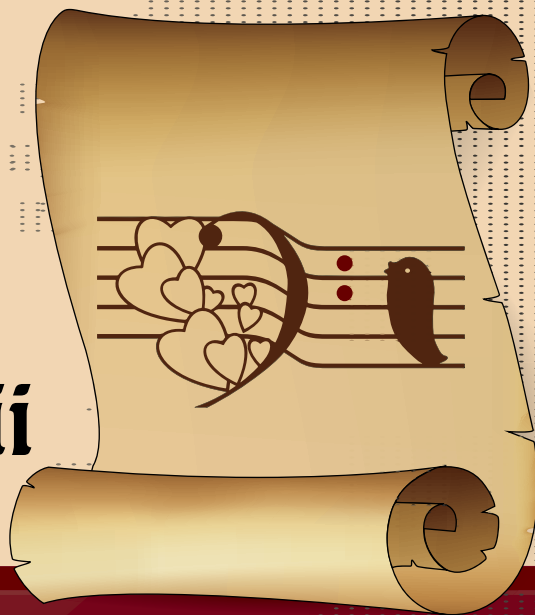


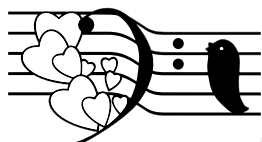
**WROCLAWSKA  
MUZYKOTERAPIA 2**

**Wrocławskie  
modele  
muzykoterapii**



Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu  
Zakład Muzykoterapii

**WROCŁAWSKIE**  
**MODELE MUZYKOTERAPII**



Seria:

**WROCŁAWSKA MUZYKOTERAPIA** **2**  
Tom



Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu  
Zakład Muzykoterapii

# WROCŁAWSKIE MODELE MUZYKOTERAPII

Redakcja naukowa  
Paweł Cylulko  
Joanna Gładyszewska-Cylulko

Wrocław 2016

Recenzent

dr hab. Bernadeta Szczupał, prof. Akademii Pedagogiki Specjalnej  
im. Marii Grzegorzewskiej

Redakcja

Barbara Majewska

Korekta

Dorota Kanafa

Ewa Skotnicka

Projekt okładki (według koncepcji Pawła Cylulki)

Aleksandra Snitsaruk

DTP

Aleksandra Snitsaruk

© Copyright by Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu,  
Wrocław 2016

ISBN 978-83-86534-94-4

Druk

Wrocławska Drukarnia Naukowa PAN im. Stanisława Kulczyńskiego

Wydawnictwo Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu  
[www.amuz.wroc.pl](http://www.amuz.wroc.pl)

# SPIS TREŚCI

Paweł Cylulko, Joanna Gładyszewska-Cylulko Wstęp	7
<b>Część I</b>	
<b>Muzykoterapia dzieci</b>	
Daniela Colonna-Kasjan Wprowadzanie elementów muzykoterapii w toku edukacji wczesnoszkolnej	15
Paweł Cylulko Model tyflomuzykoterapii dzieci	41
Małgorzata Modelska Muzykoterapia grupowa dzieci i młodzieży z głęboką sprzężoną niepełnosprawnością. Z dziennika muzykoterapeuty	63
Agnieszka Szymajda Model muzykoterapii wspierającej rozwój emocjonalny dziecka w wieku przedszkolnym	81
Anna Szymik Dziecko niesłyszące w kontakcie z muzyką. Aspekty teoretyczno-praktyczne surdomuzykoterapii	103

## 6 » SPIS TREŚCI

### Część 2

#### Muzykoterapia dorosłych

Helena Cesarz

Muzykoterapia we wczesnej rehabilitacji kardiologicznej 127

Anna Jędryczka-Hamera

Rola muzyki w choreoterapii – wrocławski model terapii poprzez  
ruch uporządkowany muzyką 155

Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk

Programowanie muzyki w praktyce klinicznej grupowej muzyko-  
terapii zaburzeń nerwicowych 173

Iwona Polak

Technika spontanicznego teatru muzycznego (STM) w kształce-  
niu muzykoterapeutów 197

## WSTĘP

W roku 1972 w Państwowej Wyższej Szkole Muzycznej we Wrocławiu powołano do życia pierwszy w Polsce Zakład Muzykoterapii. Działa on do dnia dzisiejszego, ale już w Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu (AMKL). Jego założycielami byli kompozytor prof. dr Tadeusz Natanson i lekarz specjalista psychiatrii dr Andrzej Janicki. To na tej uczelni zrodziła się po raz pierwszy w naszym kraju i do dziś jest prężnie rozwijana akademicka dyscyplina zwana muzykoterapią. Przez ćwierć wieku wrocławski Zakład Muzykoterapii był jedynym w Polsce ośrodkiem naukowo-badawczym, w którym prowadzono kształcenie dyplomowanych kadr muzykoterapeutów w systemie studiów wyższych oraz badania naukowe z zakresu muzykoterapii. Działalność naukowo-badawcza, dydaktyczna, terapeutyczna, artystyczna i organizacyjna pracowników Zakładu Muzykoterapii umożliwiła wypracowanie rodzimych modeli postępowania muzykoterapeutycznego oraz metod kształcenia i rozwijania kompetencji zawodowych muzykoterapeutów. Tym samym stała się ona fundamentem polskiej i wrocławskiej muzykoterapii. Ta pionierska i niejednokrotnie innowacyjna działalność nie tylko zajmuje niezwykle ważne miejsce w środowisku Wrocławia, ale też wywiera wpływ na poziom naukowy i praktykę kliniczną muzykoterapii w całej Polsce. Osoby, ich poczynania, osiągnięcia naukowo-badawcze, dydaktyczne, popularyzatorskie, artystyczne i organizacyjne w dziedzinie muzykoterapii bezpośrednio związane



ze wspomnianym Zakładem Muzykoterapii określa się mianem „Wrocławskiej Muzykoterapii”<sup>1</sup>.

W codziennym życiu nieustannie spotykamy się z różnego rodzaju modelami: matematycznymi, fizycznymi, chemicznymi, ekonomicznymi, doświadczalnymi, projektowania, działania i modelowania. Wśród tych wszystkich modeli bardzo ważną część stanowią modele postępowania związane z leczeniem, rehabilitacją, terapią i edukacją osób chorych i niepełnosprawnych. W obrębie dyscypliny, jaką jest muzykoterapia, zostały wypracowane i opisane w literaturze przedmiotowej różne modele postępowania terapeutycznego. Wśród nich na szczególną uwagę zasługują modele postępowania muzykoterapeutycznego wypracowane przez wrocławskich muzykoterapeutów. Tadeusz Natanson w książce pt. *Wstęp do nauki o muzykoterapii*<sup>2</sup> podjął się próby usystematyzowania podstawowych pojęć stosowanych w muzykoterapii. Między innymi wyjaśnił takie terminy, jak: koncepcje, poglądy, metody, techniki, formy, kierunki i tendencje istniejące na jej gruncie. Autor sugeruje, że na te pojęcia należy spojrzeć z punktu widzenia teorii, badań naukowych i praktyki klinicznej muzykoterapii. Tak więc koncepcje składają się z ogólnie ustalonych zespołów poglądów tworzących logiczną i spójną całość. Metody to zespoły sposobów postępowania (badania) służące osiągnięciu celów zgodnie z obranymi poglądami, stanowiącymi elementy składowe koncepcji przyjętych w dziedzinie muzykoterapii. Za techniki można uznać pojedyncze rodzaje postępowania lub badania, którymi operują metody. Natomiast formy to posiadające swój sprecyzowany kierunek i cel zamierzenia, środki, sposoby postępowania lub badania stosowane w muzykoterapii. Określenia kierunki i tendencje można

---

1 » Termin „Muzykoterapia Wroclawska” doczekał się własnego hasła encyklopedycznego, podobnie jak termin „Stowarzyszenie Muzykoterapeutów Polskich”. Paweł Cylulko, *Muzykoterapia Wroclawska*. W: *Encyklopedia Wroclawia*. Red. Jerzy Harasimowicz. Wyd. 3. Wrocław 2006, s. 572–573; Paweł Cylulko, *Stowarzyszenie Muzykoterapeutów Polskich*. W: *Encyklopedia...*, s. 841.

2 » Tadeusz Natanson, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Wrocław–Warszawa–Kra-ków–Gdańsk 1979, s. 179–180.

stosować synonimicznie i wówczas dotyczą one poszczególnych poglądów lub ich całych zespołów.

W świetle powyższych rozważań terminologicznych można przyjąć, że model muzykoterapii stanowi swoisty układ koncepcji, poglądów, metod, technik, form oraz ich wzajemnych zależności pozwalających postrzegać, poznawać, badać, opisywać i rozwiązywać problemy teoretyczne, praktyczne i badawcze muzykoterapii. Modele działania muzykoterapeutycznego są wypracowywane, modyfikowane, ulepszone i realizowane przez pracowników Zakładu Muzykoterapii AMKL niemal od czterdziestu pięciu lat. W swoich założeniach są one odzwierciedleniem ich poglądów, przekonań, sposobów myślenia (idei, podejść) i działania (wzorów) w zakresie wiedzy teoretycznej i praktyki klinicznej muzykoterapii. Niejednokrotnie poczynania te mają autorski rodowód, charakteryzują się nowatorskim podejściem, dynamizmem i nieustanną ewolucją. Dotyczą one takich zagadnień, jak: analiza substancji muzycznej, zastosowanie sztuki muzycznej do relaksacji, choreoterapia, programowanie muzyki do terapii, diagnoza muzykoterapeutyczna, metody, techniki i formy muzykoterapii stosowane w pracy z różnymi grupami pacjentów, w różnych obszarach i zakresach współczesnego życia. Wśród nich bardzo ważne miejsce zajmują modele kształcenia kadr muzykoterapeutów w ramach studiów I i II stopnia oraz studiów podyplomowych na specjalności „muzykoterapia”. Swoistość wspólnego budowania i rozwijania przez pracowników Zakładu Muzykoterapii zarówno nauki, jak i zawodu muzykoterapeuty składa się na niepowtarzalny charakter modeli postępowania, ujętych w ramach Wrocławskiej Muzykoterapii.

Niniejsza praca jest już drugim tomem serii wydawniczej „Wrocławska Muzykoterapia” zatytułowanym *Wrocławskie modele muzykoterapii*, wydanym przez Wydawnictwo AMKL. Na jej kartach publikują swoje prace autorzy skupieni wokół Wrocławskiej Muzykoterapii, tj. Zakładu Muzykoterapii AMKL oraz Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich, posiadający bogate doświadczenie naukowo-badawcze, terapeutyczne, dydaktyczne i organizacyjne. Tom, który oddajemy do rąk Państwa, powstał w ramach przygotowywanego Europejskiego Forum Muzykoterapeutów pn. „45 lat Wrocławskiej Muzykoterapii w centrum Europy”

(Wrocław, 1–3 grudnia 2016 r.). Forum organizowane jest przez Zakład Muzykoterapii AMKL w związku z wydarzeniem kulturalnym pn.: Wrocław – Europejska Stolica Kultury 2016. Ponieważ konferencja odbędzie się na kilkanaście dni przed rokiem 2017 – rokiem jubileuszu Zakładu Muzykoterapii AMKL, jest to więc okazja do zaprezentowania dorobku 45-lecia Wrocławskiej Muzykoterapii, w tym między innymi modeli postępowania muzykoterapeutycznego.

Pierwsza część niniejszej publikacji poświęcona jest wybranym zagadnieniom muzykoterapii dzieci. Autorzy prac przedstawiają możliwości wprowadzenia modeli i form terapii muzyką do pedagogiki i pedagogiki specjalnej. Daniela Colonna-Kasjan i Agnieszka Szymajda przybliżają zagadnienie wykorzystania muzykoterapii w procesie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej. Pierwsza z autorek prezentuje miejsce terapii poprzez muzykę w całościowym kształceniu i wychowaniu dziecka w młodszym wieku szkolnym, druga zaś skupia się na rozwoju emocjonalnym, podkreślając wagę wzmacniania kreatywności i podmiotowości dziecka. Artykuły Pawła Cylulko, Anny Szymik i Małgorzaty Modelskiej dotyczą dzieci z zaburzeniami rozwoju sensorycznego i intelektualnego. Paweł Cylulko przedstawia model tyflomuzykoterapii stworzony z uwzględnieniem specyficznych potrzeb dzieci z niepełnosprawnością wzrokową. Anna Szymik przybliży problematykę surdomuzykoterapii, szczególnie koncentrując się na zagadnieniach związanych z komunikacją dzieci niesłyszących i słabosłyszących. Grupą odniesienia w rozważaniach Małgorzaty Modelskiej są dzieci i młodzież z głęboką sprzężoną niepełnosprawnością. Autorka prezentuje praktyczne doświadczenia związane z prowadzeniem muzykoterapii w formie grupowej.

Druga część publikacji odnosi się do muzykoterapii dorosłych. W pierwszym artykule Helena Cesarz zaznajamia czytelników z opracowanymi przez siebie koncepcjami muzykoterapii mającymi zastosowanie we wczesnej rehabilitacji kardiologicznej. Drugi artykuł odnosi się do roli muzyki oraz głównych i pobocznych elementów dzieła muzycznego w choreoterapii. Jego autorka, Anna Jędryczka-Hamera, przedstawia własne doświadczenia związane z poszukiwaniem najlepszego sposobu

wykorzystania terapeutycznej siły tańca. Podobnym zagadnieniom poświęcony jest następny artykuł, prezentujący teoretyczne i praktyczne aspekty muzykoterapii dorosłych. Klaudia Kukielińska-Krawczyk przybliżyła w nim zasady doboru muzyki do terapii na podstawie dotychczasowych badań z zakresu programowania muzyki, jak również prezentuje przykładowy program muzyczny wykorzystany w cyklu terapii grupowej osób z zaburzeniami nerwicowymi. Książkę zamyka artykuł Iwony Polak, która przedstawia autorską koncepcję Spontanicznego Teatru Muzykalnego. Warto zauważyć, że model ten może być wykorzystany nie tylko do pracy terapeutycznej z pacjentami, ale też w procesie edukacji studentów specjalności „muzykoterapia” – przyszłych adeptów terapii przez muzykę.

Żywimy głęboką nadzieję, iż niniejszy, drugi tom z serii „Wrocławska Muzykoterapia” podejmowaną problematyką z zakresu modeli działania muzykoterapeutycznego przyczyni się znacząco do dalszego budowania nauki o muzykoterapii, umocnienia zawodu muzykoterapeuty oraz zaprezentowania niemal czterdziestopięcioletniego dorobku Zakładu Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu.

*Paweł Cylulko  
Joanna Gładyszewska-Cylulko*



CZĘŚĆ I

**Muzykoterapia dzieci**



# WPROWADZANIE ELEMENTÓW MUZYKOTERAPII W TOKU EDUKACJI WCZESNOSZKOLNEJ

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

» **Streszczenie:** Model muzykoterapii tworzony przez pracowników oraz współpracowników Zakładu Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu powstał na podstawie o badań naukowych prowadzonych w ośrodkach medycznych, placówkach akademickich, opiekuńczo-wychowawczych i oświatowych oraz doświadczeń zawodowych gromadzonych podczas sesji muzykoterapeutycznych. Artykuł dotyczy zagadnień związanych z programowaniem oraz prowadzeniem zajęć z elementami muzykoterapii dla uczniów w trakcie pierwszego etapu edukacji szkolnej. Zajęcia oparte na technikach muzykoterapeutycznych odgrywają istotną rolę we wspomaganiu rozwoju osobowego uczniów, w kształtowaniu i doskonaleniu umiejętności warunkujących efektywne funkcjonowanie w środowisku społecznym, w formowaniu pożądanych społecznie elementów postaw opartych na szacunku i tolerancji, a także w budowaniu struktury kompetencji muzycznych, na które składa się wiedza z zakresu nauki o muzyce oraz praktyka wykonawcza. Programowanie i prowadzenie zajęć dla uczniów w wieku wczesnoszkolnym wymaga znajomości możliwości i potrzeb dzieci, profesjonalnego przygotowania muzykoterapeutycznego i pedagogicznego. Tworzenie warunków i mobilizowanie najmłodszych uczniów do aktywności muzycznej umożliwia uczniom gromadzenie własnych doświadczeń muzycznych w toku edukacji wczesnoszkolnej.

**Słowa kluczowe:** aktywność muzyczna, edukacja wczesnoszkolna, muzykoterapia.





W modelu muzykoterapii tworzonym w Zakładzie Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu istotną rolę odgrywają zajęcia muzykoterapeutyczne dla dzieci. Zajęcia odbywają się w placówkach dostosowanych do potrzeb dzieci borykających się z różnymi rodzajami niepełnosprawności, problemami emocjonalnymi i trudnościami w funkcjonowaniu społecznym.

Zajęcia muzykoterapeutyczne i zajęcia edukacji muzycznej z elementami muzykoterapii prowadzone są od 1997 roku m.in. w Zespole Szkół nr 11 we Wrocławiu, złożonym ze Szkoły Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi nr 43 oraz z Gimnazjum Integracyjnego im. Jana Kaczmarka.

Wprowadzenie zajęć z muzykoterapii związane było z wdrożeniem programu autorstwa Anny Regner „Szkoła integracyjna przez arteterapię” i powołaniem w szkole oddziałów integracyjnych<sup>1</sup>. Zajęcia w klasach integracyjnych są nadal prowadzone, zmodyfikowano jednak sposób ich realizacji, adaptując je do aktualnych założeń programowych, zgodnych z zaleceniami Ministerstwa Edukacji Narodowej. Na podłożu nowej podstawy programowej powstały znowelizowane programy zajęć dla uczniów z klas integracyjnych.

System edukacji w Polsce ulega w ostatnich latach przemianom, które powodują konieczność dostosowania metod kształcenia i wychowania do aktualnych potrzeb dzieci i młodzieży. Zmieniają się profile absolwentów szkół, którzy powinni bez trudu sprostać wymaganiom stawianym przez współczesny świat zarówno w obszarze wiedzy teoretycznej, umiejętności praktycznych, jak i kompetencji społecznych.

Moment rozpoczęcia formalnej edukacji w szkole stanowi dość istotny przełom w życiu dziecka, którego dotychczasowa aktywność związana była głównie z zabawą. Nauka w szkole wymaga pewnej dojrzałości emocjonalnej, umiejętności funkcjonowania w środowisku społecznym, jakie stanowi klasa szkolna, umiejętności słuchania i koncentrowania uwagi na zadaniach. Najmłodszy uczniowie muszą uczyć się

---

1 » Por. Anna Regner, *Arteterapia w szkole integracyjnej*. „Muzykoterapia Polska” (2003) nr 1(5), s. 37–38.

współdziałania w zespole i podporządkowania obowiązującym zasadom zachowania.

Edukacja w klasach 1–3 w szkołach podstawowych odbywa się zgodnie z podstawą programową w formie nauczania zintegrowanego, co w praktyce oznacza, iż większość zajęć prowadzi jeden nauczyciel, który pełni zarazem funkcję wychowawcy klasy. Zajęcia muzyczne można jednak powierzyć specjalistom mającym odpowiednie kwalifikacje<sup>2</sup>. Andrzej Białkowski i Wiesława Sacher wskazują na potrzebę wyłączenia edukacji artystycznej z systemu edukacji zintegrowanej, ponieważ „przygotowanie w zakresie muzyki nauczycieli – specjalistów nauczania zintegrowanego jest zbyt słabe, by podołać temu zadaniu”<sup>3</sup>.

W myśl zaleceń Polskiej Rady Muzyki dzieciom na pierwszym etapie edukacyjnym należy poświęcić wiele uwagi, gdyż są one „w szczególności sposobem uwrażliwione słuchowo: rozwijają zdolność śpiewania oraz pozytywnie reagują na muzykę i to niekiedy na najniższych lotach, która po przekroczeniu przez nich wieku krytycznego staje się często ich jedynym kontaktem z kulturą muzyczną”<sup>4</sup>.

W zadaniach szkoły uwzględnia się konieczność realizowania programu nauczania skoncentrowanego na dziecku, na jego indywidualnym tempie rozwoju i możliwościach uczenia się, respektowania trójpodmiotowości oddziaływań wychowawczych i kształcących: uczeń – szkoła – dom rodzinny, rozwijania predyspozycji i zdolności poznawczych, kształtowania u dziecka pozytywnego stosunku do nauki oraz rozwijania ciekawości w poznawaniu otaczającego świata i w dążeniu do prawdy, sprzyjania rozwojowi cech osobowości dziecka koniecznych do aktywnego i etycznego uczestnictwa w życiu społecznym<sup>5</sup>.

2 » Podstawa programowa kształcenia ogólnego dla szkół podstawowych, [http://men.gov.pl/wp-content/uploads/2014/08/zalacznik\\_2.pdf](http://men.gov.pl/wp-content/uploads/2014/08/zalacznik_2.pdf) (data dostępu: 22.07.2015).

3 » Andrzej Białkowski, Wiesława Sacher, *Standardy edukacji muzycznej*. Warszawa 2010, s. 25.

4 » Apel Zespołu Ekspertów Polskiej Rady Muzycznej w sprawie nauczania muzyki w szkołach ogólnokształcących, [www.muzykajest.pl/powszechna-edukacja-muzyczna/analizy-i-zadania/135.html](http://www.muzykajest.pl/powszechna-edukacja-muzyczna/analizy-i-zadania/135.html) (data dostępu: 3.09.2014).

5 » Podstawa programowa...

Wzbogacenie edukacji muzycznej o oddziaływania oparte na technikach muzykoterapeutycznych może stanowić uzupełnienie standardowej oferty programowej szkoły i wpływać korzystnie na jakość realizowanego w placówce programu wychowawczego.

W pracy z najmłodszymi uczniami należy wykorzystać wpływ muzyki na wszechstronny rozwój osobowości dzieci poprzez tworzenie im odpowiednich warunków i stymulowanie ich do podejmowania różnych rodzajów aktywności muzycznej.

Zgodnie z definicją Ruuda zajęcia muzykoterapeutyczne oparte są na wykorzystaniu muzyki w procesie zaplanowanym dla ułatwienia i doskonalenia komunikacji, uczenia się, mobilizacji, ekspresji, koncentracji fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej i poznawczej w celu rozwoju wewnętrznego potencjału oraz rozwoju lub odbudowy funkcji jednostki. Muzykoterapia ma być pomocą w osiągnięciu coraz wyższego poziomu integracji intra- i interpersonalnej oraz wpływać na zyskanie lepszej jakości życia<sup>6</sup>.

Cele muzykoterapii są zatem w dużej mierze spójne z celami edukacji wczesnoszkolnej, do których należy: „wspomaganie dziecka w rozwoju intelektualnym, emocjonalnym, społecznym, etycznym, fizycznym i estetycznym. [...] Wychowanie, aby dziecko, w miarę swoich możliwości, było przygotowane do życia w zgodzie z samym sobą, ludźmi i przyrodą. Należy zadbać o to, aby dziecko odróżniało dobro od zła, było świadome przynależności społecznej (do rodziny, grupy rówieśniczej i wspólnoty narodowej) oraz rozumiało konieczność dbania o przyrodę. Jednocześnie dąży się do ukształtowania systemu wiadomości i umiejętności potrzebnych dziecku do poznawania i rozumienia świata, radzenia sobie w codziennych sytuacjach oraz do kontynuowania nauki”<sup>7</sup>.

Uczestnictwo w zajęciach szkolnych powinno umożliwiać dzieciom nie tylko gromadzenie informacji i wiadomości, ale też zdobywanie doświadczeń korzystnych dla rozwoju i samodzielnego funkcjonowania

---

6 » Za: Wita Szulc, *Sztuka w służbie medycyny. Od antyku do postmodernizmu*. Poznań 2001, s. 70.

7 » Podstawa programowa...

w środowisku. Do szkół trafiają coraz młodsze dzieci, które nie zawsze potrafią radzić sobie z obowiązkami wynikającymi z roli ucznia. Wiele dzieci boryka się z problemami związanymi z zaburzeniami rozwojowymi, które w bezpośredni sposób wpływają na ich zachowanie. W wybranych placówkach tworzone są klasy integracyjne, do których uczęszczają uczniowie spełniający kryteria norm rozwojowych wspólnie z dziećmi z dysfunkcjami. Jednym z celów pracy w klasach integracyjnych jest przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób z niepełnosprawnościami i kształtowanie postaw wzajemnego szacunku.

Dzieci rozpoczynające edukację szkolną powinny mieć szansę na wdrożenie się do roli uczniów i wypełniania obowiązków szkolnych. Teoretycznie pierwszoklasiści mają prawo do korzystania z elastycznego czasu nauki, który powinien być przerywany zabawą, a w każdej sali przeznaczonej na zajęcia z najmłodszymi uczniami należy zagospodarować kącik do zabawy. W praktyce szkolnej nie zawsze można modyfikować czas poszczególnych zajęć, gdyż sale z reguły nie są zajmowane przez jeden oddział, uczniowie muszą korzystać w wyznaczonych terminach z sal gimnastycznych, które służą najczęściej wszystkim uczniom w danej placówce, podobnie bywa z salami z pełnym wyposażeniem multimedialnym. W planach zajęć trzeba uwzględnić godziny zajęć językowych, komputerowych i inne.

Wszystkie działania podejmowane w placówkach oświatowych powinny służyć dobru podopiecznych, dlatego też w dość trudnej szkolnej rzeczywistości warto poszukiwać rozwiązań innowacyjnych, które będą uzupełniać ofertę edukacyjną i ułatwiać dzieciom osiąganie sukcesów szkolnych.

Zajęcia muzyczne z elementami muzykoterapii i zajęcia muzykoterapeutyczne mogą stanowić dla uczniów atrakcyjną formę zdobywania nowych doświadczeń i eksperymentowania na kanwie materiału muzycznego. Do zadań muzykoterapeuty, który pełni także funkcję pedagoga, należy przede wszystkim:

- > motywowanie dzieci do aktywności własnej,
- > stymulowanie kreatywności,
- > tworzenie warunków do kontaktu ze sztuką,

- > tworzenie warunków do samodzielnego działania i twórczej ekspresji.

Dzięki własnej aktywności w trakcie zajęć dzieci mają szanse na konfrontowanie swoich spostrzeżeń i refleksji ze stanem rzeczywistym, zdobywanie wiedzy o środowisku społecznym, realizowanie własnych pomysłów. Elementy te tworzą konstruowany przez każde dziecko indywidualny system wiedzy proceduralnej, niezbędnej w życiu jednostki.

Zdaniem Doroty Klus-Stańskiej i Jolanty Kruk wiedza „to nie tyle zbiór wiadomości (znaczeń), ile sposób ich funkcjonowania w umyśle jednostki”<sup>8</sup>.

Każdy uczeń powinien mieć warunki, by tworzyć i sukcesywnie wzbogacać swoją wiedzę przedmiotową i umieć wykorzystać ją w życiu codziennym, do czego może przyczynić się udział w zajęciach muzycznych i muzykoterapeutycznych.

Jak podaje Zofia Burowska, kształcenie muzyczne wpływa korzystnie na poziom wiedzy ogólnej dzieci, na poziom ich uspołecznienia, dojrzałości w organizowaniu swojej pracy oraz zdolność samodyscypliny<sup>9</sup>. Na istnienie pozytywnej korelacji i powiązań między osiągnięciami muzycznymi i ogólnymi osiągnięciami w nauce zwrócił uwagę Janes Mursell<sup>10</sup>.

Uczniowie w wieku wczesnoszkolnym stanowią grupę bardzo wymagających odbiorców sztuki, gdyż ich nastawienie do sztuki dopiero zaczyna się formować, a dla części z nich edukacja w szkole stanowi jedyne źródło wiadomości dotyczących nauki o muzyce. Kształtowanie postawy świadomego odbiorcy muzyki powinno zacząć się jak najwcześniej od formowania pozytywnych nastawień do poznawania dzieł muzycznych, opartego na naturalnej, spontanicznej aktywności dzieci.

---

8 » Dorota Klus-Stańska, Jolanta Kruk, *Tworzenie warunków dla rozwojowej zmiany poznawczej i konstruowanie wiedzy przez dziecko*. W: *Pedagogika wczesnoszkolna – dyskursy, problemy, rozwiązania*. Red. Dorota Klus-Stańska, Maria Szczepka-Pustkowska. Warszawa 2009, s. 484.

9 » Za: Wiesława Sacher, *Słuchanie muzyki a kształtowanie emocjonalne dzieci*. Katowice 2004, s. 75.

10 » Rosamund Shuter-Dyson, Gabriel Clive, *Psychologia uzdolnienia muzycznego*. Warszawa 1986, s. 94.

Zdaniem Agnieszki Weiner rozwój muzyczny w pewnej mierze opiera się „na wrodzonych podstawach (zdolności muzyczne, wybrane wymiary inteligencji), jednak wykazuje także dużą zależność od aktywności własnej i pobudzenia zewnętrznego”<sup>11</sup>. Howard Gardner wymienia inteligencję muzyczną wśród ośmiu obszarów inteligencji wielorakiej. Inteligencję muzyczną w opinii tego autora stanowi „wrażliwość na odbiór muzyki i zdolność jej tworzenia”<sup>12</sup>.

Dzieci, które charakteryzują się wysokim poziomem inteligencji muzycznej czy też predyspozycji muzycznych, z reguły częściej i chętniej podejmują wszelkie działania muzyczne. Zdaniem Marii Tyszkowej w działalności artystycznej dzieci przejawiają się przede wszystkim różne formy ekspresji twórczej, w tym śpiew i taniec<sup>13</sup>. W okresie wczesnoszkolnym dziecko może nie tylko opierać się na swoich wyobrażeniach dotyczących zjawisk muzycznych, lecz także zacząć wykorzystywać je w działaniach praktycznych. Dzieci zaczynają zwracać uwagę na rezultaty swoich muzycznych poczynań. Jak podaje Małgorzata Suświłło, okres wczesnoszkolny stanowi pierwszy etap, w którym pojawia się podejście krytyczne do własnych osiągnięć, a spontaniczna aktywność muzyczna zmniejsza się<sup>14</sup>.

W opinii Johna Slobody „dziecko poddawane naturalnemu procesowi akulturacji dysponuje określonym zespołem muzycznych umiejętności, takich jak umiejętność odtwarzania znanych piosenek i uczenia się nowych, umiejętność wyodrębniania określonych typów muzyki czy umiejętność zastosowania podstawowych właściwości muzyki (takich jak tonalność i metrum) w organizacji jej wykonania”<sup>15</sup>. Aktywność muzyczna opiera się na tych umiejętnościach i może stanowić podwaliny pasji, która będzie towarzyszyć człowiekowi przez całe życie.

---

11 » Agnieszka Weiner, *Kompetencje muzyczne dzieci w młodszym wieku szkolnym*. Lublin 2010, s. 352.

12 » Za: Denis Boyd, Helen Bee, *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań 2008, s. 2.

13 » Maria Tyszkowa, *Aktywność i działalność dzieci i młodzieży*. Warszawa 1996, s. 148.

14 » Małgorzata Suświłło, *Psychopedagogiczne uwarunkowania wczesnej edukacji muzycznej*. Olsztyn 2001, s. 41–42.

15 » John Sloboda, *Umysł muzyczny. Poznawcza psychologia muzyki*. Warszawa 2002, s. 262.

Muzyka we współczesnym świecie odgrywa rolę tła towarzyszącego niemal wszystkim aspektom codzienności – w sklepach, zakładach usługowych, lokalach gastronomicznych, podczas uroczystości, imprez masowych itp. W natłoku dobiegających bodźców nie zwraca się na taką muzykę specjalnej uwagi. Zdarza się, że odtwarzana zbyt głośno działa drażniąco na system nerwowy i zamiast łagodzić pobudza.

W procesie wychowania dzieci nie zawsze zwraca się uwagę na dobór materiału muzycznego. Większość dzieci słucha muzyki popularnej o charakterze rozrywkowym.

Z zebranych przeze mnie podczas spotkań w szkole wypowiedzi rodziców pierwszoklasistów wynika, iż dzieci mają w zasadzie nieograniczony dostęp do odtwarzaczy muzycznych, radioodbiorników, telewizorów i Internetu, rodzice nie ingerują w wybory muzyczne swoich dzieci, pozostawiając im swobodę w korzystaniu ze sprzętu audiowizualnego. Dzieci słuchają zatem muzyki, która jest najbardziej dostępna i najłatwiejsza w odbiorze, niekoniecznie zwracając uwagę na walory artystyczne proponowanych utworów.

Współcześnie, w dobie globalizacji, która zdaniem Zbyszko Melosika „ujmowana jest w kategoriach różnicowania się w ramach terytorialnej społeczności [...], mierzona przez stopień, do którego te zróżnicowane, oddzielone terytorialnie i kulturowo grupy są otwarte na wielokulturowe bogactwo różnorodności całego świata”<sup>16</sup>, nie istnieje jeden skonkretyzowany kanon sztuki. Przeciętny odbiorca nie musi mieć gruntownej wiedzy na temat kultury i jej kierunków, co może być przyczyną trudności z korzystaniem z dóbr kultury. Mnogość wydarzeń pretendujących do miana kulturalnych może w swym eklektyzmie powodować chaos i wywoływać niepokój odbiorcy. Trudna bywa ocena rzeczywistej wartości dzieł kreowanych przez twórców kultury.

Komercyjna oferta kulturalna – muzyczna, filmowa czy teatralna – nie zawsze jest przygotowywana z myślą o wartościach nieprzemijających. Epoka ponowoczesna umożliwia dowolność twórczą, której nie stawia się właściwie żadnych barier. Można się tu odwołać do teorii „kryzysu

---

16 » Zbyszko Melosik, *Teoria i praktyka edukacji wielokulturowej*. Kraków 2007, s. 13.

moralnego ponowoczesności”, który – jak pisze Zygmunt Bauman – może być następstwem nieograniczonej wolności wyboru, a ten z kolei może powodować poczucie ambiwalencji i swoistego niepokoju<sup>17</sup>. Wolność wyboru umożliwi wybranie rozwiązań zarówno dobrych, pożytecznych, wnoszących pozytywne wartości, jak i tych, które można z góry ocenić jako przynoszące szkody, chociażby w procesie rozwoju osobowego.

W edukacji dzieci należy kierować się dążeniem do tworzenia klarownych i zgodnych z zasadami etyki rozwiązań, by promować postawę otwartości wobec wartości dóbr kultury.

Muzyka jest specyficzną dziedziną kultury, gdyż w szczególny sposób wpływa na nastrój i emocje odbiorców. Zgodnie ze zdaniem Oliviera Sacksa „upodobanie w muzyce, czyli muzykofilia – przejawia się już u bardzo małych dzieci, ma istotne znaczenie w każdej kulturze i wedle wszelkiego prawdopodobieństwa jest specyficznie ukształtowane przez kultury, w których żyjemy, przez okoliczności życia, przez specyficzne uzdolnienia lub ich brak, ale samo ono wydaje się tak głęboko zakorzenione w ludzkiej naturze, iż chce się je uznać za wrodzone”<sup>18</sup>.

Stosunkowo niewiele dzieci ma okazję do podejmowania aktywności muzycznej w domach rodzinnych, chyba że członkowie rodziny są zaangażowani w profesjonalne lub amatorskie uprawianie muzyki. Wyjątek stanowią uczniowie szkół muzycznych, którzy od pierwszej klasy biorą udział w zajęciach nauki gry na instrumencie, zajęciach rytmiki z kształceniem słuchu, grają w zespołach muzycznych. Uczniami szkół muzycznych zostaje jednak (po pozytywnym zdaniu egzaminów wstępnych) niewielki odsetek dzieci, dlatego tak ważne jest rzetelne podejście do konstruowania programów edukacji muzycznej w szkołach.

Programy edukacji muzycznej dla uczniów z klas 1–3 powinny wykraczać poza wymiar ściśle dydaktyczny. Elementy teorii muzyki nabierają dla dzieci realnego znaczenia dopiero w działaniach praktycznych. Znajomość zapisu nutowego, określeń artykulacyjnych czy elementów struktury formalnej utworu staje się dla uczniów zrozumiała wtedy,

17 » Zygmunt Bauman, *Etyka ponowoczesna*. Warszawa 1996, s. 31.

18 » Olivier Sacks, *Muzykofilia*. Poznań 2009, s. 10.



kiedy jest podstawą praktyki wykonawczej. Poznawanie muzyki staje się dla dzieci interesujące w sytuacjach zadaniowych związanych z podejmowaniem twórczej aktywności, której nie należy tłumić przez stawianie sztywnych wymagań. Zajęcia trzeba planować w taki sposób, by każde dziecko mogło czuć się ich aktywnym uczestnikiem, bez względu na poziom uzdolnień muzycznych.

W programie zajęć muzycznych, w którym wykorzystuje się techniki muzykoterapii, cele edukacyjne realizowane są równolegle do obszarów celów ukierunkowanych na kształtowanie i doskonalenie umiejętności interpersonalnych i kompetencji społecznych uczniów, a także na rozwój ich potencjału i predyspozycji.

Realizacja programu zajęć z elementami muzykoterapii przynosi pozytywne rezultaty w postaci:

- > kształtowania i podnoszenia poziomu kompetencji muzycznych uczniów, związanych z opanowaniem podstaw wiedzy z zakresu teorii muzyki oraz umiejętności wynikających z praktyki wykonawczej,
- > kształtowania pożądanych elementów postaw wobec dzieł kultury, tradycji narodowych,
- > wypracowania umiejętności pozamuzycznych, związanych z podejmowaniem aktywności muzycznej w grupie i funkcjonowaniem w zespole klasowym.

Uczestnicy zajęć mają okazję do zdobywania nowych, inspirujących doświadczeń przydatnych w życiu codziennym. Jak podaje Lori Gooding (powołując się na badania przeprowadzone przez Michaela Silvermana i Michelle Reitman, Daphne Rickson, Williama Watkina), stosowanie technik muzykoterapeutycznych wywiera korzystny wpływ na rozwój umiejętności społecznych uczestników zajęć, w tym na rozwój odpowiedzialności za zachowanie wobec innych osób, na inicjowanie i utrzymywanie właściwych relacji interpersonalnych, na sposób i poziom koncentrowania uwagi kierowanej w stronę innych osób w środowisku rówieśniczym<sup>19</sup>.

---

19 » Lori Gooding, *The Effect of a Music Therapy Social Skills Training Program on Improving Social Competence in Children and Adolescents with Social Skills Deficits*. „Journal of Music Therapy” (2011) 48 (4), s. 443–444.

Osiągnięcie zamierzonych rezultatów pracy wymaga nawiązania pozytywnych relacji z dziećmi i stworzenia atmosfery, w której będą się one czuły bezpiecznie.

Poziom efektywności zajęć w dużej mierze warunkowany jest formami ich realizacji, związanymi z różnymi rodzajami aktywności muzycznej, do której mobilizowani są uczniowie. Planując kolejne etapy zajęć, należy pamiętać, by umożliwić wszystkim dzieciom osiągnięcie sukcesu, tak by posiadanie predyspozycji muzycznych lub ich brak nie były wyznacznikami poziomu funkcjonowania dziecka w ciągu zajęć.

