-19 Pandemic: A Practice Perspective</i> [Sasangohar i in. 2020]	„Journal of Medical Internet Research” 2020
	Domini- kus David Biondi Si- tumorang	<i>„When the First Session May Be the Last!”: A Case Report of the Implementation of „Rapid Tele-Psychotherapy” with Single-Session Music Therapy in the COVID-19 Outbreak</i> [Situmorang 2021d]	„Palliative & Supportive Care” 2021
Muzykoterapia dla osób chorujących na COVID-19	Domini- kus David Biondi Si- tumorang	<i>Music Therapy for the Treatment of Patients with COVID-19: Psychopathological Problems Intervention and Well-Being Improvement</i> [Situmorang 2021b]	„Infectious Disease in Clinical Practice” 2021

Przegląd wybranych artykułów na temat muzykoterapii w czasie pandemii COVID-19

Jednym z istotnych problemów podejmowanych w badaniach w czasie pandemii COVID-19 była kwestia odpowiedniego wsparcia służb medycznych w trudnej i często wyczerpującej walce z koronawirusem.

Filippo Giordano wraz z zespołem oceniali wpływ muzykoterapii jako działania wspierającego stosowanego w celu zmniejszenia poziomu stresu oraz poprawy samopoczucia wśród personelu klinicznego pracującego w szpitalu z pacjentami chorującymi na COVID-19 na oddziale Szpitala Uniwersyteckiego w Bari we Włoszech. W projekcie badawczym wzięły udział 34 osoby ($n = 34$), które uczestniczyły w zdalnych zajęciach z muzykoterapii receptywnej przez pięć tygodni. Poziom zmęczenia, smutku, strachu i zmartwienia mierzono za pomocą kwestionariusza MusicTeamCare-Q1 (MTC-Q1) przed i po interwencji muzykoterapeutycznej. Zaobserwowano natychmiastową istotną zmienność stanu emocjonalnego wśród badanego personelu. Wyniki potwierdzają, że w sytuacji awaryjnej możliwe jest przeprowadzenie zdalnych zajęć muzykoterapeutycznych skutecznie wspierających personel medyczny narażony na bardzo stresujące doświadczenia [Giordano i in. 2020].

Benjamin Sutu i Emma O'Brien przedstawili realizowany w Royal Melbourne Hospital muzykoterapeutyczny projekt, w ramach którego dział muzykoterapii pomógł personelowi szpitala stworzyć wirtualny zespół – Chór Scrub. Muzyka służyła jako „spoiwo społeczne”, które miało na celu podnosić morale pracowników oraz budować poczucie zaangażowania i nadziei. W tym wyjątkowym projekcie ponad 200 osób ze wszystkich obszarów szpitala (lekarze, pielęgniarki, wolontariusze, członkowie kierownictwa i personel obsługi) przesyłało indywidualne filmy z nagraniem wykonaniem utworu *Count on Me* piosenkarza Bruno Marsa. Następnie wszystkie nagrania wideo zostały starannie zmontowane przez prowadzącego muzykoterapię tak, aby stworzyły jeden „chóralny” występ, którego uczestnicy dla bezpieczeństwa byli od siebie fizycznie oddaleni, ale pozostali emocjonalnie zaangażowani i zjednoczeni przez piosenkę.

Autorzy artykułu podkreślają, że kraje na całym świecie borykają się z głębokim wyniszczeniem spowodowanym pandemią COVID-19, w związku z czym dbanie o dobre samopoczucie personelu ma podstawowe znaczenie dla umożliwienia jak najlepszej opieki nad pacjentem. To zawsze była fundamentalna zasada w opiece zdrowotnej, ale w tych stresujących czasach stała się ważniejsza niż kiedykolwiek wcześniej. Dodają również, że pandemia będzie trwać dłużej niż ktokolwiek może w danym momencie przewidzieć, dlatego też należy zwrócić uwagę na innowacyjne sposoby ochrony dobrego samopoczucia psychicznego wszystkich pracowników szpitali [Sutu, O'Brien 2021].

Muzyka w medycynie stanowi cenną formę wsparcia w obszarze klinicznym. Znane jest przeciwłękowe, przeciwbólowe oraz odstresowujące działanie muzyki, która odgrywa również ważną rolę w czasie pandemii.

Dominikus David Biondi Situmorang w swoim artykule przedstawia możliwości zastosowania różnych aktywności muzycznych przez personel szpitala. Jest to cenne szczególnie w sytuacjach, kiedy muzykoterapeuta nie może pojawić się na oddziale covidowym i nie ma możliwości zastosowania muzykoterapii zdalnej.

W czasie dużego nasilenia pandemii COVID-19 (artykuł Situmoranga został opublikowany w maju 2021, zatem przyjąć można, że mowa o okresie od marca 2020 do marca 2021) zauważa się zwiększenie występowania czynników psychopatologicznych, takich jak lęk, stres, strach, poczucie beznadziejności czy depresja. W dużej mierze dotyczy to osób będących w trakcie hospitalizacji z powodu COVID-19. Wielu pacjentów mierzy się z niską samoocena, poczuciem winy, beznadziejności oraz bezradności. Autor podkreśla, że z psychologicznego punktu widzenia może to wpłynąć na ich przyszłość, powodując wiele przykrych konsekwencji związanych ze zdrowiem psychicznym. Zaleca zatem, aby personel medyczny, w tym lekarze, pielęgniarki i psychologowie pracujący z osobami chorymi na COVID-19 włączali w codzienne działania następujące techniki:

- > odtwarzanie spokojnej (uspokajającej, relaksującej) muzyki w pokojach chorych. Muzyka może pomóc w radzeniu sobie z bezsennością, w zwiększeniu poziomu zrelaksowania;

- > zachęcanie pacjentów do śpiewania ulubionych piosenek, które są im znane i przez nich lubiane. W ten sposób aktywne muzykowanie może poprawiać samopoczucie, wpływać na zwiększenie poczucia szczęścia, odstresowywać. Personel medyczny może również zachęcać do oglądania klipów wideo z ulubionymi piosenkami na dostępnych nośnikach (tabletach, telefonach) oraz do wspólnego śpiewania i muzykowania [Situmorang 2021b].

Filippo Giordano wraz z zespołem przebadali wpływ muzykoterapii receptywnej na poziom lęku oraz parametry fizjologiczne u pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19. Autorzy podają, że osoby będące w trakcie leczenia podatne są na różnego rodzaju zaburzenia stresowe, lęk, strach i depresję. Celem badania było sprawdzenie możliwości wprowadzenia muzykoterapii w tej sytuacji oraz zweryfikowanie, jak pojedyncza sesja muzykoterapeutyczna wpłynie na poziom lęku, satysfakcję, częstość akcji serca i saturację tlenem w porównaniu ze standardową opieką w szpitalu. Przeprowadzono randomizowane badanie kontrolne, w którym wzięło udział 40 pacjentów, przydzielonych do grupy kontrolnej oraz do grupy muzykoterapeutycznej. W badaniu zastosowane zostało podejście skoncentrowane na pacjencie, zgodnie z którym muzykoterapeuta dostosowywał zajęcia do indywidualnych potrzeb pacjenta w danym momencie. Muzykoterapię przy łóżku chorego prowadził certyfikowany muzykoterapeuta (metodą Guided Imagery of Music – GIM). Badanie przeprowadzono przed, w trakcie oraz po sesji. Wyniki wskazywały na istotną wartość muzykoterapii jako formy wspierającej i uzupełniającej nefarmakologiczne interwencje u pacjentów z COVID-19. Wykazano wpływ pojedynczej sesji muzykoterapii na zmniejszenie niepokoju oraz poprawę saturacji tlenem [Giordano i in. 2022]².

W ostatnich latach w obszarze muzykoterapii można było zauważyć zastosowanie nowych technologii do prowadzenia sesji terapeutycznych

2 » Omawiany artykuł powstał już w roku 2022, dlatego też nie został uwzględniony w zamieszczonym powyżej zestawieniu obejmującym okres od marca 2020 do września 2021, stanowi jednak kontynuację badań nad przedstawianą tu tematyką i dowodzi, że problem pandemii i rola muzykoterapii w przeciwdziałaniu jej skutkom są wciąż aktualnymi kwestiami.

i poprawienia wyników leczenia pacjentów. Podczas ogólnoświatowej pandemii COVID-19 muzykoterapeuci musieli niejednokrotnie przeformułować swoje działania i podejmować pracę zdalną.

Celem badań Kat R. Agres, Katrien Foubert oraz Siddarth Sridhar była obserwacja i analiza trendów dotyczących tego, jak muzykoterapeuci z różnych regionów świata (Ameryki Północnej, Europy i Azji) zmieniali swoją praktykę zawodową, zwłaszcza w odniesieniu do korzystania z technologii podczas pandemii COVID-19. W badaniu wzięło udział 112 osób (muzykoterapeutów) z Kanady, USA, Austrii, Niemiec, Luksemburga, Holandii, Hiszpanii, Szwajcarii, Australii, Bahrajnu, Indonezji, Izraela, Malezji, Nowej Zelandii, Singapuru, Tajlandii i Tajwanu. Analizowano opinie muzykoterapeutów na temat korzyści oraz ograniczeń płynących z wykorzystania technologii w muzykoterapii oraz na temat muzykoterapii prowadzonej online. Pytano również o to, czy specjalny trening skoncentrowany na nowych technologiach może być pomocny we wspieraniu praktyki muzykoterapeutycznej w przyszłości. Autorzy artykułu podają, że muzykoterapeuci i technolodzy powinni współdziałać w celu opracowania skutecznych narzędzi i technik, które będą maksymalizować dobrostan pacjenta i wspierać proces muzykoterapii oraz relację terapeutyczną. Muzykoterapeuci podkreślali, że technologie powinny być proste w użyciu, przystępne cenowo i dostępne dla pacjentów; powinny wspierać potrzeby pacjentów w obszarze diagnozy oraz terapii [Agres, Foubert, Sridhar 2021].

Sara Bompard wraz ze współautorami podaje, że podczas pandemii COVID-19 dzieci z problemami neurologicznymi nie miały zapewnionej odpowiedniej rehabilitacji i terapii (w tym muzykoterapii) z powodu obostrzeń oraz izolacji, co w konsekwencji zmniejszyło wsparcie procesu rozwojowego i zwiększyło ryzyko pogorszenia się ich stanu klinicznego.

Do badania włączono 14 dzieci z rozpoznaniem opóźnienia rozwojowego, które uczestniczyły w spersonalizowanych zajęciach muzykoterapeutycznych. Na potrzeby projektu stworzono dwunastodniowy program muzykoterapii domowej. Dzieci oraz ich rodzice zostali przebadani za pomocą skali zaburzeń snu (Sleep Disturbance Scale for Children) oraz skróconej formy formularza stresu rodzica (Parent Stress

Index – Short Form). W wyniku przeprowadzonych badań zaobserwowano poprawę jakości snu dzieci oraz zmniejszenie stresu wśród rodziców. Autorka stwierdza, że domowa muzykoterapia może realnie wpłynąć na jakość życia rodzica oraz dziecka z problemami neurologicznymi przez poprawę jakości snu dziecka oraz zmniejszenie stresu u rodzica [Bompard i in. 2021], potwierdzając tym samym efektywność zdalnie prowadzonych sesji muzykoterapeutycznych.

Wybrane projekty muzykoterapeutyczne realizowane w czasie pandemii COVID-19

W czasie pandemii realizowane były również różne projekty, często dostosowywane do aktualnych obostrzeń lub w związku z nimi zmieniane. Spośród wielu takich działań, międzynarodowych oraz prowadzone w Polsce, warto przyrzeć się kilku przykładowym. Należą do nich:

- a) projekt HOMESIDE realizowany przez dr Annę Bukowską;
- b) projekt LongSTEP realizowany przez dr Łucję Bieleninik;
- c) projekt „Muzyka nie wyklucza”;
- d) projekty/działania podejmowane przez stowarzyszenia, np. Nordoff-Robbins lub Europejską Federację Muzykoterapii, Polskie Stowarzyszenie Muzykoterapeutów oraz Stowarzyszenie Muzykoterapeutów Polskich.

Zadaniem projektu HOMESIDE jest pomoc i zapewnienie wsparcia osobom opiekującym się swoimi bliskimi z demencją. Realizowany jest w Polsce przez Zakład Terapii Zajęciowej Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie. Jego cel to sprawdzenie skuteczności działań muzycznych oraz czytania w codziennych czynnościach opiekuńczych podejmowanych wobec osób z demencją.

Szkolenia z tego zakresu mają ułatwić codzienne bycie z bliskimi, radzenie sobie w trudnych momentach, sensowne spędzanie czasu i podtrzymywanie łączących rodzinę więzi. Projekt ma dostarczyć

narzędzi do samodzielnego, codziennego stosowania ich w opiece nad bliskim chorymi na demencję [*Homeside...* 2022].

Więcej informacji na temat prowadzonych działań można znaleźć na kanale YouTube [*Projekt HOMESIDE...* 2022]. Projekt HOMESIDE jest realizowany ze środków unijnych – dzięki grantowi badawczemu w programie Joint Programme – Neurodegenerative Disease Research (JPND) w ramach rozpisanego w 2018 roku konkursu „Multinational Research Projects on Health and Social Care for Neurodegenerative Diseases”, przy udziale Narodowego Centrum Badań i Rozwoju. Wszystkie działania odbywają się zdalnie za pośrednictwem Internetu. Wprowadzone zostały specjalne szkolenia dla uczestników, aby każdy mógł skorzystać w jak największym stopniu z zajęć muzycznych lub czytelniczych. Projekt jest realizowany jednocześnie w Australii, Niemczech, Norwegii i w Wielkiej Brytanii.

LongSTEP to czteroletni projekt obejmujący lata 2018–2022 oparty na współpracy pięciu krajów: Polski, Norwegii, Izraela, Kolumbii oraz Argentyny. Jest to wielośrodkowe badanie dotyczące oceny długofalowego wpływu muzykoterapii na dzieci przedwcześnie urodzone (m.in. na ich rozwój psychoruchowy) i ich rodziców (z uwzględnieniem takich kwestii jak więzi emocjonalne, depresja czy lęk), mierzzonego przez okres 24 miesięcy. Projekt zakłada prowadzenie zajęć muzykoterapeutycznych w trakcie pobytu dziecka na Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka (OITN), trzy razy w tygodniu do momentu zakończenia hospitalizacji, oraz po jej zakończeniu w warunkach domowych przez 6 miesięcy. W swoich założeniach ma objąć 250 dzieci przedwcześnie urodzonych wraz z ich rodzicami. Na terenie Polski badaniem kieruje dr Łucja Bieleninik z Instytutu Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego we współpracy z Akademią Muzyczną im. Karola Szymanowskiego w Katowicach, reprezentowaną przez dr hab. Ludwikę Konieczną-Nowak, oraz ze Szpitalem Miejskim w Rudzie Śląskiej [*Muzykoterapia dzieci...* 2020].

Projekt „Muzyka nie wyklucza” dotyczy docierania z muzyką wykonywaną na żywo do ośrodków kultury poza Warszawą do Domów Pomocy Społecznej, jednostek szpitalnych i szkół specjalnych na Mazowszu.

Dostrzeżono potrzebę organizowania wydarzeń kulturalnych oraz działań muzykoterapeutycznych na terenie tych placówek. Koncerty mogą wpływać na poprawę funkcjonowania pacjentów, podopiecznych, pensjonariuszy i uczniów w sferze emocjonalnej oraz poznawczej. Projekt realizowany jest w ramach programu Narodowego Centrum Kultury „Kultura – Interwencje 2021”, dofinansowanego ze środków Ministerstwa Kultury, Dziedzictwa Narodowego i Sportu [*Projekt „Muzyka nie wyklucza” 2021*].

Działania stowarzyszeń oraz fundacji również diametralnie się zmieniły. Pojawiły się nowe formy wsparcia. Do przykładowych działań wprowadzonych w czasie pandemii COVID-19 można zaliczyć propozycje Fundacji Nordoff Robbins, która na swojej stronie internetowej proponuje zajęcia zdalne podzielone na sekcje: wspólne śpiewanie (Sing-alongs), chór on-line (Online Choir), twórcy muzyki (Music Makers), zajęcia na żywo ze śpiewania piosenek (Nordoff-Robbins Live!), zajęcia popołudniowe dla dorosłych osób z problemami w uczeniu się (Online Adult Afternoon Group), zdalne zajęcia dla dorosłych/opiekunów i małych dzieci (Online Parent and Toddler Group) oraz inne [*Launching... 2020*]. Z kolei wśród różnych działań Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich znalazły się m.in. rozmowy na żywo z dr Agnieszką Szymajdą – przewodniczącą Stowarzyszenia, na temat „Muzykoterapia w czasie pandemii COVID-19”. Polskie Stowarzyszenie Muzykoterapeutów prowadziło natomiast cykl działań zdalnych – były to rozmowy z muzykoterapeutami, którzy przyczynili się do rozwoju tej dyscypliny, a wśród zaproszonych gości znalazła się dr Elżbieta Galińska, lek. med. Maciej Kierył oraz dr Barbara Wheeler.

Działalność Studenckiego Koła Naukowego Muzykoterapii w dobie pandemii COVID-19

Studenckie Koło Naukowe Muzykoterapii (SKNM) działa przy Zakładzie Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu.

W ramach swojej aktywności zajmuje się organizowaniem zarówno konferencji naukowych, jak i imprez artystycznych oraz popularyzujących muzykoterapię. W czasie od rozpoczęcia pandemii COVID-19 Koło Naukowe zorganizowało wiele istotnych wydarzeń w skali ogólnopolskiej oraz międzynarodowej, w tym: międzynarodową konferencję przeprowadzoną w trybie zdalnym (była to pierwsza zdalna konferencja muzykoterapeutyczna z dostępem do specjalnie przygotowanej strony internetowej z opracowanymi wykładami w formie nagrań), Europejski Dzień Muzykoterapii (również w formule zdalnej) oraz koncert z okazji 18 urodzin podopiecznego Kliniki Onkologicznej „Przyłądek Nadziei” (na żywo pod oknami szpitala).