Powodzenie w wykonywaniu zadań w toku zajęć muzykoterapeutycznych powinno gwarantować przede wszystkim pozytywne nastawienie i osobiste zaangażowanie w działanie, twórcze podejście do realizowanych ćwiczeń.

Na poziom twórczej aktywności uczniów w szkole wpływają m.in.: styl wychowawczy, właściwe nastawienie pedagogów, rodzaj realizowanych programów. Jak podaje Jolanta Bonar, szkoła zbyt często staje się środowiskiem, w którym twórcze postawy i działania są tłumione i ograniczane. Autorka ta zwraca uwagę na swoistego rodzaju niekonsekwencję, wskazując, iż „szkoła niszczy twórcze usposobienie dzieci, żądając jedynie recepcji niezliczonych paradygmatów i premiując prawie wyłącznie zachowania konformistyczne”<sup>20</sup> przy jednoczesnym oczekiwaniu, by absolwent pierwszego etapu edukacyjnego był twórczy.

Prowadzenie zajęć aktywizujących muzycznie mobilizuje uczniów do przyjmowania twórczych postaw, gdyż umożliwia:

- > wpływanie na przebieg lekcji, który można wspólnie z uczniami zaplanować i modyfikować stosownie do aktualnych potrzeb;
- > wykorzystanie proponowanych przez uczniów rozwiązań zadań realizowanych w trakcie lekcji;
- > poszukiwanie własnych strategii postępowania w aranżowanych za pomocą muzyki sytuacjach;

---

20» Jolanta Bonar, *Czy szkoła jest miejscem twórczości rzeczywiście stymulowanej*. W: *Edukacja alternatywna w XXI wieku*. Red. Zbyszko Melosik, Bogusław Śliwerski. Poznań–Kraków 2013, s. 100–102.

- > eksperymentowanie z dźwiękami instrumentów, improwizowanie i zdobywanie doświadczeń muzycznych;
- > uczenie się przez przeżywanie;
- > kontakt ze sztuką.

Pierwszy etap planowania zajęć z elementami muzykoterapii przeznaczonych dla dzieci w wieku wczesnoszkolnym powinno stanowić wytyczenie celów i procedury ich osiągnięcia w pracy z uczniami. Cele dydaktyczne dotyczące kształtowania kompetencji muzycznych uczniów są realizowane podczas wszystkich zadań związanych z podejmowaniem aktywności muzycznej. Uczniowie podczas zajęć sukcesywnie zdobywają i utrwalają wiadomości z zakresu nauki o muzyce w wymiarze określonym podstawą programową, w której zakłada się, że uczniowie kończący pierwszy etap edukacyjny powinni wykazywać się określonymi kompetencjami muzycznymi w zakresie odbioru i tworzenia muzyki. Zgodnie z wytycznymi przyjmuje się, iż uczeń kończący klasę trzecią:

1. zna i stosuje następujące rodzaje aktywności muzycznej:
  - > śpiewa proste melodie, piosenki z repertuaru dziecięcego; wykonuje śpiewanki i rymowanki,
  - > śpiewa w zespole piosenki ze słuchu (nie mniej niż 10 utworów w roku szkolnym), śpiewa z pamięci hymn narodowy,
  - > odtwarza proste rytmy głosem,
  - > odtwarza i gra na instrumentach perkusyjnych proste rytmy i wzory rytmiczne,
  - > odtwarza i gra na instrumentach melodycznych proste melodie i akompaniamenty,
  - > realizuje sylabami rytmicznymi, gestem oraz ruchem proste rytmy i wzory rytmiczne;
  - > reaguje ruchem na puls rytmiczny i jego zmiany, zmiany tempa, metrum i dynamiki (maszeruje, biega, podskakuje),
  - > wyraża ruchem nastroj i charakter muzyki; tańczy podstawowe kroki i figury krakowiaka, polki oraz innego, prostego tańca ludowego;
2. rozróżnia podstawowe elementy muzyki (melodia, rytm, wysokość dźwięku, akompaniament, tempo, dynamika) i znaki notacji

muzycznej (wyraża ruchowo czas trwania wartości rytmicznych, nut i pauz);

3. świadomie i aktywnie słucha muzyki (wyraża swe doznania werbalnie i niewerbalnie) oraz określa jej cechy:
  - > rozróżnia i wyraża środkami pozamuzycznymi charakter emocjonalny muzyki,
  - > rozpoznaje utwory wykonane: solo i zespołowo, na chór i orkiestrę,
  - > orientuje się w rodzajach głosów ludzkich (sopran, bas) oraz w instrumentach muzycznych (fortepian, gitara, skrzypce, trąbka, flet, perkusja),
  - > rozpoznaje podstawowe formy muzyczne – AB, ABA (wskazuje ruchem lub gestem ich kolejne części).

W zakresie tworzenia muzyki:

- > wie, że muzykę można zapisać i odczytać,
- > tworzy proste ilustracje dźwiękowe do tekstów i obrazów oraz improwizacje ruchowe do muzyki,
- > improwizuje głosem i na instrumentach według ustalonych zasad,
- > wykonuje proste utwory, interpretuje je zgodnie z ich rodzajem i funkcją<sup>21</sup>.

Opanowanie umiejętności określonych w podstawie programowej edukacji muzycznej nie stanowi problemu dla uczniów, którzy uczestniczą w zajęciach muzykoterapeutycznych i są mobilizowani do podejmowania różnorodnych form aktywności muzycznej.

Cele związane z rozwojem umiejętności społecznych realizowane są poprzez trening zachowań społecznych na forum klasy. W placówkach edukacyjnych zwraca się obecnie szczególną uwagę na rozwój „kompetencji kluczowych” – ważnych dla jednostki i społeczeństwa, warunkujących efektywne integrowanie się z różnymi grupami społecznymi przy jednoczesnym zachowaniu niezależności i umiejętności sprawnego działania zarówno w znanym, jak i nieznanym otoczeniu<sup>22</sup>. Celem pod-

21 » Podstawa programowa..., s. 8

22 » Komisja Europejska/EACEA/Eurydice, 2012. *Developing Key Competences at School in Europe: Challenges and Opportunities for Policy*. (Rozwijanie kompetencji

noszenia poziomu kompetencji kluczowych ma być przygotowanie każdego człowieka do pełnienia różnorodnych ról społecznych i radzenia sobie w rozmaitych sytuacjach życiowych.

Wdrożenie zajęć opartych na technikach muzykoterapeutycznych do edukacji wczesnoszkolnej stanowi jedno z działań wpływających korzystnie na rozwój uczniów i przyczynia się do kształtowania umiejętności stanowiących podbudowę kompetencji kluczowych, wśród których wymienia się m.in.:

- > komunikację w języku ojczystym i językach obcych,
- > technologie komunikacyjne,
- > kompetencje interpersonalne i obywatelskie,
- > umiejętność uczenia się,
- > kulturę ogólną.

Zajęcia muzykoterapeutyczne ukierunkowane są na działanie i najistotniejsze jest to, co się dzieje w trakcie ich przebiegu. Zgodnie ze zdaniem Daphne Rickson i Katrin McFerran muzyka w muzykoterapii ma znaczenie symboliczne, a jej rolą jest wspomaganie rozwoju personalnego<sup>23</sup>.

Wspomaganie rozwoju uczniów i osiągnięcie zakładanych celów warunkowane jest poziomem zaangażowania uczniów w działania związane z podejmowaniem aktywności muzycznej. Szczególnie atrakcyjną formę zajęć muzycznych dla dzieci stanowią techniki muzykoterapii aktywnej, w tym przede wszystkim muzykowanie w postaci gry na instrumentach muzycznych.

Gra indywidualna i zespołowa na instrumentach muzycznych umożliwia:

- > zapoznanie z możliwościami artykulacyjnymi instrumentów,
- > wypracowanie umiejętności związanych z wykonawstwem muzyki,
- > kształtowanie umiejętności aktywnego słuchania,

---

kluczowych w szkołach w Europie. Wyzwania i możliwości tworzenia polityki edukacyjnej) *Raport Eurydice*. Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej, s. 7–8 [online]. Dostęp: [http://eurydice.org.pl/wp-content/uploads/2013/03/Developing\\_Key\\_Competences\\_pl.pdf](http://eurydice.org.pl/wp-content/uploads/2013/03/Developing_Key_Competences_pl.pdf) (data dostępu: 16.15.2016).

23 » Daphne Rickson, Katrin McFerran, *Music Therapy in Special Education. Where Are We Now?* „Kairaranga” Vol. 8 (2007) Issue 1, s. 40.

- > kształtowanie umiejętności wyrażania nastrojów i emocji (w sposób werbalny i pozawerbalny),
- > ekspresję muzyczną,
- > kształtowanie umiejętności współpracy i współdziałania w grupie.

W trakcie gry na instrumentach muzycznych uczniowie zdobywają doświadczenia w zakresie praktyki wykonawczej, zapoznają się z elementami dzieła muzycznego, utrwalają wiadomości dotyczące podstaw teorii muzyki. W toku wspólnej gry uczniowie zdobywają umiejętności związane z wykonywaniem zadań zespołowych, uczą się wzajemnego szacunku i tolerancji.

Gra na instrumentach umożliwia nie tylko odtwarzanie, ale przede wszystkim tworzenie muzyki w czasie improwizacji i współimprowizacji. Ćwiczenia z instrumentami można wprowadzić na każdym etapie zajęć. Korzystne jest zapoznanie dzieci z instrumentami muzycznymi w momencie inicjowania kontaktu z grupą. Wprowadzenie instrumentów do zajęć ułatwia zachowanie dyscypliny. Dzieci mają z reguły dość silną motywację do gry, wobec czego chętnie podporządkowują się ustalonym regułom postępowania, by nie stracić okazji do wykorzystania instrumentów.

Zadania z instrumentami wpływają korzystnie na poziom integracji grupy, którą łączy wspólne działanie i dążenie do wspólnego celu. Gra w zespole wymaga słuchania siebie nawzajem, koncentrowania uwagi, aktywnego słuchania, a także rozwija wyobraźnię, pozwala doskonalić poczucie rytmu i refleks oraz umuzykalnia.

Szczególnie ważną rolę w toku zajęć odgrywają improwizacje i współimprowizacje tworzone przez uczniów na zadane tematy lub kreowane w sposób dowolny. W trakcie improwizowania dzieci mają szansę na spontaniczną ekspresję, wyrażenie emocji i przekazanie ich pozawerbalnie. Ten rodzaj komunikacji jest ważny dla uczestników zajęć, którzy mają trudności z werbalnym porozumiewaniem się z innymi. Gra na instrumentach może stanowić alternatywną metodę nawiązywania kontaktu i przekazywania informacji dla dzieci autystycznych i wycofanych. Z moich doświadczeń wynika, iż nawiązanie kontaktu z dzieckiem za pomocą instrumentów może stanowić wstęp do budowania głębszych relacji i tworzenia więzi niezbędnej w procesie terapeutycznym.

Gra na instrumentach wywiera wpływ na poziom integracji dzieci w zespole klasowym. Poprzez wspólne wykonywanie zadań i konieczność zwracania uwagi na potrzeby innych osób podczas wspólnej gry uczniowie zdobywają umiejętność współdziałania i dążenia do osiągnięcia zamierzonych celów.

Aktywne muzykowanie przy użyciu instrumentów pełni funkcję rehabilitacyjną w przypadku dzieci, które mają problemy z wykonywaniem precyzyjnych ruchów. Zarówno instrumenty perkusyjne, jak i klawiszowe nadają się do usprawniania rąk i podnoszenia poziomu koordynacji wzrokowo-słuchowo-motorycznej. Możliwość zagrania melodii czy wybranego przez dziecko schematu rytmicznego jest bodźcem motywującym do włożenia wysiłku w wykonanie zadania, które poprzez swą formę nie jest dla dziecka uciążliwe ani też męczące.

W trakcie zajęć często wykorzystują instrumenty klawiszowe do aranżowania ćwiczeń z dziećmi. Warunkiem efektywnego działania jest wówczas utrzymanie dyscypliny w grupie, co z reguły nie jest trudne do osiągnięcia, gdyż dzieci wzajemnie mobilizują się do właściwego zachowania. Widok klawiatury pianina pobudza dziecięcą wyobraźnię, dźwięki, które można usłyszeć, naciskając klawisze, mogą ilustrować wyobrażenia i być kanwą do opowiadań. Przy pianinie można tworzyć wspólnie historyjki o wymyślonych lub realnych bohaterach, opisywać zmiany pogody, zmiany nastrojów, krajobrazy, zdarzenia z codziennego życia. W toku improwizacji można szukać rozwiązań opisywanych problemów czy konfliktów, z którymi uczniowie muszą sobie radzić.

Zadania, do których wykonania wykorzystywane są instrumenty muzyczne, powinny być spójne z ogólnym tematem zajęć. Mogą stanowić zasadniczą ich część lub je uzupełniać jako ilustracja muzyczna tematu. Gra na instrumentach może ilustrować teksty śpiewanych piosenek, może też być traktowana jako akompaniament do działań podejmowanych przez dzieci. Same instrumenty mogą również być wykorzystywane w niekonwencjonalny sposób jako bohaterowie dziecięcej wyobraźni.

Prowadząc zajęcia z instrumentami, należy pamiętać, by angażować wszystkie dzieci, nie pomijając tych, które są mniej sprawne. Od osoby prowadzącej zależy w dużej mierze komfort uczestników zajęć i ich

samopoczucie w grupie. Uczniom z niepełnosprawnością należy pomagać w taki sposób, by maksymalnie wykorzystać ich potencjał twórczy.

Równie istotną rolę w aktywnym muzykowaniu odgrywają śpiew i ćwiczenia wokalne, stanowią one podstawę prawidłowej emisji głosu, wpływają na jakość mowy i śpiewu, uzależnioną od umiejętności emitowania głosu. Dla uczniów istotna jest kwestia akceptacji własnego głosu i świadomość panowania nad nim.

W nauce śpiewu zwraca się uwagę na sposób oddychania, dykcję i artykulację, ambitus linii melodycznej śpiewanej melodii nie może wykraczać poza możliwości wokalne dzieci. Głos eufoniczny powinien być czysty i dźwięczny.

Dzieci w trakcie ćwiczeń wokalnych uczą się właściwie emitować dźwięki, pracują nad właściwą dykcją i artykulacją, która warunkuje skuteczność komunikacji głosowej i ułatwia zrozumienie przekazywanych treści. Ćwiczenia oddechowe służą całemu organizmowi i poprawiają kondycję układu oddechowego.

W programie zajęć muzycznych wykorzystuje się ćwiczenia wokalne jako podstawę do ekspresji, improwizacji i umiejętności wyrażania głosem emocji.

Zwracać należy uwagę nie tylko na walory muzyczne, ale też na tekst i treść pieśni i piosenek. Podczas nauki piosenek uczniowie mają okazję do ćwiczenia pamięci i spostrzegawczości. Uczniowie powinni być świadomi, czego dotyczy tekst literacki, rozumieć wszystkie użyte przez autorów pojęcia, znać kontekst i możliwości interpretacji.

Śpiewanie umożliwia:

- > kształtowanie umiejętności prawidłowego posługiwania się aparatem głosowym, kształtowanie nawyków dotyczących prawidłowej emisji głosu;
- > zapoznanie z repertuarem piosenek dziecięcych, ludowych oraz pieśni narodowych;
- > kształtowanie poczucia przynależności i świadomości narodowej;
- > integrowanie grupy poprzez działania zespołowe.

Śpiewanie stanowi rodzaj aktywności muzycznej dostępnej dla większości uczniów, chociaż zdarza się, że dzieci wynoszą nieprzychylnie



nastawienie do śpiewania z domu rodzinnego lub placówek przedszkolnych. Nie wszystkie dzieci muszą traktować śpiew jako ulubioną formę aktywności muzycznej, korzystne jest jednak ćwiczenie głosu i nabywanie umiejętności śpiewania.

Do lubianych przez uczniów form aktywności muzycznej należą: ruch do muzyki, elementy rytmiki i tańca. Ćwiczenia rytmiczne służą nie tylko treningowi, kształceniu i doskonaleniu poczucia rytmu czy słuchu muzycznego, lecz także budują poczucie wspólnoty i integracji w grupie. Pozwalają na uzyskanie lepszej kontroli nad koordynacją słuchowo-wzrokowo-ruchową, umożliwiają trening komunikacji, ułatwiają kontakt z resztą grupy<sup>24</sup>. Rytm muzyczny jest istotny dla obszarów mózgu zawiadujących ruchem, wpływa na pracę wegetatywnego układu nerwowego, na oddychanie i rytm serca.

Większość dzieci ceni sobie zajęcia ruchowe, podczas których wykorzystuje się ich naturalną i spontaniczną aktywność i ekspresję. Podczas większości zajęć szkolnych uczniowie muszą tłumić potrzebę ruchu, gdyż wymaga się od nich zajmowania pozycji statycznych. Udział w zabawach muzyczno-ruchowych i w ćwiczeniach rytmicznych umożliwia dzieciom rozładowanie nagromadzonej energii w bezpieczny sposób.

Podczas realizacji ćwiczeń rytmicznych i tanecznych należy tworzyć uczniom warunki do treningu zachowań społecznych w sytuacjach modelowych. Dzieci mają okazję do poznawania otaczającej ich przestrzeni społecznej i poszukiwania w niej swojego miejsca. Rytm, na którym opierają się poszczególne ćwiczenia, odgrywa rolę porządkującą i ułatwia wykonanie zadań.

Elementy tańca wprowadzane w tok zajęć umożliwiają identyfikację z rolami społecznymi, które funkcjonują w tańcach w formie symbolicznej. Role wynikają z rodzaju tańca i jego genezy. Taniec stwarza dzieciom okazję do ekspresji motorycznej i pracy ciałem. Jako forma aktywności muzycznej może być traktowany swobodnie lub też zawierać elementy tańca klasycznego, charakterystycznego, ludowego czy narodowego lub towarzyskiego. W tańcu dzieci nabierają pewności i gracji ruchów, uczą się

---

24» Renate Kloepfel, Sabine Vliex, *Rytmika w wychowaniu i terapii*. Warszawa 1995, s. 75.

zasad kontaktu dotykowego, partnerowania, odpowiedzialności za zakres ruchu i gesty. Zdobywają doświadczenia z obszaru samokontroli.

We wspólnych zabawach muzyczno-ruchowych, improwizacjach ruchowych do muzyki dzieci działają w grupie i każde z nich ma szansę na doświadczenie poczucia integracji z innymi uczestnikami zajęć. Dzieci uczą się wspólnego podejmowania decyzji, planowania ruchu i dostosowania go do muzyki, tak by wszyscy mieli zaspokojoną potrzebę bezpieczeństwa. Uczniowie zdobywają doświadczenia w dynamicznie zmieniających się sytuacjach społecznych i mają szansę na dostosowanie się do potrzeb grupy, a także na zasygnalizowanie swoich potrzeb grupie i poszukiwanie rozwiązań kompromisowych. Wspólne działania pozwalają na formowanie nastawień nacechowanych tolerancją wobec innych i ich możliwości, a także na trening w zakresie odpowiedzialności.

Dzieci podczas realizacji zadań komunikują się między sobą, przekazują sobie informacje o charakterze ogólnym i komunikaty dotyczące konkretnych aspektów działania. Starają się o skuteczność przekazu i otrzymują informacje zwrotne od odbiorców, gdyż ma to wpływ na jakość wykonania zadania. W strategiach komunikacyjnych wykorzystuje się także mowę ciała i wprowadza ćwiczenia z tego zakresu, m.in. w zajęciach tanecznych.

W zajęciach muzykoterapeutycznych i muzycznych nie powinno zabraknąć zadań polegających na słuchaniu muzyki, opartych na recepcji, percepcji i apercpcji materiału muzycznego.

Prezentacja materiału muzycznego jest jednym z elementów zajęć, w tym wypadku najistotniejszy jest sam dobór muzyki do zajęć. Skupienie uwagi na procesie słuchania jest dla dziecka swoistego rodzaju wyzwaniem, zwłaszcza podczas zajęć grupowych, w trakcie których wiele czynników może wpływać na rozproszenie uwagi.

Dzieci powinny zostać odpowiednio przygotowane do zadaniowego słuchania muzyki i otwarte na nowe wrażenia, by słuchanie nie ograniczało się jedynie do biernego przyjmowania bodźców akustycznych.

W trakcie słuchania muzyki uczniowie mają szansę poznać wybrane dzieła muzyczne i wymagane podstawą programową informacje na ich temat, ale w początkowym etapie zajęć najważniejszy jest wpływ

sztuki muzycznej na emocje, nastrój i wyobraźnię dzieci. Muzyka aktywizuje wyobraźnię, a skojarzenia pozamuzyczne wynikają ze specyfiki oddziaływania materiału muzycznego, uprzednich doświadczeń dzieci i stanowią bodziec do rozmaitych form ekspresji.

Podczas prezentacji przykładów muzycznych uczniowie zdobywają umiejętność aktywnego słuchania muzyki, uczą się koncentrowania uwagi, wyrabiają właściwe nawyki słuchowe. Doświadczenia dzieci związane ze słuchaniem muzyki wpływają na poziom wrażliwości estetycznej, stymulują wyobraźnię. Kształtowanie umiejętności aktywnego słuchania w toku zajęć muzykoterapeutycznych przynosi efekty w postaci umiejętności koncentrowania uwagi na bodźcach pozamuzycznych, w tym na treściach werbalnych przekazywanych dzieciom.

Słuchanie muzyki w klasie integruje zespół poprzez wspólne działanie, które zachodzi w tym samym czasie, podobnie jak pozostałe rodzaje zadań związanych z aktywizacją muzyczną dzieci. Aktywne słuchanie w grupie wymaga przestrzegania ustalonych zasad postępowania i zachowania dyscypliny.

Uczniowie chętnie angażują się w zadaniowe słuchanie muzyki, które polega na wyobrażeniu sobie treści na podstawie muzyki na podany lub dowolny temat, na rozpoznaniu danego fragmentu muzycznego, wyszukaniu i opisaniu wybranych cech charakterystycznych danego dzieła. Na kanwie skojarzeń dzieci do muzyki można konstruować kolejne elementy zajęć, interpretować je za pomocą ruchu lub improwizacji instrumentalnych. Uczniowie mogą przedstawiać swoje skojarzenia do muzyki w formie graficznej, wykonując rysunki czy malując do muzyki. Prace można wykorzystać jako inspiracje do kolejnych działań muzycznych i interpretować je w czasie improwizacji instrumentalnych lub ruchowych.

Po wysłuchaniu materiału muzycznego uczniowie dzielą się swoimi spostrzeżeniami, opowiadają o skojarzeniach, co umożliwia dzieciom skonfrontowanie własnych spostrzeżeń z innymi. Wymiana poglądów w trakcie rozmów pozwala kształtować życzliwe i tolerancyjne nastawienia wobec członków grupy, którzy mogą mieć inne zdanie na temat samej muzyki, mogą proponować inne strategie rozwiązań zadań muzycznych. Dzieci, które angażują się w proces słuchania muzyki,

koncentrując w pełni uwagę, z reguły nie mają problemów z zapamiętaniem prezentowanych fragmentów, a także przyswojeniem podstawowych informacji o muzyce i jej elementach, twórcach i wykonawcach.

Realizacja założeń programowych wymaga wprowadzenia i wykorzystania zróżnicowanych form aktywności muzycznej uczniów, związanych z edukacją muzyczną i elementami muzykoterapii. Poszczególne zadania łączą się z rodzajami aktywności muzycznej i można je podzielić na kilka grup.

Zadania związane z grą na instrumentach muzycznych (w tym elementy muzykoterapii aktywnej):

1. zabawy z instrumentami, wprowadzenie nazw instrumentów muzycznych, zapoznanie z możliwościami brzmieniowymi;
2. improwizacje i współimprowizacje kierowane i swobodne;
3. tworzenie akompaniamentów perkusyjnych lub melodycznych do wybranych melodii;
4. gra na podstawie zapisów nutowych lub schematów rytmicznych;
5. realizacja tematów pozamuzycznych za pomocą technik dźwiękowych.

Zadania związane ze śpiewem i ćwiczenia emisji głosu (elementy meloterapii):

1. ćwiczenia artykulacyjne, ćwiczenia oddechowe;
2. nauka piosenek z repertuaru dziecięcego, piosenek ludowych oraz wybranych pieśni narodowych;
3. śpiewanie zespołowe – unisono;
4. śpiewanie w małych grupach i solo.

Zadania związane ze słuchaniem muzyki (elementy muzykoterapii receptywnej):

1. aktywne słuchanie muzyki i koncentrowanie uwagi na słuchaniu zadaniowym;
2. tworzenie wypowiedzi werbalnych i pozawerbalnych na podstawie wyobrażeń i skojarzeń do muzyki; wykorzystanie elementów technik projekcyjnych;
3. wprowadzenie wybranych przykładów z literatury muzycznej;
4. rozpoznawanie ze słuchu brzmienia wybranych instrumentów;

5. zapoznanie z prostymi formami muzycznymi;
6. zapoznanie z folklorem ojczystym, a także wybranymi przykładami folkloru krajów europejskich oraz wybranych rejonów świata.

Zadania związane z rytmiką i tańcem (elementy choreoterapii):

1. zabawy muzyczno-ruchowe, ćwiczenia w zakresie małej i dużej motoryki oraz realizacja układów ruchowych;
2. wykonywanie podstawowych kroków, figur i prostych układów tanecznych.

Planując poszczególne zajęcia, należy uwzględnić konieczność dostosowania wszystkich elementów do aktualnych możliwości uczniów i w razie potrzeby elastycznie je modyfikować, by móc osiągnąć zakładane rezultaty.

## Przykładowy scenariusz zajęć dla uczniów klas pierwszych

Tematyka zajęć związana jest z wykorzystaniem instrumentów perkusyjnych przez wszystkich uczniów: „Perkusyjna orkiestra”.

### Cele zajęć:

- > utrwalenie zasad dotyczących wypowiedzania się na forum grupy;
- > wdrożenie zasad dotyczących korzystania z instrumentów muzycznych w trakcie gry grupowej i indywidualnej;
- > wprowadzenie podstawowych wiadomości dotyczących powstawania, rozchodzenia się dźwięków i ich słyszenia;
- > zapoznanie się z możliwościami brzmieniowymi dostępnych instrumentów;
- > zapoznanie z technikami improwizacyjnymi;
- > integrowanie grupy;
- > kształtowanie i doskonalenie umiejętności komunikacyjnych.

### Przebieg:

Po przywitaniu się uczniowie zajmują miejsca w kręgu. Zajęcia rozpoczynają się od przedstawienia tematu i planu działania.

**Zadania do realizacji:**

- a) Prezentacja brzmienia trianglera i zasad rozchodzenia się fal akustycznych – dzieci kolejno przekazują sobie instrument, uczą się prawidłowego wydobycia dźwięku, eksperymentują z „szukaniem” brzmień trianglera i wyczuwają drgania instrumentu.
- b) Wprowadzenie pojedynczo kolejnych instrumentów muzycznych – marakasów, kijów deszczowych, klawesów, kastanietów, janczarów, tamburynów, bębenków (mini djemba, bongosy) – wszystkie dzieci kolejno próbują różnych sposobów wydobycia dźwięku, opisują krótko swoje wrażenia.

Przed rozpoczęciem gry na instrumentach uczniowie przypominają sobie wypracowane zasady postępowania:

- > Po otrzymaniu instrumentu odkładamy go przed siebie.
  - > Nie gramy bez sygnału podanego przez osobę prowadzącą.
  - > Uważnie obserwujemy znaki podawane przez dyrygenta i realizujemy je w trakcie gry.
  - > Brak zastosowania się do zasad powoduje wyeliminowanie danej osoby z gry na „jedną kolejkę”.
  - > Świadome złamanie zasad powoduje konieczność oddania instrumentu.
- c) Wspólna gra na instrumentach – ćwiczenia dynamiczne, ćwiczenia dynamiczne z podziałem na grupy – wszyscy uczniowie otrzymują instrumenty perkusyjne i wydobywają z nich dźwięki ze zmienną dynamiką, zgodnie ze wskazaniem osoby prowadzącej zajęcia.
  - d) Elementy improwizacji instrumentalnej w grupie – „Taniec zabawek”.
  - e) Zabawa muzyczno-ruchowa „Sklep z zabawkami” (z elementami improwizacji) – dzieci rozchodzą się po sali, następnie reagują na dźwięk poszczególnych instrumentów perkusyjnych, imitując ruch postaci:
    - > bębenek – marsz żołnierzyków,
    - > marakasy – kołysanka misia,
    - > triangel/multiton – figurka z pozytywki,
    - > klawesy – podskoki pajacyka.

Wprowadzenie elementów improwizacji mobilizuje dzieci do ekspresji i umożliwia prezentację własnych pomysłów na forum grupy. Wspólna gra ma działanie integrujące, uczniowie uczą się współdziałania i współpracy.

- f) Wprowadzenie podstawowych ćwiczeń wokalnych – ćwiczenia na rozśpiewanie.
- g) Prezentacja piosenki *Do, re, mi* – ćwiczenia wyobraźni, nauka pierwszej części piosenki.
- h) Omówienie ćwiczeń – dyskusja w grupie:
  - > Jakie są ulubione zabawy?
  - > Z kim lubimy się bawić?
  - > Kogo niechętnie wybieramy do zabawy i dlaczego?
- i) Wnioski.

Jeśli wybieramy osoby o konkretnych cechach, sami musimy się starać o to, by te cechy w sobie pielęgnować, a eliminować te, które przeszkadzają nam u innych. W zabawie warto zwrócić uwagę na potrzeby i oczekiwania wszystkich jej uczestników. W sytuacjach spornych należy zastanowić się nad sposobem osiągnięcia kompromisu.

- j) Podsumowanie zajęć.

Sposób przeprowadzenia zajęć zależy od potrzeb i oczekiwań uczniów, a także od kreatywności grupy. Czas realizacji poszczególnych zadań może być różny, modułowy system konstrukcji zajęć umożliwia skrócenie lub wydłużenie czasu trwania wybranych elementów, można też zrezygnować z wykonania wszystkich zadań, a wybrać te, które najlepiej służyć będą uczniom.

Przebieg zajęć powinien być dynamiczny, by utrzymać zainteresowanie uczniów na wysokim poziomie. Zmiany rodzajów aktywności przeciwdziałają znużeniu i uczuciu zmęczenia dzieci, które dopiero uczą się koncentrowania uwagi na zadaniach szkolnych.

Prowadzenie zajęć dla uczniów w wieku wczesnoszkolnym należy powierzyć profesjonalistom, legitymującym się wysokim poziomem kompetencji zawodowych. Powodzenie w realizacji zajęć muzykoterapeutycznych i zajęć muzycznych z elementami muzykoterapii uwarunkowane jest

w dużym stopniu umiejętnościami praktycznymi i doświadczeniem osób prowadzących zajęcia.

Zajęcia z dziećmi w wieku wczesnoszkolnym stanowią jeden z wielu obszarów działań i badań wrocławskich muzykoterapeutów. Pozytywne reakcje i zainteresowanie tą formą pracy ze strony dzieci, rodziców, opiekunów i nauczycieli pozwalają przypuszczać, że zajęcia oparte na technikach muzykoterapeutycznych będą coraz częściej realizowane w placówkach oświatowych.

## Bibliografia

- Bauman Zygmunt, *Etyka ponowoczesna*. Warszawa 1996.
- Białkowski Andrzej, Sacher Wiesława, *Standardy edukacji muzycznej*. Warszawa 2010.
- Bonar Jolanta, *Czy szkoła jest miejscem twórczości rzeczywiście stymulowanej*. W: *Edukacja alternatywna w XXI wieku*. Red. Zbyszko Melosik, Bogusław Śliwerski. Poznań-Kraków 2013.
- Boyd Denis, Bee Helen, *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań 2008.
- Gooding Lori F., *The Effect of a Music Therapy Social Skills Training Program on Improving Social Competence in Children and Adolescents with Social Skills Deficits*. „Journal of Music Therapy” Vol. 48 (2011) 4, s. 440–482.
- Kloepfel Renate, Vliex Sabine, *Rytmika w wychowaniu i terapii*. Warszawa 1995.
- Klus-Stańska Dorota, Kruk Jolanta, *Tworzenie warunków dla rozwojowej zmiany poznawczej i konstruowanie wiedzy przez dziecko*. W: *Pedagogika wczesnoszkolna – dyskursy, problemy, rozwiązania*. Red. Dorota Klus-Stańska, Maria Szczepaska-Pustkowska. Warszawa 2009, s. 457–504.
- Melosik Zbyszko, *Teoria i praktyka edukacji wielokulturowej*. Kraków 2007.
- Regner Anna, *Arteterapia w szkole integracyjnej*. „Muzykoterapia Polska” (2003), nr 1(5), s. 37–42.
- Rickson Daphne, McFerran Katrina, *Music therapy in special education. Where Are We Now?* „Kairaranga” Vol. 8 (2007) Issue 1, s. 40–47.
- Sacher Wiesława, *Słuchanie muzyki a kształtowanie emocjonalne dzieci*. Katowice 2004.
- Sacks Olivier, *Muzykofilia*. Poznań 2009.
- Shuter-Dyson Rosmund, Clive Gabriel, *Psychologia uzdolnienia muzycznego*. Warszawa 1986.
- Sloboda John, *Umysł muzyczny. Poznawcza psychologia muzyki*. Warszawa 2002.



Suświłło Małgorzata, *Psychopedagogiczne uwarunkowania wczesnej edukacji muzycznej*. Olsztyn 2001.

Szulc Wita, *Sztuka w służbie medycyny. Od antyku do postmodernizmu*. Poznań 2001.

Tyszkowa Maria, *Aktywność i działalność dzieci i młodzieży*. Warszawa 1990.

Weiner Agnieszka, *Kompetencje muzyczne dzieci w młodszym wieku szkolnym*. Lublin 2010.

## Źródła internetowe

Apel Zespołu Ekspertów Polskiej Rady Muzycznej w sprawie nauczania muzyki w szkołach ogólnokształcących, [www.muzykajest.pl/powszechna-edukacja-muzyczna/analizy-i-zadania/135.html](http://www.muzykajest.pl/powszechna-edukacja-muzyczna/analizy-i-zadania/135.html) (data dostępu: 3.09.2014).

Komisja Europejska/EACEA/Eurydice, 2012. *Developing Key Competences at School in Europe: Challenges and Opportunities for Policy. (Rozwijanie kompetencji kluczowych w szkołach w Europie. Wyzwania i możliwości tworzenia polityki edukacyjnej) Raport Eurydice*. Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej [online]. Dostęp: [http://eurydice.org.pl/wp-content/uploads/2013/03/Developing\\_Key\\_Competences\\_pl.pdf.pdf](http://eurydice.org.pl/wp-content/uploads/2013/03/Developing_Key_Competences_pl.pdf.pdf) (data dostępu: 16.15.2016).

Podstawa programowa kształcenia ogólnego dla szkół podstawowych, [http://men.gov.pl/wp-content/uploads/2014/08/zalacznik\\_2.pdf](http://men.gov.pl/wp-content/uploads/2014/08/zalacznik_2.pdf) (data dostępu: 22.07.2015).

---

**DANIELA COLONNA-KASJAN** – doktor nauk społecznych w zakresie pedagogiki, muzykoterapeuta, starszy wykładowca w Zakładzie Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Pracuje jako muzykoterapeuta i nauczyciel muzyki z dziećmi i młodzieżą z klas integracyjnych, prowadzi zajęcia z muzykoterapii dla pacjentów Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Psychicznego. Jest autorką programów własnych edukacji muzycznej z elementami muzykoterapii. Jej zainteresowania koncentrują się wokół zagadnień związanych z aktywnością muzyczną i kształtowaniem kompetencji społecznych dzieci oraz z wykorzystaniem technik muzykoterapeutycznych we wspomaganiu rozwoju dzieci i młodzieży z dysfunkcjami.

---

# MODEL TYFLOMUZYKOTERAPII DZIECI

Paweł Cylulko » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

» **Streszczenie:** Celem niniejszej pracy jest zaprezentowanie modelu tyfłomuzykoterapii, czyli muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnością wzrokową. Zasadniczą cechą modelu, różniącą go od innych modeli postępowania muzykoterapeutycznego, jest bezwzrokowe stosowanie środków oddziaływania oraz posługiwanie się programem terapeutycznym niewymagającym od pacjenta percepcji wzrokowej. Model ten został wypracowany w Zakładzie Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. W artykule autor, dyplomowany pedagog muzyczny i dyplomowany muzykoterapeuta, dzieli się swoim dwudziesto-pięcioletnim doświadczeniem zawodowym. Dokonuje także próby usystematyzowania podstawowych terminów, pojęć i definicji z dziedziny tyfłomuzykoterapii.

**Słowa kluczowe:** dzieci z niepełnosprawnością wzrokową, model muzykoterapii, tyfłomuzykoterapia.



## Wprowadzenie

Dla osoby z niepełnosprawnością wzrokową muzyka jest najbliższą i najprzystępniejszą ze wszystkich sztuk pięknych. Jej percepcja, odtwarzanie i tworzenie nie są bowiem w żaden sposób ograniczone ani utrudnione. W niej i dzięki niej osoba taka odkrywa drzemiące w sobie artystyczne

możliwości, a tym samym pełniej odczuwa intuicyjność swojego twórczego działania. Uprawiając muzykę, osoba ta jest całkowicie wolna, niezależna i w pełni autonomiczna, gdyż niepełnosprawność oraz jej skutki nie zaburzają procesu percepcji i przeżywania tego rodzaju sztuki<sup>1</sup>. Te pozytywne doświadczenia przenoszone są z obszaru muzyki na codzienne funkcjonowanie, przyczyniając się przez to do podnoszenia standardu jakości życia<sup>2</sup>. Można powiedzieć, iż człowiek z niepełnosprawnością wzrokową ma pełne możliwości przeżywania sztuki muzycznej i czerpania z niej wielu prozdrowotnych korzyści. Stwierdzenie to leży u podstaw zastosowania modeli postępowania muzykoterapeutycznego w pracy z tą populacją.

Anita L. Steele i Celeste Crawford twierdzą, iż muzykoterapia dzieci z niepełnosprawnością wzrokową jest integrowaniem struktur muzycznych z metodami wychowawczymi w celu niwelowania nieprawidłowych zachowań oraz stymulowania ich indywidualnego rozwoju osobniczego<sup>3</sup>. Autorki jednak dodają, iż tego typu interwencja w dzisiejszych czasach nadal jest traktowana jako nowe i nietradycyjne podejście rehabilitacyjne. Zarówno w teorii, jak i praktyce bardzo często przypisuje się tej odmianie arteterapii drugorzędne znaczenie. Uwarunkowane jest to wieloma różnymi czynnikami. Jeden z nich stanowi przywiązywanie większej wagi do usprawniania psychomotorycznego osób niepełnosprawnych, nauczania czynności dnia codziennego, orientacji przestrzennej, lokomocji, pisma Braille'a itp. Do tego dochodzą jeszcze stereotypy myślowe i uprzedzenia, wśród których dominuje przekonanie, iż każdy niewidomy człowiek ma wrodzone i nadzwyczajne zdolności muzyczne, głównie absolutny słuch, szczególne poczucie rytmu, wybitną pamięć muzyczną itp. Uważa się przy tym, iż zdolności te rzekomo

---

1 » Hans Helmut Decker-Voigt, *Musiktherapeutische Hilfen für die Begleitung von Blinden und Sehbehinderten*. „Musiktherapeutische Umschau” T. 15 (1994) z. 2, s. 137.

2 » Frances M. Wolf, *Music Therapy with the Blind*. „The Journal of British Music Therapy” Vol. 9 (1978) No. 3, s. 29.

3 » Anita L. Steele, Celeste Crawford, *Music Therapy for the Visually Impaired*. „Education of the Visually Handicapped” Vol. 14 (1982) No. 2, s. 56.

idą w parze z niesprawnością wzrokową i są niejako rekompensatą kalektwa<sup>4</sup>. Z takiego błędnego myślenia można byłoby niesłusznie wnioskować, że w pracy z tą populacją niepotrzebne jest stosowanie oddziaływań muzycznych i muzykoterapeutycznych, gdyż osoby te niejako tego nie potrzebują.

We współczesnej literaturze przedmiotowej zagadnienia dotyczące muzykoterapii osób z niepełnosprawnością wzrokową nieczęsto są poruszane, a jeżeli już, to zbyt ogólnie, a czasem nawet marginalnie. Pojedyncze prace można spotkać w czasopismach lub publikacjach zbiorowych z zakresu pedagogiki i rehabilitacji. Dotyczą one głównie aktywności muzycznej niepełnosprawnych wzrokowo dzieci, kształconej w ramach edukacji ogólnej i muzycznej, lub ich udziału w amatorskim ruchu muzycznym. Najczęściej artykuły te mają popularny lub popularnonaukowy charakter i nie zawierają metodycznych wskazówek ani praktycznych wytycznych do realizowania profesjonalnych działań muzykoterapeutycznych. W pracach tych często porusza się problemy edukacji muzycznej, edukacji specjalnej, rehabilitacji i muzykoterapii jako jedno zagadnienie<sup>5</sup>. Zdecydowanie brakuje prac, które w sposób profesjonalny opisują bezwzrokowy charakter działań muzykoterapeutycznych realizowanych z osobami niepełnosprawnymi wzrokowo.

Na początku lat 90. ubiegłego wieku, w momencie, gdy rozpoczynałem pracę zawodową z zakresu muzykoterapii i pedagogiki muzycznej, ani teoretyczna, ani też praktyczna wiedza muzykoterapeutyczna na temat osób z niepełnosprawnością wzrokową nie była ujęta w jeden spójny naukowo-praktyczny system. Brakowało między innymi wyczerpującej definicji tej formy muzykoterapii i odpowiedniego terminu na jej właściwe określenie. Zarówno w fachowej literaturze, jak i w praktycznym doświadczeniu przekazywanym przez specjalistów nie było gotowych modeli tego typu postępowania terapeutycznego, przystosowanych do

4 » X. Pfammatter, *Music as a Leisure-Time Occupation for the Blind*. „Review of the European Blind” (1988) No. 2(60), s. 28.

5 » M. Turkalj, Darko Breitenfeld, J. Hrvoj, *Musiktherapie beisehbehinderten Personen*. „Anali Klinicke bolnice »Dr M. Stojanović«”, t. XIII (1974) nr 3, s. 365.

pracy z osobami niepełnosprawnymi wzrokowo. Obecnie nadal odczuwa się ich brak. Wszystko to powoduje, iż muzykoterapia nie może w pełni uzyskać właściwego miejsca wśród innych dyscyplin zajmujących się terapią, rehabilitacją i edukacją osób z niepełnosprawnością wzrokową.

## Geneza i historia modelu oraz terminy, pojęcia, definicje

Model tyflomuzykoterapii zacząłem opracowywać na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku już jako magister edukacji muzycznej i słuchacz studiów magisterskich z zakresu muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Wówczas to jako wolontariusz prowadziłem zajęcia muzykoterapeutyczne w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym dla Dzieci Niewidomych im. Marii Grzegorzewskiej we Wrocławiu. Od roku 1993 kontynuowałem prace nad modelem jako asystent, a następnie adiunkt i starszy wykładowca w Zakładzie Muzykoterapii wspomnianej uczelni. Początkowo inspiracje do jego opracowania czerpałem głównie z osobistych doświadczeń rodzących się pod wpływem uprawianej sztuki muzycznej oraz realizowanej praktyki klinicznej. Model ten jest oparty na mojej autorskiej koncepcji muzykoterapii osób z niepełnosprawnością wzrokową, zwanej koncepcją tyflomuzykoterapii, przy czym jest on cały czas rozwijany i udoskonalany w zakresie podstaw teoretycznych, metodyki pracy terapeutycznej oraz nauczania tej formy oddziaływania w myśl polskiej naukowej koncepcji muzykoterapii autorstwa Tadeusza Natansona<sup>6</sup>. Ponadto wielokrotnie konsultowałem go z innymi terapeutami, pedagogami, psychologami, rehabilitantami, studentami i rodzicami dzieci niepełnosprawnych.

---

6 » Paweł Cylulko, Joanna Gładyszewska-Cylulko, *Polska naukowa koncepcja muzykoterapii – w trzydziestolecie wydania książki Tadeusza Natansona „Wstęp do nauki o muzykoterapii”*. W: Tadeusz Natanson. *Kompozytor, uczonec, pedagog*. Red. Anna Granat-Janki, Wrocław 2010, s. 173–184; Tadeusz Natanson, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*. Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1979.

Model tyfłomuzykoterapii jest swoistym układem założeń, terminów, pojęć, definicji oraz wzajemnych zależności, służących poznawaniu problemów teoretycznych, praktycznych i badawczych związanych z muzykoterapią osób z niepełnosprawnością wzrokową. Zaprezentowany w nim konstrukt myślowy pozwala na rozeznawanie rzeczywistości człowieka w aspektach etiologii defektu wzroku, jego skutków, terapii i profilaktyki, a tym samym ułatwia pełniejsze poznanie i rozumienie zagadnień tyflogicznych, ich skuteczne badanie oraz właściwe interpretowanie. Dzięki przyjęciu w teorii i praktyce muzykoterapii tego modelu można zredukować specyficzne złożoności, a czasem także nieuniknione zawiłości zarówno pojedynczych problemów, jak i ich zespołów, tych realnie istniejących i tych przewidywanych w przyszłości.

Na potrzeby modelu tyfłomuzykoterapii opracowałem własną definicję muzykoterapii osób z niepełnosprawnością wzrokową. Po raz pierwszy zaproponowałem ją wraz z terminem „tyfłomuzykoterapia” w roku 1995 na konferencji naukowej organizowanej przez Wyższą Szkołę Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie (obecnie Akademia Pedagogiki Specjalnej)<sup>7</sup>. Zarówno definicją, jak i terminem posłużyłem się następnie w referacie zgłoszonym na VIII Światowy Kongres Muzykoterapii, który odbył się w roku 1996 w Wyższej Szkole Muzyki i Teatru w Hamburgu<sup>8</sup>. Do wyodrębnienia tyfłomuzykoterapii jako specjalistycznej subdyscypliny muzykoterapii skłoniła mnie przede wszystkim specyfika percepcji i funkcjonowania osób z niepełnosprawnością wzrokową (bez

---

7 » Mając na uwadze specyfikę funkcjonowania osób z inną niż wzrokowa niepełnosprawnością, a co za tym idzie specyficzny charakter ich muzykoterapii, zaproponowałem także wyodrębnienie dwóch dodatkowych subdyscyplin muzykoterapii: oligofrenomuzykoterapię (w skrócie OMT) i surdomuzykoterapię (w skrócie SMT) na określenie działań muzykoterapeutycznych prowadzonych względem osób z niepełnosprawnością intelektualną i niepełnosprawnością słuchową. Paweł Cylulko, *Tyfłomuzykoterapia jako forma stymulacji rozwoju małych dzieci*. W: *Problemy wczesnej rehabilitacji niewidomych i słabowidzących dzieci*. Red. Grażyna Walczak. Warszawa 1996, s. 75–77.

8 » Paweł Cylulko, *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 1996, s. 187.

udziału wzroku lub przy jego poważnym ograniczeniu), wyjątkowe miejsce sztuki muzycznej w życiu tej populacji, swoiste funkcje i cele muzykoterapii oraz charakterystyczny sposób zastosowania środków oddziaływania (materiału akustycznego, metod, technik terapeutycznych, form aktywności, sposobów realizacji, pomocy, wyposażenia pracowni itp.).

Termin „tyflomuzykoterapia” pochodzi od greckich słów: *typhlós* – niewidomy; *mousiké* – utwory muzyczne, sztuka tworzenia kompozycji z dźwięków, ich odtwarzania głosem ludzkim lub na instrumentach muzycznych; *therapeía* – leczenie, działalność medyczna mająca na celu przywracanie ludziom zdrowia i sprawności psychofizycznej za pomocą leków i zabiegów<sup>9</sup>. Sformułowana na potrzeby omawianego modelu definicja tyflomuzykoterapii brzmi następująco: tyflomuzykoterapia (w skrócie TMT) jest muzykoterapią osób z niepełnosprawnością wzrokową stosującą w sposób wieloraki sztukę muzyczną oraz inne zjawiska akustyczne (niemuzyczne) w celu stymulowania, rozwijania, korygowania i kompensowania zaburzonych funkcji organizmu (np. poznawczych, orientacyjnych, lokomocyjnych, komunikacyjnych) oraz optymalnego przysposobienia do życia bez udziału wzroku lub przy jego poważnym osłabieniu. Między innymi ta forma terapii określa, jakim warunkom powinien odpowiadać proces muzykoterapeutyczny, w jaki sposób należy stosować środki oddziaływania i program terapeutyczny względem omawianej grupy pacjentów oraz jakie zadania stoją przed tyflomuzykoterapeutą.

Model TMT charakteryzuje się bezwzrokowym nastawieniem do działań terapeutycznych realizowanych z osobami niepełnosprawnymi wzrokowo. Cecha ta w zasadniczy sposób odróżnia go od innych stosowanych współcześnie modeli postępowania muzykoterapeutycznego. Model ten swoimi podstawami teoretycznymi sięga do wiedzy z zakresu różnych dyscyplin, szczególnie takich, jak: muzykoterapia (według Tadeusza Natanson'a i Andrzeja Janickiego), pedagogika specjalna (w myśl koncepcji Marii Grzegorzewskiej, Zofii Sękowskiej i Władysława Dykciaka) oraz edukacja muzyczna (zgodnie z założeniami Carla Orffa, Émila

---

9» Paweł Cylulko, *Tyflomuzykoterapia dzieci. Teoria i praktyka muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnością wzrokową*. Wrocław 2004, s. 93.

Jaques-Dalcroze'a i Zoltána Kodályja). Założenia modelu nieustannie się zmieniają wraz z jego rozwojem i są zależne głównie od przyjmowanej definicji niepełnosprawności, konceptualizacji miejsca osoby z niepełnosprawnością w społeczeństwie oraz postulatów i paradygmatów muzykoterapii i dyscyplin jej pokrewnych. Na jego kształt od samego początku mieli i nadal mają wpływ przede wszystkim uczestniczący w zajęciach pacjenci, ich predyspozycje, oczekiwania, możliwości, potrzeby, zainteresowania, szczególnie charakter pracy z nimi, stopień udziału ich rodzin w procesie terapeutycznym oraz przemijający czas. Model TMT swoimi założeniami nawiązuje głównie do koncepcji psychologii humanistycznej, stawiając w centrum zainteresowań człowieka, w tym przypadku osoby z niepełnosprawnością wzrokową. Dużą wagę przywiązuje do jego indywidualności, autonomii, niepowtarzalności, a przez to do jego osobistych odczuć, doznań, kreatywności i twórczości artystycznej. Swym zakresem model ten obejmuje wzajemne oddziaływanie tyfłomuzykoterapeuty, pacjenta i muzyki, przez co spełnia jedną z podstawowych zasad, jaką jest partnerstwo nakazujące odwoływanie się do osobowości pacjenta poprzez jego podmiotowe traktowanie. Takie podejście do pacjenta wskazuje na charakter oddziaływań kierowanych pod jego adresem i ukierunkowuje je na pozytywne potencjały tkwiące w nim samym, a przez to na jego świadomy i aktywny udział w działaniach TMT. Humanistyczne podejście, a jednocześnie holistyczne spojrzenie na problemy, oczekiwania, możliwości i zdolności osoby uczestniczącej w działaniach TMT oraz jej najbliższego środowiska społecznego zapewniają optymalne warunki sprzyjające pełnemu indywidualnemu rozwojowi jej osobowości<sup>10</sup>. Tyfłomuzykoterapeuta cały czas przyjmuje aktywną postawę zarówno względem pacjenta i muzyki, jak i relacji pacjent–muzyka. Dzięki temu nieustannie skoncentrowany jest na pacjencie, który przejawia bezwzrokową, zadaniową, zabawową i muzyczną aktywność werbalną, wokalną, ruchową i na prostych instrumentach muzycznych. Pacjent doświadcza tego samego, czego doświadcza terapeuta, z tą jednak różnicą, że jest to

---

10» Tadeusz Majewski, *Psychologia niewidomych i niedowidzących*. Warszawa 1983, s. 274.



doświadczenie bez udziału wzroku lub przy jego bardzo dużym ograniczeniu. Chodzi tu głównie o słuchowe, dotykowe, kinestetyczne, węchowe i smakowe twórcze odczucia i działania oparte na tych wrażeniach. W przypadku słabowzroczności pacjenta dodatkowo dochodzą jeszcze w bardzo ograniczonym stopniu i zakresie doznania wzrokowe. Temu wszystkiemu towarzyszy bezwzrokowa interakcja pomiędzy terapeutą a pacjentem, rozwijająca się w wyniku doznań słuchowych, dotykowo-kinestetycznych, węchowych, zapachowych i smakowych. Jest to nietypowa, bo bezwzrokowa, muzyczno-dźwiękowa relacja. Poprzez nią terapeuta, wspomagając pacjenta, daje mu oparcie w sztuce muzycznej i TMT. Może ona mieć, jak pisze Mercédès Pavlicevic, przyjazny, emocjonalny i dynamiczny charakter<sup>11</sup>. W miejsce brakujących doznań wizualnych terapeuta proponuje nieograniczony obszar nowych bezwzrokowych możliwości, wzbogaconych zarówno o aspekt muzyczny, jak i terapeutyczny. Dzięki nim pacjent postrzega siebie i otoczenie w inny sposób, przy czym pozawizualna rzeczywistość nabiera dla niego nowego wymiaru. Pozwala to pacjentowi na doświadczanie bezpieczeństwa, intymności, wspólnoty i więzi międzyludzkich w ramach muzykoterapii<sup>12</sup>. Świadomego bezwzrokowego korzystania z dobrodziejstw sztuki muzycznej i muzykoterapii należy uczyć go od najwcześniejszych lat życia. Wdrażanie do korzystania z prozdrowotnych walorów sztuki muzycznej można nazwać wychowaniem do muzykoterapii<sup>13</sup>. Może się ono odbywać w domu dziecka, żłobku, przedszkolu, szkole, szpitalu, ośrodku rehabilitacyjnym.

Model tyflomuzykoterapii został do tej pory udokumentowany w trzech książkach mojego autorstwa oraz kilkadziesiąt artykułach

---

11 » Mercédès Pavlicevic, *Dynamic Interplay in Clinical Improvisation*. „The Journal of British Music Therapy” 1990, Vol. 4, No. 2, s. 5–9.

12 » Kay Sobey, *Out of Sight – Out of Mind?, Reflections on a Blind Young Woman’s Use of Music Therapy*. „The Journal of British Music Therapy” 1999, Vol. 7, No. 2, s. 8; Hans Helmut Decker-Voigt, *op. cit.*, s. 140–141; Rita C. Lam, Cecilia Wang, *Integrating Blind and Sighted Through Music*. „Music Educators Journal” 1982, Vol. 68, No. 8, s. 44–45.

13 » Paweł Cylulko, *Therapy and Upbringing of Visually Impaired Children by the Use of Music*. W: *Essays on Education through Art Time Passing and Time Enduring*. Red. Mariusz Samoraj. Warszawa 2002, s. 256–260.

naukowych wydanych drukiem w ramach wieloautorskich monografii. W pierwszej monografii, pt. *Muzykoterapia w rehabilitacji ruchowej dzieci niewidomych i słabo widzących*, zaprezentowałem wyniki badań empirycznych prowadzonych nad ewaluacją modelu tyfłomuzykoterapeutycznego<sup>14</sup>. W drugiej publikacji, zatytułowanej *Muzykoterapia niewidomych i słabowidzących dzieci. Poradnik metodyczny*, zawarłem praktyczne wskazówki metodyczne niezbędne do wdrażania modelu do placówek rehabilitacyjnych i szkolnictwa specjalnego<sup>15</sup>. Trzecia książka, *Tyfłomuzykoterapia dzieci. Teoria i praktyka muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnością wzrokową*, pełni funkcję skryptu dla słuchaczy studiów wyższych na specjalności muzykoterapia<sup>16</sup>. Wraz z omawianym modelem opracowałem także autorski program nauczania przedmiotu tyfłomuzykoterapia, który realizowany jest od 1993 roku na studiach wyższych (dziennych i podyplomowych) prowadzonych przez Akademię Muzyczną im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Aspekty muzykoterapii osób z niepełnosprawnością wzrokową zostały także włączone do programów kształcenia na innych polskich uczelniach. Od samego początku powstania modelu prowadzę również szkolenia z zakresu tej formy arteterapii dla nauczycieli, wychowawców, pedagogów, innych specjalistów, rodziców i opiekunów dzieci z niepełnosprawnością wzrokową.

## Specyfika i struktura modelu – wskazania oraz przeciwwskazania do jego stosowania

Populacja z trwałym uszkodzeniem wzroku stanowi bardzo złożoną pod względem stopnia i zakresu defektu społeczność. Składa się ona z dzieci,

14 » Paweł Cylulko, *Muzykoterapia w rehabilitacji ruchowej dzieci niewidomych i słabowidzących*. Warszawa 1998.

15 » Paweł Cylulko, *Muzykoterapia niewidomych i słabowidzących dzieci. Poradnik metodyczny*. „Zeszyt Tyflogiczny” 1999, nr 16.

16 » Paweł Cylulko, *Tyfłomuzykoterapia dzieci...*

młodzieży i osób dorosłych całkowicie niewidomych, szczerkowo widzących, słabowidzących, niejednokrotnie z dodatkowymi trwałymi niepełnosprawnościami i przewlekłymi chorobami. Przykładowo osoby całkowicie niewidome orientują się w otaczającej je rzeczywistości, kontrolują zachowania swoje i innych osób, komunikują się, uzyskują informacje w sposób bezwzrokowy, tj. dotykiem i słuchem, w dalszej kolejności węchem i smakiem. Natomiast osoby słabowidzące posługują się głównie zachowanymi resztkami wzroku, i to w bardzo ograniczonym stopniu, a następnie słuchem, dotykiem, węchem i smakiem. Funkcjonowanie wszystkich tych osób wygląda w wielu aspektach nietypowo. Przyczyną tego jest przede wszystkim całkowicie uniemożliwiona lub w dużym stopniu ograniczona percepcja wzrokowa oraz wynikające z tego liczne i różnorodne wtórne skutki, które implikują wiele zagadnień psychofizjologicznych, emocjonalnych i społecznych dotyczących tych osób. W praktyce generuje to charakterystyczne podejście do osób z niepełnosprawnością wzrokową i ich muzykoterapii, polegające na wyznaczeniu dostosowanych do ich percepcji i funkcjonowania celów i zadań terapii, opracowaniu programu terapeutycznego niewymagającego percepcji wzrokowej oraz bezwzrokowego zastosowania środków oddziaływania, tj.: materiału akustycznego, metod, technik terapeutycznych, form aktywności, sposobów realizacji, rekwizytów, wyposażenia pracowni, scenariuszy i struktur sesji terapeutycznych. Takie podejście do muzykoterapii można nazwać tyflogicznym. U osób całkowicie niewidomych i szczerkowo widzących pierwszeństwo mają oddziaływania oparte głównie na wrażeniach dotykowych i słuchowych. U słabo widzących dodatkowo jeszcze stymulująco działa uszkodzony wzrok. Terapeuta modyfikuje środki oddziaływania, dostosowując je do większych rozmiarów, zróżnicowanych kształtów, faktur, powiększonego druku, kontrastowego tła, intensywniejszych barw, smaków, zapachów, oraz konstruuje całkiem nowe pod kątem prowadzonych działań<sup>17</sup>. Posługując się nimi, cały czas stosuje zasadę po-

---

17 » Ciekawe propozycje niekonwencjonalnego zastosowania środków oddziaływania można odnaleźć w pracach: Markus Rummel, *Ein Bad in Vibrationen, Das Klavier in der Musiktherapie mit Taubblinden*. „Musiktherapeutische Umschau” t. 13 (1992) z. 2, s. 109–111; Rita C. Lam, Cecilia Wang, *op. cit.*, s. 44–45.

głędowości, w tym m.in. instruktazu słownego i oglądu dotykiem. Tak więc z terapii eliminowane są te sposoby oddziaływania, których powodzenie uwarunkowane jest bezpośrednim niezaburzonym poznawaniem wzrokowym, co stanowi cechę charakterystyczną modelu. W praktyce klinicznej wymaga to od tyfłomuzykoterapeuty przede wszystkim podejścia bezwzrokowego oraz umiejętności „przestrojenia się” ze sposobów oddziaływania terapeutycznego opartych na wrażeniach wzrokowych na sposoby oddziaływania ukierunkowane jedynie na doznania i informacje słuchowe, dotykowo-kinestetyczne, węchowe i smakowe.

Tyfłomuzykoterapia realizowana zgodnie z założeniami modelu pełni różnorodne funkcje: diagnostyczną, rozwojową, fizjoterapeutyczną, psychoterapeutyczną, wychowawczą, integracyjną (wspólnotową), rekreacyjno-ludyczną, estetyczną i adaptacyjną. Głównym celem zajęć terapeutycznych jest wspomaganie indywidualnego rozwoju osób z niepełnosprawnością wzrokową, usprawnianie zaburzonych funkcji oraz doskonalenie wzajemnego ich współdziałania. Do innych, równie ważnych, celów można zaliczyć m.in.:

- > motywowanie do aktywności poznawczej i zabawowej;
- > wyzwalanie i korygowanie ekspresji (np. ruchowej, słownej, głosowej, plastycznej);
- > przełamywanie niechęci do pokonywania przeszkód;
- > stymulowanie zachowanych zmysłów: słuchowego, dotykowego, kinestetyczno-ruchowego i wzrokowego (u dzieci słabo widzących);
- > ułatwianie akceptacji siebie, niepełnosprawności i jej skutków;
- > podnoszenie samooceny, wyrabianie samodzielności, zaradności życiowej oraz wzmacnianie wiary we własne siły i możliwości;
- > redukcja lęku, niepokoju, kanalizowanie oraz sublimowanie agresji;
- > zwiększanie poczucia bezpieczeństwa oraz obniżanie nadmiernej napięcia psychofizycznego i emocjonalnego;
- > korygowanie nieprawidłowych zachowań społecznych, uczenie nawiązywania i podtrzymywania kontaktów interpersonalnych z innymi osobami oraz współdziałania w grupie rówieśniczej;

- > poprawianie nastroju, samopoczucia, dostarczanie przyjemności, radości i poczucia satysfakcji;
- > usprawnianie psychoruchowe (głównie lokomocji i manipulacji), doskonalenie autoorientacji (w schemacie własnego ciała) i orientacji w przestrzeni oraz czynności samoobsługowych (ubieranie, jedzenie, mycie itp.) i gospodarczych (sprzątanie, pranie, przyrządzanie posiłków itp.);
- > doskonalenie mowy, dyspozycji umysłowych (myślenia, uwagi, zapamiętywania itp.);
- > korygowanie nieprawidłowej postawy ciała oraz redukovanie blindyzmów (blaindyzmów).

Strukturę modelu TMT tworzy układ zbudowany z zasadniczych jej elementów (części składowych) oraz wzajemnych powiązań pomiędzy nimi. Nadaje ona modelowi organizację, jedność i stabilność wewnętrzną, a tym samym zapewnia prowadzonym działaniom terapeutycznym merytoryczną poprawność, skuteczność i efektywność. Natomiast elementy mające zarówno terapeutyczny, jak i artystyczny, organizacyjny charakter, stanowią jego podstawę i są właściwe pracy z osobami niepełnosprawnymi wzrokowo. Do zasadniczych elementów modelu TMT można zaliczyć:

- > termin i pojęcie „tyflomuzykoterapia”;
- > funkcje i cele TMT;
- > środki oddziaływania TMT;
- > program TMT;
- > warunki i sposoby realizowania procesu TMT;
- > strukturę sesji TMT;
- > wczesne zapoczątkowanie oddziaływania TMT;
- > aktywny udział rodziny w procesie TMT;
- > wychowanie do TMT;
- > integrowanie TMT z elementami edukacji muzycznej,
- > wychowanie poprzez TMT;
- > tyflomuzykoterapeutę.

Ze strukturą modelu powiązane są ściśle etapy postępowania TMT, trwające w czasie i wynikające z jego merytorycznych, organizacyjnych i artystycznych założeń. Można do nich zaliczyć:

- > prowadzenie działalności promującej, profilaktycznej i edukacyjnej w środowisku pacjenta poddanego TMT (poprzez pogadanki, zajęcia pokazowe, publikacje itp.);
- > wstępne diagnozowanie (stawianie diagnozy początkowej) pacjenta (jego ograniczeń, potrzeb, możliwości, zainteresowań, potencjałów, oczekiwań itp.) oraz funkcjonowania jego najbliższego środowiska (przyjmowanych postaw, panującej atmosfery itp.);
- > tworzenie, modyfikowanie i weryfikowanie narzędzi do czynności diagnostycznych;
- > określanie wskazań i przeciwwskazań do stosowania TMT, jej rodzaju, etapów i czasu trwania (indywidualnej, grupowej, receptywnej, aktywnej, integracyjnej, segregacyjnej itp.);
- > definiowanie celów i zadań działań TMT (bieżących oraz długoterminowych);
- > programowanie postępowania TMT (w tym specyficznego zastosowania środków oddziaływania);
- > realizowanie działań TMT (zarówno indywidualnych, jak i grupowych);
- > ponowne diagnozowanie (stawianie diagnozy cząstkowej) i w zależności od potrzeb modyfikowanie wcześniej ustalonego programu TMT;
- > realizowanie dalszych działań TMT;
- > ocenianie, konsultowanie skuteczności i efektywności procesu TMT z pacjentem, jego rodziną i innymi specjalistami.

Struktura i etapowość modelu TMT służy realizowaniu założonych celów i zadań, osiągnięciu lepszego ustrukturalizowania, przewidywalności, stabilności i bezpieczeństwa prowadzonych działań muzykoterapeutycznych. Mając na względzie dobro zarówno poszczególnych pacjentów, jak i grup terapeutycznych, nie powinno się żadnego elementu ani etapu modelu pomijać czy zastępować innym.

Mimo że model TMT pierwotnie opracowałem z myślą o dzieciach z niepełnosprawnością wzrokową, to jednak może on być również wykorzystywany w pracy z młodzieżą i osobami dorosłymi (z dodatkowymi chorobami, defektami i deficytami rozwojowymi) znajdującymi się

w różnych sytuacjach życiowych. Warunkiem udziału w sesjach TMT jest trwały defekt wzroku oraz przejawianie różnorodnych problemów natury fizycznej, psychomotorycznej, umysłowej oraz emocjonalnej i społecznej, trudności i nieprawidłowości utrudniających codzienne funkcjonowanie, nie zawsze wynikających z samego defektu wzroku i jego wtórnych skutków.

Tyflomuzykoterapeuta nie ogranicza się tylko i wyłącznie do sfery „czysto muzycznej”<sup>18</sup>. Do celów terapeutycznych stosuje w takim samym stopniu zarówno sztukę muzyczną, jak i różnorodne niemuzyczne zjawiska dźwiękowe. Tak więc na materiał akustyczny składają się: sztuka muzyczna (piosenki, pieśni, utwory instrumentalne, wokalne, wokально-instrumentalne, akompaniamenty, tańce, ścieżki dźwiękowe filmów, teledyski itp.), inne niemuzyczne zjawiska dźwiękowe (np. pojedyncze dźwięki, szумы, szmery, szelesty, trzaski, stuki) oraz cisza. Właściwie programowany materiał akustyczny w zasadniczym stopniu warunkuje powodzenie działań TMT poprzez dostarczanie pacjentom:

- > doznań emocjonalno-estetycznych;
- > informacji poznawczych (służących poznawaniu odgłosów wydawanych przez przedmioty oraz różnorodne zjawiska akustyczne);
- > informacji orientacyjnych (służących orientowaniu się w schemacie własnego ciała, przestrzeni i poruszaniu się w niej);
- > informacji kontrolnych (służących śledzeniu działalności praktycznej – wykonywaniu ruchów, czynności dnia codziennego itp.);
- > informacji komunikatywnych (służących nawiązywaniu i podtrzymywaniu kontaktów interpersonalnych i porozumiewaniu się z innymi osobami).

Wszystkie te informacje i doznania są bardzo istotne dla prawidłowego rozwoju i funkcjonowania dzieci niepełnosprawnych wzrokowo. Dawkowane w niewłaściwy sposób mogą wprowadzać niepotrzebny chaos i zamęt w interpretowaniu otaczającej je rzeczywistości. Przestrzeń akustyczna z jednej strony nie może być wzbogacana zbyt dużą liczbą

---

18» Halina Zamecka, *Metody działania muzykoterapeuty w pracy z dziećmi z uszkodzonym wzrokiem*. „Szkoła Specjalna” 1985, nr 3, s. 194.

bodźców słuchowych i ich nadmierną intensywnością, z drugiej zaś nie może być zubożana małą liczbą bodźców i niewystarczającą siłą ich oddziaływania. Musi być ona dla pacjenta (zwłaszcza małego) w każdej chwili terapii czytelna i zrozumiała, gdyż jest ona dla niego dostępna jedynie słuchem (i to w ograniczonym wymiarze). W tym miejscu warto zatrzymać się nad ciszą jako bardzo ważnym zjawiskiem akustycznym, językowym, muzycznym i terapeutycznym. Ze względu na kompensacyjną rolę słuchu osób z niepełnosprawnością wzrokową jest ona bardzo ważnym środkiem oddziaływania stosowanym w modelu TMT – podobnie jak dźwięki muzyczne i niemuzyczne. Najczęściej w literaturze w ogóle nie porusza się zagadnień dotyczących terapeutycznego znaczenia ciszy, która umożliwia przekazywanie tego, czego ani środkami werbalnymi, ani też muzycznymi nie można wyrazić, oddać, przedstawić. W życiu osoby z niepełnosprawnością wzrokową niejednokrotnie brakuje miejsca na wybrzmiewanie ciszy, a czasem nawet przyzwolenia na jej zaistnienie. Zmysł słuchu takiej osoby jest cały czas w stanie gotowości do działania, a niejednokrotnie nawet nieustannej pracy. Wynikać to może m.in. z ciągłego poszukiwania licznych i różnorodnych doznań i informacji słuchowych (nie tylko muzycznych), rekompensujących w sposób częściowy i ograniczony brak lub znaczne zaburzenie doznań wizualnych. Podobnie pozostałe środki oddziaływania stosowane w modelu TMT nie mogą być źródłem z jednej strony mało wyrazistych bodźców słuchowych, dotykowych, kinestetycznych, smakowych czy węchowych, z drugiej zaś – zbyt intensywnych, a czasem nawet wręcz przytłaczających stymulatorów.

Innym przeciwwskazaniem do prowadzenia działań terapeutycznych może być niewłaściwa kubatura, umeblowanie, wyposażenie i oświetlenie pracowni tyfłomuzykoterapeutycznej, gdyż wszystko to bardzo mocno utrudnia osobie z niepełnosprawnością wzrokową orientację przestrzenną, lokomocję, zniekształca odbiór mowy ludzkiej, muzyki tworzonej „na żywo” lub odtwarzanej z nagrań, a przede wszystkim powoduje u niej odczucie zmęczenia, zdenerwowania, zagubienia i zagrożenia. Podobnie rzecz się ma z jakością i stanem technicznym instrumentów muzycznych oraz sprzętu odtwarzającego i nagrywającego muzykę



oraz obraz. Ponadto niedopuszczalne są w tym pomieszczeniu stopnie, słupy, wystające przedmioty, ostre krawędzie, zwijające się dywany, wykładziny, śliska podłoga, zbyt jaskrawe ściany czy zupełne zaciemnienie.

## Przykładowe techniki terapeutyczne stosowane podczas sesji tyflomuzykoterapeutycznych

Zasadniczym sposobem oddziaływania terapeutycznego w modelu TMT jest bezwzrokowa muzyczno-dźwiękowa interakcja realizowana najczęściej w formie zabawy z zastosowaniem gestów, ruchów, werbalizacji, wokalizacji i prostych instrumentów muzycznych. Dzięki niej powstają bezwzrokowe sytuacje zabawy z wykorzystaniem konkretnych sposobów postępowania zwanych technikami terapeutycznymi. Techniki te, podobnie jak inne środki oddziaływania, pomagają dzieciom w przyswajaniu czynności samoobsługowych (zabiegi toaletowe, jedzenie, ubieranie się itp.), czynności dnia codziennego (mycie, pranie, sprząatanie itp.), czynności manipulacyjnych (w obrębie palców, dłoni i ramion), czynności lokomocyjnych (chodzenie, bieganie, podskakiwanie itp.). Techniki terapeutyczne różnią się rodzajem aktywności, sposobem posługiwania się dźwiękiem oraz ciałem i stopniem trudności. Przyjmując za kryterium podziału główne cele, którym służą techniki terapeutyczne, można wyodrębnić ich pięć zasadniczych grup:

- > techniki aktywizujące i kompensacyjno-usprawniające (np. ćwiczenia dotykowe, ćwiczenia słuchowe, ćwiczenia poczucia rytmu, śpiewanie piosenek, muzykowanie gestodźwiękami, muzykowanie przedmiotami codziennego użytku, muzykowanie na instrumentach wykonanych własnoręcznie, muzykowanie na prostych instrumentach perkusyjnych, ćwiczenia naturalnych form lokomocji, wykonywanie ruchów naśladujących czynności dnia codziennego, zabawy muzyczno-ruchowe, tańce);
- > techniki wyobrażeniowo-projekcyjne (np. słuchanie muzyki, plastyczne interpretacje muzyki);

- > techniki twórcze (np. improwizacje słowne, improwizacje wokalne, improwizacje muzyczno-ruchowe, ćwiczenia mimiczne);
- > techniki intrapersonalne i interpersonalne (np. improwizacje na dziecięcych instrumentach perkusyjnych, pantomima, psychodrama, zabawa inscenizacyjna z piosenką, rozmowy terapeutyczne);
- > techniki relaksacyjne z podkładem muzycznym (np. ćwiczenia oddechowe, masaż relaksacyjny, trening autogenny Schultza, relaksacja stopniowana Jacobsona).

Niepełnosprawnym dzieciom ze względu na bezwzrokowy sposób percepcji i funkcjonowania bardzo trudno jest się przystosować do nowych, a przez to nieznanych zmian, sytuacji i zdarzeń zachodzących w czasie i przestrzeni. Z tego powodu wskazane jest, by sesje TMT przebiegały według stałego ściśle określonego schematu, przyjętego od początku do końca cyklu spotkań terapeutycznych. Tak więc każda pojedyncza sesja winna składać się z trzech zasadniczych faz: początkowej, właściwej i końcowej. Każda z nich trwa przez określony czas sesji, ma swój początek, przebieg i koniec oraz składa się z zaplanowanego zestawu ćwiczeń i zabaw.

Faza I obejmuje czynności wstępne, mające na celu budowanie wzajemnego zaufania uczestników spotkań TMT, aktywizowanie psychomotoryczne, zwiększanie koncentracji uwagi pacjentów. Ten etap wprowadza członków grupy w atmosferę spotkania i motywuje ich do działania. Faza ta może obejmować m.in.:

- > zapoznanie się z pracownią tyfłomuzykoterapeutyczną, jej umeblowaniem i wyposażeniem (dotykem i słuchem),
- > przywitanie się terapeuty z całą grupą i każdym uczestnikiem z osobna oraz wszystkich uczestników wzajemnie (werbalnie i np. poprzez podanie dłoni),
- > ćwiczenia oddechowe,
- > ćwiczenia poczucia rytmu,
- > improwizacje słowne,
- > śpiewanie piosenek,
- > muzykowanie gestodźwiękami,

- > muzykowanie przedmiotami codziennego użytku,
- > muzykowanie na instrumentach wykonanych własnoręcznie,
- > ćwiczenia naturalnych form lokomocji,
- > wykonywanie ruchów naśladowujących czynności dnia codziennego.

Faza II stanowi właściwy etap spotkania TMT. Zadaniem jej jest rozwój dynamiki grupy, budzenie u pacjentów akceptacji siebie i swojej niepełnosprawności, odczuwania własnej wartości, polepszanie funkcjonowania w grupie, przyswajanie przez jej członków określonych umiejętności (np. prawidłowej komunikacji, tolerancji, empatii, orientacji i poruszania się w przestrzeni). W tej części spotkania można stosować m.in.:

- > ćwiczenia słuchowe,
- > ćwiczenia dotykowe,
- > improwizacje wokalne,
- > improwizacje na dziecięcych instrumentach perkusyjnych,
- > improwizacje muzyczno-ruchowe,
- > zabawy muzyczno-ruchowe,
- > elementy tańców,
- > elementy pantomimy,
- > elementy psychodramy,
- > słuchanie muzyki,
- > plastyczne interpretacje muzyki.

Faza III obejmuje czynności końcowe i ma na celu odreagowanie napięć psychofizycznych, emocjonalnych, wyciszenie, odprężenie pacjentów, a tym samym zakończenie spotkania i pożegnanie się uczestników sesji TMT i terapeuty. Wśród tych czynności mogą się znaleźć m.in.:

- > masaż relaksacyjny,
- > trening autogenny Schultza,
- > relaksacja stopniowana Jacobsona,
- > rozmowy terapeutyczne,
- > podsumowanie spotkania i pożegnanie się uczestników (werbalnie i np. poprzez podanie dłoni),
- > wyjście z pracowni tyflomuzykoterapeutycznej i odnalezienie się poza nią (dotykem i słuchem).