Członkowie Koła zorganizowali również cykle spotkań, rozmów i prezentacji. Cykl „Poznajmy się” miał na celu przedstawienie wszystkich (a przynajmniej większości) członków Studenckiego Koła Naukowego Muzykoterapii. Ich zdjęcia oraz noty biograficzne zostały opublikowane na stronie SKNM na portalu społecznościowym Facebook. W bieżącym roku akademickim udział w tym przedsięwzięciu wzięło 14 osób.

Na cykl „Muzyczna środa” złożyły się posty, które pokrótce wyjaśniały, jakie zastosowanie może mieć dany utwór w muzykoterapii i dlaczego warto go znać. W działaniach z tego cyklu wzięło udział 13 osób, które zamieszczały swoje prezentacje na stronie Studenckiego Koła Naukowego Muzykoterapii na portalu społecznościowym Facebook.

Kolejny cykl – „Wieczorna pogadanka” – polegał na publikowaniu każdego czwartkowego wieczoru wywiadu z wykwalifikowanym muzykoterapeutą, np. lek. med. Maciejem Kierylem czy dr. hab. Krzysztofem Stachyrą. W sumie opublikowano 13 wywiadów.

Koło Naukowe zorganizowało również koncert z okazji dnia dziecka zatytułowany „W muzycznej krainie bajek”. Odbył się on w ramach cyklu „Muzykoterapia i przyjaciele”. Tym razem do studentów muzykoterapii dołączyli uczniowie Państwowej Szkoły Muzycznej im. Ryszarda Bukowskiego oraz studenci Politechniki Wrocławskiej. Wszystkie informacje dotyczące działań Studenckiego Koła Naukowego Muzykoterapii dostępne są na stronie Koła na Facebooku [*Studenckie Koło...* 2022].

Zakończenie

W dobie pandemii COVID-19 warto podkreślić, że muzykoterapia ma duży potencjał, jeśli chodzi o działanie pomocowe i wspierające człowieka, szczególnie w tak trudnej sytuacji. Potwierdzają to artykuły naukowe wykazujące skuteczność tej formy oddziaływania w zwalczaniu skutków pandemii oraz wspieraniu personelu medycznego walczącego z pandemią. Muzykoterapia wpływa na emocje i nastrój, pozwala odreagować trudne sytuacje, łączy ludzi i ich pasje. Niewątpliwie sytuacja pandemiczna zmieniła muzykoterapię, spowodowała poszukiwanie nowych form oddziaływania. Wyznaczyła też nowe kierunki działań zarówno w sferze praktycznej (np. pojawienie się zajęć zdalnych, nagrywanie sesji relaksacyjnych, sięganie w większym zakresie po nowe technologie), jak i w domenie badań nad naturą muzykoterapii.

Bibliografia

- Agres Kat R., Foubert Katrien, Sridhar Siddarth, 2021, *Music Therapy during COVID-19: Changes to the Practice, Use of Technology, and What to Carry Forward in the Future*, „Frontiers in Psychology”, Vol. 12, [online:] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34093330/> [9.01.2022].
- Bompard Sarah, Liuzzi Tommaso, Staccioli Susanna, D'Arienzo Fiammetta, Khosravi Sahereh, Giuliani Roberto, Castelli Enrico, 2021, *Home-Based Music Therapy for Children with Developmental Disorders during the COVID-19 Pandemic*, „Journal of Telemedicine and Telecare”, [online:] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33412993/> [9.01.2022].
- Chen Xiaomei, Li Haiying, Zheng Xiaoying, Huang Jiaqi, 2021, *Effects of Music Therapy on COVID-19 Patients' Anxiety, Depression, and Life Quality: A Protocol for Systematic Review and Meta-Analysis*, „Medicine”, Vol. 100, No. 26, [online:] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34190161/> [9.01.2022].
- Cole Lauren Patricia, Henechowicz Tara Lynn, Kang Kyurim, Pranjic Marija, Richard Nicole Marie, Tian Gloria L.J., Hurt-Thaut Corene, 2021, *Neurologic Music Therapy via Telehealth: A Survey of Clinician Experiences, Trends, and Recommendations during the COVID-19 Pandemic*, „Frontiers in Neuroscience”, Vol. 15, [online:] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33897362/> [9.01.2022].

- Dowson Becky, Atkinson Rebecca, Barnes Julie, Barone Clare, Cutts Nick, Donnebaum Eleanor, Hsu Ming Hung, Coco Irene Lo, John Gareth, Meadows Grace, O'Neill Angela, Noble Douglas, Norman Gabrielle, Pfende Farai, Quinn Paul, Warren Angela, Catherine Watkins, Schneider Justine, 2021, *Digital Approaches to Music-Making for People With Dementia in Response to the COVID-19 Pandemic: Current Practice and Recommendations*, „Frontiers in Psychology”, Vol. 12, [online:] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33967893/> [9.01.2022].
- Dowson Becky, Schneider Justine, 2021, *Online Singing Groups for People with Dementia: Scoping Review*, „Public Health”, Vol. 194, s. 196–201.
- Giordano Filippo, Losurdo Antonia, Quaranta Vitaliano Nicola, Campobasso Nicola, Daleno Antonio, Carpagnano Elisiana, Gesualdo Loreto, Moschetta Antonio, Brienza Nicola, 2022, *Effect of Single Session Receptive Music Therapy on Anxiety and Vital Parameters in Hospitalized Covid-19 Patients: A Randomized Controlled Trial*, „Scientific Reports”, No. 12, [online:] <https://www.nature.com/articles/s41598-022-07085-8> [2.04.2022].
- Giordano Filippo, Rutigliano Chiara, De Leonardis Francesco, Rana Roberta, Neri Daniela, Brienza Nicola, Santoro Nicola, 2021, *COVID-19 and Absence of Music Therapy: Impact on Mother-Child Dyad during Invasive Procedures in Pediatric Oncology*, „The Arts in Psychotherapy”, Vol. 75, [online:] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34334856/> [9.01.2022].
- Giordano Filippo, Scarlata Elide, Baroni Mariagrazia, Gentile Eleonora, Puntillo Filomena, Brienza Nicola, Gesualdo Loreto, 2020, *Receptive Music Therapy to Reduce Stress and Improve Wellbeing in Italian Clinical Staff Involved in COVID-19 Pandemic: A Preliminary Study*, „The Arts in Psychotherapy”, Vol. 70, [online:] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32834302/> [9.01.2022].
- Homeside. Partnership in Dementia Care*, 2021, [online:] <https://www.awf.krakow.pl/attachments/article/4126/ZAPROSZENIE%20HOMESIDE%20AWF%20KRAK%C3%93W.pdf> [9.01.2022].
- Kantorová Lucia, Kantor Jiří, Hořejší Barbora, Gilboa Avi, Svobodová Zuzana, Lipský Matěj, Marečková Jana, Klugar Miroslav, 2021, *Adaptation of Music Therapists' Practice to the Outset of the COVID-19 Pandemic – Going Virtual: A Scoping Review*, „International Journal of Environmental and Public Health”, Vol. 18, No. 10, [online:] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34066197/> [9.01.2022].
- Lai Ka Sing Paris, Watt Christine, Ionson Emily, Baruss Imants, Forchuk Cheryl, Sukhera Javeed, Burhan Amer M., Vasudev Akshya, 2021, *Breath Regulation and Yogic Exercise. An Online Therapy for Calm and Happiness (BREATH) for Frontline Hospital and Long-Term Care Home Staff Managing the COVID-19 Pandemic: A Structured Summary of a Study Protocol for a Feasibility Study for*

- a Randomised Controlled Trial*, „Trials”, Vol. 2, No. 1, [online:] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7359429/> [9.01.2022].
- Launching Musical Resources at Home to Help during the Coronavirus (COVID-19) Outbreak*, 2020, [online:] <https://www.nordoff-robbins.org.uk/news/launching-musical-resources-at-home-to-help-during-the-coronavirus-covid-19-outbreak/> [9.01.2022].
- MacDonald Raymond, Burke Robert, Nora Tia De, Donohue Maria Sappho, Birrell Ross, 2021, *Our Virtual Tribe: Sustaining and Enhancing Community via Online Music Improvisation*, „Frontiers in Psychology”, Vol. 11, [online:] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33708151/> [9.01.2022].
- Mastnak Wolfgang, 2020, *Psychopathological Problems Related to the COVID-19 Pandemic and Possible Prevention with Music Therapy*, „Acta Paediatrica”, Vol. 109, No. 8, s. 1516–1518.
- Murrell Dedee F., Kroupouzou George, Gupta Atula, Lernia di Vito, Sadoughifar Roxana, Goldust Mohamad, 2020, *Role of Music Therapy in Reducing the Burden of Dermatological Diseases during COVID-19*, „Dermatologic Therapy”, Vol. 33, No. 6, [online:] <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dth.14086> [9.01.2022].
- Muzykoterapia dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodzin*, 2020, [online:] <https://arteterapia.pl/muzykoterapia-dzieci-przedwczesnie-urodzonych-i-ich-rodzin/> [9.01.2022].
- Papatzikis Efthymios, Zeba Fathima, Särkämö Teppo, Ramirez Rafael, Grau-Sánchez Jennifer, Tervaniemi Mari, Loewy Joanne, 2021, *Mitigating the Impact of the Novel Coronavirus Pandemic on Neuroscience and Music Research Protocols in Clinical Populations*, „Frontiers in Psychology”, Vol. 11, [online:] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32982881/> [9.01.2022].
- Projekt HOMESIDE dla osób z demencją i ich opiekunów*, 2022, [online:] <https://www.youtube.com/watch?v=THaN3pL3q0k> [9.01.2022].
- Projekt „Muzyka nie wyklucza”*, 2021, [online:] <https://arteterapia.pl/projekt-muzyka-nie-wyklucza/> [9.01.2022].
- Puyat Joseph H., Ahmad Haroon, Avina-Galindo Ana Michelle, Kazanjian Arminee, Gupta Aanchel, Ellis Ursula, Ashe Mauren C., Vila-Rodriguez Fidel, Halli Priyanka, Salmon Amy, Vigo Daniel, Almeida Alberta, De Bono Christopher E., 2020, *A Rapid Review of Home-Based Activities That Can Promote Mental Wellness during the COVID-19 Pandemic*, „PloS One”, Vol. 15, No. 12, [online:] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33270755/> [9.01.2022].
- Reid Amanda, Kresovich Alex, 2021, *Copyright as a Barrier to Music Therapy Telehealth Interventions: Qualitative Interview Study*, „JMIR Formative Research”, Vol. 5, No. 8, [online:] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34319241/> [9.01.2022].

- Reidy Jennifer, MacDonald Mary-Carla, 2021, *Use of Palliative Care Music Therapy in a Hospital Setting during COVID-19*, „Journal of Palliative Medicine”, Vol. 24, No. 11, [online:] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34382835/> [9.01.02022].
- Sasangohar Farzan, Bradshaw Major R., Carlson Marianne Millen, Flack James N., Flower James C., Freeland Diana, Head John, Marder Kate, Orme William, Weinstein Benjamin, Kolman Jacob M., Kash Bitu, Maden Alok, 2020, *Adapting an Outpatient Psychiatric Clinic to Telehealth during the COVID-19 Pandemic: A Practice Perspective*, „Journal of Medical Internet Research”, Vol. 22, No. 10, [online:] <https://www.jmir.org/2020/10/e22523/> [9.01.2022].
- Situmorang Dominikus David Biondi, 2021a, *Dancing during Labor in the Midst of COVID-19 Outbreak: As an Alternative Non-Pharmacological Treatment after Digital Interventions*, „Journal of Public Health”, [online:] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34344023/> [9.01.2022].
- Situmorang Dominikus David Biondi, 2021b, *Music Therapy for the Treatment of Patients with COVID-19: Psychopathological Problems Intervention and Well-Being Improvement*, „Infectious Disease in Clinical Practice”, Vol. 29, No. 3, [online:] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34191910/> [9.01.2022].
- Situmorang Dominikus David Biondi, 2021c, *Providing Comfort through Music to People Amidst the COVID-19 Pandemic as a Humanitarian Disaster*, „The Journal of Pastoral Care & Counseling”, [online:] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34374575/> [9.10.2022].
- Situmorang Dominikus David Biondi, 2021d, *„When the First Session May Be the Last!”: A Case Report of the Implementation of „Rapid Tele-Psychotherapy” with Single-Session Music Therapy COVID-19 Outbreak*, „Palliative & Supportive Care”, s. 1–6, [online:] <https://doi.org/10.1017/S1478951521001425> [9.01.2022].
- Studenckie Koło Naukowe Muzykoterapii, 2022, [online:] <https://www.facebook.com/pg/sknmuzykoterapii/posts/> [9.01.2022].
- Sutu Benjamin, O’Brien Emma, 2021, *Music as Medicine: A Way to Buoy Staff Morale in the Age of COVID-19*, „Internal Medicine Journal”, Vol. 51, No. 2, [online:] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33631847/> [9.01.2022].
- Trevino Kelly M., Raghunathan Nirupa, Latte-Naor Shelly, Polubriaginof Fernanda C.G., Jensen Claus, Atkinson Thomas M., Emard Nicholas, Seluzicki Christina M., Ostroff Jamie S., Mao Jun J., 2021, *Rapid Deployment of Virtual Mind-Body Interventions during the COVID-19 Outbreak: Feasibility, Acceptability, and Implications for Future Care*, „Supportive Care in Cancer”, Vol. 29, No. 2, s. 543–546.
- Vajpeyee Manisha, Tiwari Shivam Jain Kavita, Modi Pamil, Bhandari Prem, Monga Guneet, Yadav Lokendra Bahadur, Bhardwaj Himani, Shroti Akhilesh Kumar, Singh Shivoham, Vajpeyee Atulabh, 2021, *Yoga and Music Intervention to*

Reduce Depression, Anxiety, and Stress during COVID-19 Outbreak on Healthcare Workers, „The International Journal of Social Psychiatry”, [online:] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33818166/> [9.01.2022].

Streszczenie

Pandemia zakaźnej choroby COVID-19 spowodowana koronawirusem SARS-CoV-2 dotknęła cały świat, powodując istotne jego zmiany. W obecnej chwili odczuwa się wpływ pandemii na wiele obszarów życia człowieka: gospodarkę, finanse, turystykę, religię, edukację, ochronę zdrowia i kulturę. Poważnym skutkiem trwającej pandemii była izolacja społeczna powodująca wiele utrudnień i zagrożeń dla zdrowia, szczególnie dla sfery psychicznej człowieka. Muzykoterapia, jak wiele innych oddziaływań terapeutycznych, funkcjonowała także w czasie pandemii, jednak musiały w niej nastąpić pewne zmiany, aby można było dostosować się do panujących pandemicznych wymogów. Artykuł dotyczy możliwości zastosowania muzykoterapii w czasie pandemii COVID-19, ze szczególnym uwzględnieniem działań Studenckiego Koła Naukowego Muzykoterapii, zawiera również przegląd artykułów badawczych dotyczących muzykoterapii w dobie pandemii Covid-19 oraz projektów muzykoterapeutycznych realizowanych w tym wyjątkowym czasie.

Słowa kluczowe: muzykoterapia, pandemia COVID-19, Studenckie Koło Naukowe Muzykoterapii

KATARZYNA TUREK – muzykoterapeuta, muzyk, magister sztuki, doktor nauk o kulturze fizycznej. Ukończyła studia w Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu (kierunek: kompozycja i teoria muzyki, specjalność: muzykoterapia) 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 nowotworowej* obroniła na Wydziale Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. 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 obszarze onkologii, psychogeriatrici oraz chorób neurodegeneracyjnych. Współpracuje z ośrodkami działającymi na rzecz promowania terapii przez sztukę oraz czynnie uczestniczy w programach wspierających osoby dotknięte różnymi chorobami, w tym cywilizacyjnymi. Brała aktywny udział w konferencjach o tematyce muzykoterapeutycznej, a także psychogeriatricznej, psychiatrycznej, onkologicznej i rehabilitacyjnej. Współpracuje z Akademią Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, Uniwersytetem Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu oraz Akademią Muzyczną im. Karola Szymanowskiego w Katowicach.

MUZYK WYKONAWCA W NOWEJ ROLI – MUZYKA PRZY ŁÓŻKU CHOREGO¹

Ewa Klimas-Kuchtowa » Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa, Katowice

Na wstępie chciałabym przedstawić kilka ogólnych założeń, które można uznać za podstawę teoretyczną opisywanych tutaj działań i wysnuwanych wniosków. Stwierdzenia te mają swe źródło w psychologii zdrowia, a także w podejściu poznawczym w psychologii.

Pierwsze i podstawowe założenie dotyczy holistycznego, systemowego ujęcia człowieka, który jest rozumiany jako jedność bio-psycho-społeczno-duchowa. Dla osiągnięcia pełnego rozwoju trzeba utrzymać równowagę pomiędzy tymi czterema obszarami. Zgodnie z ogólną teorią systemów wszystkie one są równocześnie całościami oraz częściami obszerniejszych systemów (np. człowiek, społeczeństwo, ekosystem, wszechświat), wszystkie są jednakowo istotne (nie ma więc hierarchii ważności, a jedynie hierarchia zakresów), a zmiany w którymkolwiek

1 » Artykuł jest opisem programu „European Music in Healthcare Settings Training Programme”, finansowanego ze środków Fundacji Rozwoju Systemu Edukacji, Narodowa Agencja Programu Unii Europejskiej „Uczenie się przez całe życie”, Leonardo da Vinci – projekty partnerskie, Nawigator 2008. W programie uczestniczyli absolwenci i wykładowcy Studiów Podyplomowych „Muzykoterapia” Akademii Muzycznej w Krakowie. Tekst stanowi zmienioną wersję artykułu autorki opublikowanego w tomie *Diemenzia muzikoterapie v praxi, výskume a edukácii* [Klimas-Kuchtowa 2015: 297–306].

podsystemie odbijają się na innych (szerszych i węższych zakresowo). Powyższą koncepcję uszczegóławia stwierdzenie, że człowiek jest układem odbierającym, przechowującym, przetwarzającym, tworzącym i przekazującym informacje oraz przypisującym im znaczenie, co wywołuje reakcje emocjonalne. Te ostatnie powodują zmiany biologiczne, a dzięki behawioralnym korelatom mogą wpływać na funkcje społeczne. Przyjmowane, przetwarzane i tworzone informacje oraz doświadczane emocje rozbudowują duchowość. Takie podejście można przyjąć jako uzasadnienie skutków działań objętych opisywanym w niniejszym artykule programem w odniesieniu zarówno do muzyków, jak i do odbiorców – słuchaczy.