Zaproponowany schemat sesji terapeutycznej wraz z przykładowymi technikami terapeutycznymi stanowi w miarę stałą podstawę do realizowania modelu TMT. Pozwala on pacjentom przewidywać następujące po sobie etapy działań muzykoterapeutycznych, a przez to daje im większe poczucie bezpieczeństwa. W zależności od potrzeb, możliwości, ograniczeń i oczekiwań poszczególnych pacjentów oraz grup terapeutycznych przedstawiony podział na fazy może ulegać modyfikowaniu.

## Zakończenie

W pierwszej kolejności niepełnosprawność wzrokowa, jej wtórne następstwa, specyfika bezwzrokowego funkcjonowania niepełnosprawnych osób, a następnie swoistość oddziaływania muzykoterapeutycznego bardzo mocno wskazały na potrzebę wyodrębnienia tyfłomuzykoterapii jako samodzielnej subdyscypliny muzykoterapii, a co za tym idzie, także potrzebę wypracowania modelu tyfłomuzykoterapii.

Wypracowany przed dwudziestu pięciu laty w Zakładzie Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu model tyfłomuzykoterapii jest nadal rozwijany, modyfikowany, ulepszany i dzięki temu kształtowany wraz ze zmieniającym się we współczesnym społeczeństwie podejściem do człowieka z niepełnosprawnością i do muzykoterapii. W praktyce klinicznej model ten pozwala na pozytywną diagnozę, optymalne działanie muzykoterapeutyczne dostosowane do indywidualności osoby z niepełnosprawnością wzrokową, a przez to poszanowanie jej pełnej podmiotowości, autonomii, nieskrępowanej kreatywności, tym samym więc do podnoszenia jakości jej życia.

Mimo iż w niniejszej pracy model tyfłomuzykoterapii został zaprezentowany jedynie w okrojonym zakresie, to jednak mam nadzieję, że będzie on inspirował muzykoterapeutów do jego ulepszania poprzez poszukiwanie coraz to nowych bezwzrokowych sposobów oddziaływania muzykoterapeutycznego.

## Bibliografia

- Cylulko Paweł, *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 1996.
- Cylulko Paweł, *Muzykoterapia niewidomych i słabowidzących dzieci*. Poradnik metodyczny. „Zeszyt Tyflogiczny” (1999) nr 16.
- Cylulko Paweł, *Muzykoterapia w rehabilitacji ruchowej dzieci niewidomych i słabowidzących*. Warszawa 1998.
- Cylulko Paweł, *Therapy and Upbringing of Visually Impaired Children by the Use of Music*. W: *Essays on Education through Art Time Passing and Time Enduring*. Red. Mariusz Samoraj. Warszawa 2002, s. 256–260.
- Cylulko Paweł, *Tyflomuzykoterapia dzieci*. Teoria i praktyka muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnością wzrokową. Wrocław 2004.
- Cylulko Paweł, *Tyflomuzykoterapia jako forma stymulacji rozwoju małych dzieci*. W: *Problemy wczesnej rehabilitacji niewidomych i słabowidzących dzieci*. Red. Grażyna Walczak. Warszawa 1996, s. 71–79.
- Cylulko Paweł, Gładyszewska-Cylulko Joanna, *Polska naukowa koncepcja muzykoterapii – w trzydziestolecie wydania książki Tadeusza Natanson* „Wstęp do nauki o muzykoterapii”. W: *Tadeusz Natanson. Kompozytor, uczony, pedagog*. Red. Anna Granat-Janki. Wrocław 2010, s. 173–184.
- Decker-Voigt Hans Helmut, *Musiktherapeutische Hilfen für die Begleitung von Blinden und Schbenhinderten*. „Musiktherapeutische Umschau” T. 15 (1994) z. 2, s. 135–142.
- Lam Rita C., Wang Cecilia, *Integrating Blind and Sighted through Music*. „Music Educators Journal” Vol. 68 (1982) No. 8, s. 44–45.
- Majewski Tadeusz, *Psychologia niewidomych i niedowidzących*. Warszawa 1983.
- Natanson Tadeusz, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*. Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1979.
- Pavlicevic Mercedes, *Dynamic Interplay in Clinical Improvisation*. „The Journal of British Music Therapy” Vol. 4 (1990) No. 2, s. 5–9.
- Pfammatter X., *Music as a Leisure-Time Occupation for the Blind*. „Review of the European Blind” (1988) nr 2(60), s. 26–30.
- Rummel Markus, *Ein Bad in Vibrationen, Das Klavier in der Musiktherapie mit Taubblinden*. „Musiktherapeutische Umschau” T. 13 (1992) z. 2, s. 109–111.
- Steele Anita L., Crawford Celeste, *Music Therapy for the Visually Impaired*, „Education of the Visually Handicapped” Vol. 14 (1982) No 2, s. 56–62.
- Sobey Kay, *Out of Sight – Out of Mind? Reflections on a Blind Young Woman’s Use of Music Therapy*, „The Journal of British Music Therapy” Vol. 7 (1999) No. 2, s. 5–11.

- Turkalj M., Breitenfeld Darko, Hrvoj J., *Musiktherapie beisehbehinderten Personen*. „Anali Klinicke bolnice »Dr M. Stojanović«” T. XIII (1974), nr. 3, s. 365–370.
- Wolf Frances M., *Music Therapy with the Blind*. „The Journal of British Music Therapy” Vol. 9 (1978) No. 3, s. 28–30.
- Zamęcka Halina, *Metody działania muzykoterapeuty w pracy z dziećmi z uszkodzonym wzrokiem*. „Szkoła Specjalna” (1985) nr 3, s. 193–199.

---

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

---



# MUZYKOTERAPIA GRUPOWA DZIECI I MŁODZIEŻY Z GŁĘBOKĄ SPRZĘŻONĄ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ. Z DZIENNIKA MUZYKOTERAPEUTY

**Małgorzata Modelska** » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu  
Dolnośląskie Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży  
z MPDz „OSTOJA” we Wrocławiu

» **Streszczenie:** W artykule zaprezentowane zostały doświadczenia autorki, która prowadzi zajęcia z muzykoterapii grupowej w zespołach rewalidacyjno-wychowawczych w Ośrodku Rehabilitacyjno-Edukacyjnym dla Dzieci Niepełnosprawnych we Wrocławiu. W artykule omówiono zagadnienia głębokiej sprzężonej niepełnosprawności oraz problemy dotyczące terapii osób dotkniętych nią. Autorka opisuje prowadzone przez siebie zajęcia muzykoterapii grupowej, wymienia ich rodzaje, tematykę, schemat, sposoby doboru ćwiczeń oraz udziela praktycznych wskazówek dotyczących pracy terapeutycznej. Zwraca uwagę na korzystny wpływ muzykoterapii na sfery aktywności życiowej pacjenta z głęboką sprzężoną niepełnosprawnością.

**Słowa kluczowe:** dzieci, głęboka sprzężona niepełnosprawność, młodzież, muzykoterapia grupowa. <<

## Głęboka sprzężona niepełnosprawność

W 1997 roku zostałam zatrudniona na stanowisku muzykoterapeuty w Ośrodku Rehabilitacyjno-Edukacyjnym dla Dzieci Niepełnosprawnych



we Wrocławiu należącym do Dolnośląskiego Stowarzyszenia Pomocy Dzieciom i Młodzieży z MPDz „OSTOJA”. Moimi podopiecznymi stały się dzieci z orzeczoną głęboką sprzężoną niepełnosprawnością. Otrzymałam do dyspozycji salę i kilka małych instrumentów perkusyjnych. Nie posiadałam wystarczającej do prowadzenia zajęć wiedzy i doświadczenia, ale miałam poczucie, że z pomocą muzyki mogę wiele zdziałać...

O niepełnosprawności sprzężonej, złożonej, podwójnej, połączonej, wielorakiej mówimy wtedy, gdy u dziecka występuje więcej niż jedna niepełnosprawność<sup>1</sup>.

Zdaniem Andrzeja Twardowskiego jej powodem jest jeden lub więcej czynników endo- lub/i egzogennych, działających jednocześnie lub kolejno w różnych okresach życia, w tym również w okresie prenatalnym<sup>2</sup>.

Lista wszystkich możliwych niepełnosprawności sprzężonych jest bardzo długa: dzieci głucho-niewidome, niewidome z porażeniem mózgowym, niepełnosprawne intelektualnie przewlekłe chore, niepełnosprawne ruchowo itd. Osoby z głęboką sprzężoną niepełnosprawnością stanowią bardzo zróżnicowaną grupę ze względu na możliwość współwystępowania wielu rodzajów i stopni niepełnosprawności, a co za tym idzie – wpływania na sposób funkcjonowania. Ich cechą wspólną jest niepełnosprawność intelektualna w stopniu głębokim, charakteryzująca się między innymi wartością ilorazu inteligencji poniżej 20.

Odbiór wrażeń zmysłowych przez dzieci z głębokim upośledzeniem umysłowym jest zaburzony. Powoduje to niedokładny lub zniekształcony odbiór rzeczywistości. Niewłaściwe przetwarzanie bodźców uniemożliwia integrację sensoryczną. Trudności w koncentracji uwagi spowalniają spostrzeganie<sup>3</sup>. „Osoba z głębokim upośledzeniem umysłowym jest całkowicie zależna od innych, nie rozumie otaczającego ją świata, nie potrafi rozwiązać najprostszych problemów dnia codziennego. Często

1 » Janina Doroszevska, *Pedagogika specjalna*. Wrocław 1981, s. 15–19.

2 » Andrzej Twardowski, *Pedagogika osób ze sprzężonymi upośledzeniami*. W: *Pedagogika specjalna*. Red. Władysław Dykcik. Poznań 2005, s. 290.

3 » Joanna Stec, *Stymulacja czuciowa w rozwoju dzieci głębiej upośledzonych umysłowo*. W: *Psychospołeczne problemy rozwoju dziecka. Aspekty diagnostyczne i terapeutyczne*. Red. Alina Czapiga. Toruń 2003, s. 98–111.

nie umie poruszać się samodzielnie, musi być karmiona, obsługiwana w toalecie. Często nie umie wyrazić swoich potrzeb, uczuć, jest zagubiona nawet pośród bliskich; sposób, w jaki woła o pomoc, jest bowiem niezrozumiały dla otoczenia<sup>4</sup>. Krystyna Ostrowska zwraca uwagę na to, że: „dziecko głęboko upośledzone przeżywa tak samo jak inne dzieci lęk, niedogodności, ograniczenia, zagubienie, niezrozumienie nowych bodźców, potrzebuje bliskości fizycznej i psychicznej drugiej osoby”<sup>5</sup>.

Edukacja osób z głęboką sprzężoną niepełnosprawnością nie jest łatwa. Wymaga dużej wiedzy i umiejętności. Zgodnie z rozporządzeniem Ministerstwa Edukacji Narodowej dopiero od 1997 roku dzieci i młodzież w wieku od 3 do 25 lat z głęboką niepełnosprawnością umysłową zostały objęte obowiązkiem szkolnym realizowanym podczas zajęć rewalidacyjno-wychowawczych<sup>6</sup>. Każdy zespół rewalidacyjno-wychowawczy tworzy 2–4 uczniów w wieku od 3 do 25 lat pozostających pod opieką pedagoga i opiekuna. Podopieczni w naszym ośrodku przebywają od godziny 8.00 do 17.00, a w godzinach od 9.00 do 13.00 mają zapewnione zajęcia z pedagogiem oraz rehabilitację ruchową, logopedię, muzykoterapię grupową, dogoterapię, Snoezellen i in.

Program terapii dziecka z głęboką sprzężoną niepełnosprawnością dostosowany jest indywidualnie do jego potrzeb i obejmuje wszystkie zaburzone sfery. Oprócz rehabilitacji ruchowej muszą się w nim znaleźć ćwiczenia stymulujące pracę wszystkich zmysłów i ćwiczenia stymulujące rozwój wyższych funkcji psychicznych. Kompleksowa terapia i edukacja możliwa jest tylko dzięki współpracy wielu specjalistów: pedagoga specjalnego, rehabilitanta, logopedy, muzykoterapeuty, psychologa, lekarza itp.<sup>7</sup>. Nauka

4 » Maria Orkisz, *Dlaczego edukacja? W: Edukacja uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym*. Red. Maria Orkisz et al. Warszawa 2000, s. 6.

5 » Krystyna Ostrowska, *Wstęp*. W: *Edukacja uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym...*, s. 4.

6 » Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30.01.1994 w sprawie zasad organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim. Dz.U. z dnia 18.02.1997.

7 » Małgorzata Modelska, *Muzykoterapia dzieci i młodzieży z głęboką, złożoną niepełnosprawnością*. „Rewalidacja” (2009) nr 2 (26), s. 30.

posuwa się małymi krokami i trwa długo. Zdaniem Małgorzaty Kwiatkowskiej<sup>8</sup> nadrzędnym celem takiej edukacji jest wspomaganie osobistego rozwoju każdego ucznia poprzez stworzenie optymalnych warunków i sytuacji, które pozwolą na zdobywanie nowych doświadczeń, a także będą wyzwalać aktywność poznawczą. „Cierpliwie, bez »przyspieszaczy« i spektakularnych wygibasów trzeba pomóc dziecku w tworzeniu spójnej całości. Pozwalając mu na własne działania lub wspomagając tylko własną aktywność jego ciała i mózgu oraz biorąc jednocześnie bogactwo odbieranych przez niego doznań, nie ignorując tych płynących z wnętrza jego ciała i nie twierdząc, że jego uczucia i stany poczucia nie mają żadnego znaczenia, że po latach udręki kiedyś będzie mógł się cieszyć”<sup>9</sup>.

## Poszukiwanie metod muzykoterapii przydatnych w pracy z głęboką sprzężoną niepełnosprawnością

Po zapoznaniu się z teorią dotyczącą funkcjonowania dzieci z głęboką sprzężoną niepełnosprawnością rozpoczęłam poszukiwania odpowiednich metod pracy zaczerpniętych z muzykoterapii.

Wskazówki dotyczące pracy z dziećmi niepełnosprawnymi znalazłam w książce Kingi Lewandowskiej pt. *Muzykoterapia dziecięca*. Zaproponowała ona zastosowanie prostych muzycznych improwizacji na instrumentach w celu nawiązania kontaktu z pacjentem. Jej zdaniem celem terapii dziecka z głębokim stopniem upośledzenia umysłowego jest usunięcie bezużytecznych nawyków, wyuczenie w ich miejsce czynności pożytecznych oraz doprowadzenie do zmniejszenia zależności dziecka od innych osób<sup>10</sup>.

---

8» Małgorzata Kwiatkowska, *Szkoła wspomagania rozwoju*. W: *Edukacja dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim*. Red. Maria Piszczek. Warszawa 1996, s. 24–41.

9» Małgorzata Kwiatkowska, *Zwyczajne towarzyskie zamiast specjalnej troski*. Warszawa 2006, s. 27.

10» Kinga Lewandowska, *Muzykoterapia dziecięca*. Gdańsk 1996, s. 55–56.

Technika improwizacyjna stosowana była w muzykoterapii kreatywnej Nordoffa-Robinsa. „Dla dziecka z ograniczonymi zdolnościami intelektualnymi muzyka i wspólne muzykowanie mogą się stać żywym, zrozumiałym doświadczeniem, niewymagającym myślenia abstrakcyjnego”<sup>11</sup>. Tadeusz Natanson<sup>12</sup> wspomina o zastosowaniu przez Barbarę Domosławską w leczeniu dzieci z organicznymi uszkodzeniami układu nerwowego muzykoterapii receptywnej i aktywnej metodami Émile’a Jaques-Dalcroze’a i Carla Orffa. Interesującą propozycję terapii dzieci niepełnosprawnych znalazłam w książce Janiny Stadnickiej pt. *Terapia dzieci muzyką, ruchem i mową*. Autorka przedstawiła w niej schemat zajęć oraz zestawy ćwiczeń. Zwróciła uwagę na to, że tempo pracy należy dostosować do tempa procesów myślowych dziecka upośledzonego umysłowo<sup>13</sup>.

## Konstruowanie własnych zajęć

Rozpoczęłam gromadzenie przydatnych ćwiczeń. Nieliczne spośród stosowanych przez innych muzykoterapeutów mogłam wykorzystać w pracy z moimi podopiecznymi, ponieważ ich ograniczenia w sferze intelektualnej i ruchowej były duże. „Uczniowie z głębokim upośledzeniem umysłowym najczęściej mają poważnie zaburzone i ograniczone możliwości ruchu. Bywa, że nie odczuwają potrzeby spontanicznego poruszania się”<sup>14</sup>.

11 » Clive Robin, Paul Nordoff, *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi. Historia, metoda i praktyka*. Kraków 2008, s. 18.

12 » Tadeusz Natanson, *Wstęp do nauki muzykoterapii*. Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1979, s. 40.

13 » Janina Stadnicka, *Terapia dzieci muzyką, ruchem i mową*. Warszawa 1998, s. 5–7, 14–15.

14 » Weronika Łubieńska, Anna Ołasińska, *Zajęcia ruchowe w nauczaniu osób z głębokim upośledzeniem umysłowym*. W: *Edukacja uczniów z głębokim upośledzeniem...*, s. 43.

Poszczególne ćwiczenia oraz sposób ich realizacji dostosowywałam indywidualnie do możliwości i potrzeb moich dzieci. Większość z nich potrzebowała pomocy drugiej osoby. Niektórych podopiecznych, po odpowiednim doborze i zamontowaniu instrumentu (np. na statywie), wystarczyło odpowiednio zmotywować do samodzielnego działania. Cenne informacje na temat wypowiedzania się za pomocą prostych instrumentów przez dzieci zawarł Paweł Cylulko w artykule pt. *Posługiwanie się prostymi instrumentami perkusyjnymi sposobem bezśłownego komunikowania się z dziećmi*<sup>15</sup>. Stworzyłam stały schemat zajęć, który dał moim dzieciom poczucie bezpieczeństwa. Tak powstała najstarsza forma prowadzonej przeze mnie muzykoterapii grupowej dla dzieci z głęboką sprzężoną niepełnosprawnością. Nazwałam ją muzykoterapią ze śpiewem i grą na instrumentach. Stosuję ją do dziś.

Zajęcia odbywają się dwa razy w tygodniu. Pojedyncze trwają ok. 30 minut, bo jest to optymalny czas, w jakim większość uczestników potrafi skoncentrować uwagę na ćwiczeniach. Grupa złożona jest maksymalnie z 8 uczniów. Towarzyszą im opiekunowie i pedagodzy, którzy w razie potrzeby pomagają w wykonywaniu ćwiczeń. Schemat zajęć zawiera:

1. powitanie – każdy uczeń witany jest po imieniu piosenką (jej tekst został wymyślony przeze mnie do popularnej melodii *Panie Janie*);
2. realizację tematu zajęć za pomocą śpiewu, gry i improwizacji na instrumentach, zabawy z rekwizytami, ilustracjami itp.;
3. relaksację w postaci słuchania utworu muzycznego lub bajki relaksacyjnej;
4. pożegnanie w formie skomponowanej przeze mnie piosenki.

Tematy zajęć są funkcjonalne, czyli zaczerpnięte z życia codziennego podopiecznych, dotyczą one np.:

1. członków rodziny,
2. schematu ciała,
3. przedmiotów z najbliższego otoczenia,

---

15 » Paweł Cylulko, *Posługiwanie się prostymi instrumentami perkusyjnymi sposobem bezśłownego komunikowania się z dziećmi*. W: *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych*. Red. Barbara Winczura. Kraków 2013, s. 355–370.

4. pór roku,
5. zwierząt,
6. ważnych wydarzeń.

Realizując tematy, korzystam z większości znanych mi ćwiczeń stosowanych w muzykoterapii. Ich dobór nie jest przypadkowy. Nastawiony jest na uzyskanie odpowiedniego efektu terapeutycznego. Przykładem może być gra na instrumencie perkusyjnym. Pozwala ona na ćwiczenie spostrzegania przedmiotu przez ucznia, wpływa na jego motywację do działania, koordynację wzrokowo-ruchową, sprawność manualną i słuchową, a różna faktura tego przedmiotu pozwala na stymulację dotyku. Instrument dobieram indywidualnie dla każdego uczestnika zajęć i montuję w taki sposób, aby każdy na miarę swoich możliwości mógł samodzielnie wydobyć z niego dźwięk. Często na reakcję w postaci ruchu dłoni, nogi czy też na wydobywanie głosu trzeba poczekać, ale warto, ponieważ radość z samodzielnie wykonanej czynności jest duża. Wielu spośród podopiecznych potrafi wykonać samodzielnie krótką improwizację na instrumencie. Stwarzam im możliwość zaprezentowania swoich umiejętności na tle grupy. Są one sownie nagradzane brawami. Podobnie jest z wokalizacją. Nieliczni moi uczniowie potrafią mówić czy też śpiewać. Dla większości z nich wydobywanie na polecenie dźwięku, głoski lub sylaby jest sukcesem.

Zajęcia z muzykoterapii grupowej stwarzają doskonałą okazję do zastosowania elementów terapii logopedycznej z wykorzystaniem wspólnego śpiewania<sup>16</sup>.

W trakcie zajęć wykorzystuję różne rekwizyty, wszystko to, co może moim uczniom pomóc w zrozumieniu tematu. Przynoszę więc dary natury, wykorzystuję worki foliowe, które mają za zadanie naśladować strumyk itp. Ilustracje najczęściej wykonuję sama, np. drukując w programie Boardmaker.

---

16 » Małgorzata Modelska, *Łączenie elementów muzykoterapii i logopedii w terapii dziecka z zaburzeniem rozwoju mowy i komunikacji*. W: *Muzykoterapia – stałość i zmiana*. W serii: „Wrocławska Muzykoterapia”, tom I. Red. Paweł Cylulko, Joanna Gładyszewska-Cylulko. Wrocław 2014, s. 291–300.

Ważnym zagadnieniem jest dobór piosenek. Przede wszystkim muszą one mieć łatwą do zaśpiewania melodię. Zajęcia mają dużą wartość, gdy uczestniczą w nich wszyscy, a więc także pedagodzy i opiekunowie. Mobilizuję ich do współpracy, ale muszę pamiętać, że nie każdy ma wykształcenie muzyczne. Niektórzy muszą pokonać własne kompleksy związane ze śpiewaniem, więc zadania postawione przed nimi nie mogą być za trudne. Czasami zdarza się piosenka, która ma trudny, z punktu widzenia mojej pracy, tekst. Pozwalam sobie wtedy na upraszczanie go lub śpiewanie tylko niektórych fragmentów. Często sama komponuję piosenkę na potrzeby zajęć. Staram się też angażować kadrę do pomocy przy wymyślaniu nowego tekstu. Dostarcza to wiele radości i integruje nas jako zespół.

Większość moich uczniów nie mówi lub umiejętność ich mówienia nie zapewnia im skutecznego porozumiewania się z otoczeniem. Odpowiednio dobrana, indywidualnie dla każdego ucznia, metoda komunikacji alternatywnej lub wspomagającej, z uwzględnieniem jego możliwości i ograniczeń, pozwala na rozładowanie napięcia psychicznego spowodowanego niemożliwością skomunikowania się z innymi osobami, na przełamanie bierności i odzyskanie chęci do współpracy<sup>17</sup>.

Istnieje kilka systemów komunikacji alternatywnej i wspomagającej. Opisują je, między innymi, Magdalena Loska<sup>18</sup> oraz Alina Smyczek i Jolanta Szwiec<sup>19</sup>. Często w trakcie zajęć wykorzystuję elementy takiego sposobu porozumiewania się, pozwalając moim uczniom na przykład na dokonanie wyboru piosenki za pomocą wyliczania lub wskazania jednego z dwóch obrazków, najczęściej drukowanych w programach Boardmaker i SymWriter.

---

17 » Małgorzata Modelska, *Wybrane zagadnienia terapii dziecka z zaburzeniami rozwoju mowy i komunikacji*. W: *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych*. Red. Barbara Winczura. Kraków 2013, s. 301–309.

18 » Magdalena Loska, *Niewerbalne metody porozumiewania się*. W: *Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Wychowanie i nauczanie*. Red. Ewa Mazanek. Warszawa 1998, s. 240–258.

19 » Alina Smyczek, Jolanta Szwiec, *Metody nauczania alternatywnych sposobów porozumiewania się i techniki posługiwania się symbolami*. „Rewalidacja” (2000) 1 (7), s. 21–26.

Pod koniec zajęć odsłuchiwany jest utwór muzyczny nawiązujący do tematu zajęć, a ponadto dobierany zgodnie z nastrojem grupy na zasadzie ISO. W miarę potrzeby stosuję następny utwór, regulujący nastrój grupy na zasadzie LEVEL<sup>20</sup>. Czasami opowiadam wymyśloną przez siebie bajkę relaksacyjną, wzorując się na modyfikacji treningu autogenego Schulzta, dostosowanego do potrzeb dzieci przez Annę Polender<sup>21</sup>. Nie stosuję tego często, ponieważ tekst dla wielu spośród moich podopiecznych jest bodźcem przeszkadzającym w odbiorze muzyki. Bywa też niezrozumiały dla dziecka z niepełnosprawnością intelektualną.

## Wyposażenie gabinetu

W tym miejscu pozwolę sobie na opowiedzenie historii wyposażania mojego gabinetu...

Początki mojej pracy przebiegały w bardzo skromnych warunkach. Nawet nie marzyłam o tym, aby ktoś wyposażył moją salę. Podjęłam własną inicjatywę, aby zorganizować swój warsztat pracy. Pierwszy magnetofon kasetowy przyniosłam z domu, zakupiłam kilka małych instrumentów perkusyjnych. Swoje znajomości z osobami z regionalnej telewizji wykorzystałam do pozyskania pierwszego pianina. W trakcie emisji lokalnych informacji poproszono o pomoc. Już następnego dnia zgłosiła się pani, która ofiarowała instrument dla ośrodka. Dzięki operatorowi telekomunikacyjnemu udało mi się pozyskać dla ośrodka trochę mebli, materiałów biurowych i innych drobiazgów. Pierwsza przyzwoita wieża, służąca do odtwarzania muzyki, została zakupiona ze środków przekazanych przez ówczesnego dyrektora finansowego przedsiębiorstwa

20 » Christoph Schwabe, *Methodik der Musiktherapie und deren theoretische Grundlagen*. Leipzig 1986, s. 161–163.

21 » Anna Polender, *Zastosowanie treningu autogenego do dzieci w wieku przedszkolnym i dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu umiarkowanym*. W: *Poradnictwo wychowawczo-zawodowe*. Red. Wojciech Brejnak. Warszawa 1980, s. 149–154.



produkującego telefony. Największą moją chlubą jest załatwiony przeze mnie z „demobilu” ze szkoły muzycznej fortepian. Ten najstarszy, mający już ponad sto lat, uczestnik zespołów rewalidacyjnych pomaga mi w pracy do dziś. Stoi w przestronnej świetlicy, w której obecnie prowadzę zajęcia z muzykoterapii grupowej.

## Tworzenie nowych form zajęć z muzykoterapii grupowej, dostosowanych do potrzeb uczestników

W trakcie 18 lat mojej pracy w ośrodku zaszły różne zmiany, między innymi ta, że moi podopieczni zaczęli dorastać (mogą przebywać u nas do 25. roku życia). Zatem nie wypada już śpiewać z nimi piosenek dla dzieci. Zmuszona zostałam do stworzenia muzykoterapii ze śpiewem i grą na instrumentach dla młodzieży; prowadzę ją od 2008 roku. Ta forma zajęć ma analogiczny do poprzedniej stały schemat. Różnica polega na innym doborze ćwiczeń. Bardzo trudno było stworzyć taki zestaw, ponieważ znane mi ćwiczenia i piosenki dla dorosłych są za trudne. Nie należy zapominać o tym, iż większość moich podopiecznych to osoby z głęboką bądź znaczną niepełnosprawnością intelektualną. W tych grupach większy nacisk kładę na samodzielną grę na instrumentach, improwizację. Wyszukuję piosenki, które możemy zaśpiewać, i w miarę potrzeb komponuję je sama.

Okres dojrzewania to bardzo trudny czas dla młodzieży oraz ich bliskich. O problemach radzenia sobie z dorosłością osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną pisze Beata Tylewska-Nowak<sup>22</sup>. Zachodzące w organizmie procesy wyzwalały wiele emocji. Zdrowi rówieśnicy moich uczniów mają możliwość odreagowania ich na różne sposoby. Ale jak ma sobie poradzić

---

22 » Beata Tylewska-Nowak, *Wypełnianie zadań rozwojowych przez osoby dorosłe z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną*. W: *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności*. Red. Beata Cytowska. Toruń 2011, s. 17–43.

człowiek w sytuacji, gdy nie potrafi mówić, a czasem nawet poruszyć dłonią? Co tam dłonią, kiedy niejednokrotnie nie słucha go całe ciało...

Zaobserwowałam, że w takim przypadku muzyka spełnia ważne zadanie. To ona poprzez szereg napięć i odprężeń w utworze muzycznym dociera do źródła konfliktu, wydobywa go na zewnątrz i przepracowuje nawet wtedy, gdy tego nie chcemy. Bez użycia słów...

Z myślą o moich dorosłych podopiecznych dokonałam zmiany repertuaru słuchanej muzyki. Częściej niesie ona w sobie spory ładunek emocjonalny. Właśnie dla tych uczniów stworzyłam też nową formę zajęć, a mianowicie dyskotekę. Odbywa się ona już tradycyjnie dwa razy w tygodniu od 2008 roku. Głośno serwowana muzyka dyskotekowa, rockowa lub inna jest nośnikiem wielu silnych bodźców, dzięki którym uczestnicy mają możliwość odreagować swoje emocje. Często przynoszą z domu płyty. Zaprezentowanie innym swoich ulubionych utworów jest bardzo ważne. Przygotowanie takiej płyty stwarza rodzicom okazję włączenia się w proces terapii. Każdy uczeń tańczy tak, jak potrafi. Większość podopiecznych nie porusza się samodzielnie, najczęściej są na wózkach. Każdy stara się jednak na miarę swoich możliwości poruszyć czym się da, chociażby ręką. Ta forma zajęć daje ogromną motywację do działania. Rehabilitanci patrzą na to ze zdumieniem.

Obecnie bardzo rzadko prowadzę zajęcia mające formę wyłącznie relaksacyjną. Moi uczniowie mają inne potrzeby. Czasem zdarzy się, że któryś z podopiecznych wymaga zastosowania właśnie tej metody (np. gdy jest po ataku epilepsji). Wtedy relaks prowadzę na dwa sposoby. Pierwszy z nich to słuchanie muzyki relaksacyjnej, a drugi to trening autogenny Schultza (I stopień)<sup>23</sup>. Dobieram je indywidualnie do potrzeb każdego pacjenta.

Z myślą o najmłodszych uczniach stworzyłam w 2000 roku muzykoterapię z ćwiczeniami inspirowanymi metodą ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne<sup>24</sup>. Pozwala ona między innymi na dostarczenie takich doznań, które pobudzają świadomość ciała i poprawiają kontrolę nad nim. Ma ona stały schemat różniący się od poprzednich. Zawiera on:

23 » Stanisław Siek, *Treningi relaksacyjne*. Warszawa 1990, s. 107–128.

24 » Weronika Sherborne, *Ruch rozwijający dla dzieci*. Warszawa 1999, s. 104–113.

1. powitanie – każdy uczeń witany jest po imieniu piosenką (jej tekst został wymyślony przeze mnie do popularnej melodii *Panie Janie*);
2. ćwiczenie na orientację w schemacie ciała do tekstu skomponowanej i wykonywanej przeze mnie piosenki (uczniowie poznają schemat ciała swój oraz innych członków grupy);
3. ćwiczenia zaczerpnięte z metody Weroniki Sherborne;
4. piosenka;
5. pożegnanie w formie skomponowanej przeze mnie piosenki.

W trakcie zajęć mogę zastosować tylko niektóre ćwiczenia opisane przez Weronikę Sherborne, takie jak masaż pleców połączony z wykonywaną przeze mnie z akompaniamentem fortepianu bajeczką czy też kołysanie dzieci w kocu lub na mostku utworzonym na plecach terapeutów. W trakcie tych dwóch ostatnich ćwiczeń najczęściej włączam muzykę relaksacyjną, która ma na celu ustabilizowanie napięcia psychoruchowego dzieci oraz zajęcie uwagi tych, które czekają „w kolejce” na kołysanie. Po nich wykonujemy wspólnie piosenkę mającą za zadanie wprowadzenie uczestników ze stanu relaksu.

## Przedstawienia z udziałem dzieci i młodzieży z głęboką sprzężoną niepełnosprawnością

Zespoły rewalidacyjno-wychowawcze są szkołą różniącą się od innych. Lekcje nie trwają 45 minut, nie słyszymy dzwonek, które u osoby nadwrażliwej na bodźce dźwiękowe mogłyby wywołać niepożądaną reakcję. Zamiast na lekcję matematyki czy geografii nasz uczeń zabierany jest do tyflop pedagoga, logopedy czy też na rehabilitację. Mimo wszystko my, nauczyciele, staramy się, aby nasi podopieczni czuli się choć trochę tak, jak w prawdziwej szkole. Okazją do tego są imprezy szkolne.

Od początku mojej pracy w ośrodku jestem odpowiedzialna za oprawę muzyczną, organizuję i prowadzę prawie wszystkie uroczystości szkolne. W 2004 roku postanowiłam wyreżyserować pierwsze przedstawienie z udziałem moich uczniów. Był to *Hipopotam* na kanwie wiersza

Wandy Chotomskiej. Tłem muzycznym oraz odgrywaniem roli narratora zajęłam się osobiście. Aktorzy odgrywali swoje role na zasadzie pantomimy. Dekoracje wykonaliśmy sami. Przykładowo chusta klanzy stała się elementem dżungli, a siatka maskująca pożyczona od wojska posłużyła hipopotamowi za błoto. Do przygotowania strojów dla aktorów udało mi się zaangażować rodziców. Kadra uczestnicząca w przedstawieniu ubrana była na czarno, aby stanowić jedynie tło. Efekty przerosły moje oczekiwania. Aktorzy, którzy na co dzień demonstrują wiele niepożądanych zachowań, byli wyjątkowo zdyscyplinowani. Premiera *Hipopotama* odbyła się w kwietniu 2004 roku. Towarzyszyła otwarciu ufundowanej nam przez operatora telefonii mobilnej Sali Doświadczenia Świata. Przedstawienie, a także nową salę podziwiała kilka ważnych w owym czasie wrocławskich osobistości.

*Hipopotam* stał się punktem zwrotnym w sposobie organizowania imprez ośrodkowych. W niedługim czasie, na zakończenie roku szkolnego wystawiliśmy *Dlaczego cieleń ogonem miele?*, także do tekstu Wandy Chotomskiej. W tym przedstawieniu obok głosu narratora udało się wykorzystać głosy naszych dwóch mówiących uczniów. Zawsze starałam się pokazać wszystkie możliwości moich podopiecznych. W 2007 roku zorganizowałam widowisko muzyczne pt. *Pierwszy dzień wiosny*. Wykorzystałam dwie śpiewane przez nas piosenki oraz pierwszą część *Koncertu skrzypcowego E-dur op. 8 nr 1 Wiosna* Antonia Vivaldiego, a mamy uszyły przepiękne stroje i kwiaty. Nasi aktorzy dali z siebie wszystko.

W 2008 roku w trakcie jasełek po raz pierwszy wykorzystaliśmy sprzęt służący do komunikacji alternatywnej: komunikatory typu BIC MACK oraz STEP BY STEP, na które nagrywany był tekst. Techniki zastosowane w tych pierwszych przedstawieniach wykorzystujemy do dziś.

## Dokumentacja

Prowadzone przeze mnie zajęcia z muzykoterapii grupowej nie tylko są przyjemne dla uczniów, ale też pozwalają na realizację wielu zadań

terapeutycznych. Poszukując właściwego sposobu opisu, posłużyłam się terminologią zawartą w *Psychologii osobowej i środowiskowej* autorstwa Joanny Przesmyckiej-Kamińskiej<sup>25</sup>. Na jej podstawie prowadziłam w latach 2000–2003 postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne, w tym czasie byłam też członkiem zespołu Pracowni Terapii Neuropsychologicznej Uniwersytetu Wrocławskiego. Zaobserwowałam, że moje zajęcia wpływają korzystnie na stymulację poszczególnych form aktywności życiowej dzieci i młodzieży z głęboką sprzężoną niepełnosprawnością. Cele moich zajęć to:

1. Ćwiczenie aktywności związanej z własnym ciałem, czyli:
  - > regulacja napięcia psychoruchowego;
  - > przeciwdziałanie stereotypom ruchowym;
  - > ćwiczenie koordynacji ruchów ciała;
  - > kształtowanie schematu ciała.
2. Ćwiczenie aktywności ukierunkowanej na inne osoby:
  - > ćwiczenie kontaktu wzrokowego z innymi osobami;
  - > ćwiczenie kontaktu poprzez dotyk z innymi osobami;
  - > ćwiczenie współdziałania z innymi osobami;
  - > ćwiczenie kontaktu słownego z innymi osobami.
3. Ćwiczenie aktywności ukierunkowanej na przedmioty:
  - > ćwiczenie spostrzegania przedmiotów;
  - > ćwiczenie koordynacji wzrokowo-ruchowej;
  - > ćwiczenie odbioru bodźców słuchowych.
4. Wydłużanie koncentracji uwagi dziecka na wykonywanych ćwiczeniach.
5. Stymulacja rozwoju wyższych funkcji psychicznych.

Muzyka pozwala na docieranie do głęboko ukrytych konfliktów, wydobywa je, aktywizuje emocje oraz poprawia nastrój uczestników. Uczniowie lubią moje zajęcia, czekają na nie. W trakcie ćwiczeń daje się zaobserwować duże zaangażowanie i radość podopiecznych oraz wzrost ich motywacji do celowej aktywności.

---

<sup>25</sup> » Joanna Przesmycka-Kamińska, *Psychologia osobowa i środowiskowa. Analiza aktywności życiowej i jej uwarunkowań*. Lublin 1990.

## Zakończenie

W efekcie mojej pracy powstała metoda prowadzenia zajęć dla dzieci i młodzieży z głęboką złożoną niepełnosprawnością, którą propaguję od 2003 roku wśród kolejnych roczników studentów specjalności „muzykoterapia” Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu.

Terapia moich podopiecznych wymaga ogromnej wiedzy i umiejętności<sup>26</sup>. Nauczyła mnie pokory i cierpliwości, dzięki którym staram się zauważać nawet najmniejsze, długo wyczekiwane postępy. Daje mi ona wiele satysfakcji. To, co czuję po osiemnastu latach pracy z osobami z głęboką sprzężoną niepełnosprawnością, najpełniej wyrażą słowa Marii Orkisz: „W ten sposób nauczyciel upodabnia się do artysty. Z tworzywa »najszlachetniejszego z możliwych« wydobywa piękno, które, być może, bez jego udziału pozostałoby ukryte. Przeżywa prawdziwą radość tworzenia”<sup>27</sup>.