W kontekście dalszych rozważań istotne wydaje się też dookreślenie terminu „pomaganie”, stosowanego w języku potocznym, lecz mającego specyficzne znaczenie w odniesieniu do relacji lekarz–pacjent czy lekarz–terapeuta, a w omawianym tu programie także muzyk–pacjent. Mówimy oczywiście o pomocy profesjonalnej, oznaczającej szczególnie rodzaj interakcji między pomagającym a wspomaganym, do której każda ze stron wnosi całe swoje doświadczenie, wiedzę, zespół umiejętności, nastawienie, przekonania, oczekiwania, emocje, motywy i osobowość [Sęk 2000: 533–554]. Aby relacja taka nie ubezwłasnowolniła, powinna być dwupodmiotowa. Dlatego uzasadnione jest zajmowanie się wpływem wykonywanej na oddziale szpitalnym muzyki nie tylko na pacjenta i innych odbiorców tych działań (rodzinę pacjenta, personel szpitala), lecz także na samego muzyka.

Trzeba także doprecyzować rozumienie zdrowia. Istnieje wiele jego definicji, ale nie wydaje się konieczne przytaczanie ich wszystkich. Ważne jest rozróżnienie zdrowia subiektywnego, czyli poczucia zdrowia, oraz zdrowia obiektywnego, ocenianego za pomocą parametrów medycznych, a także psychologicznych, społecznych i duchowych. W odniesieniu do poczucia zdrowia odwołać się można do sformułowanej jeszcze w roku 1948 przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization – WHO) klasycznej i tradycyjnej definicji, zgodnie z którą zdrowie określane jest jako „pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny” [Heszen-Niejodek, Wrześniewski 2000: 458]. Niestety trudno

jednoznacznie określić znaczenie podstawowego terminu członu definiującego, a mianowicie pojęcia „dobrostan”. W literaturze przedmiotu są jednak podejmowane takie próby, szczególnie w odniesieniu do dobrostanu psychicznego. Ed Diener, Richard E. Lucas i Shigehiro Oishi [2004: 35] piszą:

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.

Jeśli chodzi o zdrowie obiektywne, odwołam się do jednej z definicji interakcyjnych, według której zdrowie rozumiane jest jako „poddająca się zmianom zdolność człowieka do osiągnięcia pełni własnych fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości, jak i reagowania na wyzwania środowiska” [Słońska, Misiuna 1993: 68; za: Heszen-Niejodek, Wrześniewski 2000: 458]. Definicja ta wydaje się szczególnie istotna, gdyż nie tylko uwzględnia utrzymywanie *status quo*, lecz terminem „zdrowie” obejmuje także to, co można określić jako samorealizację (osiąganie pełni możliwości w różnych aspektach własnej istotowości), przez co stwarza pomost pomiędzy poczuciem zdrowia a zdrowiem obiektywnym.

Wreszcie, na koniec wstępnych ustaleń, przydatne będzie także spojrzenie na pewien specyficzny wymiar relacji pomagania w odniesieniu do muzyka pracującego na oddziale szpitalnym. Nie mamy w tym wypadku do czynienia z oddziaływaniem terapeutycznym w ścisłym rozumieniu tego słowa, lecz z relacją prewencyjną czy profilaktyczną. W prewencji rozróżnia się kilka poziomów, dlatego trudno zdefiniować ją ogólnie. Jak podaje *Słownik wyrazów obcych* [Rysiewicz (red.) 1961: 537], „prewencja” (od łac. *praeventio* – uprzedzanie, zapobieganie) to zespół środków stosowanych w celu zapobiegania chorobom. Wymieniane w literaturze poziomy to:

- > Prewencja pierwotna albo pierwszego stopnia, czyli ogół działań i środków mających na celu zmniejszenie ryzyka wystąpienia jakiegoś zaburzenia. Podkreślić trzeba, że może to być osiągnięte zarówno przez zmniejszenie oddziaływania jakichś czynników szkodliwych (mówimy wtedy o strategii prewencyjnej negatywnej), jak i przez zwiększenie szeroko rozumianych zasobów odpornościowych, które nie dopuszczają do pojawienia się patologii (strategia prewencyjna pozytywna);
- > Prewencja wtórna albo drugiego stopnia (która interesować nas będzie tutaj szczególnie) – dotyczy osób, u których już jakieś zaburzenie wystąpiło, a podjęte działania mają na celu profilaktykę rozszerzenia się nieprawidłowości na inne sfery stanu zdrowia i życia, na inne obszary osobowości czy na inne zachowania. Może się to odbywać równolegle z terapią zasadniczego objawu patologicznego;
- > Prewencja trzeciego stopnia (mniej istotna w kontekście opisywanego programu) – to przeciwdziałanie nawrotom [*Prewencja* 2010].

Realizacja i istota programu

Omawiany w niniejszym artykule program „European Music in Healthcare Settings Training Programme” był realizowany w okresie od 1 sierpnia 2008 roku do 31 lipca 2010 roku. Ze strony polskiej uczestniczyło w nim dwóch wykładowców Studiów Podyplomowych „Muzykoterapia” (Akademii Muzycznej w Krakowie), dwóch absolwentów tego kierunku (ta czwórka osób szkoliła się i pracowała na oddziałach) oraz autorka niniejszej prezentacji (jako menadżer grupy polskiej). W skład grupy wchodził także muzyk z Musique et Santé (Francja), Royal Northern College of Music (Wielka Brytania) i Music Network (Irlandia). Cała grupa szkolonych liczyła 14 osób. W programie (ale nie w szkoleniach) uczestniczyli również menadżerowie wszystkich krajów partnerskich.

Koordynatorami projektu oraz trenerami byli muzycy z Francji (*Musique et Santé*).

Zajęcia odbywały się na oddziałach Royal Manchester Children's Hospital (Pediatria), St. James Hospital w Dublinie (Onkologia, Geriatria), Szpitala Zakonu Ojców Bonifratrów w Krakowie (Chirurgia Ogólna, Interna z Kardiologią, Chirurgia Naczyniowa, Anestezjologia i Intensywna Terapia), Robert Debré Hospital w Paryżu (Neonatologia) oraz w Institut Gustave-Roussy także w Paryżu (Onkologia Pediatryczna).

Program miał przede wszystkim charakter szkoleniowy – chodziło o wykształcenie umiejętności pracy w warunkach szpitalnych, na salach chorych oraz na korytarzach, z użyciem różnych instrumentów (takich jak skrzypce, wiolonczela, fagot, gitara, głos ludzki, drobne instrumenty perkusyjne) i z wykorzystaniem międzynarodowego repertuaru. Szkoleni muzycy podzieleni byli na trzy-, cztero- lub pięcioosobowe grupy i pod okiem trenera realizowali swe zamierzenia. Następnego dnia zajęcia były superwizowane. Program wymagał nie tylko znakomitego warsztatu muzycznego (łącznie z umiejętnością improwizacji), lecz także określonych cech poznawczych, emocjonalnych i osobowościowych. Ważnymi hasłami definiującymi realizowane działania były: „granie z...” (innymi muzykami z grupy czy pacjentami, którzy mogli towarzyszyć muzykom na instrumentach perkusyjnych lub głosem) oraz „granie dla...”.

Językiem szkoleń był język angielski, ale na oddziałach komunikowano się często w sposób niewerbalny oraz muzyczny. Szczególnie wyraźnie wystąpiło to w Polsce, gdzie nasi partnerzy doświadczyli silnej bariery językowej (problemu tego nie było w Anglii i w Irlandii, ale zdarzały się takie przypadki we Francji). Trzeba też zwrócić uwagę na wielorasowy, wielokulturowy, a także zróżnicowany wyznaniowo skład grupy odbiorców działań muzycznych (zróżnicowania takiego nie było w Polsce).

Ewaluacja programu została dokonana przede wszystkim na podstawie pisemnych esejów przygotowanych przez muzyków po zakończeniu szkolenia. W pracy tej trzeba było skoncentrować się przede wszystkim na sprawnościach i umiejętnościach, jakie zdaniem szkolonego pozwolił mu rozwinąć program, opisać własną „podróż” przez doświadczanie

realizowanych działań oraz wskazać na europejski kontekst programu. Eseje były omawiane podczas ostatniego, podsumowującego zjazdu, który polegał na dzieleniu się refleksjami i doświadczeniami – i stanowił tym samym dodatkowe źródło informacji przydatnych do ewaluacji.

Znaczenie programu dla muzyków

W rozważaniach o korzyściach płynących z programu skoncentruję się przede wszystkim na tym, co przyniósł on samym muzykom, gdyż tego dotyczy niniejszy artykuł. Odnosząc się do wspomnianej wcześniej dwupodmiotowości relacji pomagania, należy zauważyć, że program w specyficzny sposób wpłynął na jeden z podmiotów, tj. na muzyków, i to właśnie ten aspekt zostanie tutaj obszerniej przedstawiony. Szczególnie istotne wydają się umiejętności i sprawności, na których rozwój zwrócili uwagę szkoleni. Można je podzielić na trzy grupy (ze szczegółowym rozwinięciem każdej z nich). Muzycy podkreślali, że szkolenie i działania na oddziałach wpłynęły u nich na wypracowanie określonych elementów. Były to:

- a) w zakresie umiejętności muzycznych:
 - > wysoka jakość wykonania,
 - > poszerzenie repertuaru,
 - > umiejętności improwizatorskie,
 - > posługiwanie się głosem,
 - > umiejętność muzycznego dostosowania się do innych,
 - > kreatywność,
 - > umiejętność pracy solo i w grupie,
 - > intuicja muzyczna – zrozumienie, kiedy odwoływać się do muzycznej pamięci pacjenta, a kiedy wprowadzać nowy materiał,
 - > poszerzenie warsztatu instrumentalnego o instrumenty przydatne w danej sytuacji,
 - > zrównoważenie własnej osobowości muzycznej z potrzebami osoby, dla której się gra i z którą się gra;

- b) w zakresie umiejętności zawodowych (tych, które potrzebne są muzykowi w pracy na oddziale szpitalnym):
- > umiejętność skutecznej komunikacji,
 - > zdolność budowania dobrych relacji z personelem i pacjentami,
 - > zdolność koncentrowania się na pacjencie i uznania pierwszeństwa jego potrzeb,
 - > elastyczność organizacyjna i proceduralna,
 - > zdolność skutecznego reagowania na nieustannie zmieniający się w warunkach szpitalnych nastrój oraz dostosowania się do takiej sytuacji (na oddziałach byliśmy gośćmi, priorytet miały oczywiście sprawy medyczne),
 - > rozumienie kontekstu, w którym muzyka jest mile widziana i w którym jest odrzucana (zdarzało się, że muzycy napotykali zamknięte drzwi pokoju chorych, a po ich otwarciu mogli zostać zaproszeni do środka lub przeproszeni – odmowa była czymś naturalnym i przywilejem słuchaczy,
 - > szacunek (dla pacjenta, personelu, środowiska, rodziny, dla ograniczeń i możliwości pacjenta),
 - > refleksyjność (eksplorowanie teoretycznych i praktycznych kompetencji potrzebnych do działań muzycznych),
 - > wrażliwość na otoczenie (na przestrzeń działań – zrozumienie i wyobrażanie sobie miejsca muzyki i muzyka w środowisku szpitalnym),
 - > interakcja z pacjentami i członkami ich rodzin,
 - > wrażliwość etyczna (jednakowe traktowanie wszystkich pacjentów, bez względu na wiek, kulturę, pochodzenie, religię itd., prezentowany repertuar nie mógł niczego narzucać ani naruszać indywidualnych wartości, a jednocześnie musiał być na tyle bogaty, by uwzględniał wspomniane różnice),
 - > zapewnienie dyskrecji i rozumienie granic związanych z profesją,
 - > zdolności adaptacyjne (dostosowywanie się do reakcji/zachowania pacjenta),
 - > rozważanie intencji każdej interakcji,

- > wrażliwość kulturowa,
- > zdolności obserwacyjne;
- c) w zakresie cech osobowości:
 - > cierpliwość,
 - > dyskrecja,
 - > spokój,
 - > dojrzałość,
 - > intuicja,
 - > plastyczność,
 - > empatia,
 - > wrażliwość,
 - > dobre nastawienie do ludzi,
 - > rozwaga,
 - > naturalność,
 - > stabilność emocjonalna,
 - > samoświadomość,
 - > ciekawość i chęć ciągłego uczenia się.

Ciekawym uzupełnieniem powyższej obszernej listy mogą także być wnioski z materiałów uzyskanych w połowie szkolenia, gdy badani zostali poproszeni o pisemne odpowiedzi na dwa pytania:

1. Czym jest dla Ciebie muzyka, gdy wykonujesz ją w szpitalu?
2. Jak sądzisz, czym jest muzyka dla pacjenta, gdy słucha jej w szpitalu?

Wykonanie tego zadania nie było obligatoryjne (w przeciwieństwie do esejów końcowych, warunkujących uzyskanie certyfikatu szkolenia) i nie udało się niestety zebrać odpowiedzi od wszystkich uczestników. Wnioski są więc nie w pełni miarodajne, ale ciekawe.

Odpowiedzi na pierwsze pytanie grupują się wokół treści wskazanych poniżej. Uczestnicy deklarowali, że muzyka jest dla nich:

- > formą kontaktu,
- > formą komunikatu,
- > wyrazem empatii,
- > wspólnym doświadczeniem,
- > drogą do interakcji,

- > dzieleniem się miłością,
- > radością z niesienia pomocy innym,
- > otwarciem się na „tu i teraz”,
- > uzdrowieniem – także dla muzyka,
- > okazją do rozwoju, osobistym spełnieniem,
- > *flow*,
- > ciągłym uczeniem się,
- > konfrontacją z własnymi lękami i ograniczeniami,
- > stresem,
- > narzędziem do wypełnienia szpitalnej pustki.

Kilka odpowiedzi przytoczę w formie cytatów, gdyż albo nie mieszczą się w powyższych sformułowaniach, albo mają charakter na tyle metaforyczny, że szkoda byłoby je przekładać na inny język, pisano np.:

- > „Muzyka jest dla mnie czystym spotkaniem”;
- > „Muzyka jest przypięciem skrzydeł, które unoszą ponad ziemię”;
- > „Często widzę muzykę na twarzy i w oczach pacjentów – magiczne lustro”;
- > „Muzyka w szpitalu musi być muzyką i niczym więcej. Nie jesteśmy terapeutami. Jesteśmy muzykami i przyszliśmy, aby grać dla i z ludźmi. Nie myślę o »pacjentach« lecz o »osobach«”.

Ta bogata i różnorodna gama sformułowań i odczuć świadczy o wyraźnym zróżnicowaniu, jeśli chodzi o interakcję między pomagającym a wspomaganym (oczywiście wciąż koncentrujemy się na pomagającym, na muzyku) przed udziałem w programie i w trakcie jego realizacji (nasuwa się niestety refleksja, że brakowało tutaj pre-testu).

A teraz przedstawione zostaną odpowiedzi na drugie pytanie. W przekonaniu uczestników szkolenia muzyka dla pacjenta jest:

- > nową formą kontaktu,
- > otwarciem na interakcję,
- > poprawą nastroju, przyjemnością,
- > relaksacją, przeżyciem emocjonalnym i estetycznym, *catharsis*,
- > 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 (następuje dostrzeżenie osoby, a nie choroby),
- > drogą do odkrycia i wyrażenia własnej tożsamości,
- > możliwością samodzielnego decydowania (chcę słuchać muzyki lub nie),
- > okazją do zobaczenia szpitalnego personelu w innej roli, jako uczestników prowadzonych wspólnie z pacjentem działań, oraz do tego, aby personel zobaczył pacjenta w innej roli,
- > współdoświadczeniem, dzieleniem się radością.

Dla ilustracji jeszcze kilka obszerniejszych wypowiedzi:

- > „Muzyka grana na żywo może być wielką niespodzianką, przyjemnością, zatrzymaniem w czasie, oderwaniem się od myśli o chorobie i problemach”;
- > „Muzyka to otwarcie drzwi na realne życie”;
- > „To zdumienie, że coś tak niesamowitego jak muzyka pojawiło się w szpitalu”;
- > „Jest ruchem sfer – wibracją wszechświata – ściany oddziału/szpitala znikają”.

Przytoczone refleksje wskazują niezbicie, jak głębokim i poruszającym doświadczeniem był dla muzyków udział w programie, jak wzbogacił ich emocjonalnie, rozwinął zawodowo i pod względem osobowości. Jeśli wrócimy do wspomnianej wcześniej relacji pomagania, jednoznacznie nasuwa się wniosek, że pomagający byli na początku swoich działań w szpitalu innymi osobami niż po roku pracy (jeszcze raz wspomnę: szkoda, że nie przeprowadzono pre-testu; celem programu nie było jednak badanie naukowe, lecz szkolenie praktyków). Oczywiście należy podkreślić, że szkoleni nie zakończyli swej szpitalnej pracy wraz z końcem programu – było to wprowadzenie do działań mających na celu dalszy rozwój i osiągnięcie profesjonalizmu w tej dziedzinie.

Skoncentrowałam się tutaj przede wszystkim na pomagających, na szkolonych, czyli muzykach. Warto jednak wspomnieć również o partnerach tej

interakcji, o pacjentach. Nie dysponuję w tym wypadku tak bogatym materiałem, niemniej w Irlandii i w Polsce pacjenci i personel szpitalny poproszono o odpowiedzi na kilka pytań w ramach krótkiego kwestionariusza badającego ich ocenę przeprowadzonych działań. Otrzymaliśmy łącznie odpowiedzi od 78 osób (58 w Dublinie i 20 w Krakowie). W Irlandii 54 osoby opowiedziały się za takimi działaniami, w Polsce wszyscy respondenci wyrazili swój pozytywny do nich stosunek (łącznie 74 odpowiadających). W obydwu krajach zdecydowana większość badanych stwierdziła, że działania muzyczne wywołały w nich pozytywne emocje (dobre samopoczucie $N = 47$, poczucie szczęścia $N = 46$). Odpowiedzi czterech osób nie były aprobowane, ale nie podano żadnego uzasadnienia krytyki.

Badania te miały charakter jedynie sygnałny i zdecydowanie wymagają pogłębienia i poszerzenia. Jednak szczególnie istotne było dla nas zwrócenie uwagi na pozytywne emocje spowodowane kontaktem z muzyką. Jest to aspekt bardzo ważny właśnie w wymiarze zdrowia. Jeśli działania muzyczne wywołały pozytywne emocje, to kontynuowanie kontaktu chorych z muzyką może wpływać na zdrowie, gdyż, jak podkreśla się w literaturze przedmiotu:

- > istnieje pozytywna zależność między poczuciem dobrostanu, zadowoleniem, optymizmem a poczuciem zdrowia, zdrowiem subiektywnym [za: Czapiński 2004: 237–240];
- > istnieje także pozytywna zależność (choć nie tak mocna jak poprzednia) między obiektywnymi wskaźnikami zdrowia a poczuciem dobrostanu [za: Czapiński 2004: 237–239].

Praca z emocjami, poprawa nastroju, budzenie optymizmu oraz wzmacnianie poczucia samoskuteczności w walce z chorobą są także rodzajem prewencji wtórnej, a więc przeciwdziałają rozszerzaniu się zaburzenia na inne obszary, choćby te związane z objawami psychosomatycznymi.

Nie będzie więc przesadą, jeśli w zakończeniu podkreślimy, że muzyka jest nieprzebranym źródłem, z którego możemy czerpać, chcąc wpłynąć na nasze zdrowie. Jej potencjał, obszernie omawiany w literaturze związanej z muzykoterapią, został tu jedynie zasygnalizowany. Jak zauważa Émil Jaques-Dalcroze, gdy słuchamy muzyki,

w całej naszej istocie powstają echa i rezonanse, podobne do muzycznych dźwięków zwanych harmonicznymi. Jest tak, jak w przypadku chińskich zasłon obwieszonych dzwoneczkami – wystarczy dotknąć jednego z nich, by odezwały się wszystkie pozostałe [za: Przychodzińska-Kaciczak 1979: 125].

Ofiarodawcą tego dobra może być muzyk, który odważy się przekroczyć próg szpitala i stanąć tam z instrumentem przed odmiennym audytorium – jest to z pewnością wyzwanie trudne, ale, jak przyznali uczestnicy programu, wręcz mistycznie rozwijające.

Bibliografia

- Czapiński Janusz, 2004, *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Diener Ed, Lucas Richard E., Oishi Shigehiro, 2004, *Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia*, [w:] J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 35–50.
- Heszen-Niejodek Irena, Wrześniewski Kazimierz, 2000, *Udział psychologii w rozwiązywaniu problemów zdrowia somatycznego*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, Gdańsk: GWP, s. 444–464.
- Klimas-Kuchtowa Ewa, 2015, *Rozważania o realizacji programu „Muzyka przyłóżku chorego”*, [w:] P. Krajčí, K. Priesterová, *Diemenzia muzikoterapie v praxi, výskume edukácii*, Bratislava: Vydavateľstvo Univerzita Komenského, s. 297–306, [online:] <https://pedagogy.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2015/03/dimenzia-muzikoterapie.pdf> [21.01.2022].
- Prewencja, 2010, [w:] *Słownik psychologiczny*, Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, [online:] <https://psychologia.edu.pl/sloownik/id.prewencja/i.html> [20.03.2022].
- Przychodzińska-Kaciczak Maria, 1979, *Muzyka i wychowanie*, Warszawa: Nasza Księgarnia.
- Rysiewicz Zygmunt (red.), 1961, *Słownik wyrazów obcych*, Warszawa: PIW.
- Sęk Helena, 2000, *Zdrowie behawioralne*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, Gdańsk: GWP, s. 533–553.

Słońska Zofia, Misiuna Małgorzata 1993, *Promocja Zdrowia. Słowniczek podstawowych terminów*, Warszawa: Agencja Promo-Lider.

Streszczenie

Artykuł nawiązuje do międzynarodowego programu szkoleniowego, w którym wzięło udział kilka osób spośród wykładowców i absolwentów Studiów Podyplomowych „Muzykoterapia”, realizowanych na Akademii Muzycznej w Krakowie. Zajęcia prowadzili muzykoterapeuci z Francji i brały w nich udział (poza Polakami) grupy z Paryża, Manchesteru i z Dublina. W tych miastach (w tym w Krakowie) realizowane były szkolenia, które podlegały superwizji. Wszyscy uczestnicy byli profesjonalnymi muzykami, choć nie wszyscy mieli wystarczające przygotowanie z zakresu muzykoterapii. Materiały pisemne zebrane od uczestników podczas programu pozwoliły opracować wnioski dotyczące tego, co dało im szkolenie. Zdaniem szkolonych zajęcia wpłynęły na ich umiejętności muzyczne, umiejętności zawodowe (muzykoterapeutyczne) oraz na cechy osobowości. Zebrane materiały pozwoliły również ustosunkować się do pytania, czym była dla nich muzyka wykonywana w szpitalu oraz czym mogła ona być dla pacjentów. Uzyskano bogatą i różnorodną listę odpowiedzi, która pozwoliła na wysnucie głębokich i konstruktywnych dla muzykoterapii wniosków. Muzycy stanęli przed istotnym wyzwaniem i doświadczeniem, które niekiedy było dla nich, jak sami określili, wręcz mistyczne.

Słowa kluczowe: dwupodmiotowość relacji terapeutycznej, muzyka w pokoju szpitalnym, promocja zdrowia, wpływ muzyki na wykonawcę

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 i Towarzystwa im. Edwina E. Gordona (związanego z edukacją muzyczną). Autorka kilkadziesiątu artykułów w czasopismach polskich i zagranicznych oraz rozdziałów w pracach monograficznych, przede wszystkim z psychologii muzyki. Zajmuje się też tłumaczeniem książek naukowych i popularnonaukowych dotyczących m.in. psychologii.

MODEL MUZYKOTERAPII PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI PSYCHOSOMATYCZNYMI

Stella Kaczmarek » Akademia Muzyczna im. Grażyny i Kiejstuta Bacewiczów w Łodzi

Wstęp

Światowa Organizacja Zdrowia już na początku XX wieku prognozowała, że w roku 2020 najważniejszym problemem zdrowotnym będą zaburzenia psychosomatyczne. Są one pandemią naszych czasów, ponieważ cierpią na nie coraz młodsze osoby, a geneza ich powstawania nie jest tak jednoznaczna, jak by się mogło wydawać. Sytuacja pacjentów chorych psychosomatycznie, choć uległa znacznej poprawie w XXI wieku, nadal nie zawsze jest zadowalająca. Lekarze pierwszego kontaktu, psychiatrzy, psycholodzy i psychoterapeuci powinni wspólnie pracować na rzecz psychosomatyki, ponieważ jej zaburzenia są coraz częściej diagnozowanymi chorobami cywilizacyjnymi naszych czasów.

Mimo że już od zarania dziejów lekarze zdawali sobie sprawę z wpływu psychiki na stan somatyczny człowieka, niestety praktyka lekarska nie zawsze odzwierciedlała to przekonanie [por. Tyłka 2011: 21]. Wyodrębnienie grupy chorób określanych jako psychosomatyczne związane jest ściśle z podejściem psychoanalitycznym lat dwudziestych i trzydziestych XX wieku. Klasycy medycyny psychosomatycznej (Zygmunt Freud, Flanders Dunbar, Franz Alexander, Felix Deutsch) powiązali szczególne doświadczenia dziecięce i konflikty wewnętrzne z powstaniem i rozwojem niektórych chorób psychicznych/psychosomatycznych

[por. Wrześniewski 1998: 9, zob. też Freud 1997: 24]. W ciągu kolejnych 100 lat powstało kilka kolejnych modeli opisujących genezę powstania tego rodzaju chorób, z podejściem holistycznym na czele. Pojęcia „psychosomatyczny”, „zaburzenia psychosomatyczne” i „medycyna psychosomatyczna” zostały co prawda użyte już w roku 1922 przez Felixa Deutscha, lecz tak naprawdę przyjęto je w świecie medycznym dopiero kilkadziesiąt lat temu [Tylka 2000: 11; Basińska, Ratajska 2010: 7].

Medycyna psychosomatyczna rozwija się w ostatnich latach w Polsce bardzo intensywnie, o czym świadczą wydane już w XXI wieku publikacje dotyczące chorób psychosomatycznych i ich leczenia. Do najbardziej interesujących zaliczyć należałoby książki autorstwa Lidii Zabłockiej-Żytki i Ewy Sokołowskiej pt. *Pomoc psychologiczna chorym somatycznie. Wybrane zagadnienia* [2016], Anny Orzechowskiej i Piotra Gałęckiego pt. *Zaburzenia psychosomatyczne w ujęciu terapeutycznym* [2014], Małgorzaty A. Basińskiej i Anny Ratajskiej pt. *Psychosomatyka. Problemy i kierunki badań* [2010] czy Grażyny Chojnackiej-Szawłowskiej pt. *Psychologiczne aspekty przewlekłych chorób somatycznych* [2012]. Z obcojęzycznej literatury godne polecenia są następujące pozycje: *Wszystko jest w twojej głowie. Opowieści o chorobach psychosomatycznych* Suzanne O’Sullivan [2017] oraz *Ciało a stres* Gabora Matého [2004]. Natomiast do najważniejszych pozycji książkowych na temat psychosomatyki z poprzedniego wieku możemy z powodzeniem zaliczyć książkę Jana Tylki pt. *Psychosomatyka* [2000], pracę Borisa Lubana-Plozzy, Waltera Pöldingera, Friedeberta Krögera i Bohdana Wasilewskiego pt. *Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej* [1995] oraz skrypt z psychosomatyki dla studentów i lekarzy medycyny autorstwa Andrzeja Brodziaka [1983].

Definicja chorób psychosomatycznych

Według definicji zamieszczonej w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (International

Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) zaburzenia psychosomatyczne to różnorodne, nawracające i często zmieniające się objawy somatyczne, które utrzymują się u pacjenta od co najmniej dwóch lat. Mogą one dotyczyć każdej części ciała czy każdego układu. Przebieg zaburzenia jest przewlekły, zmienny i często łączy się z zakłóceniem funkcjonowania społecznego, interpersonalnego i rodzinnego [World Health Organization 2009: 235]. Choroby psychosomatyczne są z definicji chorobami układu biologicznego mającymi ścisły związek z występującymi zaburzeniami psychicznymi lub ze środowiskiem, w którym człowiek aktualnie przebywa. Choroba psychosomatyczna to przede wszystkim taka, która ma w swojej etiologii czynnik psychogeny. Innymi słowy jest to choroba ciała, na którą wpływa psychika i która (w skrajnych wypadkach) jest wywołana stanem psychicznym pacjenta.

Jak pisze Ewa Klepacka-Gryz, wszystkie objawy psychosomatyczne są jak „wołanie duszy za pośrednictwem ciała, jak awaryjne rozwiązanie problemu, przed którym logika skapitulowała” [Klepacka-Gryz 2021: 54]. To właśnie ciało zawsze „bierze na siebie” nasze lęki, traumy i trudne emocje oraz przyjmuje ciosy, z którymi umysł nie byłby w stanie sobie poradzić. Mechanizm powstawania chorób psychosomatycznych w metaforyczny sposób można opisać następująco: „Ciało odmawia nam posłuszeństwa, bo wie coś, czego nie wie nasz umysł, ale nie potrafi sobie z tą wiedzą poradzić” [Klepacka-Gryz 2021: 53]. Historia duszy i ciała to zdaniem Aleksandra Kugelstadta „historia miłosna dwóch istnień, które się szukają, ale nigdy naprawdę się nie odnajdą, ponieważ przez stulecia w naszych głowach powstała między nimi głęboka przepaść” [2021: 153].

Do głównych przyczyn powstawania zaburzeń psychosomatycznych należą czynniki psychiczne (emocje, stres, złość, frustracja, lęk, smutek), zwłaszcza jeśli są one tłumione/niewyrażone (pacjent nie może sobie z nimi poradzić), a także czynniki socjokulturowe (np. wyzwania środowiska, naciski, presja). Choroby psychosomatyczne to zatem zwykle odroczone w czasie reakcja fizyczna organizmu na długotrwały stres, traumatyczne przeżycie lub konflikt psychiczny. Źródłem

powstania choroby stają się „wypierane, tłumione i nieświadomione, trudne emocje”, które pacjent przez długi czas lekceważy [Kuberska-Kędzierska 2018: 201]. Zaburzenia psychosomatyczne są bowiem często wyrazem wspomnianych tłumionych emocji czy konfliktów – zwłaszcza złości, lęku czy poczucia winy [por. Wrześniewski 2005: 517].

Niezaprzeczalnie w powstaniu i przebiegu choroby psychosomatycznej ważną rolę odgrywają czynniki zarówno psychiczne oraz biologiczne, jak i społeczne, wpływające na indywidualną podatność danej osoby na zachorowanie. W niektórych zaburzeniach typu psychosomatycznego komponent emocjonalny jest bezpośrednią przyczyną powstawania problemu, w innych – jest tylko jednym z kilku różnych czynników.

Opis etiologii chorób psychosomatycznych

W literaturze przedmiotu dotyczącej etiologii zaburzeń psychosomatycznych widoczne są dwa główne nurty: pierwszy – klasyczny, do lat trzydziestych XX wieku, oparty na zdobyczach i koncepcjach psychoanalizy oraz freudowskich sposobach wyjaśniania hysterii, a drugi – współczesny, bardziej interdyscyplinarny, opierający się na wiedzy z różnych dziedzin: fizjologii, patofizjologii i psychologii, podkreślający rolę psychoimmunologii oraz medycyny psychosomatycznej [Orzechowska, Gałęcki 2014: 11].

Istnieje kilka teorii i podejść przedstawiających przyczyny chorób psychosomatycznych. Jan Tylka wyróżnia dwie główne grupy teorii wyjaśniających powstawanie tego typu zaburzeń: 1) zakładające swoistość etiologii, tj. wskazujące na trudne doświadczenia i przebyte urazy z okresu dzieciństwa; oraz 2) zakładające nieswoistość etiologii, tj. opisujące choroby spowodowane stresem i wyzwaniem z życia w nowoczesnej cywilizacji [Tylka 2012: 1]. Te pierwsze ukształtowały się pod wpływem psychoanalizy i oparte są na założeniu, że każde schorzenie psychosomatyczne ma własną (swoistą dla siebie) przyczynę w postaci np. konfliktu psychicznego bądź określonych cech

osobowości. Te drugie powstały pod wpływem koncepcji stresu Hansa Selye'go (a także Richarda S. Lazarusa), zakładającej, iż długo działający stres może doprowadzić do zmian organicznych [Tylka 2010: 98].

Jeden z pierwszych polskich opisów chorób psychosomatycznych został zaproponowany przez Krzysztofa Czubalskiego [1984: 390]. Według niego schorzenia tego typu charakteryzują m.in. następujące cechy:

- > empirycznie dowiedziony udział czynników psychicznych w genezie i zaostrzeniu objawów choroby, a także w powstawaniu zmian organicznych;
- > związek czasowy zachodzący pomiędzy sytuacjami stresowymi a początkiem choroby;
- > wyższa skuteczność psychoterapii i psychofarmakoterapii w leczeniu chorych.

Etiologia schorzeń psychosomatycznych ma swoje odzwierciedlenie w klasyfikacji zaburzeń zawartych zarówno w DSM-IV-TR¹ [American Psychiatric Association 2000], jak i w ICD-10 [World Health Organization 2009]. Aktualnie w Międzynarodowej Klasyfikacji ICD-10 zaburzenia psychosomatyczne są opisane i zakwalifikowane pod numerami:

- > F40–F48 – „zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną (satomorficzne)”, w tym F45 – „zaburzenia występujące pod postacią somatyczną”;
- > F50–F59 – „zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi” [Bilikiewicz 1989, Gruszczynski 2012: 8; Orzechowska, Gałecki 2014: 15].

Natomiast w DSM-IV omawiane tu schorzenia zostały zaklasyfikowane jako „zaburzenia z objawami somatycznymi i inne z nimi związane” [Wciórka 2008]. Reasumując, za zaburzenia psychosomatyczne będziemy uważać takie zmiany patologiczne, w których patogenezie i przebiegu ważną rolę odgrywają zarówno czynniki somatyczne, jak i psychospołeczne [Luban-Plozza i in. 1995].

1» DSM-IV-TR (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) to diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych. W tym wypadku chodzi o wersję czwartą z poprawkami.

Opis pacjentów chorych psychosomatycznie

Pacjenci z zaburzeniami psychosomatycznymi mogą przejawiać pewne wspólne cechy (jak np. typ osobowości: WZA – Wzór Zachowania A, WZB – Wzór Zachowania B, WZC – Wzór Zachowania C oraz WZD – Wzór Zachowania D²), doświadczać podobnych przeżyć i trudności w radzeniu sobie w określonych sferach życia czy doznawać deprivacji w analogicznych obszarach. Wspólne zachowania chorych psychosomatycznie można scharakteryzować według następujących kryteriów:

- a) deprivacja społeczna, w tym:
 - > izolacja, socjalne wycofanie,
 - > problemy komunikacyjne,
 - > brak czasu dla siebie, na relaks (odpoczynek) czy na swoje hobby (zainteresowania);
- b) deprivacja emocjonalna, w tym:
 - > brak umiejętności pokazywania i przeżywania emocji, tłumienie emocji, brak umiejętności mówienia o nich, ich komunikowania (zwłaszcza gniewu i złości),
 - > nerwowość, pesymizm, stany depresyjne, lęki;
- c) deprivacja poznawcza, w tym:
 - > problemy z koncentracją i z pamięcią,
 - > problemy z utrzymaniem uwagi,
 - > spowolnienie psychoruchowe,
 - > brak umiejętności rozwiązywania problemów/konfliktów oraz strategii radzenia sobie z nimi [Tonn 2010: 34; zob. także Skowrońska, Szewczyk, 2001; Kaczmarek 2014, 2020].