## Bibliografia

- Cylulko Paweł, *Posługiwanie się prostymi instrumentami perkusyjnymi sposobem bezśwownego komunikowania się z dziećmi*. W: *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych*. Red. Barbara Winczura. Kraków 2013, s. 355–370.
- Doroszevska Janina, *Pedagogika specjalna*. Wrocław 1981.
- Kielin Jacek, *Rozwój daje radość*. Gdańsk 1999.
- Kwiatkowska Małgorzata, *Dzieci głęboko niezrozumiałe*. Warszawa 1997.
- Kwiatkowska Małgorzata, *Szkoła wspomagania rozwoju*. W: *Edukacja dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim*. Red. Maria Piszczyk. Warszawa 1996.
- Kwiatkowska Małgorzata, *Zwyczaje towarzyskie zamiast specjalnej troski*. Warszawa 2006.
- Lewandowska Kinga, *Muzykoterapia dziecięca*. Gdańsk 1996.
- Loska Magdalena, *Niewerbalne metody porozumiewania się*. W: *Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Wychowanie i nauczanie*. Red. Ewa Mazanek. Warszawa 1998, s. 240–258.

<sup>26</sup> » Jacek Kielin, *Rozwój daje radość*. Gdańsk 1999, s. 9.

<sup>27</sup> » Maria Orkisz, *Dlaczego edukacja?* W: *Edukacja uczniów z głębokim...*, s. 6.

- Łubieńska Weronika, Olasińska Anna, *Zajęcia ruchowe w nauczaniu osób z głębokim upośledzeniem umysłowym*. W: *Edukacja uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym*. Red. Maria Orkisz et al. Warszawa 2000.
- Modelska Małgorzata, *Łączenie elementów muzykoterapii i logopedii w terapii dziecka z zaburzeniem rozwoju mowy i komunikacji*. W: *Muzykoterapia – stałość i zmiana*. „Wrocławska Muzykoterapia”, t. I. Red. Paweł Cylulko, Joanna Gładyszewska-Cylulko. Wrocław 2014, s. 291–300.
- Modelska Małgorzata, *Muzykoterapia dzieci i młodzieży z głęboką, złożoną niepełnosprawnością*. „Rewalidacja” (2009) nr 2(26).
- Modelska Małgorzata, *Wybrane zagadnienia terapii dziecka z zaburzeniami rozwoju mowy i komunikacji*. W: *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych*. Red. Barbara Winczura. Kraków 2013, s. 301–309.
- Natanson Tadeusz, *Wstęp do nauki muzykoterapii*. Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1979.
- Nowak-Wolna Krystyna, *Podstawy komunikacji interpersonalnej*. W: *Podstawy komunikacji językowej i jej zaburzenia*. Red. Nowak-Wolna Krystyna. Opole 2012, s. 22–27.
- Orkisz Maria, *Dlaczego edukacja?* W: *Edukacja uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym*. Red. Maria Orkisz et al. Warszawa 2000, s. 6–7.
- Ostrowska Krystyna, *Wstęp*. W: *Edukacja uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym*. Red. Maria Orkisz et al. Warszawa 2000, s. 4–5.
- Polender Anna, *Zastosowanie treningu autogennego do dzieci w wieku przedszkolnym i dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu umiarkowanym*. W: *Poradnictwo wychowawczo-zawodowe*. Red. Wojciech Brejnak. Warszawa 1980, s. 149–154.
- Przesmycka-Kamińska Joanna, *Psychologia osobowa i środowiskowa. Analiza aktywności życiowej i jej uwarunkowań*. Lublin 1990.
- Robin Clive, Nordoff Paul, *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi. Historia, metoda i praktyka*. Kraków 2008.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30.01.1994 w sprawie zasad organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim. Dz.U. z dnia 18.02.1997.
- Schwabe Christoph, *Methodik der Musiktherapie und deren theoretische Grundlagen*. Leipzig 1986.
- Sherborne Weronika, *Ruch rozwijający dla dzieci*. Warszawa 1999.
- Siek Stanisław, *Treningi relaksacyjne*. Warszawa 1990.
- Smyczek Alina, Szwiec Jolanta, *Metody nauczania alternatywnych sposobów porozumiewania się i techniki postępowania się symbolami*. „Rewalidacja” (2000) 1(7), s. 21–26.
- Stadnicka Janina, *Terapia dzieci muzyką, ruchem i mową*. Warszawa 1998.

- Stec Joanna, *Stymulacja czuciowa w rozwoju dzieci głębiej upośledzonych umysłowo*. W: *Psychospołeczne problemy rozwoju dziecka. Aspekty diagnostyczne i terapeutyczne*. Red. Alina Czapiga. Toruń 2003.
- Twardowski Andrzej, *Pedagogika osób ze sprzężonymi upośledzeniami*. W: *Pedagogika specjalna*. Red. Władysław Dykcik. Poznań 2005, s. 289–299.
- Tylewska-Nowak Beata, *Wypełnianie zadań rozwojowych przez osoby dorosłe z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną*. W: *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności*. Red. Beata Cytowska. Toruń 2011, s. 17–43.

---

**MAŁGORZATA MODELSKA** – magister sztuki w zakresie muzykoterapii, logopeda, oligofrenopeda, certyfikowany międzynarodowy terapeuta metody Castillo Moralesa. Od 1997 roku jest zatrudniona jako muzykoterapeuta, a od 2000 roku prowadzi także indywidualne zajęcia logopedyczne w Ośrodku Rehabilitacyjno-Edukacyjnym dla Dzieci Niepełnosprawnych przy ul. Górnickiego we Wrocławiu. Jest autorką programu pracy z dziećmi z zaburzeniami rozwoju mowy i komunikacji, polegającego na łączeniu metod zaczerpniętych z logopedii i muzykoterapii.

---





# MODEL MUZYKOTERAPII WSPIERAJĄCEJ ROZWÓJ EMOCJONALNY DZIECKA W WIEKU PRZEDSZKOLNYM

Agnieszka Szymajda » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu  
Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu

» **Streszczenie:** W artykule zaprezentowano autorski model muzykoterapii wspierającej rozwój emocjonalny dziecka w wieku przedszkolnym. Przedstawione założenia teoretyczne, struktura i sposoby postępowania terapeutycznego w modelu stanowią szerokie, holistyczne ujęcie tematu. Muzykoterapia wychodzi, w tym opracowaniu, naprzeciw humanistycznej koncepcji człowieka, wkracza na „nowe tereny”, dotąd dla niej nieprzewidziane. Są nimi: wspieranie rozwoju emocjonalnego dziecka w wieku przedszkolnym, wypełnianie jego muzycznego potencjału rozwojowego. W prezentowanym modelu istotnego znaczenia nabiera dążenie do dwupodmiotowej relacji muzykoterapeuty z dzieckiem, dzielenie wzajemnego, muzycznego doświadczenia z wykorzystaniem metod kreatywnych, komunikatywnych i projekcyjno-wyobrażeniowych. Stosowane w modelu techniki bazują na „żywej” i improwizowanej muzyce granej na różnych instrumentach i wykonywanej głosem. Muzykoterapeuta podąża za indywidualną kreatywnością dziecka, uwzględnia momenty zwrotne muzykoterapii oraz utrwała w sposób twórczy pozytywne zmiany zachodzące w jego rozwoju emocjonalnym.

**Słowa kluczowe:** dziecko w wieku przedszkolnym, model muzykoterapii, wspieranie rozwoju emocjonalnego.



## Wstęp

Muzykoterapia jest jedną z form terapii przez sztukę, ciągle formującą się i poszukującą własnej tożsamości. To młoda, zakorzeniona w praktyce dziedzina nauki, która rozwija się w ostatnich dziesięcioleciach bardzo intensywnie. Jest jednocześnie sztuką, nauką i procesem interdyscyplinarnym. Muzykoterapia dzieci wiąże się z: terapią pedagogiczną, psychologią, pedagogiką specjalną i edukacją muzyczną. Jako forma terapeutyczna jest niezwykle zróżnicowana w zastosowaniach, celach, metodach i orientacjach teoretycznych, a jako młoda dziedzina nauki pozostaje wciąż w procesie stawania się<sup>1</sup>.

Intensywny rozwój muzykoterapii związany jest z podejmowanymi badaniami naukowymi, a także z praktyką terapeutyczną. Obszary jej zastosowania ciągle się powiększają. Muzykoterapia wkracza na „nowe tereny” dotąd dla niej nieprzewidziane. Dotyczy to między innymi wspierania rozwoju i wypełniania potencjału dziecka. „Wypełnianie”, w prezentowanym modelu muzykoterapii wspierającej rozwój emocjonalny dziecka w wieku przedszkolnym, to osiągnięcie przez nie maksymalnego rozwoju potencjału twórczego w obszarze aktywności muzycznej. Muzykoterapia wychodzi, w tym ujęciu, naprzeciw humanistycznej koncepcji człowieka. Przedstawiony w artykule model muzykoterapii jest praktycznym uszczegółowieniem tego podejścia.

## Teoretyczne podstawy modelu

Wspieranie rozwoju w prezentowanym modelu muzykoterapii rozumiem jako intencjonalne, ukierunkowane działania, których celem jest stworzenie optymalnych warunków rozwoju dziecka. Jest to przede wszystkim budowanie sytuacji i okoliczności sprzyjających dziecku. Są to działania

---

1 » Kenneth E. Bruscia, *Defining Music Therapy*. Barcelona 1998, s. 6.

ukierunkowane również na korygowanie braków i deficytów w określonych sferach jego funkcjonowania<sup>2</sup>.

Model muzykoterapii wspierającej rozwój dziecka w wieku przedszkolnym koncentruje się na sferze emocjonalnej. Rozwój emocjonalny to długotrwały proces względnie nieodwracalnych zmian o charakterze ilościowym i jakościowym. Ukierunkowany progresywnie cechuje się indywidualnym tempem i rytmem. Zależy on od wielu uwarunkowań: biologicznych, środowiskowych, społecznych oraz od aktywności dziecka<sup>3</sup>. Do głównych wskaźników rozwoju emocjonalnego dziecka przedszkolnego należą: świadomość własnych stanów emocjonalnych, kontrola jawnych oznak własnych emocji, rozpoznawanie emocji innych osób.

Przedstawiany model opiera się na założeniach muzykoterapii humanistycznej, która wyrasta z humanistycznej koncepcji człowieka. Zakłada się w niej, że w naturze ludzkiej są zakorzenione dążenia do ciągłego rozwoju, samourzeczywistnienia, stawania się bardziej twórczym, wolnym, lepszym. Człowiek w świetle koncepcji humanistycznej pragnie zaspokojenia potrzeb wyższych: harmonii, piękna, transcendencji. Chęć ta wypływa z jego wnętrza i ujawnia się w pierwszych latach życia – już u dziecka w wieku przedszkolnym.

Celem muzykoterapii humanistycznej jest wyzwalamie potencjału twórczego, rozwijanie kreatywności, spontaniczności, otwartości na nowe doświadczenia. Muzykoterapia ta polega na pobudzaniu do rozwoju potencjalnie obecnych, a niewykorzystanych sił, talentów, zdolności, a także na stwarzaniu sposobności do kontaktu dziecka ze sztuką, uwrażliwiania na piękno. W humanistycznej muzykoterapii istotnego znaczenia nabierają dążenie do dwupodmiotowej relacji i holistyczne rozumienie terapii.

W podejściu humanistycznym zaburzenia w rozwoju traktuje się jako efekt niezaspokojenia ważnych potrzeb dziecka, takich jak akceptacja, miłość, autonomia i inne. Nawiązanie empatycznego dialogu w procesie

---

2» Irena Obuchowska, *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży – wybrane zagadnienia*. W: *Psychologia kliniczna*, t. 2. Red. Halina Sęk. Warszawa 2005, s. 42–43.

3» Jan Strelau, *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3. Gdańsk 2001, s. 638–639.

muzykoterapii ma pomóc wypełnić istniejące braki i zrekompensować trudne doświadczenia dziecka. Muzykoterapię humanistyczną cechuje podejście niedyrektywne, nastawione na wyzwalamie naturalnego potencjału każdego uczestnika. Szczególnego znaczenia w tym kierunku nabiera pełna akceptacji i bezpieczeństwa atmosfera zajęć. Relację terapeutyczną buduje dzielenie muzycznego doświadczenia, wzajemna interakcja muzyczna. Muzykoterapeuta posługuje się podczas sesji grą na instrumencie, śpiewem, ruchem.

Metody kreatywne, komunikatywne, wyobrazeniowo-projekcyjne i relaksacyjne należą do głównych w prezentowanym modelu muzykoterapii. Dwie pierwsze opierają się przede wszystkim na improwizowanej muzyce granej na różnych instrumentach i wykonywanej głosem. Podczas swobodnych improwizacji muzycznych dzieci w sposób aktywny tworzą własną muzykę. Składają się na nią dźwięki, szmery, odgłosy wystukiwanych rytmów wydobywanych z przedmiotów, niekonwencjonalne sposoby posługiwania się głosem i instrumentami.

Metody te wywodzą się z systemów wychowania muzycznego Carla Orffa i Émile'a Jaques-Dalcroze'a. Twórcy metod adresowali je do wszystkich dzieci. Przypuszczalnie nie wykluczali oni także możliwości stosowania ich w pracy z dziećmi z utrudnieniami i deficytami rozwojowymi.

Z systemów Carla Orffa i Émile'a Jaques-Dalcroze'a wyrosła wielosensoryczna muzykoterapia Gertrudy Orff. Do głównych technik pracy muzykoterapii wielosensorycznej należą: aktywność muzyczna łącząca słowo, dźwięk i ruch, np. wyliczanki, rymowanki dziecięce. Przykładem tego typu „zabaw dźwiękowych” może być wystukiwanie rytmu, nucenie melodii, odgrywanie ról. Melanie Voigt zwraca uwagę na wartość polisensorycznego oddziaływania podczas zajęć muzykoterapii. Polega ono na łączeniu doświadczeń słuchowych z dotykowymi, wizualnymi i ruchowymi. Są to zabawy, podczas których dziecko może jednocześnie słyszeć i odczuwać dźwięk, na przykład poprzez wrzucanie piłeczek do bębenków czy turlania ich po płytkach metalofonu<sup>4</sup>.

---

4 » Melanie Voigt, *Wprowadzenie do muzykoterapii Orff*. W: *Modele, metody, podejścia w muzykoterapii*. Red. Krzysztof Stachyra. Lublin 2012, s. 140.

Model muzykoterapii wspierającej rozwój emocjonalny dzieci przedszkolnych w swoich założeniach teoretycznych czerpie również z muzykoterapii Nordoffa-Robbinsa. Potencjał muzyczny dziecka stanowi centrum zainteresowania tej terapii. W muzykoterapii kreatywnej przyjmuje się założenie o powszechnej wrażliwości muzycznej dzieci. Obejmuje ona poczucie tonalności, ruchu rytmicznego oraz zindywidualizowane znaczenie muzycznych reakcji każdego dziecka<sup>5</sup>. Twórcza aktywność uznawana jest w muzykoterapii kreatywnej za najbardziej podstawową potrzebę rozwojową. W podejściu tym muzyka nabiera wymiaru odkrywania istoty dziecięcej wrażliwości. Najbardziej podstawowe dla tego kierunku muzykoterapii jest tworzenie „żywej” muzyki w dwupodmiotowej relacji dziecka i muzykoterapeuty. Istotę procesu terapeutycznego stanowi nawiązanie muzycznego dialogu. Ważne jest tutaj wsłuchanie się w reakcje muzyczne dziecka, odpowiadanie na nie, odzwierciedlenie lub współtworzenie. Podczas sesji muzykoterapeuta koncentruje się na tworzonych przez dziecko dźwiękach, rytmach, motywach muzycznych. Nadaje im formę i muzyczny wyraz. „Muzyczna relacja terapeutyczna rozwija się między dzieckiem a terapeutą przez wspólne muzykowanie i w tej właśnie relacji muzykoterapeuta wspomaga dziecko w jego indywidualnym rozwoju, kształtowaniu pozytywnego obrazu siebie i samoakceptacji”<sup>6</sup>.

Ze względu na ruchliwość i krótki czas koncentracji dzieci przedszkolnych w mniejszym zakresie stosuje się u nich metody muzykoterapii wyobrażeniowo-projekcyjne. Opierają się one głównie na technikach rysowania przy muzyce oraz tworzenia wolnych skojarzeń na podstawie utworów dostosowanych do możliwości percepcyjnych dziecka. Słuchanie muzyki łączy się często z twórczością plastyczną. Inspirowane muzyką rysunki pomagają odreagować napięcie, rozwijają samoświadomość emocjonalną. Proponowane w modelu tematy prac plastycznych

---

5 » Paul Nordoff, Clive Robbins, *Creative Music Therapy: Individualized Treatment for the Handicapped Child*. New York 1977, s. 1–2.

6 » Agnieszka Bryndal, Simon Procter, *Muzykoterapia Nordoff-Robbins*. W: *Modele, metody, podejścia w muzykoterapii*. Red. Krzysztof Stachyra. Lublin 2012, s. 16.

powinny być bliskie dziecku, nawiązywać do jego doświadczeń. Ekspresja koloru, dobór tematu i sposób wykonania prac plastycznych odzwierciedlają stan emocjonalny dziecka, pozwala na ekspresję emocji, rozwija wyobraźnię i kreatywność.

Metoda relaksacji przy muzyce jest wspomagającym elementem modelu. Podstawowymi jej technikami są: wizualizacja przy muzyce, bajki relaksacyjne, ćwiczenia wykorzystujące spokojny, płynny ruch. Przykładem mogą być zadania w parach, kiedy dzieci w pozycji siedzącej opierają się o siebie plecami i lekko kołyszą się na boki. Ćwiczeniu towarzyszy spokojna improwizowana muzyka o charakterze kołysankowym. Wizualizacje przy muzyce to np. „malowanie muzyki” – podczas ćwiczenia dzieci w pozycji siedzącej malują wyobrażonym pędzelm w powietrzu obraz na zadany temat np. „Prezent od św. Mikołaja”, „Wspomnienia z wakacji”. Zadania relaksacyjne łączy się z seriami fabularyzowanych oddechów, np. „zdmuchiwanie świeczek na torcie”, „studzenie gorącej potrawy”.

Do podstawowych technik modelu należą: techniki komunikatywne, kreatywne i kompozytorskie. Są to przeważnie dialogi muzyczne, śpiew, gra na instrumentach oraz improwizacje instrumentalne, wokalne, ruchowe.

Dialog instrumentalny to jedna z podstawowych technik muzykoterapii komunikatywnej. Zamiast słów używa się dźwięków instrumentu w celu przekazania komunikatu. Dialogi instrumentalne przypominają rozmowy, „są aktem komunikacyjnym, w którym jedna osoba przekazuje drugiej jakąś informację, ta natomiast ją odbiera i reaguje na nią zwrotnie”<sup>7</sup>. Mogą mieć one formę „pytań – odpowiedzi”, przekonywania, żartów, kłótni. Podczas tych „rozmów” na instrumentach dzieci ujawniają własne emocje, wrażliwość, uczą się porozumiewać w sposób niewerbalny. Dzięki dialogom instrumentalnym pomiędzy terapeutą a dzieckiem powstaje relacja, która jest dla dziecka źródłem wsparcia. Technika dialogu instrumentalnego pozwala terapeutce lepiej dostrzec problem dziecka, zrozumieć jego potrzeby. Podczas dialogów instrumentalnych dzieci

---

7 » Helena Cesarz, *Muzykoterapeuta dźwiękiem mówiący*. „Muzykoterapia Polska” t. 2 (2003) nr 2, s. 7–12.

odgrywają role, wcielają się w postaci np. z bajek lub odgrywają sceny z życia codziennego, jak chociażby „rozmowa z kolegą, który zabrał zabawkę”.

Dialogi instrumentalne pozwalają dzieciom odreagować nagromadzone napięcia, złość, agresję, a także wyrazić inne przeżywane emocje. Dzieci nieśmiałe dzięki dialogom instrumentalnym uczą się podejmować inicjatywę w kontaktach społecznych, poprawiają zdolności komunikacyjne. Dialogi służą rozwijaniu ekspresji emocji, doskonaleniu umiejętności społecznych. Innymi stosowanymi w modelu technikami komunikatywnymi są „muzyczne lustra” i „prowadzenie dźwiękiem”. W obu tych technikach dzieci ćwiczą w parach. Pierwsza polega na odzwierciedlaniu ruchów przy wybranej przez dziecko muzyce, o zróżnicowanym tempie lub charakterze. Podczas ćwiczeń dzieci wyrażają gestem i mimiką muzykę. Starają się tak kontrolować ruch, by był on możliwy do odtworzenia przez „dziecko – lustro”.

„Prowadzenie dźwiękiem” polega na wydobywaniu z instrumentu perkusyjnego dźwięków, za którymi podąża partner. Ma on zamknięte lub zawiązane oczy. Zadaniem grającego dziecka jest bezpieczne, uważne prowadzenie kolegi po całej sali. Podczas zajęć indywidualnych dziecko jest prowadzone przez muzykoterapeutę lub odwrotnie. W ten sposób rozwija się u dzieci koncentracja uwagi, umiejętność współdziałania, empatia oraz wrażliwość słuchowa i orientacja przestrzenna.

Techniki „muzyczne lustra” i „prowadzenie dźwiękiem” pokazują gotowość dziecka do zachowań empatycznych i zdolność do współdziałania. Odzwierciedlanie ruchów drugiego dziecka rozwija umiejętność odczytywania stanów emocjonalnych innych osób i odpowiadania na nie. Uczy porozumiewania się w sposób niewerbalny i uwrażliwia na innych. Obserwacja zachowań dzieci pozwala określić ich gotowość do wczuwania się w sytuację kogoś innego. Powyższe techniki, prowadzone w różnych wariantach, pomagają dzieciom rozwijać ekspresję emocji i ułatwiają odczytywanie ich u innych.

Improwizacje instrumentalne w modelu to przeważnie akompaniamenty do piosenek lub słuchanych utworów muzycznych. Dzieci też bardzo chętnie tworzą własne utwory na wybranym instrumencie. Wyrażają w nich swoje przeżycia, opowiadają historie, naśladują zjawiska



otaczającego świata, np. przyrody (deszcz, wiatr, burza). Improwizacja rozwija u dzieci wyobraźnię, wrażliwość muzyczną, indywidualną ekspresję artystyczną. Gra na instrumentach jest dla dzieci w wieku przedszkolnym bardzo atrakcyjnym i lubianym zajęciem. Pomaga odreagować napięcia, rozwija umiejętność wyrażania emocji, wspomaga kreatywność, uwalnia fantazję. Spontaniczna gra na instrumentach perkusyjnych dostarcza cennych informacji na temat samopoczucia dziecka, przeżywanych emocji, kondycji psychofizycznej.

Praca z improwizacjami instrumentalnymi dzieci w wieku przedszkolnym polega na włączeniu się muzykoterapeuty w proces twórczy dziecka. Muzykoterapeuta podejmuje współimprowizację z dzieckiem. Podstawą dobrej współimprowizacji jest rzetelne przygotowanie muzyczne terapeuty, obejmujące podstawy harmonii, form muzycznych oraz opanowanie techniki gry na instrumencie. W ramach improwizacji instrumentalnej w modelu stosuje się różne techniki: odzwierciedlanie, dopasowywanie się, ugruntowanie, akompaniowanie.

Analiza improwizacji instrumentalnych dzieci w wieku przedszkolnym dostarcza muzykoterapeucie informacji na temat samopoczucia dziecka, przeżywanych przez nie emocji, jego kondycji psychofizycznej. Obserwacja sposobu gry na instrumencie pozwala dostrzec kierunek rozwoju i zachodzące w dziecku zmiany.

Improwizacje wokalne dzieci przedszkolnych w modelu polegają na zabawach głosowych, eksperymentowaniu, nuceniu i układaniu melodii. Techniki wykorzystujące śpiew opierają się też na piosenkach dziecięcych, do których podchodzi się w sposób twórczy, otwarty. Dopuszczalne są zmiany oryginalnego tekstu, muzyki, a także swobodna ich interpretacja.

W modelu dobiera się odpowiedni repertuar piosenek, który stanowi materiał do pracy nad wspieraniem rozwoju emocjonalnego dziecka. „Śpiew jest najbardziej intymnym i intensywnym rodzajem ekspresji, ułatwiającym rozbudzenie aktywności. Na podstawie obserwacji sposobu, w jaki śpiewa dziecko, można rozpoznać jego stan psychiczny”<sup>8</sup>.

---

8 » Paul Nordoff, Clive Robbins, *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi. Historia, metoda i praktyka*. Kraków 2007, s. 121.

Piosenki bogate w treści emocjonalne, zarówno w płaszczyźnie muzycznej, jak i tekstowej, wyzwalają u dzieci autoekspresję. Proste rytmiczne piosenki i rymowanki służą wzbogacaniu ekspresji emocji. Dzieci mają szansę identyfikować się z występującymi postaciami, odgrywać ich przygody, przeżycia, wymyślać własne układy ruchowe do treści piosenki czy tworzyć opracowania instrumentalne: np. inscenizowanie piosenki o zapadających w zimowy sen misiach ze spokojnym, utrzymanym w charakterze kołysanki refrenem. Działa to na dzieci nadruchliwe uspokajająco, wyciszająco. Dzieci, odgrywając ruchem naprzemiennie: aktywność i spokojne układanie się do snu, zaczynają lepiej kontrolować własną impulsywność, a nadmierne pobudzenie psychoruchowe się zmniejsza.

Dzięki możliwości odgrywania treści, jakie niosą ze sobą piosenki, zwiększa się zdolność do ekspresji emocji. U dzieci lękowych, wycofanych i nieśmiałych zdolność ta jest przeważnie słabo rozwinięta. Dzięki odpowiedniemu doborowi piosenek, zarówno pod względem muzycznym, jak i tekstowym, dzieci wycofane i nieśmiałe przełamują własne zahamowania. Natomiast dzieci nadruchliwe i agresywne w sposób wokalny rozładowują napięcie. Odpowiednio dobrana pod względem przebiegu emocjonalnego piosenka oswaja dzieci z emocjami dla nich trudnymi do zaasymlowania, np. „Zły humor” (słowa – Halina Cetnarska, muzyka – Barbara Kolago). Zajęcia skonstruowane na podstawie tej piosenki z zastosowaniem dramy i improwizacji ruchowej rozwijają ekspresję emocji. Poruszane treści pozwalają oswajać złość, a także uczą radzić sobie ze złym nastrojem. Scence towarzyszy śmiech, zwłaszcza podczas wcielania się w rolę złego humoru i wypędzania go na przykład miotłą. Radość i wybuchy śmiechu uczą dzieci dystansu wobec trudnych emocji, a także są znakomitym sposobem odreagowania napięć.

Elementem techniki improwizacji wokalnych jest śpiewanie dzieciom przez terapeutę piosenek i melodii. Śpiew niesie ze sobą głęboki przekaz emocjonalny, a wspólne śpiewanie buduje klimat wzajemnej bliskości, wytwarza się w ten sposób relacja dziecka z osobą dorosłą. Słuchanie kołysanek, spokojnych melodii ma działanie wyciszające i odprężające. Wzmacnia się w ten sposób koncentracja uwagi dziecka, rozwija się umiejętność słuchania ze zrozumieniem, wzbogaca się wiedza

o otaczającym świecie, wrażliwość na muzykę i tekst. Cenną praktyką są rozmowy na temat treści wysłuchanej piosenki dziecięcej.

W modelu muzykoterapii wspierającej rozwój emocjonalny dziecka improwizowany ruch wyraża różne emocje, np. dzieci odgrywają ruchem sposób poruszania się kogoś smutnego, wesołego, przestraszonego czy groźnego. Improwizacjom ruchowym towarzyszy odpowiednio dobrana muzyka. Dzieci angażują podczas nich całe ciało i mimikę.

Ćwiczenia przestrzenne, wykorzystujące swobodny ruch, pokazują miejsce dziecka w grupie oraz zdolność do zdobywania dla siebie przestrzeni osobistej. Dzieci wycofane i nieśmiałe często podczas tego typu ćwiczeń poruszają się na obrzeżach sali, obawiają się zderzenia z innymi. Dzieci nadaktywne, żywiołowe przeciwnie – potracają kolegów i z trudem kontrolują własne reakcje ruchowe. Muzyka szybka bardzo je pobudza, wzmacnia zachowania agresywne. Odpowiedni dobór tempa muzyki towarzyszącej ćwiczeniom w swobodnym ustawieniu pozwala dzieciom zdobyć świadomość własnego ciała, ruchu i przestrzeni.

Ważną rolę w modelu odgrywają też techniki kompozytorskie związane z twórczością dziecięcą: układaniem prostych melodii, słów do piosenek, układów ruchowych i tanecznych do muzyki. Ćwiczenia te rozwijają ekspresję, wyobraźnię, wzmacniają poczucie własnej wartości i sprawczości. Tematy tworzonych piosenek, układów ruchowych, utworów granych na instrumentach związane są z doświadczeniami dziecka, światem wyobraźni, fantazji, bajki.

W niniejszym modelu muzykoterapii dominują formy aktywne nad receptywnymi ze względu na naturalną potrzebę działania u dziecka przedszkolnego, a stosunkowo mniejsze możliwości związane z percepcją muzyki.

Formy receptywne, ukierunkowane na wspieranie rozwoju emocjonalnego dziecka przedszkolnego, wykorzystują techniki wolnych skojarzeń, kierowanej wyobraźni, a przede wszystkim rysowania do muzyki. Formy te łączą się często z metodami relaksacyjnymi, takimi jak wizualizacja przy muzyce, bajka relaksacyjna. Zadania receptywne na zajęciach muzykoterapii pozwalają dzieciom rozwijać ekspresję i świadomość emocji. Korespondują z bogatą wyobraźnią i fantazją dziecka przedszkolnego, pomagają odreagować i obniżyć napięcia, oswoić lęki.

W modelu muzykoterapii dzieci w wieku przedszkolnym często uzupełnia się formy receptywne formami aktywnymi. Są to tzw. formy łączone, kiedy po części receptywnej, związanej z zadaniowym słuchaniem muzyki, dzieci odgrywają treść zadań na instrumentach, ruchem, głosem. Zaletą form receptywnych jest możliwość ujawniania przez dzieci tłumionych emocji, takich jak: złość, lęk i agresja. Dotyczy to w szczególności dzieci nieśmiałych, wycofanych. Zadania receptywne poprawiają koncentrację uwagi dziecka, uwrażliwiają na muzykę, pomagają mu wykształcić strategie radzenia sobie z frustracją i stresem.

Formy grupowe muzykoterapii umożliwiają dzieciom w wieku przedszkolnym rozwijanie wrażliwości na innych, odnajdywanie własnego miejsca w grupie. Wspólne formy śpiewu, tańca, zabaw rytmicznych powodują radość współdziałania. Techniki muzykoterapii prowadzonej w formie grupowej rozwijają empatię dziecka. Przykładem grupowej techniki improwizacji instrumentalnej jest krąg instrumentalny. Dzieci siedzą w kole z instrumentami perkusyjnymi, w środku terapeuta (lub bardziej wprawione dziecko) inicjuje rytm, do którego grupa się dopasowuje. Zabawy w „dyrygenta” są szczególnie pomocne dla dzieci nieśmiałych, a także z cechami nadpobudliwości psychoruchowej i zachowaniami nietypowymi, takimi jak: „błaznowanie”, wycofanie. Rola „dyrygenta orkiestry” podnosi poczucie ich wartości i wpływu; kształtuje samokontrolę, sprawczość i współdziałanie w grupie.

Inną techniką grupowych improwizacji muzycznych dzieci jest zabawa „wędrujący instrument”. Dzieci, siedząc w kole, przekazują sobie krótkie rytmy, pojedyncze dźwięki, zmieniają przy tym ich tempo, dynamikę, wyraz emocjonalny. Istnieje wiele wariantów tego ćwiczenia, np. z zamkniętymi oczami czy tworzenie opowiadania dźwiękowego.

Grupowe techniki improwizacji instrumentalnych kształtują zachowania społeczne dzieci, dają radość twórczego współdziałania w grupie. Dzieci spełniają poprzez nie potrzebę przynależności do grupy rówieśniczej, uczą się kontrolować własną impulsywność.

Zaletą indywidualnej muzykoterapii w omawianym modelu jest głębsze poznanie dziecka, nawiązanie z nim bardziej osobistej relacji. Możliwy jest w tej formie pracy zindywidualizowany dobór celów,

podążanie za pomysłowością twórczą dziecka. Formy indywidualne muzykoterapii sprawdzają się szczególnie w przypadku dzieci wycofanych, które gubią się w większej grupie. Podczas zajęć indywidualnych mogą uzyskać wsparcie i wzmocnienie poczucia własnej wartości. Dzieci te rozwijają w sobie poczucie sprawstwa, mają okazję do spełniania własnych pomysłów twórczych. Rozwija się w ten sposób ich, często stłumiona, ekspresja emocji. Podobnie dzieci nadpobudliwe, agresywne lepiej odnajdują się w formach indywidualnych. Mogą podczas zajęć odreagować nadmiar energii, napięcia. Dzieci te podczas zajęć, które są dostosowane do ich tempa pracy i pobudzenia, nabierają umiejętności kontroli emocjonalnej. Podczas zajęć indywidualnych do dziecka dociera zdecydowanie mniejsza liczba bodźców niż podczas zajęć grupowych. Możliwe jest dzięki temu uzyskanie lepszej koncentracji na proponowanych zadaniach, które w grupie byłyby niemożliwe do zrealizowania.

Skuteczność muzykoterapii dziecka przedszkolnego opiera się na dwóch fundamentalnych zasadach. Są nimi: muzykoterapeutyczne wsparcie najbliższego środowiska dziecka (rodziców i nauczycieli) oraz nawiązanie z dzieckiem jak najlepszego, osobowego kontaktu podczas zajęć. Zasady te, choć wydają się tak oczywiste, rzadko respektuje się w praktyce. Dobór odpowiednich form, metod, technik muzykoterapii jest wobec nich wtórny.

Od momentu przekroczenia przez dziecko progu przedszkola na jego rozwój zaczynają mieć wpływ czynniki społeczne. Związane są one z relacjami z nauczycielami, grupą rówieśniczą, klimatem i atmosferą panującą w przedszkolu. Życzliwe środowisko wychowawcze, jakość relacji panujących w przedszkolu warunkują prawidłowy rozwój emocjonalny dziecka. Dzieje się tak na każdym etapie edukacji. Istnieją jednak uzasadnione przesłanki do stwierdzenia, że klimat otoczenia społecznego odgrywa większą rolę w odniesieniu do małych dzieci niż starszych. W związku z tym w modelu przewiduje się warsztaty dla nauczycieli, rodziców i rodziców z dziećmi. Szerokie, holistyczne spojrzenie na rolę muzykoterapii w kontekście kształtowania środowiska społecznego, przemiany relacji międzyludzkich w instytucjach edukacyjnych i życiu rodzinnym pokazują jej nowe możliwości. W ten sposób wypełnia

się przekonanie o głęboko humanistycznym przesłaniu muzykoterapii w niesieniu pomocy potrzebującym oraz o działaniach służących poprawie jakości życia jednostek, rodzin i grup społecznych<sup>9</sup>.

Drugim fundamentalnym warunkiem efektywności muzykoterapii dziecka w wieku przedszkolnym jest zasada nawiązania przez muzykoterapeutę jak najlepszego, osobowego kontaktu z dzieckiem. Nosi ona nazwę ISO i polega na dostosowaniu utworu lub innych muzycznych oddziaływań do aktualnego emocjonalnego stanu uczestnika zajęć. W praktyce podkreśla się znaczenie zastosowania zasady ISO w doborze pierwszego utworu, który powinien „współbrzmieć” z nastrojem dziecka, odzwierciedlać jego aktualny stan psychiczny. W modelu muzykoterapii dziecka w wieku przedszkolnym zasada ISO polegać będzie na wzajemnej interakcji, podczas której muzykoterapeuta dostrzega i odpowiada na pomysły dziecka i współdziała z nim. Działania te mają charakter zabawy, mogą wyrażać się w grze na instrumencie, ruchu lub śpiewie. „W fazie ISO terapeuta naśladuje, odzwierciedla aktywność muzyczną dziecka, próbując w ten sposób nawiązać z nim kontakt. Po nawiązaniu relacji terapeuta wprowadza własne pomysły w celu zainteresowania, pobudzenia, pogłębienia relacji. Gertruda Orff nazywała te bodźce »prowokacją«, której celem jest przełamanie trudności dziecka w sferze ekspresji emocji i otwarcia na komunikację interpersonalną”<sup>10</sup>. Zgodnie z zasadą ISO muzykę należy dostosować do nastroju, upodobań, stopnia pobudzenia emocjonalnego dziecka. Niewskazane jest na przykład zastosowanie bardzo spokojnej, relaksacyjnej muzyki wobec pobudzonego, rozdrażnionego dziecka. Najprawdopodobniej w stanie silnego napięcia nie będzie ono odbierać takiej muzyki. Pozostanie jakby poza jej zasięgiem, a muzyka może pogłębić jego rozdrażnienie i napięcie. Należy stopniowo zwalniać jej tempo, dynamikę i wyraz. Najlepiej rozpocząć od rytmicznej, żywej, dynamicznej muzyki i obserwować reakcje dziecka. Dopiero kiedy wchodzi ono z nią

9» Agnieszka Szymajda, *Muzykoterapia dzieci w środowisku przedszkolnym w świetle polskiej naukowej koncepcji muzykoterapii Tadeusza Natansona*. W: *Muzykoterapia – stałość i zmiana*. Red. Paweł Cylulko, Joanna Gładyszewska-Cylulko. Wrocław 2014, s. 271–276.

10» Melanie Voigt, *op. cit.*, s. 140.

w kontakt, można stopniowo zmniejszać jego pobudzenie, posługując się spokojniejszą muzyką. Zdarza się, iż napięcie dziecka jest tak silne, że zmniejszenie go wymaga dłuższego czasu. W przypadku dziecka nadpobudliwego proces ten może trwać nawet kilka sesji. U dzieci nieśmiałych i wycofanych nawiązanie kontaktu z zastosowaniem zasady ISO pomaga im w coraz odważniejszym wyrażaniu własnych emocji i powoduje wzrost poczucia bezpieczeństwa w relacjach z innymi.

Dopasowanie i odczytywanie stanu emocjonalnego dziecka rozwija u niego świadomość własnych emocji, a także uwrażliwia na nie. Stosowanie zasady ISO w przypadku dzieci w wieku przedszkolnym realizuje się przede wszystkim w formie aktywnej: grze na instrumentach, ruchu, pantomimie, nuceniu i śpiewie.

Oprócz zasady ISO istnieją inne sposoby nawiązywania jak najlepszego kontaktu z dzieckiem podczas muzykoterapii. Wykorzystuje się do tego między innymi instrumenty perkusyjne. Dziecko wyraża na wybranym instrumencie swoje samopoczucie lub rytmizuje swoje imię. Inną techniką służącą nawiązaniu kontaktu z dzieckiem są piosenki śpiewane na powitanie. Wykorzystują one często imię dziecka, gest, ruch w kole, grę na instrumentach. Muzyczne przywitania stają się stałym elementem rozpoczynającym zajęcia. Powitanie dziecka imieniem wzmacnia jego poczucie wartości, potrzebę zainteresowania i uwagi. W grupowych formach muzykoterapii jest też elementem integracji z rówieśnikami. W przypadku dzieci nadpobudliwych ten stały element zajęć wpływa porządkująco. Pozwala dziecku odnaleźć swoje miejsce i włączyć się aktywnie w zajęcia.

Przyjęte założenia teoretyczne modelu muzykoterapii wspierającej rozwój emocjonalny dzieci w wieku przedszkolnym wyrażają się w następujących zasadach pracy muzykoterapeuty:

- > każde dziecko powinno być zaakceptowane i poważnie traktowane z uwzględnieniem jego niepowtarzalności,
- > każdemu dziecku należy pozwolić na własne rozwiązania i indywidualny rozwój,
- > prowadzący zajęcia powinien kierować swoją uwagę zarówno na każde dziecko osobno, jak i na całą grupę oraz tak organizować zabawę, by umożliwić dziecku doświadczanie przynależności do grupy,

- > cele zajęć powinny być tak formułowane, by dzieci w muzyce, zabawie i ruchu zauważały i odczuwały radość<sup>11</sup>.

## Praktyczne zastosowanie modelu

Prezentowany model muzykoterapii dzieci przedszkolnych oprócz warstwy teoretycznej ma część praktyczną. Składa się ona ze struktury modelu i określenia sposobu jego działania<sup>12</sup>.

### A. Struktura modelu

1. Rozpoznanie potencjału muzycznego dziecka.
2. Diagnostyka możliwości i potrzeb w obszarze funkcjonowania emocjonalnego.
3. Sformułowanie indywidualnych celów muzykoterapii.
4. Opracowanie programu muzykoterapii.
5. Prowadzenie zajęć.
6. Weryfikacja wstępnych założeń.
7. Modyfikowanie programu.
8. Wprowadzenie zmian w zajęciach.
9. Wnioski.
10. Praktyczne wskazania do dalszej pracy.

### B. Modelowy przebieg muzykoterapii

Model muzykoterapii wspierającej rozwój emocjonalny dziecka polega na wypełnieniu jego indywidualnego potencjału muzycznego, który

---

11 » Renate Klöppel, Sabine Vliex, *Rytmika w wychowaniu i terapii*. Warszawa 1995, s. 85.

12 » Richard Arends, *Uczymy się nauczać*. Warszawa 1998, s. 503.



w omawianym modelu oznacza zindywidualizowaną, wrodzoną muzykalność i kreatywność każdego dziecka. Wrażliwość na muzykę jest ekspresyjna, komunikatywna, motoryczna i intelektualna. Rozpoznanie potencjału muzycznego dziecka polega na określeniu naturalnych predyspozycji, upodobań, zdolności związanych z jego aktywnością muzyczną. Mocne strony dziecka poznaje się na początkowych zajęciach. Celem tego etapu jest określenie cech wrażliwości, wyobraźni muzycznej oraz obszarów największej kreatywności dziecka. Mogą to być działania związane z ruchem inspirowanym muzyką, śpiewem, grą na instrumentach itp.

Sformułowanie indywidualnych celów muzykoterapii i opracowanie programu odbywa się na podstawie rozpoznania potencjału muzycznego oraz diagnozy możliwości i potrzeb w obszarze funkcjonowania emocjonalnego dziecka.

Diagnoza opiera się na określeniu poziomu rozwoju kompetencji emocjonalnych dziecka. Narzędziem pomiaru jest test do badania dojrzałości emocjonalno-społecznej dziecka w wieku przedszkolnym. Każde z ośmiu zadań testu określa poziom rozwoju jednej z kompetencji emocjonalnych. Są nimi: kontrola emocji, czytanie emocji, wytrwałość, ekspresja emocji, empatia, gotowość niesienia pomocy, poczucie własnej wartości, zajmowane miejsce w grupie rówieśniczej. Wynik badania określa poziom funkcjonowania dziecka w obszarze emocjonalno-społecznym oraz wskazuje na jego mocne i słabe strony w tym względzie<sup>13</sup>. Dodatkowym elementem rozpoznania potrzeb i możliwości dziecka w obszarze emocjonalnym są: obserwacja podczas wstępnych sesji muzykoterapii, analiza przedszkolnej dokumentacji dziecka, rozmowy z nauczycielami, rodzicami i innymi osobami pracującymi z dzieckiem. Na podstawie uzyskanych danych z etapu pierwszego i drugiego formułowane są cele muzykoterapii. Odnoszą się one do poziomu kompetencji emocjonalnych oraz potencjału muzycznego dziecka.

Następnie opracowuje się indywidualny program muzykoterapii. Zawiera on dostosowane do potrzeb i możliwości dziecka formy, metody

---

13 » Joanna Kruk-Lasocka, Agnieszka Szymajda, *Narzędzie do badania dojrzałości emocjonalno-społecznej dziecka w wieku przedszkolnym* (w trakcie opracowania).

i techniki. W modelu muzykoterapii dzieci w wieku przedszkolnym uwzględnia się następujące elementy aktywności muzycznej: improwizacje rytmiczno-ruchowe inspirowane muzyką o zmiennym nastroju; śpiew, inscenizacje treści piosenek, instrumentacje do piosenek, śpiew z podziałem na role; ćwiczenia ekspresji i rozpoznawania emocji z wykorzystaniem instrumentów perkusyjnych; ekspresję emocji wyrażaną poprzez swobodny i ustrukturalizowany ruch taneczny; ćwiczenia ruchowe w parach: naśladowanie ruchów, odczytywanie znaczenia gestów i mimiki, oddawanie kontroli i prowadzenie dźwiękiem, ćwiczenia dotykowe (masażyki rytmiczne, śpiewane, taniec improwizowany w parach), zadaniowe słuchanie muzyki wykonywanej na żywo, ćwiczenia wyobraźni, malowanie inspirowane muzyką, tworzenie wolnych skojarzeń do muzyki; relaksacja przy muzyce.

Zajęcia muzykoterapii przebiegają w sposób zróżnicowany, w zależności od indywidualnych potrzeb dziecka. W początkowej fazie zajęć działania skoncentrowane są na nawiązaniu jak najlepszej relacji między muzykoterapeutą a dzieckiem. Następnie dziecko podejmuje i rozwija twórczą aktywność zgodną z własnym potencjałem muzycznym. Muzykoterapeuta przeprowadza również szereg ćwiczeń, poprzez które niweluje trudności emocjonalne dziecka, takie jak np. nadruchliwość, pobudliwość, nieśmiałość.

W wyniku obserwacji zachowania dziecka podczas pierwszego etapu zajęć w niektórych przypadkach konieczna jest weryfikacja wstępnych założeń programu. Dzieje się tak, kiedy dziecko reaguje w sposób nieprzewidziany na muzykę i proponowane formy aktywności. Dziecko może ujawnić podczas zajęć inne od przyjętych w programie predyspozycje i zdolności. Trzeba też wziąć pod uwagę, że przyjęte wcześniej sposoby pracy nie zawsze są trafne i zasadne. Na tym etapie następuje modyfikacja programu. Przyjęty humanistyczny model muzykoterapii podąża za dzieckiem, jego spontanicznymi i nieprzewidywalnymi reakcjami, dlatego też muzykoterapeuta musi otwierać się na zmiany w przyjętym programie na każdym etapie zajęć. Nadrzędny bowiem wobec programu jest proces rozwoju kreatywności, ekspresji i potencjału muzycznego dziecka.

Dziecko uczestniczy w kolejnym etapie zajęć zgodnie ze zweryfikowanymi założeniami programu. Muzykoterapeuta w dalszym ciągu prowadzi obserwacje zachowania dziecka podczas zajęć, analizę improwizacji muzycznych dzieci, zachodzące w nich zmiany. W trakcie zajęć muzykoterapeuta uzupełnia analizy i obserwacje o: dane pochodzące z wywiadu z nauczycielami i innymi pracownikami przedszkola (logopedą, psychologiem, pomocą nauczyciela) na temat zachowań dziecka, analizę bieżącej dokumentacji przedszkolnej (dziennika, kart obserwacji dziecka), analizę opinii z poradni psychologiczno-pedagogicznej, analizę rysunków powstałych na zajęciach muzykoterapii, innych prac dziecka, zdjęć i filmów z wycieczek, przedstawień i występów organizowanych w przedszkolu. Na tym etapie model przewiduje włączenie warsztatów muzykoterapeutycznych dla nauczycieli, prowadzonych w formie grupowej i indywidualnej, oraz zajęć dla rodziców i rodziców z dziećmi.

Model przewiduje udział dziecka w zajęciach wspierających rozwój emocjonalny w okresie dziesięciu miesięcy. Na zakończenie cyklu zajęć formułowane są wnioski na podstawie analizy procesu zmian w improwizacjach muzycznych dziecka i obserwacji zmian jego zachowania w przedszkolu, grupie rówieśniczej, wyniku badania narzędziem o nazwie test dojrzałości emocjonalno-społecznej, diagnozy przedszkolnej dla dzieci pięcio- i sześćioletnich, opinii nauczyciela dzieci czteroletnich, wywiadu z nauczycielem, obserwacji dzieci podczas grupowych zajęć umuzykalniających i występów w przedszkolu z wykorzystaniem obserwacji, analizy zdjęć, filmów.

Wskazania do dalszej pracy zawierają informacje dotyczące kontynuowania muzykoterapii na przykład w innej formie, zmiany lub zakończenia terapii, określenia sposobów postępowania nauczycieli i rodziców w celu dalszego wspierania rozwoju dziecka w obszarze emocjonalnym.

### C. Modelowe zajęcia

Model muzykoterapii przewiduje udział w zajęciach dzieci z utrudnieniami i zaburzeniami w rozwoju emocjonalnym, a także rozwijających się prawidłowo. Najistotniejsze elementy modelowych zajęć to:

- > dążenie do dwupodmiotowej relacji muzykoterapeuty z dzieckiem,
- > wyzwalamie naturalnego muzycznego potencjału dziecka,
- > dzielenie wzajemnego muzycznego doświadczenia,
- > współimprowizacja, improwizacja muzyczna: instrumentalna, wokalna, ruchowa,
- > kształtowanie obopólnego, pozytywnego obrazu siebie i samoakceptacji,
- > atmosfera bezpieczeństwa, przyjaźni i radości,
- > holistyczne podejście do dziecka,
- > podążanie muzykoterapeuty za indywidualną kreatywnością dziecka,
- > uwzględnianie przez terapeutę momentów zwrotnych muzykoterapii,
- > twórcze utrwalanie pozytywnych zmian w dziecku.

Zajęcia muzykoterapii w modelu przebiegają w sposób zróżnicowany – w zależności od indywidualnych potrzeb dziecka. Tok zajęć wyznacza tempo rozwoju muzycznego potencjału dziecka. Uwidacznia się on podczas improwizacji, współimprowizacji, interakcji w muzycznym doświadczeniu, jakie zachodzą pomiędzy muzykoterapeutą i dzieckiem. Uważna obserwacja zachowań muzycznych dziecka prowadzi do dostrzeżenia momentów zwrotnych w muzykoterapii. Zadaniem muzykoterapeuty jest utrwalenie pozytywnych zmian w dziecku poprzez otwieranie go na inne obszary aktywności twórczej.

## Zakończenie

Model muzykoterapii wspierającej rozwój emocjonalny dzieci w wieku przedszkolnym stwarza odpowiednie warunki do rozwijania podstawowych kompetencji emocjonalnych. Należą do nich umiejętność rozpoznawania ekspresji i kontroli emocjonalnej. Szczegółowe cele dotyczą rozwijania poczucia sprawczości, kształtowania własnej wartości dziecka. Stosowane w modelu formy, metody i techniki muzykoterapii

zapobiegają występowaniu trudności emocjonalnych u dzieci, niwelują istniejące problemy poprzez wypełnienie indywidualnego potencjału muzycznego i rozwój ich kreatywności. Techniki muzykoterapii dzieci mają również na celu obniżenie agresji, lęku i stresu. Model muzykoterapii wykształca w dziecku w wieku przedszkolnym umiejętność wczuwania się w przeżycia innych, okazywania troski i empatii.

Efektom zastosowania modelu muzykoterapii jest poprawa komunikacji werbalnej i niewerbalnej dziecka. Innym istotnym rezultatem modelu wspierającego rozwój emocjonalny jest wykształcenie strategii relaksacyjnych oraz umiejętności rozładowania napięć w sposób akceptowany społecznie.

Model przewiduje włączenie do zajęć wspierających rozwój emocjonalny dziecka w wieku przedszkolnym rodziców i nauczycieli. W ten sposób oddziałuje całościowo, uwzględniając najbliższe środowisko dziecka.

Przedstawiony model muzykoterapii dziecka w wieku przedszkolnym pokazuje szerokie, holistyczne spojrzenie na rolę muzykoterapii we wspieraniu jego rozwoju emocjonalnego. Dzięki tak zaplanowanym oddziaływaniom dzieci osiągają dojrzałość emocjonalną, która związana jest ze zrozumieniem samego siebie oraz innych. Dobrze zorientowane w przekazach emocjonalnych dziecko ma szansę na satysfakcjonujące relacje w grupie rówieśniczej, a także radzenie sobie w sytuacjach nowych, wymagających przystosowania, jakimi są sytuacje związane z rozpoczęciem nauki w szkole.

## Bibliografia

- Arends Richard, *Uczymy się nauczać*. Warszawa 1998.
- Bruscia Kenneth, *Defining Music Therapy*. Barcelona 1998.
- Bryndal Agnieszka, Procter Simon, *Muzykoterapia Nordoff-Robbins*. W: *Modele, metody, podejścia w muzykoterapii*. Red. Krzysztof Stachyra. Lublin 2012.
- Cesarz Helena, *Muzykoterapeuta dźwiękiem mówiący*. „Muzykoterapia Polska” t. 2 (2003) nr 2, s. 7–12.
- Kaja Barbara, *Psychologia wspomaganie rozwoju*. Sopot 2012.

- Klöppel Renate, Vliex Sabine, *Rytmika w wychowaniu i terapii*. Warszawa 1995.
- Nordoff Paul, Robbins Clive, *Creative Music Therapy: Individualized Treatment for the Handicapped Child*. New York 1977.
- Nordoff Paul, Robbins Clive, *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi. Historia, metoda i praktyka*. Kraków 2007.
- Obuchowska Irena, *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży – wybrane zagadnienia*. W: *Psychologia kliniczna*, t. 2. Red. Halina Sęk. Warszawa 2005.
- Strelau Jan, *Psychologia. Podręcznik akademicki* t. 3. Gdańsk 2001.
- Szymajda Agnieszka, *Muzykoterapia dzieci w środowisku przedszkolnym w świetle polskiej naukowej koncepcji muzykoterapii Tadeusza Natansona*. W: *Muzykoterapia – stałość i zmiana*. Red. Paweł Cylulko, Joanna Gładyszewska-Cylulko. Wrocław 2014, s. 271–276.
- Voigt Melanie, *Wprowadzenie do muzykoterapii Orff*. W: *Modele, metody, podejścia w muzykoterapii*. Red. Krzysztof Stachyra. Lublin 2012.

---

**AGNIESZKA SZYMAJDA** – pracownik naukowy Dolnośląskiej Szkoły Wyższej we Wrocławiu w Międzywydziałowej Pracowni Sztuk Nowoczesnych. Przewodzi zajęcia w Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu w ramach Podyplomowych Studiów Muzykoterapii. Muzykoterapeutka, pedagog, artysta muzyk – flecistka. Przewodnicząca Zarządu Głównego Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich i reprezentantka Polski w European Music Therapy Confederation (EMTC). Od 2009 roku uczestniczy czynnie w generalnych posiedzeniach EMTC: Wiedeń, Tallin, Oslo, Luksemburg, Würzburg. Miała wystąpienia na licznych naukowych konferencjach za granicą i w Polsce, m.in. *Music Therapy: A Holistic Approach to Health Care*, Luksemburg 2014, *14<sup>th</sup> World Congress of Music Therapy*, Wiedeń 2014. Jest autorką i współautorką artykułów w monografiach oraz fachowych czasopismach polskich i zagranicznych. Do głównych zainteresowań naukowych autorki należą: muzykoterapia dzieci z różnorodnymi dysfunkcjami i utrudnieniami rozwojowymi oraz muzykoterapia we wspieraniu rozwoju emocjonalnego dziecka w wieku przedszkolnym.

---



# DZIECKO NIESŁYSZĄCE W KONTAKCIE Z MUZYKĄ. ASPEKTY TEORETYCZNO-PRAKTYCZNE SURDOMUZYKOTERAPII

Anna Szymik » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu  
Dolnośląski Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy Nr 12 dla Nieśłyszących  
i Słabosłyszących im. Marii Grzegorzewskiej we Wrocławiu

» **Streszczenie:** W artykule został podjęty temat możliwości i ograniczeń percepcji muzyki przez dziecko niesłyszące oraz zastosowania muzykoterapii. Postęp w nauce i medycynie sprawia, że kontakt dziecka niesłyszącego z muzyką jest nie tylko możliwy, ale też wskazany dla osiągnięcia pełni jego rozwoju. Usprawnianie uszkodzonego narządu słuchu nie powinno jednak ograniczać się do stosowania korygujących urządzeń technicznych, lecz należy wspomagać zaburzone przez głuchotę sfery funkcjonowania dziecka niesłyszącego poprzez wszelkie dostępne formy terapii. Autorka artykułu odkrywa szerokie możliwości surdomuzykoterapii w tym zakresie, podejmując próbę zdefiniowania i ukazania jej specyfiki. Prezentuje też odniesienia praktyczne skoncentrowane głównie wokół komunikacji w surdomuzykoterapii oraz omawia etapy osvajania dziecka niesłyszącego z muzyką.

**Słowa kluczowe:** dziecko niesłyszące, komunikacja totalna, surdomuzykoterapia, uszkodzenie słuchu.



## Wstęp

Doniesienia z wielu badań ukazują dziecko dotknięte głuchotą jako jednostkę skazaną na ograniczony rozwój poznawczy, emocjonalno-społeczny



i językowy. Owszem, istnieje niezaprzeczalna różnica pomiędzy dzieckiem głuchym a dzieckiem słyszącym, która sprowadza się zarówno do sposobu funkcjonowania, jak i komunikowania się z otoczeniem – pierwsze funkcjonuje w nim głównie w sposób wizualny, drugie zaś – w sposób audytywny. Ma to pewne konsekwencje dla dziecka głuchego, o czym pisze Marc Marschark: „Dzieci głuche będą postrzegać świat trochę inaczej niż dzieci słyszące, a wynikające z tego różnice niewątpliwie będą pociągać za sobą konsekwencje dla ich psychicznego rozwoju”<sup>1</sup>. Dlatego działania specjalistów oraz stosowane przez nich formy terapii muszą być skierowane na lepsze zrozumienie niesłyszących pacjentów i ograniczanie poważnych konsekwencji utraty słuchu. Głuchota jest bowiem złożonym zagadnieniem i odgrywa znaczącą rolę w rozwoju dziecka – jednak nie tylko rolę patologii – w sensie biologicznym, ale i czynnika kreatywnego – w sensie psychospołecznym – stwarzającego nowe możliwości kulturowej adaptacji, w których jest miejsce na muzykę.

## Naturalne i wspomagane możliwości percepcji muzyki przez dzieci niesłyszące

Muzyka jako część kultury wywiera niewątpliwie wpływ na funkcjonowanie człowieka. Słuchanie jej jest skomplikowanym procesem, obejmującym zmiany psychiczne, emocjonalne, neurologiczne czy nawet sercowo-naczyniowe. W związku z tym rodzi się pytanie, w jakim stopniu jest ona dobrem powszechnie dostępnym, a w jakim stanowi medium, którego doświadczenie warunkuje sprawność kanału słuchowego człowieka.

Okazuje się, że dobry słuch nie jest jedynym czynnikiem decydującym o przeżywaniu muzyki i wrażliwości na nią. Organizm ludzki bowiem ma potencjał współrezonowania z falą dźwiękową, dzięki czemu

---

1 » Za: Piotr Tomaszewski, *Rozwój językowy dziecka głuchego: wnioski dla edukacji szkolnej*. „Audiofonologia” t. XVI (2000) s. 47, [http://ptnzs.org.pl/audiofonologia/AUDIOFONOLOGIA\\_TOM\\_XVI\\_2000/art2.pdf](http://ptnzs.org.pl/audiofonologia/AUDIOFONOLOGIA_TOM_XVI_2000/art2.pdf) (dostęp: 24 sierpnia 2015).

człowiek głuchy może dokładnie ją wyczuć. Corinne Heline zwraca uwagę, że w zależności od wysokości dźwięków drgania mogą być odbierane różnymi częściami ciała: niskie dźwięki – dolnymi partiami ciała, wyższe – klatką piersiową<sup>2</sup>. Zdolność przeżywania muzyki uzależniona jest od czysto fizycznej wrażliwości na akustyczne warstwy oddziaływania muzyki, odbierane nie tylko przez receptor słuchu.

Wrażliwość na dźwięki muzyczne w rozwoju filo- i ontogenetycznym jest starsza niż zdolność słyszenia tekstu. Upośledzenie słuchu nie zawsze prowadzi do całkowitego braku percepcji muzyki. Aleksandra Mitronowicz-Modrzejewska podaje, że pamięć muzyczna i uwaga muzyczna są o wiele lepiej rozwinięte u dziecka głuchego niż słyszącego. Dźwięki docierające do świadomości osoby z upośledzonym słuchem, aczkolwiek zniekształcone, zachowują takie właściwości, jak: natężenie, wysokość, rytm, barwa<sup>3</sup>. Zdolność różnicowania wymienionych parametrów nie pozostaje w prostym stosunku do stopnia ubytku słuchu. Zdolności muzyczne występują niezależnie od stopnia utraty słuchu. A zatem kontakt dziecka niesłyszącego z muzyką jest nie tylko możliwy, ale też wskazany do osiągnięcia pełni jego rozwoju. Postęp w nauce i medycynie stwarza ku temu dużo lepsze warunki niż jeszcze kilka lat temu.

Dzisiejsze systemy implantów, w które zaopatrywane są dzieci dotknięte ubytkiem słuchu, pozwalają na odbiór mowy w coraz mniej sprzyjających warunkach akustycznych (na tle sygnałów zakłócających, z większej odległości od źródła sygnału itp.), choć nadal stanowią ograniczenie w odbiorze muzyki. Z badań Steffi Johanny Brockmeier z Uniwersytetu w Bazylei, zajmującej się dziedziną percepcji muzyki przez dorosłych pacjentów korzystających z systemu implantu ślimakowego, wynika, że owi pacjenci mają trudności z odbiorem takich elementów muzyki, jak: rytm, tonacja czy barwa dźwięku. Ich możliwości percepcji

---

2 » Za: Bożena Karzewska, *Kształtowanie zdolności koordynacji zmysłowo-ruchowej u dzieci głuchych w wieku przedszkolnym*. Warszawa 2007, s. 42.

3 » Aleksandra Mitronowicz-Modrzejewska. *Głuchota wieku dziecięcego*. Warszawa 1968, s. 43.

tych cech sygnału są nadal dużo niższe niż osób prawidłowo słyszących. Mimo to wielu pacjentów odnajduje przyjemność w słuchaniu muzyki za pomocą implantu ślimakowego i zaznacza, że ma to wpływ na jakość ich życia<sup>4</sup>.

Obecnie w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach prowadzona jest przez Henryka Skarżyńskiego terapia mająca na celu usprawnienie procesów słuchowych zachodzących w mózgu<sup>5</sup>. Opracował on unikatową technikę chirurgiczną, pozwalającą na zachowanie istotnych dla odbioru muzyki dźwięków z zakresu niskich częstotliwości oraz metodę tzw. stymulacji percepcji słuchowej Skarżyńskiego (SPS-S), w której muzykę wykorzystuje się do leczenia centralnych zaburzeń słuchu. Stymulacja percepcji słuchowej metodą Skarżyńskiego to terapia z zastosowaniem różnych rodzajów muzyki: od „klasycznej” (np. utwory Wolfganga Amadeusza Mozarta), przez muzykę ludową, aż do wielu różnych dźwięków niewerbalnych i werbalnych. Wszystkie te dźwięki są modyfikowane przez specjalne urządzenie – stymulator słuchu. Jest to rodzaj słuchawki, która zapewnia przekazywanie dźwięku zarówno drogą powietrzną (błona bębenkowa jest pobudzana przez falę akustyczną), jak i kostną (struktury ucha wewnętrznego pobudzane są przez wibracje). Dźwięki te ulegają rozdzieleniu na dwa pasma – niskich i wysokich częstotliwości (dźwięki o wysokiej częstotliwości to te, które początkowo były głośne, natomiast dźwięki o niskiej częstotliwości to te, które wyjściowo były ciche). Tak przygotowane pasma wpływają na błonę bębenkową na dwa różne sposoby: powodują albo jej usztywnienie, albo rozluźnienie. Uważa się, że wykorzystując oba typy przewodnictwa dźwięku (drogę kostną i drogę powietrzną), można wpłynąć na jego percepcję. Informacja uzyskana drogą kostną dociera do ucha wewnętrznego jako pierwsza i pozwala na prawidłowe przygotowanie drogi

---

4 » Za: Agnieszka Pankowska, Anna Geremek-Samsonowicz. *Sprawozdanie z 5. Międzynarodowych Warsztatów Rehabilitacji Słuchowej, 13–15.03.2014 r., Barcelona, Hiszpania*. „Nowa Audiofonologia” (2014) nr 3(1), s. 84–87, <http://www.nowaaudiofonologia.pl/download/index/idArt/890794> (dostęp: 1 lipca 2015).

5 » Mateusz Rusiniak, *Przez ucho do mózgu*. „Słyszę” (2015), wydanie specjalne, s. 58–61.

słuchowej do odbioru danego natężenia dźwięku. W dalszej kolejności terapia wpływa na wyższe funkcje poznawcze. Tu dźwięki są przetwarzane na różne sposoby, tak aby stymulacja słuchowa powodowała poprawę w zakresie lateralizacji i rytmizacji mowy oraz ogólną poprawę percepcji słuchowej. Podczas terapii ćwiczone jest wykrywanie przerw w bodźcach, określanie następstwa czasowego bodźców akustycznych oraz odtwarzanie sekwencji tonów różniących się częstotliwością lub długością.

Na dalszym etapie ćwiczenia słuchowe są integrowane z zadaniami słuchowo-wzrokowymi, słuchowo-ruchowymi i wzrokowo-ruchowymi. Stosuje się między innymi ćwiczenia: śpiewania, różnicowania melodii wygrywanych na instrumentach muzycznych czy kontroli głosu. Henryk Skarżyński zaleca uwrażliwianie na muzykę dzieci niesłyszących od najmłodszych lat, nie tylko w celu bezpośredniej stymulacji słuchowej, ale również jako realizację potrzeby obecności muzyki w życiu każdego człowieka dla stymulacji centralnego układu nerwowego, dla relaksu i w wielu innych formach terapii. W lipcu 2015 roku z inicjatywy Henryka Skarżyńskiego odbył się w Kajetanach I Międzynarodowy Festiwal Muzyczny Dzieci, Młodzieży i Dorosłych z Zaburzeniami Słuchu „Ślimakowe Rytm”. Autor przedsięwzięcia podkreśla, iż jest to pomysł pokazania szerokiej publiczności talentów muzycznych uratowanych dzięki postępowi w nauce i medycynie<sup>6</sup>.

Zwiększone możliwości interwencji medycznej pozwalają na ograniczanie rozmiarów i indywidualnych skutków uszkodzenia słuchu, na co wskazuje Dorota Podgórska-Jachnik<sup>7</sup>. Zaznacza jednak, że nie należy oczekiwać radykalnego zmniejszenia się populacji głuchych na świecie. Istnieje bowiem, szczególnie w zakresie medycyny prenatalnej i neonatalnej, swoisty paradoks postępu medycznego: nowoczesna nauka pozwala ratować życie coraz młodszym wcześniakom, z coraz mniejszą

6 » *Ibidem*, s. 6.

7 » Dorota Podgórska-Jachnik, *Historia wychowania i edukacji głuchych z perspektywy surdopedagogiki początku XXI wieku*. W: *Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną – w ujęciu pedagogicznym*. Red. Jacek Błeszyński et al. Łódź 2008, s. 184–185.

wagą urodzeniową, ale jednocześnie zwiększa w ten sposób statystyki przeżywalności noworodków z ciężkimi uszkodzeniami, także uszkodzeniami słuchu.

Dzięki współczesnej medycynie można ograniczać skutki uszkodzeń słuchu poprzez takie choćby zabiegi, jak korekta czy rekonstrukcja w obrębie układu słuchowego, co stwarza ogromne szanse minimalizacji negatywnych rozwojowych konsekwencji uszkodzenia słuchu. Nowoczesne strategie pomocy dziecku głuchemu trzeba jednak budować, wykorzystując nie tylko dobrodziejstwa płynące z postępu medycyny, ale także wszelkie inne dostępne formy usprawniania uszkodzonego narządu – włącznie z surdomuzykoterapią.

## Surdomuzykoterapia – próba definicji

Możliwości techniczne odbioru muzyki oraz naturalne predyspozycje – zarówno fizyczne, jak i psychiczne – dzieci głuchych do jej przeżywania skłaniają do podjęcia próby zdefiniowania formy terapii muzyką odnoszącej się bezpośrednio do odbiorcy niesłyszącego.

Spośród licznych definicji ukazujących wieloaspektowość stosowania muzykoterapii, szerokie spektrum jej oddziaływania, a także interdyscyplinarność trzy z nich zwracają szczególną uwagę w kontekście powyższych rozważań.

Leslie Bunt, muzykoterapeuta brytyjski, jest autorem definicji, w myśl której: „Muzykoterapia to [...] użycie dźwięków i muzyki w ramach ewoluującej relacji między klientem i terapeutą w celu wspierania i wspomagania fizycznego, psychicznego, społecznego i emocjonalnego dobrostanu”<sup>8</sup>. Ważne wydaje się tu rozgraniczenie dokonane przez autora na „dźwięki” oraz „muzykę” stosowane w terapii, gdyż w kontekście osób niesłyszących doświadczanie pełni struktur muzycznych

---

8 » Leslie Bunt, *Music Therapy: an art beyond words*. W: *Wprowadzenie do muzykoterapii*. Red. Ludwika Konieczna-Nowak. Kraków 2013, s. 16.

jest w większości przypadków niemożliwe. Podobnego rozgraniczenia dokonuje się w definicji zaproponowanej przez Elżbietę Galińską. Muzykoterapia w jej rozumieniu oznacza „formę psychoterapii i reedukacji, posługującą się muzyką i jej elementami [...] jako środkami ekspresji emocjonalnej i komunikacji niewerbalnej”<sup>9</sup>. Tu również zastosowano uściślenie dotyczące narzędzia terapeutycznego – muzyki i jej elementów. Definicja Elżbiety Galińskiej ukazuje jeszcze jeden aspekt obecny w pracy surdomuzykoterapeutycznej. Muzyka jest rozpatrywana jako środek komunikacji niewerbalnej. W sytuacji dzieci niesłyszących, w których terapii zaburzeń słuchu zastosowano implant ślimakowy czy aparat słuchowy, a mimo to nie osiągnęły one poziomu słyszenia mowy, komunikaty werbalne są w dużej mierze zastępowane przez system znaków migowych; zatem muzyka podobnie jak mig może stanowić dla nich naturalny – bo niewerbalny – środek komunikacji.

W polskim piśmiennictwie uwagę zwraca jeszcze definicja zaproponowana przez Macieja Kieryła, który zakłada, iż „muykoterapia to [...] ukierunkowane, wielofunkcyjne, kompleksowe, systematyczne wykorzystanie muzyki jako uzupełnienie leczenia zabiegowego, farmakologicznego, rehabilitacyjnego, psychoterapii i pedagogiki specjalnej”<sup>10</sup>. Wskazuje w niej na służebną rolę muzykoterapii wobec innych dyscyplin wspierających proces zdrowienia. Z wymienionych w definicji dyscyplin wyłonić należy pedagogikę specjalną jako tę, której surdomuzykoterapia winna podporządkowywać swoje cele.

Refleksje dotyczące muzykoterapii oraz wieloletnia praktyka prowadzenia zajęć muzykoterapeutycznych wśród dzieci z ubytkiem słuchu w Dolnośląskim Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym Nr 12 dla Niesłyszących i Słabosłyszących im. Marii Grzegorzewskiej we Wrocławiu (DSOS-W) doprowadziły mnie do podjęcia próby stworzenia własnej definicji, określającej, czym jest „surdomuzykoterapia” i w czym przejawia się jej specyfika.

9» Elżbieta Galińska, *Muykoterapia*. W: *Encyklopedia muzyki*. Red. Andrzej Chodkowski. Warszawa 1995, s. 592.

10» Maciej Kierył, *Elementy terapii muzycznej*. Warszawa 1996, s. 24.

Surdomuzykoterapia to termin wywodzący się z łacińskiego słowa *surdus* (głuchy) oraz greckich słów *mousike* (muzyka) i *therapeuēin* (leczenie)<sup>11</sup>. Swoistość sposobów emitowania muzyki oraz korzystania ze środków oddziaływania terapeutycznego pozwala na ujęcie surdomuzykoterapii w kategoriach samodzielnej dyscypliny muzykoterapii specjalnej obok tyflomuzykoterapii i oligofrenomuzykoterapii<sup>12</sup>.

Surdomuzykoterapia dzieci to metoda oddziaływania psychofizycznego, wykorzystująca elementy muzyki rozumiane jako bodźce słuchowe, dotykowe, wizualne przy udziale środków wspomagających percepcję słuchową oraz komunikacji totalnej w celu usprawniania dzieci niesłyszących i słabosłyszących dla ich pełniejszego rozwoju oraz integracji ze środowiskiem osób słyszących.

Zaproponowane ujęcie surdomuzykoterapii uwzględnia zarówno tradycyjny sposób postrzegania zjawisk muzycznych – kanałem słuchowym, jak i odbieranie ich poprzez inne kanały, takie jak czucie eksteroceptywne (powierzchniowe) czy doświadczenie muzyki jako obrazu – patrząc jedynie na źródło dźwięku. Ponadto definicja obejmuje swym zasięgiem dzieci o różnym poziomie uszkodzenia słuchu i jego korekcji, co w konsekwencji oznacza też różny poziom komunikacji. Dalsze rozważania będą miały na celu omówienie wybranych aspektów przedstawionej definicji surdomuzykoterapii. Rozpocznę od zagadnienia, jakim jest stopień ubytku słuchu w kontekście jego znaczenia dla percepcji muzyki.

Międzynarodowe Biuro Audiofonologii (BIAP – Bureau International d’Audiophonologie) opracowało audiometryczną klasyfikację uszkodzeń słuchu. Zgodnie z nią istnieją cztery poziomy dysfunkcji słuchowych w zależności od stopnia utraty słuchu mierzonych w decybelach.

---

11 » Jako pierwszy termin „surdomuzykoterapia” (w skrócie SMT) wprowadził do nawiązań muzykoterapeutycznego Paweł Cylulko w roku 1996. Zob. Paweł Cylulko, *Tyflomuzykoterapia jako forma stymulacji rozwoju małych dzieci*. W: *Problemy wczesnej rehabilitacji niewidomych i słabowidzących dzieci*. Red. Grażyna Walczak. Warszawa 1996, s. 77.

12 » Za: *ibidem*, s. 95.

Tabela 1. Klasyfikacja BIAP<sup>13</sup>

Ubytek słuchu w decybelach	Uszkodzenie słuchu w stopniu
powyżej 20 do 40 dB	lekkim
powyżej 40 do 70 dB	umiarkowanym
powyżej 70 do 90 dB	znacznym
powyżej 90 dB	głębokim

Uszkodzenie słuchu w stopniu lekkim oznacza, że osoba może mieć trudności z identyfikacją akustyczną niektórych głosek, ze skutecznym słuchaniem dźwięków w hałasie lub z dużej odległości. Takie uszkodzenie nie wymaga interwencji medycznych, choć niektóre osoby z uszkodzeniem słuchu w stopniu lekkim korzystają z aparatów słuchowych. Z uszkodzeniem słuchu w stopniu umiarkowanym mamy do czynienia wtedy, gdy osoba słyszy i rozumie mowę tylko w korzystnych warunkach akustycznych, używa aparatów słuchowych i innych pomocy technicznych. Mowa rozwija się w sposób spontaniczny, ale często jest zniekształcona w wyniku nieprawidłowej identyfikacji dźwięków drogą słuchową i ich nieprawidłowego naśladowania.

Uszkodzenie słuchu w stopniu znacznym oznacza dla dotkniętej nim osoby, że nie słyszy i nie identyfikuje ona wszystkich dźwięków mowy nawet z pomocą aparatu słuchowego, dlatego w jej odbiorze posługuje się wzrokiem, odczytując mowę z ust. Mowa osoby z uszkodzonym słuchem w stopniu znacznym nie rozwija się naturalnie i spontanicznie. Uszkodzenie słuchu w stopniu głębokim ma osoba, która nie rozumie mowy dźwiękowej nawet z pomocą aparatów słuchowych. Osoba z uszkodzeniem słuchu w tym stopniu najczęściej odczytuje mowę z ust.

Osoby z uszkodzonym słuchem w stopniu lekkim i umiarkowanym nazywane są w Polsce osobami niedosłyszącymi lub słabosłyszącymi. W przypadku osób ze znacznym i głębokim uszkodzeniem słuchu

13 » Bogdan Szczepankowski, *Niesłyszący – głusi – głuchoniemi. Wyrównywanie szans*. Warszawa 1999, s. 31.



przyjęto się stosować określenia: osoba głucha lub niesłysząca. W klasyfikacji uszkodzeń słuchu sporządzonej przez BIAP podkreśla się znaczenie aparatów słuchowych dla lepszego przyswajania dźwięków mowy. Mając zatem świadomość, jak bardzo stopień ubytku słuchu wpływa na poziom rozumienia i ekspresji mowy ludzkiej, można spróbować zbadać, w jakim stopniu ubytek słuchu będzie determinował audytywny odbiór poszczególnych instrumentów muzycznych. Poniższe zestawienie jest próbą odpowiedzi na to pytanie.