Co ważniejsze, pacjenci z zaburzeniami psychosomatycznymi przejawiają cechy powodujące problemy i trudności w funkcjonowaniu psychicznym związanym ze sferą rozwoju osobistego. Należą do nich m.in:

2» Istnieją cztery wzorce zachowań (typ A, B, C i D). Wzór zachowania typu A predestynuje do choroby wieńcowej, wzór zachowania typu C – do choroby nowotworowej, a typ D – do stresu i doświadczenia negatywnych stanów emocjonalnych. Natomiast wzór zachowania typu B charakteryzuje osoby zdystansowane do otoczenia, zrelaksowane i niezainteresowane współzawodnictwem. Zob. Ogińska-Bulik, Juczyński [2008].

- > brak asertywności i umiejętności mówienia „nie”;
- > niska samoocena, brak wiary we własne siły i możliwości;
- > niska odporność na stres, duże natężenie stresu i napięcie;
- > niewielka świadomość własnych potrzeb, pragnień, marzeń oraz uczuć;
- > wysokie wymagania wobec siebie, duże poczucie kontroli;
- > przesadna chęć osiągnięć, perfekcjonizm, wygórowane ambicje.

Dodatkowo można powiedzieć, że pacjenci chorzy psychosomatycznie często nie potrafią stawiać granic, mają problemy z komunikacją, nie wierzą w siebie. Jest to ważne, ponieważ osoby z „zamazanymi granicami” żyją w permanentnym stresie, w którym inni codziennie naruszają ich „własne terytorium” [Maté 2004: 32]. Pacjenci depresyjni, lękowi, ztraumatyzowani, z problemami osobowościowymi w większości nie posiadają umiejętności odpowiedniego odreagowania stresu (np. przez ruch, aktywność sportową, medytację, hobby, indywidualne zainteresowania) oraz wszystkich innych codziennych życiowych napięć.

Sposób leczenia pacjentów chorych psychosomatycznie

Najlepszym sposobem leczenia pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi jest psychoterapia. W idealnym podejściu pacjenci ci powinni być leczeni w sposób kompleksowy, interdyscyplinarny, z uwzględnieniem właściwego żywienia i rehabilitacji. Osobą chorą psychosomatycznie powinny się zajmować zespoły specjalistów. Wskazane jest, by w takim zespole znajdowali się: psycholog, psychoterapeuta, lekarz psychiatra, fizjoterapeuta albo rehabilitant (osoba specjalizująca się w metodach pracy z ciałem), arteterapeuta (muzykoterapeuta), a także lekarze innych specjalności.

Niestety nie ma jednego właściwego czy najlepszego kierunku terapeutycznego stworzonego do pracy z osobami z zaburzeniami psychosomatycznymi. Każda szkoła terapeutyczna (tzn. podejście poznawczo-behawioralne, systemowe, psychodynamiczne czy humanistyczne) może być skuteczna w pracy z takimi pacjentami. Z perspektywy psychoterapeuty

ważne są rzetelne szkolenie i stałe podnoszenie kwalifikacji, kształcenie wielokierunkowe (uzupełnienie np. kierunku psychodynamicznego o szkolenie poznawczo-behawioralne i *vice versa*), otwartość na wiedzę naukową oraz mądre łączenie wielu metod terapeutycznych.

Istotne jest także, aby psychoterapię pacjentów chorych psychosomatycznie prowadzili doświadczeni psychoterapeuci. Terapia taka jest bowiem „łatwiejsza do opisu niż do wdrożenia” [Kaczmarek 2020: 243]. W pracy z tą grupą pacjentów terapeuta powinien wykazać się odpowiednim warsztatem, ponieważ są to zazwyczaj pacjenci trudni, często niezadowoleni, somatyzujący, oporowi, reagujący regresami.

W pracy z pacjentami cierpiącymi na zaburzenia psychosomatyczne można zastosować z większą swobodą wiele technik wyobraźniowych; można z nimi pracować, wykorzystując techniki oparte na świadomości, podświadomości (takie jak hipnoza, trans, bajka, metafora), wyobraźni, fantazji, ruchu itd. Cechą charakterystyczną leczenia takich pacjentów są rozległe możliwości działania, ale z mniejszym udziałem farmakoterapii, a większą rolą psychoedukacji i indywidualnej „pracy na problemach”. Oprócz leczenia psychoterapeutycznego warto zainteresować się choreoterapią i arteterapią, a w szczególności bioenergetyką Alexandra Lowena, techniką TRE (*tension releasing exercises*) czy techniką uważności (*mindfulness*) Jona Kabata-Zinna [Kaczmarek 2020: 358].

Najważniejsza w procesie terapeutycznym jest relacja, oparta na zaangażowaniu, obecności, empatii, zaufaniu, współodczuwaniu, poszanowaniu, partnerstwie i współodpowiedzialności. Nawiązanie właściwej relacji terapeutycznej jest konieczne, aby pacjent mógł w sposób bezpieczny wyrazić swoje obawy, przyznać się do swoich potrzeb oraz nauczyć się zaspokajać je w zdrowy sposób [Kuberska-Kędzińska 2018: 202].

Główne cele terapii

Głównym celem terapii w wypadku chorych psychosomatycznie nie jest praca nad ustąpieniem objawów (trudno to zagwarantować, nie jest to

cel terapeutyczny), lecz nad ich rozpoznawaniem (np. lęku). Poprawę stanu somatycznego pacjenta traktuje się jako pośredni efekt działań terapeutycznych. Głównym celem i „twardym” punktem końcowym takiej pracy powinno być przede wszystkim polepszenie samopoczucia i nastroju pacjenta.

Z literatury wynika [Tylka 2000; Basińska, Ratajska 2010; Kuberska-Kędzierska 2018], że chorzy psychosomatycznie mają niewielki wgląd w istotę problemu, niską (samo)świadomość oraz ograniczony dostęp do przeżywanych emocji. Bardzo wielu z nich uczono (już od czasów dzieciństwa) bądź to tłumienia uczuć, bądź to wypierania pewnych (niechcianych, negatywnych, nieakceptowanych, trudnych) emocji. W związku z tym jednym z ważniejszych obszarów objętych deprivacją u omawianych tu osób jest sfera emocjonalna. Nazywanie i definiowanie emocji – określanie tego, co się czuje i przeżywa w danym momencie – jest bardzo trudne dla tej grupy pacjentów. Dlatego też praca z emocjami należy do ważniejszych elementów terapii w wypadku osób z zaburzeniami psychosomatycznymi. Pacjenci ci często nie potrafią regulować emocji, mają problemy z ich rozpoznawaniem i nazywaniem. Nierzadko też traktują swoje uczucia instrumentalnie. Praca nad ujawnieniem głęboko skrywanych emocji stanowi zatem cel terapii – czy to werbalnej, czy to niewerbalnej.

Osobom chorym psychosomatycznie – w trakcie pracy terapeutycznej – często trudno jest uwierzyć, że różnego rodzaju problemy związane z ich zdrowiem fizycznym mają swoją genezę w psychice. Trudno jest im także pojąć wzajemne zależności pomiędzy „soma” a „psyche”, zwłaszcza że głowa i ciało stanowią jedność w podejściu holistycznym. Zatem pacjenci chorujący na zaburzenia psychosomatyczne mają zazwyczaj problemy z diagnozą, czyli przyjęciem do wiadomości rozpoznania medycznego oraz zaakceptowaniem faktu, że ich choroba ma w sobie pierwiastek psychologiczny, doświadczane przez nich dolegliwości mają podłoże psychiczne, a ich prawdziwe objawy i prawdziwa choroba ciała wynikają z problemów emocjonalnych. Zaakceptowanie choroby psychosomatycznej jest dla tych osób trudne, ponieważ wiąże się – w jakimś stopniu – ze stygmatyzacją psychiczną. Innymi słowy

głównym zadaniem terapii pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi będzie doprowadzenie do uświadomienia sobie przez nich i zaakceptowania trudnych, wypartych emocji oraz umożliwienie im wyrażenia tłumionych uczuć. Oprócz obszaru emocjonalnego warto z takimi pacjentami pracować nad problemami w sferach poznawczej, społecznej oraz osobistej.

Opis modelu wraz z ugruntowaniem teoretycznym

Stworzenie modelu muzykoterapii pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi wynikało z zapotrzebowania oraz braku możliwości przeniesienia innych istniejących już modeli na pracę z takimi pacjentami. Wiązało się także z tym, że terapia chorych psychosomatycznie wymaga działań w kilku sferach jednocześnie, z uwzględnieniem rozpoznania symptomów i poszukiwania „wewnętrznej przyczyny zachorowania” oraz działania w obszarze ciała, którego percepcja ulega zaburzeniu [Kaczmarek 2020: 279]. Założenia teoretyczne dotyczące wykorzystania określonych aspektów w pracy z pacjentem cierpiącym na chorobę psychosomatyczną ujęte w autorskim modelu wynikają zarówno z danych zawartych w literaturze przedmiotu, jak i z doświadczeń własnych autorki.

Na wstępie warto zaznaczyć, że zaprezentowany model leczenia pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi za pomocą muzyki jest zorientowany na proces według taksonomii programów muzykoterapeutycznych i technik mających zastosowanie w muzykoterapii klinicznej, przedstawionej w książce pt. *Music Therapy in the Treatment of Adults with Mental Disorders* pod redakcją Michaela Thauta i Roberta Unkefera [2005]. Według wspomnianej taksonomii muzykoterapia zorientowana na proces wykorzystuje zarówno indywidualne improwizacje/interakcje, jak i grupowe improwizacje instrumentalne.

Zgodnie z klasyfikacją działań muzykoterapeutycznych według Tony’ego Wigrama, Inge N. Pedersen i Larsa O. Bonde’a [2002: 30–31], dzielącą muzykoterapię na działania behawioralne, psychoterapeutyczne

i edukacyjne, model leczenia pacjentów chorych psychosomatycznie będzie miał charakter behawioralno-psychoterapeutyczny. Będzie się on odnosił zarówno do wykształcenia, modyfikowania, wzmacniania bądź eliminowania pewnych zachowań (cel behawioralny), jak i do uzyskania wglądu przez klienta oraz eksploracji jego problemów, myśli i postaw (cel psychoterapeutyczny) [Wigram i in. 2002: 30–31, Konieczna-Nowak 2013: 25].

Z kolei według klasyfikacji zakresów zastosowania muzykoterapii zaprezentowanej przez Kennetha Bruscię [1998: 163–173] – w której znajdujemy następujące obszary: dydaktyczny, medyczny, uzdrawiający, psychoterapeutyczny, relaksacyjny i ekologiczny – muzykoterapia w pracy z chorymi psychosomatycznie oparta na modelu autorki będzie miała charakter jedynie medyczno-psychoterapeutyczny. Odnosił się on będzie zarówno do odbudowy zdrowia psychofizycznego pacjenta (cel medyczny), jak i do zmian w zakresie samooceny, pracy z emocjami, umiejętności komunikacyjnych, umiejętności wglądu, poprawy nastroju czy do innych aspektów psychologicznego funkcjonowania pacjenta (cel psychoterapeutyczny).

Biorąc pod uwagę zaprezentowany przez Kennetha Bruscię [1998: 163] podział dotyczący znaczenia i roli interwencji terapeutycznej, pracę z pacjentami z zaburzeniami psychosomatycznymi można odnieść do poziomu I i II, lecz niestety nie do poziomu III i IV³. Wynika to z faktu, że muzykoterapia (ani inne formy arteterapii) nigdy nie powinna być jedyną, niezależną i centralną formą leczenia takich pacjentów. Jest ona w tym wypadku uzupełnieniem, formą komplementarną względem leczenia farmakologicznego, a zwłaszcza psychoterapeutycznego. Zatem muzykoterapia – w rozumieniu Kennetha Bruscii – w leczeniu pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi będzie znajdowała się

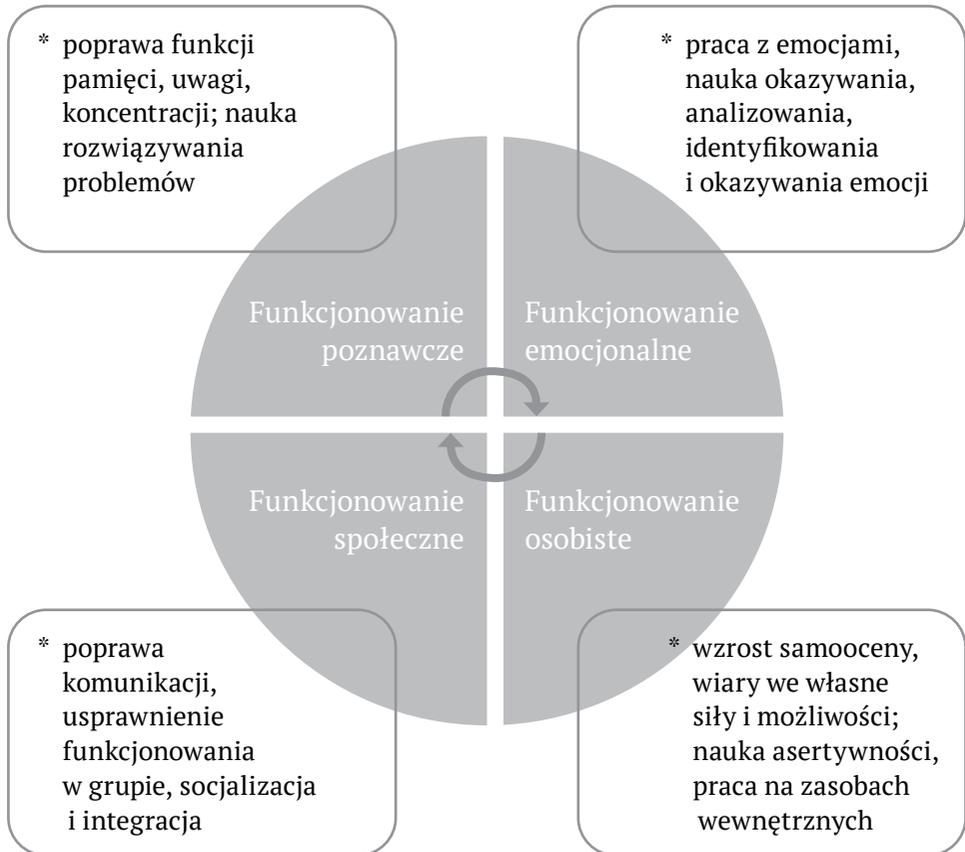
3 » K. Bruscia wyróżnił cztery poziomy zastosowania działań muzykoterapeutycznych. I tak: poziom I to poziom pomocniczy (muzykoterapia jako forma profilaktyczna), poziom II – augmentatywny (muzykoterapia jako forma wspomagająca), poziom III – intensywny (muzykoterapia jako niezależna forma oddziaływania stojąca w centrum działań terapeutycznych) oraz poziom IV – główny (główna rola muzykoterapii). Zob. Bruscia [1998: 163–164].

na poziomie pomocniczym (poziom I) bądź poszerzonym (poziom II). Podobnie ma się rzecz w modelu Cheryl Dileo Maranto [1993: 687–688; zob. także Cesarz 2012: 187, Cesarz 2017: 330] dotyczącym zakresu oddziaływania muzykoterapeutycznego, które rozpatrywane jest na trzech poziomach: wspomagająco-podtrzymującym, ogólnym/szerokim i głębokim/intensywnym. Według tej koncepcji praca z pacjentem cierpiącym na chorobę psychosomatyczną oparta na autorskim modelu będzie odbywała się na poziomie ogólnym i szerokim, na którym muzykoterapię traktuje się jako metodę wspomagającą. Ważne jest, aby muzykoterapeuta ustalał cele terapii wraz z innymi specjalistami pracującymi w danym ośrodku/szpitalu/instytucji. Wynika to z faktu, że w tak funkcjonującym modelu muzykoterapeuta stanowi część interdyscyplinarnego zespołu specjalistów pracujących wspólnie nad odzyskaniem zdrowia przez pacjenta.

Model pracy z pacjentem z zaburzeniami psychosomatycznymi zakłada skupienie się na czterech ważnych aspektach, czyli na poprawie funkcjonowania emocjonalnego, poznawczego, społecznego oraz osobistego (poprawie samooceny) chorego. Poniżej zaprezentowano graficzny model muzykoterapii pacjentów chorych psychosomatycznie (zob. rysunek 1).

Celami stosowania muzykoterapii (zarówno aktywnej, jak i receptywnej) w odniesieniu do pacjentów cierpiących na choroby psychosomatyczne jest „uruchomienie” pacjenta w kilku wymiarach, m.in. w wymiarze poznawczym, emocjonalnym, społeczno-motywacyjnym oraz osobistym. W wymiarze poznawczym chodzi o stymulację aktywności psychicznej pacjenta, czyli trening wyobraźni i fantazji, o pobudzenie pamięci, uwagi i koncentracji, zachęcanie do refleksji oraz stymulację myślenia. Wymiar emocjonalny będzie związany z pobudzeniem emocjonalnym, nauką empatii, nazywania i okazywania emocji, ogólnym uwrażliwieniem oraz – w niektórych wypadkach – z wyciszeniem i odreagowaniem emocji. W wymiarze społecznym w stosowaniu muzykoterapii ważny będzie cel komunikacyjno-interakcyjny, czyli rozwój umiejętności komunikacyjnych, umiejętności współpracy w grupie, nawiązywania relacji, uwrażliwienie na innych ludzi (na ich potrzeby) itp.

Do ważniejszych celów każdej terapii w wymiarze osobistym będzie należała modyfikacja zachowania pacjenta, nauka nowych zachowań, zmiana nastawienia, wzrost samooceny, integracja osobowości czy kształtowanie poczucia tożsamości [Kaczmarek 2020: 282].