Tabela 2. Poziomy dźwięku emitowane przez instrumenty<sup>14</sup>

Źródła dźwięku	Poziom dźwięku [dBA <sup>15</sup> ]
Pianino	60–90
Skrzypce	80–90
Kontrabas	70–94
Klarnet	68–82
Flet	98–114
Bęben basowy	74–94
Koncert symfoniczny	86–102

Z danych przytoczonych w zestawieniu wynika, iż w przypadku dzieci dotkniętych głęboką głuchotą, które mają ubytek słuchu na poziomie 90 dB, percepcja słuchowa instrumentów muzycznych jest

14 » Emil Kozłowski, *Muzyka czy hałas?* „Sprawy nauki” (2011) nr 10, s. 16, [http://www.sprawynauki.edu.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1924&Itemid=30](http://www.sprawynauki.edu.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=1924&Itemid=30) (dostęp: 24 sierpnia 2015).

15 » Dźwięk przynosi się z różną częstotliwością (drżania na sekundę), a ludzkie ucho wykazuje różną wrażliwość na poszczególne częstotliwości. Uwzględnia to konstrukcja przyrządu (miernika poziomu dźwięku) służącego do pomiaru hałasu. Wyniki pomiaru są filtrowane i podawane na poziomie A-ważonym, który oddaje ciśnienie akustyczne w taki sposób, w jaki odbiera je ludzkie ucho. Wartość natężenia dźwięku podaje się wtedy w dBA.

w dużej mierze ograniczona. Może to oznaczać, że jedyną możliwość bezpośredniego kontaktu z muzyką stwarzają im pozostałe zmysły, takie jak dotyk czy wzrok. Zatem „muzyka” w przypadku dzieci z lekkim, umiarkowanym i znacznym niedosłuchem rozumiana jest jako „bodziec słuchowy, dotykowy i wzrokowy”, natomiast w przypadku dzieci z najgłębszym stopniem uszkodzenia słuchu „muzyka” jest rozumiana jako „bodziec dotykowy i wzrokowy”. Takie też ujęcie „muzyki” zostało zaproponowane w definicji surdomuzykoterapii.

Zaburzenie odbioru audytywnego rzeczywistości zewnętrznej skutkuje niemożnością precyzyjnego słyszenia nie tylko dźwięków muzyki, ale przede wszystkim dźwięków mowy, co z kolei rzutuje na proces komunikacji. Komunikacja osób z uszkodzonym słuchem zależy od miejsca, stopnia i momentu uszkodzenia słuchu. Wiąże się ona ściśle z możliwościami opanowania mowy dźwiękowej przez te osoby.

Mogą one porozumiewać się za pomocą języka narodowego albo języka migowego – naturalnego języka osób niesłyszących. Surdomuzykoterapeuta, chcąc wejść w kontakt z dzieckiem niesłyszącym, musi przede wszystkim znaleźć z nim wspólny kod językowy – taki środek komunikacji, który pozwoli osiągnąć porozumienie.

Wśród środków komunikacji interpersonalnej między osobami niesłyszącymi a słyszącymi Bogdan Szczepankowski wymienia:

- > język narodowy mówiony (głośna mowa) – osoba z uszkodzonym słuchem wykorzystuje resztki słuchu i łączy je z odczytywaniem mowy z ust,
- > język narodowy artykułowany (wyraźna artykulacja bez użycia głosu) odbierany tylko drogą wzrokową przez odczytywanie mowy z ust,
- > znaki migowe daktylograficzne (alfabet palcowy i znaki liczb),
- > pismo,
- > znaki migowe ideograficzne i daktylograficzne w polskim systemie językowo-migowym użytkowym (język migowy bez końcówek fleksyjnych lub z końcówkami fleksyjnymi stosowanymi wybiórczo),
- > mimika i pantomimika będące integralną częścią znaków migowych,

> zachowania kinetyczne – niekonwencjonalne znaki migowe (środki niewerbalne, mowa ciała, parajęzyk)<sup>16</sup>.

Swobodę w doborze środków komunikacyjnych do osiągnięcia porozumienia interpersonalnego z uwzględnieniem możliwości osoby prowadzącej surdomuzykoterapię, a przede wszystkim predyspozycji i możliwości samego dziecka poddawanego muzycznej terapii zapewnia systemem totalnej komunikacji. Jest to koncepcja polegająca na wykorzystywaniu wszelkich dostępnych środków wchodzących w skład mowy ustnej i migowej<sup>17</sup>. Autorka koncepcji, Aniela Korzon, podkreśla, że efektywne nauczanie dzieci niesłyszących można osiągnąć wówczas, gdy w proces komunikowania angażuje się nie tylko mowę, ale również kody manualne i słuchowe. Siegmund Prillwitz<sup>18</sup> przypisuje ogromną rolę udziałowi języka migowego i środków pozawerbalnych w procesie komunikacji jako czynników wspomagających rewizję doświadczeń, rozwiązywanie problemów, przyswajanie społecznego systemu wartości i stabilizowanie osobowości dziecka. Odrzucanie tych środków prowadzi jego zdaniem do próżni komunikacyjnej, mającej negatywny wpływ na ogólny rozwój. Analogicznie wydaje się, że efektywność oddziaływań w ramach surdomuzykoterapii można podnieść również dzięki stosowaniu totalnej komunikacji. W każdej bowiem sferze życia dziecka, czy będzie ona dotyczyła rodziny, edukacji czy terapii, ważne jest, by występował akt komunikacji z drugim człowiekiem.

W definiowaniu surdomuzykoterapii ważne jest, by zaakcentować jej rolę w procesie integracji środowisk osób słyszących i niesłyszących. Bariere, która znacznie utrudnia spotkanie się tych dwóch światów, stanowi utrudniony kontakt słowny, co może rzutować również na jakość prowadzonych oddziaływań muzykoterapeutycznych wobec dziecka głuchego przez słyszącego terapeutę. Jak twierdzi Grażyna Dryżałowska, „im dziecko niesłyszące ma mniejsze możliwości słuchowe, słabiej

---

16 » Bogdan Szczepankowski, *op. cit.*, s. 94–95.

17 » Aniela Korzon, *Totalna komunikacja jako podejście wspomagające rozwój zdolności językowych uczniów głuchych*. Kraków 2001, s. 49.

18 » Siegmund Prillwitz, *Język, komunikacja i zdolności poznawcze niesłyszących*. Warszawa 1996, s. 274–275.

rozwinęty język, tym mniej tych informacji może odebrać i zrozumieć, a tym samym w mniejszym zakresie uczestniczyć w życiu społeczeństwa<sup>19</sup>. Zaburzony kontakt słowny, niemożność okazania w ten sposób swych stanów emocjonalnych i chęć wyładowania ich mogą być postrzegane jako cechy negatywne zachowania się dziecka i źle zrozumiane przez otoczenie. Słaby lub niedostateczny stopień porozumiewania się z otoczeniem wpływa na rozwój emocjonalny, ale także społeczny dziecka. Nie tylko jednak zaburzona mowa jest czynnikiem wykluczającym je nierzadko z możliwości korzystania z pełni interakcji rówieśniczych. Składa się na to również mała wiedza na temat osób dotkniętych uszkodzeniem narządu słuchu i ich problemów funkcjonalnych.

Mimo że wiele czasu upłynęło, odkąd zrozumiano, iż „strata jednego, a może więcej zmysłów nie pozbawia człowieka jego ludzkiej natury”<sup>20</sup>, w praktyce do dziś niewiele się zmieniło, jeśli chodzi o postrzeganie głuchych przez słyszącą większość. Znacznie większe zagrożenie od nieznamomości terminologii stanowią fałszywe i krzywdzące mity społeczne, które budują błędny i uproszczony obraz niedosłyszących i głuchych. Osoby słyszące nie są w stanie wyobrazić sobie, jak żyje się w świecie ciszy, ponieważ postrzegają głuchotę przez pryzmat ewentualnej możliwości utraty dostępu do świata dźwięków. Wyobrażają sobie, jak mogłyby się czuć, gdyby pozbawiono je słuchu, i na tej podstawie kreślą uogólniony obraz osoby dotkniętej uszkodzeniem słuchu jako wyizolowanej, zdeorientowanej, niekomunikatywnej, odciętej od świata i ludzi<sup>21</sup>. Podobnie ujmują to Katarzyna Werszka i Katarzyna Bieńkowska-Robak: „Lenistwo słyszących, którzy nie zadają sobie trudu podtrzymywania wzajemnych kontaktów, sprawia, że wielu osobom nie chce się dotrzeć do świata ciszy [...], aby odnaleźć tam wartościowego człowieka, który ma wiele do powiedzenia, a nie zawsze potrafi wyrazić

19 » Grażyna Dryżałowska, *Rozwój językowy dziecka z uszkodzonym słuchem a integracja edukacyjna*. Warszawa 2007, s. 50.

20 » Grzegorz Galewski, *Spółeczność głuchych w oczach przybysza*. „Świat Ciszy” (1998) nr 3, s. 8.

21 » Harlan Lane, *Maska dobroczynności: deprecjacja społeczności głuchych*. Warszawa 1996, s. 58–61.

to słowami”<sup>22</sup>. Wysoce zasadne wydaje się w tej sytuacji szukanie pomostu, na którym dwa światy – „dźwięczny” i „bezdźwięczny” – mogłyby się spotkać.

Wiele środowisk zaangażowanych społecznie podejmuje już działania, których celem jest integracja. Powstają klasy szkolne, w których dzieci niesłyszące uczą się na równi z dziećmi słyszącymi. Swoistym *novum* jest też realizacja projektów muzycznych, w których biorą udział dzieci niesłyszące i słabosłyszące. Przykładem takiego działania jest realizowany w DSOS-W we Wrocławiu projekt pod nazwą „Bajka bez barier”, koordynowany przez Fundację Katarynka. Jego celem jest działanie „na przekór zmysłom” poprzez organizowanie dla dzieci z niedosłuchem warsztatów prowadzonych przez profesjonalnych muzyków. Efekt współpracy stanowić będzie płyta studyjna, na której zarejestrowane zostaną prezentacje wokalnie-instrumentalne niesłyszących dzieci z Ośrodka. Muzyka staje się w tym przypadku pomostem, który pozwala dzieciom wejść w rolę zawodowych artystów – piosenkarzy, obcować z prawdziwymi instrumentami, poznać, na czym polega praca i proces powstawania ścieżki dźwiękowej. Z kolei dla osób słyszących wysłuchanie takiego nagrania będzie cenną informacją i możliwością zgłębienia tajemnicy świata, do którego należą nie w pełni sprawne słuchowo dzieci. Podobny cel stawia sobie surdomuzykoterapia: tworzenie płaszczyzny, na której bariera dźwięku nie będzie izolowała od siebie ludzi słyszących i niesłyszących, ale poprzez podejmowanie wspólnych muzycznych działań będzie sprzyjać wzajemnemu poznaniu, zrozumieniu i integracji przez przenikanie światów i przełamywanie barier zmysłowych.

## Odniesienia praktyczne surdomuzykoterapii

Wyobraźmy sobie sytuację, w której jako muzykoterapeuci przestajemy nagle mówić do swoich pacjentów. Wszystko, co chcemy im przekazać,

---

22 » Katarzyna Werszka, Katarzyna Bieńkowska-Robak, *Problemy ze słuchem*. „Integracja” (2002) nr 6, s. 79.

ogranicza się do gestów wykonywanych przez nasze dłonie. Czy w tych dłoniach jesteśmy w stanie zmieścić całą zawartość treści werbalnej z jej kontekstem emocjonalnym, a zatem odpowiednią intonacją, tempem wypowiedzi, artykulacją, która jest również narzędziem w terapii? Owszem, jeżeli chodzi o przekazanie pewnych emocji, można dokonać tego na poziomie niewerbalnym, czyli poprzez tzw. mowę ciała, natomiast w przekazie samej informacji między słyszającym terapeutą a niesłyszającym pacjentem często dochodzi do licznych zakłóceń.

Dziecko niesłyszające widzi muzykę, dlatego że widzi włączone radio, terapeutę, który gra na pianinie; czuje ją, gdy położy rękę na bębieniu, gdy dotknie stopami podłogi, na której stoi grający fortepian. Ale dziecko niesłyszające nie słyszy muzyki i zadaniem surdomuzykoterapeuty jest opowiedzieć mu o niej za pomocą czytelnych i zrozumiałych dla niego form przekazu.

Narzędziem, którym terapeuta będzie się posługiwał, o czym była już mowa, jest komunikacja totalna, w ramach której część treści będzie przekazana poprzez język migowy, czyli mowę gestu. Tu jednak pojawia się pierwsza trudność, gdyż język ten jest bardzo ubogi w terminologię muzyczną. Leksykon języka migowego zawiera sześć słów, które dotyczą muzyki w sposób bezpośredni lub pośredni. Są to takie określenia, jak: *śpiewać, taniec, dźwięk, dzwonek, harmonia, gitara*<sup>23</sup>.

Wobec tego należałoby się zastanowić, czy jest w ogóle możliwe mówienie o muzyce za pomocą jedynie sześciu słów. Jak przekazać informacje dotyczące chociażby podstawowych elementów muzyki, takich jak rytm czy melodia? W oficjalnym języku migowym funkcjonują też nazwy tylko nielicznych instrumentów muzycznych. Przyczyna tak ubogiej reprezentacji leksykalnej języka migowego w zakresie muzyki po części wynika z tego, iż osobom niesłyszającym terminy muzyczne nie są niezbędne w życiu codziennym, dlatego nie funkcjonują w ich słowniku. Dla surdomuzykoterapeuty stanowią natomiast bazę, bez której trudno jest omawiać przestrzeń muzyczną. Im większa świadomość akustyczna

---

23 » *Leksykon języka migowego*. Red. Olgierd Kosiba, Piotr Grenda. Bogatynia 2011, s. 73, 85, 95, 273, 277.

osoby niesłyszącej, której przywraca się zdolność słyszenia przez protezowanie narządu słuchu, tym większa potrzeba opisywania i nazywania zjawisk dźwiękowych stanowiących w jej przestrzeni pojęciowej nową reprezentację. Analogiczna zależność zachodzi w przypadku dziecka niesłyszącego, przeżywającego swój pierwszy kontakt z muzyką. Prowadzone przez surdomuzykoterapeutę – doświadcza jej polisensorycznie, a następnie koduje jako nową jakość, do której nabierze określonego stosunku i którą zdefiniuje tak, jak mu ją opowie terapeuta.

Środkiem pośrednim w rozwiązaniu trudności komunikacyjnych jest daktylografia, czyli tzw. palcowanie słów, które nie mają swojego odpowiednika w geście. Czynność daktylografii trwa jednak dość długo i często dane słowo nie ma odniesienia do konkretnego w umyśle dziecka. Jako przykład można wskazać, iż słowo „nuta” występujące powszechnie w języku polskim; gdy zostanie „przepalcowane”, okaże się terminem, który w umyśle dziecka nie wywołuje żadnego obrazu i brzmi jak słowo z języka obcego.

Dziecko niesłyszące wprawdzie odbiera z większą lub mniejszą intensywnością bodźce wzrokowe, słuchowe, węchowe i dotykowe, lecz nie łączy ich z nazwą i często nie rozumie ich znaczenia ani związku. Brak jednego z najważniejszych receptorów upośledza u niego operacje myślowe abstrahowania, klasyfikacji i uogólniania. Nie kojarzy ono także symbolu dźwiękowego z pojęciem. Jego poznanie jest głównie konkretno-obrazowe, a nie logiczno-pojęciowe<sup>24</sup>. Dlatego zarówno w nauczaniu osób niesłyszących, jak i terapii kładziony jest ogromny nacisk na tworzenie powiązań między spostrzeganymi przedmiotami a obrazem słowa określającego przedmiot. W przypadku przywołanego pojęcia „nuta” na pierwszym etapie budowania świadomości muzycznej należy powiązać to słowo z ilustracją nuty oraz odpowiadającym jej gestem, który jeśli nie ma go w słowniku języka migowego, jest tworzony na bieżąco przez terapeuta. W tym celu najczęściej posługuje się on gestami naturalnymi, czyli układa dłonie w taki kształt, który jak najwierniej odtworzy rzeczywisty kształt nuty. Podobnie dzieje się z nazwami instrumentów muzycznych, które są

---

24 » Zofia Sękowska, *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*. Warszawa 2001, s. 173.

przetwarzane na język gestów naturalnych. W umyśle dziecka niesłyszącego dokonuje się w ten sposób „zrastanie” słowa z przedmiotem.

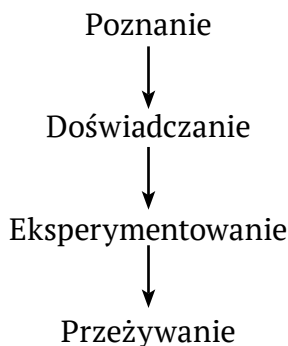
Wadą takiego rozwiązania jest funkcjonowanie nowych słów-gestów tylko na terenie danego ośrodka. W innym ośrodku surdomuzykoterapeuta tworzy swój własny kod językowy z pacjentami, który niestety nie jest uniwersalny. Gdy wreszcie zostaje osiągnięta wspólna płaszczyzna porozumienia, można przejść do realizowania konkretnych form muzykoterapii. W dużej mierze nie będą się one jednak opierać na słowie i skupią się głównie na wykorzystywaniu tych talentów dziecka, które nie są sprzężone z wadą słuchu. Okazuje się bowiem, że dziecko niesłyszące może mieć talent muzyczny, a zatem dobre poczucie rytmu, świetną synchronizację ruchów w tańcu czy fantazję w improwizacji fortepianowej. Są to zdolności niezależne od stopnia uszkodzenia słuchu, a zatem można i należy je doskonalić. Żeby jednak rozwijać talent muzyczny, którego odkrycie będzie pewnego rodzaju ukoronowaniem na drodze obcowania dziecka niesłyszącego z muzyką, proponuje się przejście czterech etapów „oswajania”, polegających na: poznaniu, doświadczaniu, eksperymentowaniu i przeżywaniu dźwięków muzyki, prowadzących ostatecznie do możliwie pełnego z nią spotkania oraz zafunkcjonowania w świadomości.

## Etapy oswajania dziecka niesłyszącego z muzyką

Schemat 1 (zob. s. 120) obrazowo przedstawia etapy, przez które surdomuzykoterapeuta przeprowadza dziecko niesłyszące w ramach empirycznego konfrontowania go z muzyką.

*Etap poznania* ma na celu uświadomienie dziecku niesłyszącemu, że „muzyka” istnieje, a zatem jest częścią jego życia. Dziecko z uszkodzonym słuchem rodzi się i wzrasta w przekonaniu o ciszy panującej w świecie. Być może zachowane resztki słuchowe lub urządzenia techniczne stymulujące słyszenie pozwalają mu na odbieranie pewnych dźwięków z otoczenia, jednak na poziomie świadomości tak obszerna dziedzina sztuki, jaką jest muzyka, nie funkcjonuje. Surdomuzykoterapeuta





Schemat 1. Etapy osvajania dziecka niesłyszącego z muzyką. Opracowanie własne.

stopniowo zaczyna więc odkrywać nowe jakości w życiu niesłyszącego pacjenta, wykorzystując przede wszystkim analizator wzrokowy. Pokazuje mu liczne atrybuty sztuki muzycznej, takie jak instrumenty muzyczne, śpiewniki z nutami, filmy z nagranyymi koncertami muzyki „klasycznej” i rozrywkowej. Buduje w ten sposób wiele doświadczeń poznawczych, które mają na celu doprowadzenie dziecka niesłyszącego do wytworzenia w jego umyśle nowej kategorii – kategorii muzycznej.

*Etap doświadczania* następuje dopiero wówczas, kiedy dziecko niesłyszące zaczyna wysyłać do terapeuty pojedyncze zwroty zawierające treści okołomuzyczne, które terapeuta interpretuje jako dowód na to, że dziecko zaczęło zauważać i wyodrębniać muzykę spośród innych sfer przestrzeni życiowej. Etap doświadczania opiera się głównie na analizatorze dotykowym. Na tym etapie dziecko z ubytkiem słuchu będzie miało szansę w sposób fizyczny doświadczyć dźwięków muzyki i spróbować przez to znaleźć odpowiedź na pytanie: czym jest muzyka? Jeżeli bowiem jej nie słyszy, to będzie mogło przynajmniej poczuć jej istnienie na swoim ciele. Dokonuje się tego w sposób bardzo bezpośredni: surdomuzykoterapeuta przykłada grający instrument do dłoni dziecka, pozwala mu położyć się lub oprzeć o grający fortepian, przykłada głośniki z emitowaną muzyką do jego ciała. W ten sposób niesłyszący pacjent przekonuje się, że muzyka jest nie tylko teorią, ale ma też cechy pozwalające mu jej praktycznie doświadczyć.

*Etap eksperymentowania* wyzwala się w dziecku w wyniku rozbudzenia zainteresowania dziedziną muzyki. Otoczone przez surdomuzykoterapeutę dużą liczbą bodźców dźwiękowych oraz pojęciami poszerzającymi wiedzę o muzyce zaczyna samo poszukiwać jej walorów. Odkrywa niejednokrotnie, że kontakt z muzyką jest źródłem przyjemności i zabawy, dlatego zaczyna eksperymentować, coraz bardziej komplikując sposoby wydobycia dźwięku z instrumentu perkusyjnego, bada możliwości swojego ciała w percypowaniu muzyki oraz możliwości otaczających sprzętów w kontekście jej przewodzenia (np. dotyka różnych przestrzeni i przekonuje się, że te drewniane najlepiej przewodzą dźwięk). Dochodzi do tego wszystkiego przy asyście surdomuzykoterapeuty, którego rola nieco się zmienia na tym etapie z przewodnika na towarzysza eksperymentów i poszukiwań dziecka. Jest to również etap, kiedy ujawniają się preferencje muzyczne dzieci niesłyszących. Uwidacznia to wybór chociażby formy aktywności muzycznej, którą najbardziej lubią wykonywać podczas zajęć: niektóre z nich wybierają grę na instrumentach, taniec, inne wolą moment odprężenia w czasie muzycznego masażu. Dzieci niesłyszące, eksperymentując z muzyką, same zaczynają przekonywać się o tym, co w niej najbardziej je pociąga.

*Etap przeżywania* to etap dostępny tylko nielicznym jednostkom, wymaga bowiem postrzegania muzyki jako nośnika emocji, a nie tylko jako zjawiska fizycznego. Dzieci głuche wykazują obniżone zdolności myślenia abstrakcyjnego ze względu na ścisłą więź, jaka istnieje między mową a myśleniem abstrakcyjnym. Im większy ubytek słuchu, tym większe zaburzenia mowy, a co za tym idzie – niższy lub nieosiągalny wręcz poziom myślenia abstrakcyjnego. Etap przeżywania w surdomuzykoterapii należałoby raczej definiować jako proces „odrywania” muzyki od konkretności. Dziecko na tym etapie obserwuje swoje reakcje na muzykę, które często zachodzą w nim w sposób automatyczny. Terapeuta uczy je łączyć te reakcje z nastrojem panującym w muzyce, jej charakterem. Doprowadzając do etapu przeżywania, surdomuzykoterapeuta ma szansę na dialog instrumentalny z dzieckiem niesłyszącym, które poprzez muzykę być może opowie mu o swoich emocjach.

Zaprezentowane etapy osvajania dziecka niesłyszącego z muzyką obejmują długi proces różnorodnych interakcji, w którym zachodzenie zmian można zaobserwować tylko dzięki wnikliwej analizie jego reakcji. Wymagane jest też proponowanie takich form aktywności muzycznej, które spowodują budowanie pozytywnych doświadczeń i nie zniechęcą dziecka do podejmowania dalszych prób zaspokajania dopiero co rozbudzonej ciekawości muzycznej.

## Zakończenie

Surdomuzykoterapia, mająca swoje miejsce wśród innych nauk muzykoterapeutycznych, lokalizuje działania wokół pewnego paradoksu: szuka muzyki tam, gdzie jej nie słyhać, i znajduje ją pod postacią obrazu, fali drgającego powietrza, wrażenia akustycznego uzyskanego przy udziale resztek zachowanego słuchu. Podobnie surdomuzykoterapeuta, choć jest muzykiem, to jednak rezygnuje z dążenia do wysokiej jakości swoich produkcji muzycznych, czystości brzmienia śpiewu podopiecznego, rozbudowanej harmonii tworzonych akompaniamentów na rzecz prostoty, czytelności i przede wszystkim przystępności świata dźwięku dla dziecka, które gdy się rodzi, to jeszcze nie wie, że muzyka w ogóle istnieje. Na tym opiera się swoistość surdomuzykoterapii, pozwalającej dziecku niesłyszącemu odkrywać nową, nieznaną kategorię swojego „głuchego” świata – muzykę, która pomoże mu go precyzyjniej zobaczyć i poczuć, a w przyszłości może także lepiej zrozumieć.

## Bibliografia

- Bunt Leslie, *Music Therapy: An Art Beyond Words*. W: *Wprowadzenie do muzykoterapii*. Red. Ludwika Konieczna-Nowak. Kraków 2013.
- Cybulko Paweł, *Tyflomuzykoterapia dzieci: teoria i praktyka muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnością wzrokową*. Wrocław 2004.

- Cylulko Paweł, *Tyflomuzykoterapia jako forma stymulacji rozwoju małych dzieci*. W: *Problemy wczesnej rehabilitacji niewidomych i słabowidzących dzieci*. Red. Grażyna Walczak. Warszawa 1996.
- Dryżałowska Grażyna, *Rozwój językowy dziecka z uszkodzonym słuchem a integracja edukacyjna*. Warszawa 2007.
- Galewski Grzegorz, *Społeczność głuchych w oczach przybysza*. „Świat Ciszy” (1998) nr 3.
- Galińska Elżbieta, *Muzykoterapia*. W: *Encyklopedia muzyki*. Red. Andrzej Chodkowski. Warszawa 1995.
- Karzewska Bożena, *Kształtowanie zdolności koordynacji zmysłowo-ruchowej u dzieci głuchych w wieku przedszkolnym*. Warszawa 2007.
- Kierzył Maciej, *Elementy terapii muzycznej*. Warszawa 1996.
- Korzon Aniela, *Totalna komunikacja jako podejście wspomagające rozwój zdolności językowych uczniów głuchych*. Kraków 2001.
- Kozłowski Emil, *Muzyka czy hałas?* „Sprawy Nauki” (2011) nr 10, [http://www.sprawynauki.edu.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1924&Itemid=30](http://www.sprawynauki.edu.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=1924&Itemid=30) (data dostępu: 5.05.2016).
- Lane Harlan, *Maska dobroczynności: deprecjacja społeczności głuchych*. Warszawa 1996.
- Leksykon języka migowego*. Red. Olgierd Kosiba, Piotr Grenda. Bogatynia 2011.
- Mitronowicz-Modrzejewska Aleksandra, *Głuchota wieku dziecięcego*. Warszawa 1968.
- Pankowska Agnieszka, Geremek-Samsonowicz Anna, *Sprawozdanie z 5. Międzynarodowych Warsztatów Rehabilitacji Słuchowej, 13–15.03.2014 r., Barcelona, Hiszpania*, „Nowa Audiofonologia” (2014) nr 3(1), <http://www.nowaaudiofologia.pl/download/index/idArt/890794>.
- Podgórska-Jachnik Dorota, *Historia wychowania i edukacji głuchych z perspektywy surdopedagogiki początku XXI wieku*. W: *Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną – w ujęciu pedagogicznym*. Red. Jacek Błeszyński et al. Łódź 2008.
- Prillwitz Siegmund, *Język, komunikacja i zdolności poznawcze niesłyszących*. Warszawa 1996.
- Rusiniak Mateusz, *Przez ucho do mózgu*. „Słyszę” (2015), wydanie specjalne.
- Sękowska Zofia, *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*. Warszawa 2001.
- Szczepankowski Bogdan, *Niesłyszący – głusi – głuchoniemi. Wyrównywanie szans*. Warszawa 1999.
- Tomaszewski Piotr, *Rozwój językowy dziecka głuchego: wnioski dla edukacji szkolnej*. „Audiofonologia”. T. XVI (2000), [http://ptnzs.org.pl/audiofologia/AUDIOFONOLOGIA\\_TOM\\_XVI\\_2000/art2.pdf](http://ptnzs.org.pl/audiofologia/AUDIOFONOLOGIA_TOM_XVI_2000/art2.pdf) (data dostępu: 5.05.2016).
- Wereszka Katarzyna, Bienkowska-Robak Katarzyna, *Problemy ze słuchem*. „Integracja” (2000) nr 6.

**ANNA SZYMIK** – magister pedagogiki i muzykoterapii, surdopedagog, absolwentka Wydziału Rytmiki w Państwowej Szkole Muzycznej II st. we Wrocławiu, współpracownik Zakładu Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Członek rady Fundacji FONIS działającej na rzecz osób niesłyszących i słabosłyszących. Zawodowo związana z Dolnośląskim Specjalnym Ośrodkiem Szkolno-Wychowawczym Nr 12 dla Niesłyszących i Słabosłyszących im. Marii Grzegorzewskiej we Wrocławiu, gdzie od wielu lat prowadzi zajęcia surdomuzykoterapii.

---

# CZĘŚĆ 2

## Muzykoterapia dorosłych



# MUZYKOTERAPIA WE WCZESNEJ REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ

Helena Cesarz » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

» **Streszczenie:** Zaprezentowane w pracy dwie autorskie koncepcje muzykoterapii zostały opracowane przeze mnie w ciągu wieloletnich doświadczeń z chorymi po zawale serca, leczonymi w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Józefa Babińskiego we Wrocławiu na oddziale wewnętrznym „C”, oraz z chorymi po operacjach kardiologicznych (pomostowaniu naczyń wieńcowych – by-passy), leczonymi w Dolnośląskim Centrum Chorób Serca „Medinet” we Wrocławiu na oddziale wczesnej rehabilitacji kardiologicznej. Podczas mojej długoletniej pracy pedagogicznej i muzykoterapeutycznej we wrocławskiej Akademii Muzycznej w ramach ćwiczeń z muzykoterapii (opierając się na doświadczeniach wyniesionych z tychże szpitali) prowadziłam zajęcia praktyczne ze studentami, które były bezustannie modyfikowane. Obie koncepcje nawiązują do tzw. szkół praktycznych, wyróżnionych przez Cheryl Dileo Maranto: muzykoterapii behawioralnej, rehabilitacyjnej, prewencyjnej (nastawionej na promocję zdrowia), psychoterapii muzycznej, a także salutogenetycznego paradygmatu Aarona Antonovsky’ego.

**Słowa kluczowe:** muzykoterapia, promocja zdrowia, rehabilitacja kardiologiczna.



## Wprowadzenie

Każda choroba, która pojawia się nagle, ma dramatyczny przebieg, niekiedy zagraża życiu, ale zawsze wzbudza negatywne emocje: lęk,



niepokój, przygnębienie, depresyjny nastrój, bezradność, złość, poczucie winy. Emocje te mogą występować jednocześnie lub pojawiać się naprzemiennie, co uwarunkowane jest potencjalnym zagrożeniem życia, czasem trwania choroby oraz jej dynamiką<sup>1</sup>. Niewątpliwie choroba wieńcowa, której konsekwencją może być zawał serca bądź operacja kardiologiczna (by-passy), należy do chorób wywołujących bardzo silny stres i negatywne emocje, utrudniające skuteczność zarówno wczesnej rehabilitacji, jak i późniejszej rekonwalescencji<sup>2</sup>. Dodatkowe wyzwania, z którymi muszą poradzić sobie chorzy, to nowe otoczenie i konieczność przystosowania się do panujących w szpitalu zasad, wymuszony kontakt z nieznanymi osobami, ograniczenie aktywności, utrata poczucia kontroli nad własnym życiem i wpływem na sytuację, zależność od innych oraz zagrożenie poczucia godności<sup>3</sup>. Należy zatem dążyć do minimalizowania negatywnych psychologicznych skutków choroby poprzez podjęcie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej, w której swoje miejsce (na wszystkich jej etapach) znajdzie również muzykoterapia.

## Rehabilitacja kardiologiczna

Rehabilitacja (z łac. *habilitas* – zręczność, sprawność, *re* – przywracanie do stanu pierwotnego<sup>4</sup>) to pojęcie, które po raz pierwszy zostało oficjalnie określone i wprowadzone do lecznictwa w 1918 roku przez

- 
- 1 » Monika Bąk-Sosnowska, *Choroba w życiu człowieka*. W: *Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych*. Red. Anna Trzcieniecka-Green. Kraków 2006, s. 171–228.
  - 2 » Kazimierz Wrześniewski, *Psychologiczne problemy chorych z zawałem serca*. Warszawa 1986; Peter Salmon, *Psychologia w medycynie. Wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia*. Gdańsk 2002, s. 96.
  - 3 » Monika Bąk-Sosnowska, *op. cit.*, s. 190–191.
  - 4 » Adam Rosławski, *Propedeutyka rehabilitacji i łacińsko-polskie nazewnictwo medyczne*. Wrocław 1993, s. 5.

ówczesnego dyrektora Instytutu Czerwonego Krzyża Douglasa McMurtiego, który użył go w odniesieniu do inwalidów wojennych<sup>5</sup>. Początkowo rehabilitacja stosowana była tylko w ortopedii i traumatologii<sup>6</sup>, z czasem wprowadzono ją do innych klinicznych dyscyplin medycznych, m.in. kardiologii. Objęci zostali nią pacjenci z przewlekłą niewydolnością serca, chorobą niedokrwienną, po zawale mięśnia sercowego, po angioplastyce wieńcowej, a także po operacjach kardiologicznych<sup>7</sup>.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) rehabilitacja kardiologiczna jest „kompleksowym i skoordynowanym stosowaniem środków medycznych, socjalnych, wychowawczych i zawodowych w celu przystosowania do nowego życia chorego i umożliwienia mu uzyskania jak największej sprawności”<sup>8</sup>. Te skoordynowane i kompleksowe działania powinny odwrócić lub przyhamować niekorzystne zmiany patofizjologiczne i psychologiczne, zmniejszyć ryzyko nawrotu choroby i doprowadzić do jak najlepszej kondycji fizycznej, psychicznej i społecznej oraz wydłużyć i poprawić jakość życia. Wyróżniono trzy etapy rehabilitacji kardiologicznej: wczesną rehabilitację (etap I i II) oraz okres późnej rehabilitacji (etap III). Rehabilitację kardiologiczną należy rozpocząć tuż po przyjęciu chorego do szpitala, a więc w tzw. wczesnym okresie, trwającym do czasu wypisania go do domu. Drugi etap (4–12 tygodni) może być realizowany w formie szpitalnej (szpitale uzdrowiskowe – sanatoria), ambulatoryjnej lub domowej. Etap trzeci to późna rehabilitacja ambulatoryjna trwająca do końca życia, przeprowadzana w poradniach rehabilitacji kardiologicznej.

---

5 » Rafał Bugaj, *Problemy psychologiczne w rehabilitacji*. „Fizjoterapia” t. 10 (2002) nr 1, s. 66–77.

6 » Adam Rosławski, *op. cit.*, s. 5.

7 » Krzysztof Smarż, *Rehabilitacja kardiologiczna w różnych sytuacjach klinicznych – etapy, wskazania, przeciwwskazania, bezpieczeństwo*. „Postępy Nauk Medycznych” (2008) nr 10, s. 643– 652.

8 » Za: Ryszard Piotrowicz, *Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna. Definicja, zadania, etapy i efekty rehabilitacji kardiologicznej*. Stanowisko Komisji ds. Opracowania Standardów Rehabilitacji Kardiologicznej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego z dnia 26.09.2001 r., s. 9.

Kompleksowy program rehabilitacji kardiologicznej – uwzględniający potrzeby indywidualne pacjentów – realizowany jest przez zespół rehabilitacyjny grupujący specjalistów medycznych i pomocniczych: fizjoterapeutów, psychologów, pielęgniarki, dietetyków; pożądanymi są terapeuci zajęciowi i organizatorzy czasu wolnego (niestety, nie ma wśród nich muzykoterapeutów). Stałymi elementami rehabilitacji są: ocena stanu klinicznego pacjenta, optymalizacja leczenia farmakologicznego, rehabilitacja fizyczna, rehabilitacja psychospołeczna, diagnostyka i zwalczanie czynników ryzyka choroby wieńcowej, modyfikacja stylu życia, edukacja pacjentów i ich rodzin, monitorowanie postępów rehabilitacji<sup>9</sup>.

## Miejsce muzykoterapii w rehabilitacji kardiologicznej

W świetle powyższych rozważań, muzykoterapia – jako stały element kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej – powinna znaleźć swoje miejsce w rehabilitacji psychospołecznej, mającej na celu „opanowanie sytuacji stresorodnych, stanów emocjonalnych – lęku i/lub depresji, akceptacji ograniczeń wynikających z następstw choroby”<sup>10</sup>, ponieważ może wzbudzać pożądane emocje, uczyć, jak radzić sobie ze stresem, obniżać lęk, wpływać na nastrój i samopoczucie, motywować do zmiany stylu życia<sup>11</sup>. Innymi słowy może mieć wpływ na te czynniki psychologiczne, które są najczęstszym problemem pacjentów z zawałem serca i osób oczekujących na operację kardiologiczną, a więc lęk i depresję. W tym miejscu należy dodać, że o potrzebie wprowadzenia muzykoterapii do leczenia już w latach 70. ubiegłego wieku pisał pionier polskiej

---

9» *Ibidem*.

10» *Ibidem*.

11» Helena Cesarz, „Co ułatwia stawanie się zdrowszym”? Przyczynek do dyskusji nad zastosowaniem muzykoterapii w leczeniu uzdrowiskowym. W: *Znaczenie muzykoterapii procesie leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji*. Red. Szymon Kubiak. „Zeszyty Naukowo-Historyczne Towarzystwa Przyjaciół Ciechocinka” nr 3, Ciechocinek 2013, s. 135–152.

muzykoterapii i zarazem współtwórca wrocławskiego Zakładu Muzykoterapii dr n. med. Andrzej Janicki<sup>12</sup>. Jako specjalista psychiatra i muzyk wiedział, że sztuka muzyczna, będąca nośnikiem ładu i piękna, w sposób bezinteresowny jest w stanie przywrócić człowiekowi utracone poczucie harmonii, gdyż angażując człowieka, pozwala na odczuwanie nowych wartości i doznań, które zmniejszają lęk i poprawiają samopoczucie. Twierdził też, że muzykoterapią powinny zostać objęte osoby z różnymi schorzeniami na każdym etapie postępowania medycznego i w każdym wieku. Należy zatem rozumieć, że muzykoterapeuta powinien dołączyć do zespołu kardiologicznego już we wczesnym okresie rehabilitacji, jego interwencja bowiem pomaga chorym między innymi w radzeniu sobie ze stresem – o czym donosi Suzanne Hanser<sup>13</sup>, a muzykoterapia umożliwia znalezienie swojego miejsca na wszystkich etapach kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej, ponieważ może mieć wpływ na przykład na zmianę spostrzegania siebie i własnego ciała przez pacjentów po operacjach kardiochirurgicznych<sup>14</sup> czy też zmianę nawyków żywieniowych i tym samym stylu życia osób zagrożonych chorobą wieńcową<sup>15</sup>.