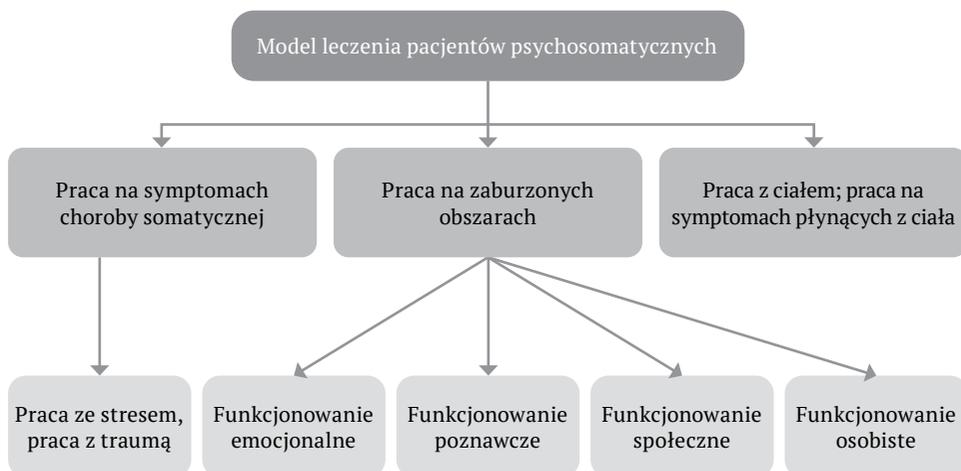


Rysunek 1. Model muzykoterapii chorych psychosomatycznie. Opracowanie własne

Oprócz działań w czterech wymienionych obszarach dotkniętych deprivacją, ważne jest uwzględnienie jeszcze jednego elementu pracy z osobą chorą psychosomatycznie, a mianowicie wymiaru psychomotorycznego/ruchowego. Zatem dodatkowymi celami muzykoterapii

związanymi z tym właśnie wymiarem będą „praca z ciałem”, ogólne pobudzenie ruchowe pacjenta, poprawa jego koordynacji, redukcja napięć psychofizycznych czy też uwrażliwienie na nowe doświadczenia kinetyczne (ruchowe).

Obok wspomnianych elementów składowych modelu warto także pamiętać o głównych symptomach choroby psychosomatycznej. W wypadku pacjentów chorych psychicznie ten aspekt jest pomijany, ponieważ nie jest możliwy do wyleczenia w sposób inny niż farmakologiczny. Z uwagi na fakt, że większość chorób psychosomatycznych ma swoją genezę w stresie i uwarunkowaniach emocjonalnych, możliwa jest praca na symptomach i objawach choroby. Zatem rozszerzona wersja modelu pracy z pacjentem z zaburzeniami psychosomatycznymi będzie wyglądała tak jak na rysunku 2.



Rysunek 2. Rozszerzona wersja modelu pracy z pacjentem z zaburzeniami psychosomatycznymi. Opracowanie własne

W przedstawionym modelu uwzględniono trzy główne obszary pracy: pracę na symptomach, pracę z ciałem oraz pracę w zaburzonych sferach objętych deprivacją, czyli na polach emocjonalnym, społecznym, poznawczym i osobistym.

Struktura sesji muzykoterapeutycznej

Najlepiej jeśli cykl terapeutyczny składa się z dwunastu (po 45 minut) bądź sześciu (po 90 minut) spotkań. W wypadku mniejszej liczby godzin w cyklu terapeutycznym należy dopasować poszczególne tematy sesji do potrzeb i diagnozy grupy. W polskich warunkach jedynie w szpitalach psychiatrycznych oraz w instytutach leczących pacjentów nerwicowych możliwa jest dłuższa praca z chorym. Może się także zdarzyć, że zaplanowane będą np. jedynie trzy spotkania z pacjentami cierpiącymi na zaburzenia psychosomatyczne. W takim wypadku warto „szyć terapię na miarę pacjenta” bądź stosować bardziej uniwersalne tematy, które będą dotyczyły większości chorych.

Model pojedynczej sesji muzykoterapii grupowej w zaburzeniach psychosomatycznych obejmuje kilka aktywności/tematów i obszarów pracy. W zależności od ilości czasu przeznaczanego na pojedynczą sesję (45 czy 90 minut) liczba poszczególnych aktywności będzie mniejsza bądź większa. Każda sesja terapeutyczna składa się z trzech elementów: części wstępnej, części właściwej oraz podsumowania. W części wstępnej terapeuta wita się z uczestnikami zajęć, przedstawia im temat danego spotkania, omawia poszczególne zadania do wykonania oraz ocenia nastrój pacjentów i emocje towarzyszące im danego dnia. Pierwsze kilka minut każdej sesji poświęcone jest także na powitanie nowych członków grupy (w wypadku grupy otwartej), przedstawienie ogólnych celów muzykoterapii oraz opisanie struktury zajęć. Część właściwa sesji obejmuje najczęściej pracę nad symptomami, działania w obszarach dotkniętych depryzacją bądź pracę nad uwrażliwieniem grupy na sygnały płynące z ciała. Jest to czas poświęcony na zdefiniowanie i realizację określonych zadań zaplanowanych na daną sesję. Terapeuta pomaga grupie i poszczególnym jej członkom w wykonywaniu zaplanowanych wcześniej zadań/improwizacji, zachęca do udziału w nich jak największą liczbę pacjentów oraz koordynuje przebieg poszczególnych improwizacji. Ostatnia część sesji terapeutycznej poświęcona jest relaksowi (ewentualnie aktywizacji), omówieniu zajęć, ich podsumowaniu oraz pożegnaniu pacjentów odchodzących z grupy. Kilka końcowych minut

przeznacza się także na analizę danej sesji, autorefleksję oraz rekapitulację spotkania. Stała struktura sekwencji zdarzeń na każdej sesji muzykoterapeutycznej pozwala pacjentom na lepszą orientację w samym przebiegu sesji, daje większe poczucie spokoju i bezpieczeństwa oraz ułatwia organizację pracy.

Pojedyncza sesja muzykoterapeutyczna trwająca 45 minut umożliwia omówienie jednego tematu lub wykonanie jednego rodzaju improwizacji. Po rozpoczęciu zajęć i wprowadzeniu pacjentów w temat sesji ważne jest także przekazanie informacji (nowo przybyłym do grupy pacjentom) o celach zajęć muzykoterapeutycznych i zasadach na nich panujących. W pierwszej kolejności warto zaznajomić uczestników z instrumentami muzycznymi – najlepiej za pomocą wspólnej improwizacji. Krótka improwizacja grupowa pozwoli pacjentom na wypróbowanie nowych instrumentów (najczęściej perkusyjnych) oraz większe otwarcie się na muzykę/muzykowanie. Zamiast improwizacji grupowej możemy zaproponować pacjentom improwizacje indywidualne dotyczące ich aktualnego nastroju. Taka krótka „runda” pozwoli terapeutę na zorientowanie się w aktualnym nastroju grupy oraz w indywidualnych predyspozycjach jej poszczególnych członków.

Po wstępnej fazie terapii warto przejść do „tematu zasadniczego”, który przeważnie będzie opracowywany indywidualnie. Dany temat improwizacji jest wykonywany pojedynczo przez każdego uczestnika zajęć, po czym następuje przepracowanie problematyki terapeutycznej w formie rozmowy terapeutycznej (krótkiego feedbacku od terapeuty bądź grupy). Gdy wszyscy (chętni pacjenci) wypowiedzą się muzycznie na dany temat, na zakończenie zajęć terapeuta może zaprezentować – do wspólnego wysłuchania – utwór muzyczny o charakterze relaksacyjnym lub aktywizującym, w zależności od potrzeb terapeutycznych grupy.

Jeśli na terapię przeznaczona jest większa ilość czasu, można bądź zwiększyć liczbę tematów, bądź zintensyfikować aktywności związane z jednym tematem. W wypadku półtoragodzinnej sesji warto skorzystać z takich technik, jak Song Lyric Discussion, Guided Imagery and Music (GIM) albo tworzenie wyobrażeń do muzyki (ewentualnie rysowanie do muzyki). Podsumowując, struktura pojedynczej sesji

muzykoterapeutycznej mogłaby wyglądać następująco [Langenberg 1999: 242]:

- > Faza wstępna
 1. Rozmowa. Krótkie improwizacje związane z samopoczuciem pacjentów w danym dniu.
- > Faza główna
 2. Improwizacja I. Improwizacja grupowa, ansamblowa bądź improwizacje indywidualne.
 3. Rozmowa. Omówienie wrażeń i emocji związanych z poprzednią improwizacją. Wprowadzenie tematu kolejnej improwizacji.
 4. Improwizacja II. Improwizacja tematyczna związana z głównym tematem zajęć.
 5. Rozmowa na temat wrażeń i emocji związanych z improwizacją tematyczną.
- > Faza końcowa
 6. Rozmowa. Podsumowanie zajęć. Muzykoterapia receptywna (utwór relaksacyjny) na zakończenie sesji muzykoterapeutycznej.

Podsumowanie

Pacjenci z zaburzeniami psychosomatycznymi mają wiele cech wspólnych, do których możemy zaliczyć – oprócz problemów w sferze poznawczej, społecznej, osobistej i cielesnej – trudności w obszarze emocjonalnym. Brak umiejętności nazywania i rozpoznawania emocji, nieumiejętność ich regulacji, niewielki wgląd i ograniczona świadomość przeżywanych emocji, emocjonalne zahamowania czy tłumienie bolesnych uczuć – to typowe problemy emocjonalne osób cierpiących na choroby psychosomatyczne. Jeden z głównych celów działań psychoterapeutycznych z tą grupą chorych stanowi praca z emocjami (praca na emocjach). Zadaniem pacjentów jest „oswajanie” emocji, ich zauważenie

i rozpoznanie, wyrażanie, nazywanie, zrozumienie, zaakceptowanie oraz odczucie ich w ciele.

Ogólnie rzecz ujmując, zaburzenia psychosomatyczne są „odroczone” w czasie fizyczną reakcją organizmu na długotrwały stres, traumatyczne przeżycie, konflikt psychiczny bądź długo tłumione emocje” [Kuberska-Kędzierska 2018: 197]. Najważniejszym jednak czynnikiem powodującym powstanie choroby psychosomatycznej są stany emocjonalne o różnym nasileniu, generujące przedłużające się reakcje narządowe (najczęściej związane z urazami z okresu dzieciństwa, np. nadużyciami fizycznymi lub psychicznymi, bądź z określonymi wzorcami rodzinnymi, np. tworzonymi przez zdystansowanych, mało emocjonalnych rodziców). Innymi słowy istnieje związek między negatywnymi wydarzeniami psychospołecznymi (o charakterze emocjonalnym) z okresu dzieciństwa i dorosłości oraz konkretnymi cechami osobowości a zachorowalnością na określone choroby psychosomatyczne.

Z pacjentem z zaburzeniami psychosomatycznymi można pracować, wykorzystując wiele metod psychoterapeutycznych, z uwzględnieniem ważnej roli relacji terapeutycznej. Pracę tę realizuje się we wszystkich paradygmatach terapeutycznych, czyli w nurcie zarówno humanistycznym, systemowym, analitycznym, jak i poznawczo-behawioralnym. Muzykoterapia może stanowić komplementarną formę pracy z pacjentem cierpiącym z powodu omawianych tu zaburzeń. W zależności od sytuacji i oczekiwań chorego terapię muzyką można dopasować tak, by zaspokajała jego najważniejsze potrzeby. Wykorzystanie muzykoterapii daje bowiem możliwość działania w wielu obszarach jednocześnie. Co ważniejsze, muzykoterapeuci mogą reagować na indywidualne potrzeby pacjentów i usprawniać ten zablokowany obszar, który w danej chwili najbardziej tego wymaga.

W zależności od przyjętej formy może zostać zastosowane albo leczenie indywidualne, albo grupowe. Forma terapii będzie także zależała od środków przeznaczanych na leczenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, dostępnych warunków (jest grupa / brak grupy), możliwości refundacji świadczeń terapeutycznych oraz liczebności wykształconej kadry muzykoterapeutów.

Bibliografia

- American Psychiatric Association, 2000, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Basińska Małgorzata Anna, Ratajska Anna, 2010, *Psychosomatyka. Problemy i kierunki badań*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Tekst.
- Bilikiewicz Tadeusz, 1989, *Psychiatria kliniczna*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Brodziak Andrzej, 1983, *Psychosomatyka. Skrypt dla studentów i lekarzy medycyny*, Bytom: Śląska Akademia Medyczna.
- Bruscia Kenneth, 1998, *Defining Music Therapy*, Gilsum: Barcelona Publishers.
- Cesarz Helena, 2012, *Wybrane metody i techniki muzykoterapii w pracy z osobami zaburzonymi psychicznie*, [w:] K. Stachyra (red.), *Podstawy muzykoterapii*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 185–202.
- Cesarz Helena, 2017, *Muzykoterapia w zaburzeniach psychicznych*, [w:] M. Cylkowska-Nowak, W. Strzelecki (red.), *Muzykoterapia. Między wglądem a inkluzją*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 324–350.
- Chojnacka-Szawłowska Gabriela, 2012, *Psychologiczne aspekty przewlekłych chorób somatycznych*, Warszawa: Wizja Press & IT.
- Cylkowska-Nowak Mirosława, Strzelecki Wojciech (red.), 2017, *Muzykoterapia. Między wglądem a inkluzją*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Czubalski Krzysztof, 1984, *Choroby psychosomatyczne – wybrane zagadnienia*, „Psychiatria Polska”, t. 18, nr 4, s. 389–392.
- Freud Zygmunta 1997, *Psychopatologia życia codziennego. Marzenia senne*, wyd. 4, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gruszczyński Wojciech, 2012, *Stres – rosnący problem społeczny XXI wieku*, „Prewencja i Rehabilitacja”, nr 4, s. 1–4.
- Kaczmarek Stella, 2014, *Zastosowanie muzykoterapii aktywnej (improwizacji muzycznych) u pacjentów psychosomatycznych*, [w:] R. Lewandowski, J. Kaleńska-Rodzaj (red.), *Psychologia muzyki. Współczesne konteksty zastosowań*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 185–210.
- Kaczmarek Stella, 2020, *Zastosowanie muzykoterapii aktywnej w leczeniu pacjentów psychosomatycznych*, Łódź: Wydawnictwo Akademii Muzycznej im. Grażyny i Kiejstuta Bacewiczów.
- Klepacka-Gryz Ewa, 2021, *Psychosomatyka. Poznaj źródła swojej choroby*, „Sens”, nr 7, s. 52–54.
- Konieczna-Nowak Ludwika, 2013, *Wprowadzenie do muzykoterapii*, Kraków: Wydawnictwo Impuls.
- Kuberska-Kędzierska Małgorzata, 2018, *Ile ważą emocje?*, Łódź: Galaktyka.

- Kugelstadt Alexander, 2021, *Gdy ciało i dusza wysyłają SOS. Jak przyczyny chorób odnaleźć w psychice?*, tłum. A. Grysińska, Warszawa: Wydawnictwo Znak.
- Langenberg Mechtild, 1999, *Music Therapy and the Meaning of Affect Regulation by Psychosomatic Patient*, [w:] T. Wigram, J. De Backer (eds), *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*, Barcelona: Jessica Kingsley Publishers, s. 232–243.
- Lewandowski Rafał, Kalańska-Rodzaj Julia (red.), 2014, *Psychologia muzyki. Współczesne konteksty zastosowań*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Luban-Plozza Boris, Pöldinger Walter, Kröger Friedebert, Wasilewski Bohdan, 1995, *Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej*, tłum. R. Czepczyński, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Maté Gabor, 2004, *Ciało a stres: jak uniknąć fizycznych kosztów ukrytego stresu*, tłum. B. Paluchowska, B. Sikora, Warszawa: Świat Książki.
- Maranto Cheryl Dileo, 1993, *Music Therapy Clinical Practice: A Global Perspective and Classification System*, [w:] Ch.D. Maranto (ed.), *Music Therapy International Perspectives*, Pipersville, Pennsylvania: Jeffrey Books, s. 683–706.
- Müntzberg Christian (Hrsg.), 2010, *Musiktherapie in der Psychosomatik*, Wiesbaden: Reicher Verlag.
- Ogińska-Bulik Nina, Juczyński Zbigniew, 2008, *Osobowość, stres a zdrowie*, Warszawa: Difin.
- Orzechowska Anna, Gałęcki Piotr, 2014, *Zaburzenia psychosomatyczne w ujęciu terapeutycznym*, Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- O'Sullivan Suzanne, 2017, *Wszystko jest w twojej głowie. Opowieści o chorobach psychosomatycznych*, tłum. K. Dudzik, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Psychosomatyka. Kiedy umysł płacze... naszymi narządami*, 2011, Warszawa: Instytut Zdrowia Człowieka.
- Skowrońska Mariola, Szewczyk Leszek, 2001, *Percepcja bólu u dzieci i nastolatków z psychogennymi bólami brzucha i bólami głowy*, [w:] L. Szewczyk, A. Kulik (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Psychosomatyka*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL, s. 15–26.
- Strelau Jan (red.), 2005, *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, Gdańsk: GWP.
- Strzelecki Wojciech, 2017, *Specyfika oddziaływania muzykoterapeutycznego*, [w:] M. Cylkowska-Nowak, W. Strzelecki (red.), *Muzykoterapia. Między wglądem a inkluzją*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 101–120.
- Szewczyk Leszek, Kulik Agnieszka (red.), 2001, *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Psychosomatyka*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Thaut Michael, Unkefer Robert (eds), 2005, *Music Therapy in the Treatment of Adults with Mental Disorders. Theoretical Bases and Clinical Interventions*, Gilsum: Barcelona Publishers.

- Tonn Clemens, 2010, „*Das klang ja heute sogar harmonisch*” – *Beziehungsgestaltung psychosomatischer Patienten in der Musiktherapie*, [w:] Ch. Müntzberg (Hrsg.), *Musiktherapie in der Psychosomatik*, Wiesbaden: Reicher Verlag, s. 23–37.
- Tylka Jan, 2000, *Psychosomatyka. Wybrane zagadnienia z teorii i praktyki*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Wyszyńskiego.
- Tylka Jan, 2010, *Podejście psychosomatyczne w wyjaśnianiu przyczyn i ustalenia sposobów terapii zaburzeń zdrowia*, „*Family Medicine & Primary Care Review*”, Vol. 12, No. 1, s. 97–103.
- Tylka Jan, 2011, *Podejście psychosomatyczne w wyjaśnieniu przyczyn i ustalenia sposobów terapii zaburzeń zdrowia*, [w:] *Psychosomatyka. Kiedy umysł płacze... naszymi narządami*, Warszawa: Instytut Zdrowia Człowieka, s. 21–31 [przedruk z „*Family Medicine & Primary Care Review*”, Vol. 12, No. 1].
- Tylka Jan, 2012, *Przyczyny wzrostu zachorowań na choroby psychosomatyczne*, prezentacja wygłoszona podczas Sympozjum Naukowego pt. „Choroby psychosomatyczne – najszybciej rosnące zagrożenie utraty zdolności do pracy”, Instytut Zdrowia Człowieka, Uniejów, 26.07.2012, [online:] <http://www.izc.pl/uniejow/medycyna.html> [21.03.2019].
- Wasilewski Bohdan, 2011, *Psychosomatyka – wpływ stanu psychiki na nasze ciało*, wywiad dla radia TOK FM, [w:] *Psychosomatyka. Kiedy umysł płacze... naszymi narządami*, Warszawa: Instytut Zdrowia Człowieka, s. 7–20.
- Wciórka Jacek (red.), 2008, *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*, Wrocław: Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner.
- Wigram Tony, Pedersen Inge Nygaard, Bonde Lars Ole, 2002, *A Comprehensive Guide to Music Therapy. Theory, Clinical Practice, Research and Training*, London: Jessica Kingsley Publishers.
- World Health Organization, 2009, *ICD-10. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*, [online:] <https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf> [30.06.2021].
- Wrześniewski Krzysztof, 1998, *Czy zasadnym jest wyodrębnianie chorób psychosomatycznych?*, [w:] *Zachowania ludzkie w zdrowiu i chorobie. Materiały z Międzynarodowej Konferencji Medycyny Psychosomatycznej Krajów Nadbałtyckich, Szczecin, 28–31 maja 1998 roku*, Warszawa: Instytut Psychosomatyczny, s. 9–12.
- Wrześniewski Krzysztof, 2005, *Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 493–531.
- Zabłocka-Żytka Lidia, Sokołowska Ewa (red.), 2016, *Pomoc psychologiczna chorym somatycznie. Wybrane zagadnienia*, Warszawa: Difin.

Streszczenie

W XXI wieku gwałtownie wzrasta liczba chorób przewlekłych, w tym szczególnie chorób cywilizacyjnych związanych z uwarunkowaniami psychospołecznymi i emocjonalnymi. Lawinowo zwiększa się liczba osób szukających pomocy lekarskiej z powodu ostrych lub przewlekłych napięć emocjonalnych. Do takich przypadłości należą choroby psychosomatyczne. Ich leczenie to głównie domena psychiatrów i psychoterapeutów. W artykule przedstawiono model muzykoterapii pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi. Omówione zostały także definicje psychosomatyki, główne powody powstawania chorób psychosomatycznych, najczęstsze metody ich leczenia oraz rola muzykoterapii w leczeniu tychże.

Słowa kluczowe: muzykoterapia, pacjenci, psychosomatyka, psychoterapia

STELLA KACZMAREK – muzykoterapeuta, pedagog i psycholog muzyki. Adiunkt w Katedrze Edukacji Muzycznej oraz Kierownik Pracowni Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Grażyny i Kiejstuta Bacewiczów w Łodzi. Stopień doktora w zakresie pedagogiki muzycznej uzyskała w 2012 roku na Uniwersytecie Paderborn u prof. Heinera Gembrisa w Instytucie do Badań Zdolności Muzycznych (Institut für Begabungsforschung in der Musik – IBFM). Absolwentka Akademii Muzycznej im. Grażyny i Kiejstuta Bacewiczów w Łodzi (na kierunku wychowanie muzyczne i muzykoterapia), Fachhochschule Heidelberg (muzykoterapia) oraz Uniwersytetu Muzycznego Fryderyka Chopina w Warszawie (psychologia muzyki). Publikuje w języku polskim, niemieckim oraz angielskim. Zainteresowania: muzykoterapia stosowana, muzykoterapia pacjentów psychosomatycznych, muzykologia stosowana, ogólna psychologia muzyki.

OSOBISTE DOŚWIADCZENIA W PRACY MUZYKOTERAPEUTYCZNEJ Z OSOBAMI NIEWIDOMYMI

Agnieszka Zamojska » Absolwentka Dwuletnich Podyplomowych Studiów Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

Wstęp

Z radością i satysfakcją przyjąłem zaproszenie do grona autorów jubileuszowej publikacji z okazji 50-lecia Zakładu Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Motywacją do napisania niniejszego artykułu stała się chęć wyrażenia mojej wdzięczności wszystkim wykładowcom prowadzącym zajęcia dydaktyczne w ramach Dwuletnich Podyplomowych Studiów Muzykoterapii we Wrocławiu, ukończonych przeze mnie w 2006 roku. Był to czas wyjątkowej, ale także owocnej współpracy. Dydaktycy nie tylko prezentowali dużą wiedzę muzykoterapeutyczną i doświadczenie, którymi chętnie się dzielili ze studentami podczas niezwykle interesujących zajęć prowadzonych w miłej atmosferze, ale też odznaczyli się wysokim poziomem kultury osobistej, emanowali pogodą ducha i empatią. W toku studiów miałam możliwość zarówno zgłębienia teoretycznych zagadnień z różnych dziedzin muzykoterapii, jak i zapoznania się ze sposobami wdrażania ich podczas rozmaitych zajęć praktycznych na terenie Akademii Muzycznej we Wrocławiu i innych placówek.

Podjęcie przeze mnie Podyplomowych Studiów Muzykoterapii w Akademii Muzycznej we Wrocławiu wiązało się z pragnieniem zdobycia wiedzy

oraz doświadczenia potrzebnego do kompetentnego prowadzenia grupowych zajęć muzykoterapeutycznych w łódzkim Centrum Diagnostyki i Terapii Autyzmu „Navicula”, placówce terapeutyczno-edukacyjnej działającej z ramienia Krajowego Towarzystwa Autyzmu. Praktyka muzykoterapii prowadzonej dla dzieci z autyzmem zainspirowała mnie zaś do napisania pracy dyplomowej pt. *Wpływ muzykoterapii na rozwój psychospołeczny dzieci autystycznych*, której promotorem był dr hab. Paweł Cylulko [Zamojska 2006]. Nie tylko zaprezentowałam w niej podłoże teoretyczne, ale i podzieliłam się swoimi doświadczeniami i obserwacjami z prowadzonych zajęć. Pisanie pracy dało mi również możliwość skonfrontowania własnych działań z wiedzą muzykoterapeutyczną zdobywaną równoległe w ramach studiów. Serdecznie zachęcam osoby zainteresowane tematyką muzykoterapii w autyzmie do zapoznania się z treścią tej pracy.

Jestem dumna z powodu ukończenia studiów we wrocławskiej Akademii Muzycznej – miejscu zainicjowania działalności muzykoterapeutycznej w Polsce. W moich wspomnieniach pozostało wiele cennych chwil, jak ta, kiedy po ukończeniu studiów i obronie pracy z wynikiem celującym otrzymałam od dr. hab. Pawła Cylulki propozycję napisania doktoratu. Nie skorzystałam z niej ze względów zdrowotnych, jednak poczułam się mocno wyróżniona. Dzięki ukończeniu Podyplomowych Studiów Muzykoterapii w Akademii Muzycznej we Wrocławiu mogłam przez wiele lat z pasją i zaangażowaniem oraz z odpowiednimi kompetencjami prowadzić zajęcia muzykoterapeutyczne z dziećmi autystycznymi i z osobami niewidomymi. W niniejszym artykule pragnę podzielić się swoimi osobistymi doświadczeniami z pracy z tą drugą grupą. Chciałabym w tym miejscu także podziękować wszystkim, których dane mi było spotkać w całej karierze, wnieśli oni bowiem w moje życie wiele dobra.

Działalność zespołu Con Amore

Praca muzykoterapeutyczna z osobami niewidomymi i słabowidzącymi, podjęta przeze mnie w Polskim Związku Niewidomych (PZN) w Łodzi, przebiegała dwutorowo.

Podstawową płaszczyzną mojej aktywności zawodowej stała się praca z zespołem wokально-instrumentalnym Con Amore, którego powstanie zainicjowałam w lipcu 2013 roku. Przez pierwsze dwa lata działał on w Okręgu Łódzkim Polskiego Związku Niewidomych, od września 2015 do grudnia 2018 roku zespół kontynuował zaś swoją działalność w Jagiellońskim Ośrodku Kultury w Łodzi. W późniejszym czasie, aż do początku pandemii, spotykaliśmy się na próbach w naszych domach. Obecnie działalność zespołu jest zawieszona i nie wiem, czy zdołamy się jeszcze reaktywować. Dlatego też pisząc o tej grupie, będę posługiwać się czasem przeszłym.

Zespół składał się z kilku, kilkunastu rozśpiewanych osób (w zależności od momentu jego istnienia), w tym dwojga gitarzystów, skrzypaczki i flecisty. W jego skład wchodziły osoby niewidome i słabowidzące. Prowadząc zespół jako osoba z niepełnosprawnością wzrokową w stopniu znacznym, czułam się jego częścią, szczególnie ze względu na wspólny cel czerpania z muzyki i obdarowywania nią innych, a także z uwagi na wzajemne zrozumienie wynikające z łączących nas wszystkich problemów wzrokowych. Nasz zespół stał się prawdziwą rodziną, która swoją muzykalnością i podejściem do życia udowodniała, że pomimo niepełnosprawności można rozwijać swoje zainteresowania i realizować marzenia.

Z dużym entuzjazmem przygotowywaliśmy podczas cotygodniowych spotkań kolejne cykle piosenek, które później prezentowaliśmy przed publicznością w ramach koncertów. Nasza współpraca nad nowym materiałem rozpoczynała się od demokratycznego wyboru repertuaru. Po ustaleniu rodzaju i tematyki piosenek przygotowywałam pakiet kilkudziesięciu utworów i rozsyłałam je drogą mailową do wszystkich uczestników z prośbą o wskazanie swojej „piętnastki”. Następnie zliczałam głosy i w ten sposób wyłaniała się lista preferowanych utworów mających wypełnić dany program. Dalszy etap współpracy to ustalenie, kto czuje się dobrze w danej piosence i w jakiej konfiguracji woli wystąpić (solo, w duecie czy ze wszystkimi), a także określenie odpowiednich tonacji. Kolejny krok polegał na opracowaniu aranżacji przez instrumentalistów (głównie gitarzystów) i połączeniu jej ze śpiewem na podstawie

wcześniej przygotowanych w formie elektronicznej tekstów (przepisanych brajlem, wydrukowanych powiększoną czcionką bądź stopniowo opanowywanych na pamięć). Nauka melodii piosenek odbywała się fragmentami, które następnie łączone były w całość. Na kolejnych spotkaniach pracowaliśmy nad utrwalaniem materiału z uwzględnieniem prawidłowej intonacji, dykcji oraz interpretacji piosenek. Bardzo cenna była dla nas radość wspólnego tworzenia, poszukiwanie inspiracji i to, że każdy mógł zaproponować coś od siebie.

W repertuarze Con Amore można było odnaleźć przede wszystkim utwory znanych polskich artystów, mówiące o miłości, szczęściu, o tym, jak warto żyć. W dorobku grupy znalazły się projekty z piosenkami i wierszami Agnieszki Osieckiej, z piosenkami Anny Jantar oraz Anny German, z utworami do tekstów Jacka Cygana, a także programy pod następującymi tytułami: „Pragnienia serca”, „Filmowe przeboje wszechczasów”, „Kolorowy świat minionych lat”, „Nieśmy ludziom dobre słowa” (poezja śpiewana), „Śpiewajmy i grajmy Mu – Dzieciątku Małemu” (kolędy i pastorałki) oraz „Pieśni patriotyczne”.

Zespół Con Amore występował w łódzkich domach kultury, bibliotekach, szkołach, związkach emerytów i rencistów, domach pomocy społecznej i w kościołach. W ramach niemal siedmioletniej działalności wykonał 220 koncertów. Był rozpoznawany na terenie Łodzi i zapraszany przez kolejne instytucje, z którymi nawiązywałam i utrzymywałam serdeczne kontakty.

Osoby należące do zespołu Con Amore były przyjmowane z wielką życzliwością przez dyrekcje placówek oraz licznie gromadzącą się na koncertach publiczność. Członkowie grupy nierzadko spotykali się z entuzjazmem i słowami uznania dla swoich zdolności i poziomu muzycznego, jaki reprezentowali. Często też słyszeli, że swoją muzykalnością i radością życia dają dowód na to, iż niepełnosprawność nie przeszkadza w rozwijaniu swoich zainteresowań, a szczęściem uzyskanym dzięki samospelnieniu można obdarzyć innych.

Istotny dla zespołu okazał się fakt, że nasi słuchacze nie postrzegali nas przez pryzmat niepełnosprawności, ale jako wykonawców, którzy reprezentują pewien poziom artystyczny. Często spotykaliśmy się

z opinią, że warto było przyjść na koncert, aby nasycić się dobrą muzyką, przywołać miłe wspomnienia, uронić łzę wzruszenia bądź rozpromienić twarz uśmiechem.

Wśród licznych podziękowań słownych oraz pisemnych zespół otrzymał dyplom i statuetkę od Prezydenta Miasta Łodzi, jako podziękowanie za podejmowanie działań na rzecz najstarszych mieszkańców miasta. Odebrał także Złotą Kamień od Fundacji Kamena, z wyrazami wdzięczności za pomoc w integracji społecznej środowisk twórczych Ziemi Łódzkiej.

Ważnym wydarzeniem dotyczącym mojej pracy z zespołem Con Amore było przyznanie mi indywidualnego wyróżnienia w 2015 roku. Otrzymałam II nagrodę w Konkursie Lady D. im. Krystyny Bochenek w województwie łódzkim w kategorii „Kultura i sztuka”. Konkurs ten ma na celu uhonorowanie niepełnosprawnych kobiet wnoszących istotny wkład w różne dziedziny życia społecznego – kobiet, które potrafią przełamywać własne bariery związane z niepełnosprawnością, a ponadto zarażają optymizmem i inspirują inne osoby do działania.

Pragnę jeszcze odnieść się do przesłania zespołu Con Amore związanego z jego nazwą, która oznacza: „z miłością, z czułością”. Członkowie grupy przez swoją działalność pragnęli dostarczać ludziom przeżyć o walorze kulturalnym i emocjonalnym. Chcieli dzielić się talentem, radością i gorącym sercem z drugim człowiekiem. Wykonywaną muzyką i przekazywanymi treściami starali się sprawiać, by ktoś inny mógł rozpałić w sobie uczucia, doświadczyć czegoś dobrego i pięknego, by mógł nasycić swoje serce miłością i nadzieją.

Muzyka zmieniła nasz zespół w prawdziwą rodzinę. Niezwykle twórcza, zaangażowana, energetyczna i radosna współpraca zaowocowała osiągnięciami i sukcesami nie tylko w dziedzinie muzyki. Tym, co nas połączyło i pozwoliło przetrwać w przyjaźni przez kilka lat, aż do chwili obecnej, były nasze człowieczeństwo i wzajemna troska. Zarówno kultura osobista każdego z nas, różnica wieku między członkami zespołu, jak i wspólne doświadczenie niepełnosprawności wzrokowej spotęgowały wrażliwość, zrozumienie i szacunek nie tylko dla siebie nawzajem, lecz także dla osób, z którymi mieliśmy przyjemność się spotykać.

Uważam, że moje zaangażowanie w pracę muzykoterapeutyczną z zespołem Con Amore było istotne dla wszystkich jego członków, w tym również dla mnie samej. Nasza współpraca miała bowiem dla nas walor terapeutyczny – wiązała się z wyjściem z domu do środowiska przyjaznych osób, zetknięciem się z nowymi sytuacjami społecznymi, z koniecznością radzenia sobie z trudnościami (np. dojazdami miejskimi środkami komunikacji), dzięki odnoszeniu sukcesów pozwalała wzmocnić poczucie własnej wartości, odkrywać siebie, doświadczać pozytywnych wrażeń i uczuć oraz odreagować stres. Intensywne obcowanie z muzyką w znaczący sposób wpłynęło również na rozwój zdolności wokalnych i instrumentalnych każdego z nas. Wreszcie działalność zespołu Con Amore miała także znaczenie dla rozwoju wrażliwości emocjonalnej naszych odbiorców.

Prowadzenie grupowych zajęć muzykoterapii

Drugą gałęzią mojej pracy z osobami niewidomymi i słabowidzącymi w Okręgu Łódzkim Polskiego Związku Niewidomych było prowadzenie grupowych zajęć muzykoterapii. Z osobami dorosłymi spotykałam się regularnie raz w tygodniu, natomiast mój kontakt z dziećmi i ich rodzicami sprowadzał się głównie do wyjazdów rehabilitacyjnych i warsztatowych.

Dorośli chętnie i z dużym zainteresowaniem brali udział w cyklu pogadanek, podczas których przybliżałam im sylwetki znanych polskich piosenkarzy. Wraz z notką biograficzną prezentowałam utwory muzyczne wykonywane przez danego artystę. Uczestnikom zajęć dużą radość i satysfakcję dawało wykazywanie się znajomością fragmentów piosenek, a także wydarzeń z prywatnego i zawodowego życia artystów. Wywiązywały się ciekawe dyskusje na temat różnych upodobań muzycznych uczestników oraz ich wspomnień. Dużym zainteresowaniem cieszyły się również moje prelekcje dla członków biblioteki PZN, m.in. „Literatura w muzyce, muzyka w literaturze” czy „Kolędy i pastorałki”, także okraszone przykładami muzycznymi i wierszami.

Polskie kolędy i pastorałki mają dla osób niewidomych szczególnie dużą wartość muzyczną i niosą silny ładunek emocjonalny, dlatego wigilijne kolędowanie zawsze przyciągało liczną grupę członków PZN. W śpiewie przewodniczył nasz zespół Con Amore. Była to okazja nie tylko do wspólnego wykonania tradycyjnych polskich kolęd przez wszystkich lub z podziałem na grupy, lecz także do zaprezentowania się solo czy w duecie.

Podczas prowadzonych przeze mnie zajęć, po bliższym zapoznaniu się z uczestnikami, ich psychiką, wrażliwością i oczekiwaniami, inicjowałam ćwiczenia wyobrazeniowe zatytułowane „Mój dom i rodzina” oraz „Moje miejsce na ziemi”, podczas których uczestnicy mieli za zadanie postawić sobie pytania: Jak wygląda lub mógłby wyglądać mój dom? Czy znajduje się w mieście czy na wsi? Czy ma ogród? Czy mieszkam w tym domu sam(a), czy z rodziną? Po wspólnym wysłuchaniu fragmentu muzycznego obecne na zajęciach osoby chętnie dzieliły się swoimi przemyśleniami, zwykle dotyczącymi raczej pragnień niż otaczającej je rzeczywistości.

Ciekawe były również wypowiedzi uczestników wygłaszane po wysłuchaniu dwóch przeciwstawnych utworów muzycznych (dynamicznego i spokojnego), gdy pytałam: O jakiej osobie opowiada ta muzyka? Jakiej ta osoba ma cechy charakteru, usposobienie? Czy chcielibyśmy z którąś z tych osób wyjechać na wycieczkę, a jeśli tak, to dlaczego? Grupa bardzo trafnie utożsamiała nastrój prezentowanych utworów z „ciemnym” i „jasnym” typem osobowości. Zazwyczaj dochodziliśmy wówczas do momentu, w którym prosiłam uczestników o zadanie sobie pytań: Jakie cechy mojego charakteru, osobowości widzę, słuchając tych utworów muzycznych? Które cechy lubię w sobie, które dają mi satysfakcję, a które chciał(a)bym zmienić? I tutaj w wypowiedziach nieraz zauważalny był zdrowy dystans do siebie, poparty np. jakąś anegdotą z życia. Serdeczna atmosfera zajęć sprawiała, że często wspólnie szukaliśmy pozytywnych cech osobowości danego uczestnika, by wzmocnić jego poczucie własnej wartości.

W ramach ćwiczeń wyobrazeniowych wprowadzałam także zagadki muzyczne polegające na odgadywaniu tytułów znanych piosenek,

np. kojarzących się z morzem, jedynie na podstawie słuchanych fragmentów linii melodycznej. Wspólne odgadywanie tytułów piosenek i nucenie tych melodii sprawiało uczestnikom zajęć dużą radość. Padało wówczas pytanie: Co chciał(a)bym robić latem nad morzem przy którejś z tych piosenek? W wypowiedziach pojawiały się często opisy wyobrażonych scenerii, rodzaje aktywności czy sytuacje związane z miłymi wspomnieniami.

W wypadku dorosłych osób niewidomych, szczególnie tych, które straciły wzrok, różnego rodzaju ćwiczenia projekcyjno-wyobrażeniowe odgrywały bardzo istotną rolę. Kiedy pod wpływem słuchanej muzyki „malowaliśmy” komentarz słowny na dany temat, osoby te z zauważalną radością opowiadały, co widzą w swojej wyobraźni, posiłkując się właśnie jakimś wspomnieniem z dawnych lat.

W moim odczuciu zajęcia muzykoterapeutyczne, które prowadziłam z dorosłymi osobami niewidomymi i słabowidzącymi, miały duży wpływ na rozwój ich wrażliwości muzycznej i emocjonalnej, pamięci i koncentracji uwagi, wyobraźni oraz umiejętności wyrażania myśli i uczuć, a także dostarczały wartościowych wrażeń, kształtujących pozytywny obraz siebie i innych osób.

Jak już wcześniej wspomniałam, moje spotkania muzykoterapeutyczne z dziećmi niewidomymi i słabowidzącymi odbywały się głównie w ramach wyjazdów warsztatowych i rehabilitacyjnych. Z uwagi na to, że młodzi uczestnicy zajęć nie znali wcześniej swoich rówieśników, najchętniej współpracowali z własnymi rodzicami i to u nich szukali kontaktu dającego poczucie bezpieczeństwa. Dużą radość i swobodę dzieci odczuwały w tańcu z mamą (podczas zabaw zatytułowanych „A ja wolę moją mamę” czy „Walc z mamą”). Dopiero z czasem stopniowo przełamywały swój lęk i wykonywały zadania w bezpośrednim kontakcie z rówieśnikami. Szczególnie pomocne okazywały się zabawy integracyjne przy muzyce, tj. muzyczne powitanie przy piosence wykonywanej w kręgu w połączeniu z gestami, zapoznanie z imionami (rytmizowanie imion kolejnych uczestników chętnie powtarzane przez grupę) czy taniec w kole i w parach (według określonego układu lub swobodny). Dzieci wraz z rodzicami chętnie się uczyły i zapamiętywały proste,

schematyczne układy taneczne, np. tańców różnych kultur i narodów (tańca żydowskiego, polki, kazaczoka, zorby). Muzyka była zasadniczym środkiem motywującym młodych uczestników do nawiązywania i podtrzymywania kontaktów z innymi i do współdziałania w grupie rówieśniczej.

Podczas naszych spotkań dzieci w większości uważnie słuchały poleceń i starały się prawidłowo je realizować. W czasie zajęć muzyczno-ruchowych prawdziwą salwą śmiechu wywoływały ćwiczenia inhibicyjno-incytacyjne, czyli wyzwalające i porządkujące ekspresję ruchową (reakcje ruchowe na sygnały dźwiękowe czy na ciszę w muzyce). Szczególnie lubiana była zabawa w „sklejanie się”. Polegała ona na tańcu „w rozsypce” przy muzyce, przy czym w momencie, w którym zapanowała cisza, z ust prowadzącego padało polecenie, np. „kolano do kolana”, zachęcające dzieci do odnalezienia drugiej osoby i zetknięcia się z nią kolanami. Opisana zabawa jest jednym z wielu istotnych dla percepcji i sfery poznawczej dzieci z niepełnosprawnością wzrokową ćwiczeń rozwijających orientację w przestrzeni i w schemacie własnego ciała. Wszyscy bardzo chętnie realizowali polecenia, np. „machamy rękoma wysoko”, „obracamy się”, „uderzamy prawą dłońią w lewe udo”, a duże ożywienie i radość wywoływały takie ćwiczenia jak „rozgrzewka na plaży”, aktywizująca ciało przez klaskanie, pstrykanie, tupanie, uderzanie dłońmi o uda, oraz „młynek” angażujący ręce, a wszystko to ze zmianami w zakresie tempa i dynamiki (zwłaszcza „coraz szybciej” i „coraz głośniej”).

Zachęcałam dzieci również do swobodnej ekspresji ruchowej przy muzyce, lecz ten rodzaj aktywności wydawał się dla nich dość trudny. Były to ćwiczenia polegające np. na rysowaniu dłońią w powietrzu kresek, figur geometrycznych, malowaniu wyobrazonego przedmiotu podczas słuchania muzyki oraz charakteryzowaniu go werbalnie, a także zajęcia odprężające, np. zainicjowane hasłem „kwiaty budzą się ze snu”.

W czasie zajęć próbowałam motywować podopiecznych do tworzenia prostych improwizacji rytmicznych i melodycznych, np. śpiewania imion, przysłów czy dokańczania fraz muzycznych. Zadanie to okazało

się jednak dla dzieci zbyt trudne, jak przypuszczam, ze względu na blokadę spowodowaną obecnością innych osób w grupie. Myślę, że spokojna, zindywidualizowana praca pozwoliłaby ujawnić potencjał twórczy każdego z uczestników. Natomiast tym, co wszystkim sprawiało wyraźną satysfakcję, było tworzenie rytmicznego akompaniamentu do słuchanych utworów muzycznych za pomocą instrumentów perkusyjnych bądź z wykorzystaniem odgłosów własnego ciała, tj. klaskania, tupania lub pstrykania. Bardzo pozytywnie odbierane było również ćwiczenie „echo rytmiczne”, polegające na wykonywaniu zadanego motywu rytmicznego naprzemiennie przez dwie grupy osób.

Duże zainteresowanie dzieci niewidomych i słabowidzących wzbudzały zadania polegające na tworzeniu inscenizacji muzycznych do wierszy, np. o wiośnie – za pomocą wydobywanych dźwięków i odgłosów ciała ilustrujących szum wiatru czy śpiew ptaków (uczestnicy korzystali również z moich sugestii i wypowiedzi).

Źródłem radości i okazją do zaprezentowania swoich umiejętności były „spotkania z piosenką”. Szczególnie sprzyjającą takim prezentacjom sytuacją było śpiewanie piosenek przy akompaniamencie gitary przy grillu w plenerze. W ramach tych spotkań do wspólnego wykonywania proponowałam piosenki powszechnie znane, o wartościowej treści, choć uczyliśmy się również mniej znanych utworów. W swobodnej, serdecznej atmosferze uczestnicy – zarówno dzieci, jak i rodzice – spontanicznie przywoływali konteksty i sytuacje kojarzące im się z wykonywanymi piosenkami, np. harcerstwo. Niektóre dzieci udzielały ciekawych odpowiedzi na stawiane w ramach ćwiczeń wyobrazeniowych pytania: Co chciał(a)bym robić i gdzie chciał(a)bym się znaleźć, słuchając wybranej piosenki? Z którą z postaci występujących w piosence chciał(a)bym spędzić wakacje i dlaczego? Podczas wykonywania piosenek wspólnie przez wszystkich uczestników pojedyncze osoby znajdowały odwagę do intonowania śpiewu solo lub w duecie.

Dzieci chętnie podejmowały naukę piosenek z gestami, np. *Gdy na morzu wielka burza, Niech żyją wakacje, Chodź do mnie, Zróbmy kółka dwa*. Oprócz uważnego słuchania i reagowania na moje wypowiedzi dotyczące tego, jak mogą zilustrować treść piosenek za pomocą gestów,

niektóre dzieci szukały też własnych sposobów ekspresji i starały się je zaprezentować.

Bardzo ważnym i wyczekiwany momentem zajęć było dla uczestników wykonywanie ich ulubionych piosenek przy akompaniamencie gitary. Polegało to na rytmicznym uderzaniu przez dziecko w struny instrumentu z zachowaniem dowolnego tempa i dynamiki, przy moim udziale w zmianianiu akordów. Dzieci przejawiające szczególne uzdolnienia muzyczne miały okazję do indywidualnych spotkań ze mną w celu zapoznania się z podstawowymi chwytami i techniką gry na gitarze. Efekty tej pracy były prezentowane na spotkaniach grupowych i obficie nagradzane oklaskami.

W toku zajęć mogłam zaobserwować, że wszystkie proponowane ćwiczenia i zabawy muzyczno-ruchowe, a także śpiew i gra na instrumentach perkusyjnych, miały znaczący wpływ na rozwój koordynacji wzrokowo-słuchowo-ruchowej dzieci, na rozwój ich koncentracji, pamięci, myślenia, wyobraźni, a także na ich wrażliwość muzyczną. Miła atmosfera panująca na zajęciach, nagradzanie oklaskami i pochwałami za odniesiony, choćby niewielki sukces – wszystko to przyczyniało się do tworzenia pozytywnego obrazu siebie i innych oraz ugruntowania wiary we własne możliwości, zwiększenia poczucia bezpieczeństwa, a także obniżenia nadmiernego napięcia psychofizycznego i emocjonalnego uczestników. Niezwykle budujące były dla mnie zachowania dzieci bezpośrednio po udziale w zajęciach, kiedy w radosnych podskokach i z zapamiętaną z zajęć piosenką na ustach opuszczały salę.

Ponieważ zajęcia z dziećmi i ich rodzicami odbywały się każdorazowo w ramach kilkudniowych warsztatów wyjazdowych, mogę stwierdzić, że również poza spotkaniami terapeutycznymi pojawiały się „echa” ćwiczeń i różne zapytania nawiązujące do zapamiętanych zadań, a nawet prośby niektórych rodziców o stworzenie indywidualnych scenariuszy zajęć muzykoterapeutycznych do pracy z dziećmi w domu. Myślę, że zajęcia muzykoterapeutyczne, jakie prowadziłam, były ważnym ogniwem scalającym i integrującym grupę – podczas kolejnych dni wspólnego pobytu pozytywne przeżycia wyniesione z tych spotkań przekładały się na wzajemną otwartość (serdeczne rozmowy, uśmiech) w relacjach zarówno wśród dzieci, jak i wśród rodziców.

Zakończenie

Muzykoterapia jest cennym środkiem oddziaływania, który odgrywa ważną rolę we wspomaganiu rozwoju osób z dysfunkcją wzroku. Wypracowanie pewnych metod postępowania oraz ich systematyczna realizacja przynoszą zauważalne i jakże napawające optymizmem efekty. Zajęcia muzykoterapii sprzyjają rozwojowi sfery społecznej, komunikacyjnej, poznawczej i emocjonalnej osób niewidomych i słabowidzących. Różnorodne oddziaływania terapeutyczne z udziałem muzyki uczą nawiązywania kontaktów międzyludzkich, zwiększają poczucie bezpieczeństwa przez redukcję lęku i napięć psychoruchowych, a także kształtują umiejętność wyrażania emocji i uczuć. Dzięki uczestniczeniu w zajęciach muzykoterapii osoby z dysfunkcją wzroku stają się bardziej podatne na działanie muzyki, co sprzyja rozwijaniu ich wrażliwości i zdolności muzycznych. Muzyka pełni funkcję kompensacyjną, wpływa korzystnie na sferę zarówno emocjonalną, jak i intelektualną, pozwalając na ujawnienie się indywidualnych cech osobowości i ukrytego potencjału danej osoby. Decyzja o uczestniczeniu w zajęciach muzykoterapii jest często momentem przełomowym. Zdobywanie określonych umiejętności przychodzi szybciej, a przełamywanie lęku staje się łatwiejsze przy udziale muzyki. Same zajęcia wprowadzają zaś w dobry nastrój, wywołując pozytywne emocje. Wszystko to okazuje się możliwe wtedy, gdy człowiek spotyka się z człowiekiem, nawiązuje serdeczne więzi oraz wykazuje chęć wspólnego, radosnego działania.

Świat muzyki zajmuje ważne miejsce w życiu osób z dysfunkcją wzroku. Jako osoba słabowidząca doświadczam tego już od wczesnego dzieciństwa. Dzięki obcowaniu z muzyką w różnych jej formach i aspektach mogę lepiej rozumieć siebie i innych ludzi.

Bibliografia

Zamojska Agnieszka, 2006, *Wpływ muzykoterapii na rozwój psychospołeczny dzieci autystycznych*, niepublikowana praca dyplomowa, promotor: dr hab. Paweł

Cylulko, Dwuletnie Podyplomowe Studia Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu.

Streszczenie

Artykuł jest syntezą myśli i spostrzeżeń związanych z działalnością artystyczną i muzykoterapeutyczną autorki – absolwentki Podyplomowych Studiów Muzykoterapii ukończonych w Akademii Muzycznej we Wrocławiu. We wstępie autorka dzieli się swoimi wspomnieniami z czasu studiów, podkreślając znaczący wpływ wiedzy teoretycznej i praktyki muzykoterapeutycznej, które wykorzystywała przez wiele lat w swojej działalności. Następnie podejmuje refleksję nad aktywnością zespołu wokalnoinstrumentalnego Con Amore, który prowadziła w Okręgu Łódzkim Polskiego Związku Niewidomych, a później w jednym z łódzkich ośrodków kultury. Ta wyjątkowa współpraca zespołowa obfitowała w wiele wartościowych wydarzeń związanych z przygotowaniem repertuaru i wykonywaniem go na koncertach w różnych instytucjach na terenie Łodzi. W dalszej części artykułu autorka dzieli się spostrzeżeniami dotyczącymi efektów prowadzonych równoległe grupowych zajęć muzykoterapii z niewidomymi dziećmi i osobami dorosłymi, ilustrując je licznymi przykładami. Jako osoba słabowidząca podkreśla silną więź łączącą ją z uczestnikami zajęć mającymi dysfunkcję wzroku, zwracając jednocześnie uwagę na to, że nadrzędnymi i scalającymi grupę elementami zawsze są muzyka i człowieczeństwo.

Słowa kluczowe: doświadczenia własne, muzykoterapia, osoby z niepełnosprawnością wzroku, studia z zakresu muzykoterapii

AGNIESZKA ZAMOJSKA – ukończyła Liceum Stroicieli Pianin i Fortepianów w Krakowie (1991–1995), magisterskie studia dzienne z wychowania muzycznego na Uniwersytecie Łódzkim (1995–2000) oraz Dwuletnie Podyplomowe Studia Muzykoterapii w Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu (2004–2006). W latach 2001–2010 pracowała z dziećmi z autyzmem jako

muzykoterapeutka w łódzkim Centrum „Navicula”, a w okresie od 2013 do 2015 roku prowadziła zajęcia (w tym zespół Con Amore) z osobami niewidomymi i słabowidzącymi w Okręgu Łódzkim Polskiego Związku Niewidomych. Następnie była instruktorem zajęć muzycznych w Jagiellońskim Ośrodku Kultury w Łodzi, kontynuując jednocześnie pracę z zespołem Con Amore w okresie od 2015 do 2018 roku.

W roku 2022 mija 50 lat od utworzenia – pierwszego i przez prawie ćwierć wieku jedyne w Polsce – Zakładu Muzykoterapii działającego w Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Chcąc uczcić to wydarzenie jego pracownicy i współpracownicy oddają do rąk czytelników czwarty, jubileuszowy tom serii „Wrocławska Muzykoterapia” zatytułowany *Wrocławska muzykoterapia – od pionierskiej działalności do kreatywnej twórczości*. Swoją tematyką nawiązuje on do odnotowanych w ciągu owych 50 lat poczynań zarówno pionierów tej dyscypliny, jak i aktualnie czynnych na polu dydaktyki, sztuki i nauki muzykoterapeutów. Obchodzony jubileusz jest okazją do głębszej refleksji nad uprawianą we wrocławskiej jednostce artystyczno-naukowej muzykoterapią akademicką: z jednej strony nad jej postaciami, historią, osiągnięciami i dorobkiem, z drugiej zaś nad stojącymi przed nią wyzwaniem, zagrożeniami oraz jej dalszymi losami, zwłaszcza w naszym kraju. Mamy nadzieję, że publikacja pomoże dostarczyć wyczerpujących odpowiedzi na pytania odnoszące się do tego, co jest w owej muzykoterapeutycznej działalności wartościowe i trwałe, ale też do tego, co zmienne, przemijające czy warte przepracowania, odnowy, a może zapożyczenia z innych dziedzin i dyscyplin sztuki i nauki.

ISBN 978-83-65473-38-7



9 788365 473387