Muzykoterapeuta nie zastąpi ani lekarza, ani fizjoterapeuty, ani też dietetyka, może natomiast – na zasadzie partnerstwa – współpracować z psychologiem i fizjoterapeutą.

- 
- 12 » Andrzej Janicki, *O potrzebach muzykoterapii i problemach szkolenia muzykoterapeutów*. W: *IV Ogólnopolskie Spotkanie Współpracowników Zakładu Muzykoterapii przy Katedrze Kompozycji i Teorii Muzyki Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu (29–30 listopada 1975)*. Red. Tadeusz Natanson, Grażyna Pstrokońska-Nawratil, Iwona Klein. „Zeszyt Naukowy Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu” nr 13. Wrocław 1977, s. 31–44.
- 13 » Suzanne B. Hanser, *Music Therapy in Cardiac Health Care: Current Issues in Research*. „Cardiology in Review” Vol. 22 (2014) No. 1, s. 37–42.
- 14 » Alison Short, Heather Gibb, Jennifer Fildes, Collin Holmes, *Exploring the Role of Music Therapy in Cardiac Rehabilitation after Cardiothoracic Surgery: A Qualitative Study Using the Bonny Method of Guided Imagery and Music*. „Journal of Cardiovascular Nursing” (2013) No. 28 (6), s. E74–E81.
- 15 » Cyntia Marconato, Eva Cantalejo Munhoz, Marcia Maria Menim, Maria Thereza Albach, *Application of Receptive Music Therapy in Internal Medicine and Cardiology*. „Aquivos Brasileiros de Cardiologia” Vol. 77 (2001) No. 2, s. 140–141.

## Medycyna muzyczna a muzykoterapia

W zapoczątkowany w latach 70. ubiegłego wieku nurt badań psychofizjologicznych, prowadzonych w różnych ośrodkach terapeutycznych na świecie, wpisali się również pracownicy Zakładu Muzykoterapii (prof. Tadeusz Natanson, dr Zbigniew Hora, znacznie później dr Klaudia Kukielczyńska-Krawczyk) oraz osoby z innych placówek w Polsce, współpracujące z ówczesną wrocławską Państwową Wyższą Szkołą Muzyczną (m.in.: dr Mirosław Janiszewski, dr dr Anna i Artur Meterowie)<sup>16</sup>. Reprezentanci tego nurtu skupiają się na pomiarach reakcji fizjologicznych wywołanych muzyką, oczekują, że muzyka będzie działała podobnie jak leki farmakologiczne regulujące czynności układu wegetatywnego, oraz udowadniają celowość stosowania muzyki – m.in. u osób z chorobami kardiologicznymi. Wskazują też, że może ona redukować stres u osób z chorobą wieńcową, z przebytych zawałem serca, a także przed zabiegiem pomostowania tętnic i po nim<sup>17</sup>; może być alternatywą dla farmakoterapii (np. leku o nazwie midazolam podawanego doustnie), ponieważ znacznie obniża poziom lęku zarówno przed operacją, jak i po niej, a tym samym wpływa na zmniejszenie ilości środków farmakologicznych stosowanych w premedykacji kardiochirurgicznej<sup>18</sup>; może obniżać lęk podczas zabiegu angiografii naczyń wieńcowych<sup>19</sup>, a nawet wspomagać relaksację pacjentów z ostrym zawałem<sup>20</sup>.

16 » Zob. Helena Cesarz, *Muzykoterapia – metoda wspomagania salutogenezy*. W: *Muzykoterapia – stałość i zmiana*. Red. Paweł Cylulko, Joanna Gładyszewska-Cylulko. Seria „Wrocławska Muzykoterapia” t. 1. Wrocław 2014, s. 47–70.

17 » Suzanne B. Hanser, Susan E. Mandel, *The Effects of Music Therapy in Cardiac Healthcare*. „Cardiology in Review” Vol. 13 (2005) No. 1, s. 18–23.

18 » Hans-Joachim Trappe, *The Effects of Music on the Cardiovascular System and Cardiovascular Health*. „Heart” (2010) No. 96, s. 1868–1871.

19 » Ulrica Nilsson, *Music: A Nursing Intervention*. „European Journal of Cardiovascular Nursing” Vol. 10 (2011) No. 2, s. 73–74.

20 » Jill M. White, *Effects of Relaxing Music on Cardiac Autonomic Balance and Anxiety after Acute Myocardial Infraction*. „American Journal of Critical Care” Vol. 8 (1999) No. 4, s. 220–230.

To psychofizjologiczne podejście do muzyki stosowane przez personel medyczny jako pomocniczy środek w różnego rodzaju procedurach medycznych i promowaniu dobrostanu psychicznego osoby chorej zostało nazwane medycyną muzyczną. W tej procedurze, która odbywa się bez udziału muzykoterapeuty, wykorzystuje się słuchanie muzyki (odtworzanej z płyt) wybranej wcześniej przez personel medyczny lub pacjenta poddawanego zabiegowi<sup>21</sup>.

Procedurą dużo szerszą niż wyżej opisana jest muzykoterapia. Ze względu na zróżnicowane założenia teoretyczne i koncepcje metodyczne celowo pomijam jej bardzo liczne definicje, odsyłając czytelnika zarówno do literatury zagranicznej (np. Kenneth Bruscia<sup>22</sup>), jak i polskiej (np. Elżbieta Galińska<sup>23</sup>). Wyróżniam tę, która zrodziła się w umyśle profesora Tadeusza Natansona: „muzykoterapia jest jednym spośród planowych działań zmierzających w kierunku rehumanizacji współczesnego życia przez wielostronne wykorzystanie wielorakich walorów substancji muzycznej w celu ochrony i przywracania ludzkiego zdrowia oraz korzystnego wpływania na współkształtowanie zarówno środowiska, w którym człowiek żyje i działa, jak i na panujące w nim stosunki międzyludzkie”<sup>24</sup>. To, co przykuwa uwagę w tej definicji i co ciągle jest aktualne, to planowane, a więc świadome działania na rzecz ochrony i przywracania zdrowia. I te działania – za pomocą sztuki muzycznej – bezpośrednio odnoszą się do profilaktyki, promocji zdrowia i rehabilitacji. Tak też rozumiem muzykoterapię w rehabilitacji kardiologicznej. Przyjmuję, że jest ona niewerbalną formą psychoterapii muzycznej z jednej strony ukierunkowanej na udzielenie wsparcia psychologicznego w okresie kryzysu we wczesnym (szpitalnym) etapie rehabilitacji, z drugiej zaś na profilaktykę i promocję zdrowia poprzez aktywność

21 » Wita Szulc, *Muzykoterapia jako przedmiot badań i edukacji*. Lublin 2005.

22 » Kenneth Bruscia, *Defining Music Therapy*. Spring City 1989.

23 » Elżbieta Galińska, *Muzykoterapia*. W: *Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki*. Red. Lidia Grzesiuk. Warszawa 2005, s. 531–542.

24 » Tadeusz Natanson, *Programowanie muzyki terapeutycznej. Zarys podstaw teoretycznych*. Wrocław 1992, s. 70.

muzyczną chorych (w omawianym przypadku grupowego śpiewu) we wszystkich jej etapach.

Muzykoterapia była i jest różnie pojmowana. Dla Andrzeja Janickiego<sup>25</sup> to forma psychoterapii, podczas której interakcje zachodzące między uczestnikami zajęć mają wartość stosunków społecznych, natomiast czynnikami leczniczymi są: uczestnictwo w grupie, emocjonalne podtrzymanie, pomaganie innym, samoeksploracja i samorealizacja, odreagowanie, ćwiczenie zachowań i umiejętności społecznych. Tak pojmowana muzykoterapia ma na celu rozwój osobowości poprzez jej rekonstrukcję lub restrukturalizację. W podobny sposób rozumie ją Elżbieta Galińska<sup>26</sup> – pionierka polskiej muzykoterapii z warszawskiego Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Twierdzi ona, że wprawdzie muzyka może wspomagać działanie leków i wpływać na procesy fizjologiczne, ale – co wyraźnie podkreśla – leczy nie sama muzyka odtwarzana z nośnika (np. płyt CD), lecz umiejętny kontakt terapeutyczny. Muzykoterapia jest świadomie zaplanowanym procesem interakcyjnym, relacyjnym, między pacjentem lub grupą pacjentów a terapeutą, jednakże: „z muzyką przyjść można do łóżka każdego, nawet najciężej chorego oraz włączyć ją podczas zabiegów operacyjnych”<sup>27</sup>.

Nie ma więc wątpliwości, że muzykoterapia – w przeciwieństwie do medycyny muzycznej – to proces, podczas którego obecność wykwalifikowanego terapeuty jest konieczna. Dyskusja, która procedura jest bardziej lub mniej wartościowa, jest bezprzedmiotowa, ponieważ obie są jednakowo ważne i nie powinny być sobie przeciwstawiane, lecz istnieć obok siebie i niezależnie od siebie, gdyż ich celem jest dobro chorego.

---

25 » Andrzej Janicki, *Muzykoterapia w leczeniu psychiatrycznym*. W: *XI Ogólnopolskie Spotkanie Współpracowników Instytutu Muzykoterapii Akademii Muzycznej we Wrocławiu (20 listopada 1982)*. Red. Tadeusz Natanson. „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu” nr 34. Wrocław 1983, s. 7–28.

26 » Elżbieta Galińska, *Muzykoterapia – fragment hasła encyklopedycznego*. „Muzykoterapia. Biuletyn Grupy Roboczej »Muzykoterapia«” (1992) nr 1, s. 7–13.

27 » Elżbieta Galińska, *Muzykoterapia*. W: *Psychoterapia...*, s. 536.

W muzykoterapii nastawionej na proces terapeutyczny wykorzystuje się szeroką skalę metod i technik (zob. Cheryl Dileo Maranto<sup>28</sup>, Elżbieta Galińska<sup>29</sup>, Helena Cesarz<sup>30</sup>), koncentruje się na biopsychospołecznym modelu choroby<sup>31</sup> oraz uwzględnia biopsychospołeczny i kulturowy model muzyki<sup>32</sup>. W tym holistycznym podejściu do pacjenta istotne są wszystkie aspekty jego człowieczeństwa: ciało, psychika, umysł, duchowość, relacje społeczne i kultura, w której wzrastał.

## Muzykoterapia po zawale serca

Teoretycznym wyznacznikiem do prowadzenia muzykoterapii z osobami po zawale serca są trzy koncepcje wyróżnione przez Cheryl Dileo Maranto<sup>33</sup>: 1. muzykoterapia behawioralna – w której muzyka wspomaga i modyfikuje zachowania wymagające ingerencji, np. zmniejsza napięcie będące skutkiem stresu, pomaga w osiągnięciu i utrzymaniu stanu relaksu i tym samym wpływa na zmianę zachowania, poprawia komunikację z otoczeniem; 2. muzykoterapia rehabilitacyjna – podczas której muzyka stosowana jest jako pomoc w odzyskaniu na przykład sprawności poznawczych, komunikacyjnych oraz w zaakceptowaniu aktualnej sytuacji przez chorego; 3. psychoterapia muzyczna – w tym przypadku muzyka pomaga wydobywać emocje i uczy kontaktu z własnymi emocjami,

---

28» Cheryl Dileo Maranto, *Music Therapy Clinical Practice: A Global Perspective and Classification System*. W: *Music Therapy. International Perspectives*. Red. Cheryl Dileo Maranto. Pennsylvania 1993, s. 683–706.

29» Elżbieta Galińska, *Psychoterapeutyczne założenia muzykoterapii i ich realizacja*. „Muzykoterapia. Biuletyn Grupy Roboczej »Muzykoterapia«” (1992), nr 2, s. 24–32.

30» Helena Cesarz, *Wybrane metody i techniki muzykoterapii w pracy z osobami zaburzonymi psychicznie*. W: *Podstawy muzykoterapii*. Red. Krzysztof Stachyra. Lublin 2012, s. 185–202.

31» Wita Szulc, *op. cit.*

32» Helena Cesarz, *Muzykoterapia – metoda wspomagania salutogenezy...*

33» Cheryl Dileo Maranto, *op. cit.*



pomaga kształtować pozytywny obraz siebie i świata, uwrażliwiać na piękno, wzbogacać życie duchowe, rozwijać wewnętrzny potencjał i tym samym pomnażać naturalne zasoby zdrowotne człowieka itd.<sup>34</sup>.

Muzykoterapię prowadzono w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Józefa Babińskiego na oddziale wewnętrznym „C”, przy łóżkach pacjentów w dwóch czteroosobowych salach (osobno dla mężczyzn i kobiet), przez trzy kolejne dni w tygodniu. Ze względu na zróżnicowane samopoczucie i dużą rozpiętość wiekową chorych (40–80 lat) czas zajęć wahał się od 10 do nawet 45 minut. Muzyki słuchano przez słuchawki, co pozwalało na indywidualną regulację głośności, skupienie na niej uwagi i nieprzeszkadzanie tym, którzy nie mogli bądź nie chcieli brać udziału w muzykoterapii (nie była ona obowiązkowa). Każdy pacjent w dowolnej chwili mógł przerwać słuchanie i zdjąć z uszu słuchawki.

Już od pierwszego spotkania z chorymi starano się o nawiązanie przyjaznego kontaktu, wykazywano zainteresowanie stanem ich zdrowia i gotowość do wysłuchania przeżyć związanych z chorobą. Informacja o celowości stosowania muzykoterapii i stwierdzenie, że muzyka została dla nich – chorych na serce – specjalnie przygotowana, wzbudzały ciekawość i nastawiały przychylnie do zajęć.

Jak wcześniej zasygnalizowano, zaburzenia emocjonalne (głównie lęk i depresja) utrzymujące się nie tylko w okresie zawału, ale również po opuszczeniu szpitala, powinny być poddane psychoterapii<sup>35</sup>, a więc oddziaływaniu metodami psychologicznymi odwołującymi się do intelektu. W przypadku osób z zawałem serca może to być trudne, ponieważ występują u nich zakłócenia we wszystkich sferach: emocjonalnej (lęk, niepokój, ambiwalencja uczuć, depresja), poznawczej (trudności w skupieniu uwagi, w myśleniu, zapamiętywaniu), fizjologicznej (odczuwanie bólu, zaburzenia rytmu serca, zaburzenia snu, zmęczenie), motorycznej (ograniczenie ruchu), a także interpersonalnej (nowe środowisko, nieznanne osoby). W związku z tym muzykoterapię – jako niewerbalny

---

34 » Zob. Helena Cesarz, *Muzykoterapia – metoda wspomaganie salutogenezy...* Errata, s. 2.

35 » Kazimierz Wrześniewski, *op. cit.*

środek oddziaływania – traktowano jako formę psychoterapii podtrzymującej, mającej za zadanie udzielenie wsparcia w okresie kryzysu psychicznego, zmniejszenie negatywnych psychologicznych skutków choroby (lęku, drażliwości i stanów depresyjnych) i poprawę nastroju, co było możliwe dzięki użyciu odpowiednich technik. W zależności od stanu zdrowia i potrzeb chorych program muzykoterapii realizowano w formie muzycznej relaksacji (zob. kategorie doświadczeń muzycznych – techniki relaksacyjne<sup>36</sup>, por. poziom augmentatywny – muzyka „jako” terapia, wsparcie innych form oddziaływania<sup>37</sup>) bądź w formie muzycznej psychoterapii (zob. kategorie doświadczeń muzycznych – techniki receptywne, empatycznego słuchania i reminiscencyjne<sup>38</sup>, por. muzykoterapia wglądowa z celami reedukacyjnymi<sup>39</sup>). W pierwszym przypadku program muzyczny ukierunkowano na wyciszenie i dostarczenie jak największej ilości pozytywnych przeżyć emocjonalnych oraz zaspokojenie potrzeby opieki i wsparcia. W drugim – na wydobywanie i uświadamianie w łagodny sposób („tu i teraz”) emocji za pomocą muzyki, która uruchamiała wyobrażenia będące projekcją własnych przeżyć, oraz na rozmowę prowadzącą do ich zrozumienia.

Z powodu nie najlepszego samopoczucia psychicznego i fizycznego większości pacjentów leżących w tej samej sali przez dwa, a czasami nawet trzy kolejne zajęcia prezentowano muzykę relaksacyjną bądź muzykę z odgłosami przyrody w tle – rzadziej muzykę klasyczną (kameralną, symfoniczną). Przez swój charakter (stabilne i wolne tempo poniżej średniej częstotliwości akcji serca, trójdzielną o miarowych przebiegach rytmometrikę, mało zróżnicowaną dynamikę, kantylenową melodykę, konsonansową harmonikę<sup>40</sup>) wyciszała pacjentów, poprawiała im

---

36 » Helena Cesarz, *Muzykoterapia – metoda wspomagania salutogenezy...* Errata, s. 3–4.

37 » Krzysztof Stachyra, *Definiowanie i klasyfikacja muzykoterapii*. W: *Podstawy muzykoterapii*. Red. Krzysztof Stachyra. Lublin 2012, s. 32.

38 » Helena Cesarz, *Muzykoterapia – metoda wspomagania salutogenezy...* Errata, s. 3.

39 » *Ibidem*, s. 34–35.

40 » Klaudia Kukiełczyńska, *Odbiór elementów dzieła muzycznego o charakterze uspokajającym w sferze emocjonalnej*. „Muzykoterapia Polska” t. 1 (2002) nr 1–2, s. 45–48.

nastrój, a tym, którzy przez kilka nocy cierpieli na bezsenność, pomagała zasnąć. Na marginesie chcę dodać, że słuchanie muzyki z nagrany-  
mi dźwiękami natury dwa razy w ciągu dnia przez 20 minut obniżyło ból i lęk po operacji kardiochirurgicznej i tym samym zwiększyło poczucie satysfakcji z leczenia u pacjentów kliniki chirurgii (Mayo Clinic) w Rochester w stanie Minnesota (USA)<sup>41</sup>. Istotnie, ta „muzyka natury” (z odgłosami przyrody w tle) jest człowiekowi bliska, łatwo przenosi go na łono przyrody, wycisza, pobudza wyobraźnię, wyłącza z kręgu dręczących myśli, przywołuje miłe wspomnienia. Dla jednych jest substytutem leku anksjolitycznego, uspokajającego, dla innych – rodzajem „macierzyństwa muzycznego” (szczególnie ta w rytmach kołyszących) w symboliczny sposób zaspokajającego potrzebę opieki, wsparcia, troski, czułości i bezpieczeństwa. Większość pacjentów lubi tego rodzaju muzykę i już w trakcie jej słuchania dzieli się swoimi przeżyciami, wyobrażeniami, wspomnieniami, przez co w sposób spontaniczny tworzy się mała grupa psychoterapeutyczna. Niektórzy odbierają ją polisensorycznie, wieloma zmysłami. Oto wypowiedź jednego z pacjentów: „o, widzę go, widzę tego łobuza [w domyśle ptaszka], jak siedzi w trzcinnie..., to on tak pięknie śpiewa..., czuję zapach i wilgoć jeziora..., czuję, jak mgła dotyka mojej twarzy, chłód przenika całe moje ciało. Jest jak wtedy, gdy chodziłem rankiem na ryby”. Wynika z niej, że obniżając samokontrolę, muzyka sprzyja spontanicznemu otwarciu się przed innymi, swobodniejszej komunikacji, a to jest już pierwszy krok do rozmów (nie tylko o chorobie) i tworzenia koleżeńskich więzi wśród chorych.

Kolejny, drugi etap muzykoterapii poświęcano zadaniowemu słuchaniu muzyki przy użyciu technik wyobrażeniowo-projekcyjnych: wolnych skojarzeń (zachęcano chorych do wypowiedzania swoich odczuć,

---

Zob. też: Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk, *Programowanie muzyki do terapii – 20 lat po wydaniu książki Tadeusza Natansona*. W: *Muzykoterapia – stałość i zmiana*. Red. Paweł Cylulko, Joanna Gładyszewska-Cylulko. Seria „Wrocławska Muzykoterapia” t. 1. Wrocław 2014, s. 115–144.

41 » Brent A. Bauer, Susanne A. Cutshall, Patricia G. Anderson *et al.*, *Effect of the Combination of Music and Nature Sounds on Pain and Anxiety in Cardiac Surgical Patients: A Randomized Study*. „Altern Ther. Health Med.” (2011) 17(4), s. 16–23.

wrażeń, wyobrażeń, wspomnień itp. w związku ze słuchaną muzyką) oraz kierowanej wyobraźni (pacjenci ujawniali swoje wyobrażenia powstałe pod wpływem muzyki, ale kierowane one były zadaniem przez muzykoterapeutę tematem, np.: „Czy nastrój muzyki odzwierciedla mój aktualny nastrój?”)<sup>42</sup>. Rozmowa odbywała się zawsze po wysłuchaniu krótkich (3–4 min) i łatwych w odbiorze utworów muzycznych – zazwyczaj miniatur instrumentalnych, reprezentujących muzykę percepcyjnie dostępną przeciętnemu słuchaczowi, którym jest nieznanemu terapeutycie pacjent. Jej struktury dźwiękowe powinny być przewidywalne, powtarzalne, przejrzyste<sup>43</sup>, odpowiadać jego nawykom słuchowym, być zrozumiałe, a stosowane techniki nie zwiększać lęku i nie wywoływać agresji.

Ale bywa, że wśród chorych zdarzają się melomani (elita muzyczna), dla których muzyka relaksacyjna lub miniatury instrumentalne są zbyt banalne, dlatego deklarują oni chęć posłuchania innej – według nich – bardziej ambitnej, o wysokich walorach estetycznych muzyki: np. I części *Koncertu fortepianowego b-moll op. 23* Piotra Czajkowskiego, *Bolera* Mauricego Ravela i innych, utrzymanych w podobnym charakterze utworów. Być może (podświadomie) chcą, aby muzyka kompensowała im brak siły, energii. Nie zdają sobie jednak sprawy, że słaba kondycja psychofizyczna spowodowana chorobą, brak koncentracji uwagi, zmęczenie, często depresyjny nastrój oraz duży ładunek emocjonalny i dość długi czas trwania tych utworów sprawiają, że nie są w stanie do końca ich wysłuchać. Często czują się przytłoczeni wybraną przez siebie muzyką, mimo że chętnie jej słuchali przed pobytem w szpitalu. Należy zatem pamiętać, aby ładunek emocjonalny muzyki dla chorych po zawale serca był „neutralny”, a proponowane utwory krótkie (wyjątek stanowi muzyka towarzysząca relaksacji). Muzykoterapia w okresie wczesnej rehabilitacji kardiologicznej to przede wszystkim wyciszenie, łagodzenie lęku, niepokoju, poprawa nastroju, kontakt z własnymi emocjami, usprawnianie funkcji poznawczych, odwrócenie uwagi od cierpienia i dolegliwości. Muzyka powinna „współbrzmieć” z nastrojem pacjenta, zaspokajać potrzebę

42 » Helena Cesarz, *Wybrane metody i techniki muzykoterapii...*, s. 194–196.

43 » Klaudia Kukielczyńska-Krawczyk, *Programowanie muzyki do terapii...*

opieki i wsparcia. Podczas tego etapu stosowano również muzykoterapię wykorzystującą elementy psychoterapii Hanscarla Leunera<sup>44</sup>. Związane z nią zadanie polegało na wyzwaniu i przeżywaniu przy muzyce realnych obrazów, najczęściej widoków łąki (rzadziej strumienia lub domu). Swoistość wyobrażeń wskazywała na uczucia, nastroje, często depresyjne nastawienia, które ujawniały się w trakcie rozmowy po wysłuchaniu muzyki<sup>45</sup>. Efektem kontaktu z własnymi emocjami (i przeżyciami estetycznymi) było zmniejszenie niepokoju i widoczna poprawa nastroju.

Lubianą formą zajęć były zabawy muzyczne, np. w rozpoznawanie zwierząt zilustrowanych muzyką, rozpoznawanie wykonawców, kompozytorów i autorów tekstów piosenek z okresu młodości („złote przeboje”). Starano się, aby ta reminiscencyjna muzykoterapia<sup>46</sup> nastawiona była na miłe i budujące wspomnienia, którymi pacjenci bardzo chętnie się dzielili, zapominając często o chorobie, a nawet miejscu pobytu.

Opracowanie kolejnego programu muzykoterapii wymusiło życie: po wielu latach zlikwidowano Wojewódzki Szpital im. Józefa Babińskiego, będący miejscem ćwiczeń dla studentów muzykoterapii. Szukaliśmy więc innego ośrodka. Dzięki życzliwości i otwartości ordynatora Oddziału Wczesnej Rehabilitacji Kardiologicznej przy Dolnośląskim Centrum Chorób Serca „Medinet” we Wrocławiu umożliwiono nam prowadzenie muzykoterapii z chorymi po operacjach kardiologicznych i tym samym realizowanie ćwiczeń wynikających z planu studiów. Ze względu na inny profil leczenia konieczne było opracowanie nowego programu muzykoterapii. Ukierunkowano go na grupowy śpiew, muzykoterapię receptywną lub audycje muzyczne połączone z krótkimi koncertami muzyki „na żywo” wykonywanej przez studentów.

44 » Zob. Stanisław Siek, *Walka ze stresem*. Warszawa 1989, s. 172–216.

45 » Zob. Helena Cesarz, *Psychoterapeutyczna funkcja muzyki u chorych na serce w warunkach oddziału szpitalnego*. W: *Międzynarodowe Jubileuszowe Sympozjum Muzykoterapii (20–21 listopada 1998) Muzykoterapia w agresji, lęku i cierpieniu*. Red. Sławomir Sidorowicz, Paweł Cylulko. „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu” nr 76. Wrocław 2000, s. 173–178.

46 » Wita Szulc, *Sztuka w służbie medycyny. Od antyku do postmodernizmu*. Poznań 2001.

## Muzykoterapia po operacji serca

Punktem wyjścia do prowadzenia muzykoterapii z osobami po zabiegu pomostowania naczyń wieńcowych (by-passy) była koncepcja muzykoterapii prewencyjnej Cheryl Dileo Maranto<sup>47</sup>. Zgodnie z założeniami tej koncepcji muzyka wykorzystywana jest w celu zapobieżenia problemom natury psychologicznej, społecznej, fizycznej, poznawczej, komunikacyjnej i duchowej, a wszelkie działania nastawione są na promocję zdrowia poprzez szeroko pojętą aktywność muzyczną stymulującą rozwój zainteresowań, uczącą form rekreacji i atrakcyjnego wypełniania czasu<sup>48</sup>. Muzykoterapia jako medium do promowania zdrowia powinna być skupiona zarówno na działaniach *stricte* muzykoterapeutycznych (w tym przypadku była to grupowa muzykoterapia receptywna), jak i innych formach aktywności muzycznej: chórach, zespołach muzycznych, zespołach tanecznych, ponieważ pełnią one niezwykle ważną funkcję w uzyskiwaniu poczucia dobrostanu, promowaniu zdrowego stylu życia i poprawie jego jakości<sup>49</sup>.

Muzykoterapię grupową w Oddziale Wczesnej Rehabilitacji Kardiologicznej Dolnośląskiego Centrum Chorób Serca „Medinet” prowadzono jeden raz w tygodniu przez około 45 minut. Miejscem zajęć była świetlica, którą na ten czas przemeblowywano na salę „terapeutyczną” (krzesła ustawiano w krąg) bądź „koncertową” (krzesła ustawiano w rzędach). Udział w muzykoterapii był dobrowolny, grupa liczyła od 8 do 12 osób,

---

47 » Cheryl Dileo Maranto, *op. cit.*

48 » Zob. Helena Cesarz, *Muzykoterapia – metoda wspomagania salutogenezy...* Errata, s. 2. Koncepcja muzykoterapii prewencyjnej znajduje swoje uzasadnienie również w koncepcji salutogenezy Aarona Antonovsky’ego, zob. *ibidem* oraz Alicja Michalak, *W drodze do zdrowia – koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji Aarona Antonovsky’ego*. W: *Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych...* s. 127–146; Wita Szulc, *Muzykoterapia jako przedmiot badań i edukacji...* s. 39–60.

49 » Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk, *Muzyka w promocji zdrowia*. W: *Znaczenie muzykoterapii w procesie leczenia uzdrowskiego i rehabilitacji*. Red. Szymon Kubiak. „Zeszyty Naukowo-Historyczne Towarzystwa Przyjaciół Ciechocinka” nr 3. Ciechocinek 2013, s. 173–185.

a w przypadku koncertów nawet około 20 (przy liczbie 30 łóżek w oddziale). Każdy pacjent był osobiście zapraszany przez studentów prowadzących w danym tygodniu zajęcia. Działania muzykoterapeutyczne ukierunkowane zostały na receptywną muzykoterapię grupową lub koncerty terapeutyczne muzyki „na żywo” (I część zajęć) oraz grupowy śpiew (II część zajęć). Pobyt pacjenta na oddziale trwał 22 dni, muzykoterapia – jak wspomniano – odbywała się jeden raz w tygodniu, a więc każdy chory mógł uczestniczyć w zajęciach trzykrotnie. Chcę dodać, że te formy aktywności realizowane we wczesnej rehabilitacji kardiologicznej mogą być kontynuowane w każdym kolejnym etapie (np. w poszpitalnym etapie rehabilitacji prowadzonej w sanatorium).

## Muzykoterapia receptywna

Pacjenci, którzy otworzą się na muzykę, mogą czerpać przyjemność płynącą z jej słuchania, w ten sposób rozbudzone zostaje też ich zainteresowanie muzyką. W muzykoterapii nie ma podziału na muzykę dobrą i złą (choć taka niewątpliwie istnieje), ale na taką, która pomaga i szkodzi, czyli terapeutyczną i atherapeutyczną<sup>50</sup>, stąd niezwykle ważny jest dobór odpowiedniego programu muzycznego dla przeciętnego i zazwyczaj nieosłuchanego muzycznie pacjenta, dostosowanie go do jego możliwości percepcyjnych, wieku (są to osoby starsze), wrażliwości i nawyków słuchowych oraz stworzenie atmosfery sprzyjającej wspólnemu słuchaniu. Pojęcie percepcji muzycznej w odniesieniu do muzykoterapii nie dotyczy tylko samego słuchania, ale też wywoływania emocji i rozmowy na ich temat, co w przypadku pacjentów po operacjach serca oznacza, że należy zaproponować im muzykę poprawiającą nastrój, łagodzącą niepokój, dostarczającą pozytywnych przeżyć i oczywiście wzbudzającą

---

50 » Ewa Klimas-Kuchtowa, *Wczesna profilaktyka muzyczna*. W: *Innowacje pedagogiczne w edukacji muzycznej dzieci i młodzieży*. Red. Lidia Kataryńczuk-Mania. Zielona Góra 2000, s. 41–51.

ciekawość. W związku z tym tematy i zadania powinny być ukierunkowane na wiele istotnych dla tych chorych aspektów, dotyczących np.: aktualnego samopoczucia i nastroju, form spędzania wolnego czasu po wyjściu ze szpitala, relaksacji, kontaktu z naturą, miłych wspomnień. Jeśli proponowane zagadnienia nie znajdują u nich oddźwięku, należy pozostać przy samym słuchaniu muzyki, ograniczając się do krótkiego wprowadzenia na jej temat. W trakcie zajęć – podczas których pacjenci słuchają muzyki, siedząc w kręgu – proponuje się wysłuchanie najwyżej trzech krótkich utworów i rozmowę (na zadany wcześniej temat – technika kierowanej wyobraźni) po wysłuchaniu każdego z nich. Rozmowa nie zawsze jest łatwa, ponieważ chorzy w zdecydowanej większości nie znają tego rodzaju terapii i oczekiwań, czasami nie rozumieją zadań do muzyki lub wstydzą się cokolwiek powiedzieć, niekiedy czują się zmęczeni po wcześniejszych zabiegach i chcą posłuchać tylko spokojnej muzyki bądź przysłuchiwać się wypowiedziom innych – ciekawi są też wypowiedzi terapeuty. W tej sytuacji to muzykoterapeuta powinien przejąć inicjatywę i podążać za grupą przy zachowaniu pełnej kontroli nad jej dynamiką, zmienić przygotowany wcześniej plan bądź przejść do drugiej części zajęć, czyli wspólnego śpiewu.

Trzeba pamiętać, że wraz z wiekiem zmienia się zakres słyszalności, zatem prezentowana podczas grupowych zajęć muzyka nie może być ani za cicha, ani za głośna, gdyż może powodować rozdrażnienie. Nie może to być również muzyka trudna w odbiorze, będąca niezrozumiałą informacją estetyczną, której pacjenci nie potrafią wewnątrznie przetworzyć, więc odczuwają ją jako chaos. W opinii pacjentów niektóre utwory z repertuaru muzyki poważnej – choć niezwykle piękne – „są smutne i nie do słuchania w szpitalu” (np. *Lacrimosa* z *Requiem* Wolfganga Amadeusza Mozarta czy *Aria na strunie G* Jana Sebastiana Bacha). Powodują wzruszenie i płacz, a czasami przywołują przykre wspomnienia – najczęściej związane z rozstaniem, pożegnaniem, a nawet wyobrażeniem własnego pogrzebu (projekcja aktualnego stanu psychicznego, niepokój). Takiej reakcji pacjentów na muzykę doświadczyła studentka prowadząca zajęcia, której w żaden sposób nie mogłam przekonać do zmiany repertuaru – cóż, człowiek najlepiej uczy się na



własnych błędach. Bardzo liryczny repertuar niektórych chorych dezintegruje wewnętrznie i zniechęca do uczestnictwa w kolejnych zajęciach. Nie oznacza to jednak, że należy z niego zrezygnować, lecz podchodzić do niego z rozważą. Muzykoterapia ma służyć poprawie samopoczucia, łagodzić trudne przeżycia i traumę pooperacyjną, odwracać od nich uwagę, poprawiać nastrój, wszczepiać optymizm, motywować do dalszego leczenia i udziału w życiu muzycznym po wyjściu ze szpitala. Takie wymagania spełnia np.:

- > muzyka taneczna – aktywizująca psychomotorycznie, ożywiająca emocjonalnie, powodująca odreagowanie negatywnych emocji, przywołująca miłe wspomnienia, dostarczająca radosnych przeżyć, rodząca nadzieję itp.;
- > muzyka filmowa – działająca na wyobraźnię, aktywizująca intelektualnie, zachęcająca do udziału w seansach filmowych, przywołująca przeżycia związane z fabułą filmu, zachęcająca do sięgnięcia po ciekawą lekturę;
- > muzyka klasyczna, czyli „przeboje muzyki poważnej” – wzbudzające ciekawość, zainteresowanie, rozbudzające potrzebę kontaktu z muzyką o wysokich walorach estetycznych, zachęcające do udziału w koncertach, spektaklach operowych, operetkowych itp.;
- > muzyka klasyczna o charakterze relaksacyjnym – redukująca napięcia emocjonalne, stres, wyciszająca, wprowadzająca ład i wewnętrzną harmonię, pozwalająca zdystansować się do problemów życia codziennego.
- > muzyka chóralna – promująca śpiew, zachęcająca do uczestnictwa w chórze;
- > muzyka z odgłosami przyrody w tle – przenosząca na łono natury, zachęcająca do spędzania czasu w plenerze, do spacerów, wędkowania czy innych lubianych form wypoczynku;
- > muzyka z czasów młodości – przywołująca wspomnienia, zachęcająca do ponownego słuchania, wspólnego śpiewu, rozmów<sup>51</sup>.

---

51 » Zob. więcej: Helena Cesarz, *Muzyka i śpiew w oddziale wczesnej rehabilitacji kardiologicznej*. W: *Rytmika w kształceniu muzyków, aktorów, tancerzy i w rehabilitacji*.

W stosunku do muzyki chorzy mają różne oczekiwania: niektórzy sądzą, że poprawi im nastrój, dostarczy rozrywki i choć na chwilę pozwoli zapomnieć o pobycie w szpitalu, inni chcą, aby muzyka ich zaktywizowała, dodała energii, jeszcze inni oczekują wyciszenia i odprężenia, ale bywają i tacy, którzy chcą się skupić tylko na muzyce i czerpać z niej jak najwięcej doznań estetycznych (niestety, tych jest zdecydowanie mniej). Muzykoterapeuta musi pamiętać, że każdy z pacjentów w indywidualny sposób reaguje na muzykę, dlatego trudno jest przewidzieć reakcje, jakie może ona wywołać. Kontakt chorego z muzyką uzależniony jest od wielu czynników, m.in.: od jego aktualnego stanu zdrowia, samopoczucia, nastroju, wrażliwości, zamiłowania do muzyki, nastawienia do określonego gatunku muzyki oraz zapotrzebowania na dany rodzaj stymulacji. Wszystkie te czynniki należy brać pod uwagę i pamiętać, że postawa pacjenta i stosunek do muzyki w trakcie pobytu w szpitalu mogą się zmienić.

Nieco odmienną formą muzykoterapii receptywnej jest udział pacjentów w koncertach terapeutycznych wykonywanych „na żywo” przez studentów, poprzedzonych krótką prelekcją o muzyce, muzykoterapii, prezentacją instrumentów, na których grają, przedstawieniem ciekawostek z życia wielkich kompozytorów, aktualnych wydarzeń artystycznych w Polsce i za granicą itp. Pod koniec każdego koncertu, podczas którego wykonywana jest muzyka wokalna i instrumentalna z różnych epok, studenci zachęcają wszystkich do wspólnego śpiewania. Rozdają też drobne instrumenty perkusyjne, mobilizując chorych do spontanicznego akompaniamentu. Celem tego rodzaju spotkań z „żywą” muzyką jest bezpośrednio jej przeżywanie, które w szpitalu staje się wyjątkowym wydarzeniem artystycznym. Koncerty połączone z audycjami muzycznymi są bardzo lubiane przez chorych: zbliżają do muzyki, prowokują do zadawania pytań, zachęcają do uczestnictwa w koncertach, odwiedzenia filharmonii, promując tym samym inny styl życia po wyjściu ze szpitala.

## Śpiew

Grupowy śpiew chorych (*Community of Voices*), promujący zdrowie i dobre samopoczucie<sup>52</sup>, odpowiada założeniom muzykoterapii wspólnotowej (*Community Music Therapy*), opartej na pracy z grupami, społecznościami, wspólnotami, związanymi z konkretnym środowiskiem konkretnej społeczności<sup>53</sup>.

Śpiew to wykonywanie utworów muzycznych własnym głosem, który jest naturalnym instrumentem muzycznym każdego człowieka. Podczas śpiewania zostają pobudzone trzy układy: ośrodkowy układ nerwowy, układ oddechowy oraz narząd artykulacyjno-rezonacyjny<sup>54</sup>. To one aktywizują cały organizm śpiewającego: mięśnie oddechowe, krtani, gardło, jamę ustną, płuca, serce, muskulaturę ciała. Podczas śpiewania zwiększa się ilość powietrza wprowadzanego do płuc, oddech staje się głębszy, co wpływa dodatnio na pracę serca, płuc i cały system nerwowy. Ta wokalna aktywność muzyczna, pozwalająca na poprawę czynności układu oddechowego, zwiększenie wysiłku fonacyjnego i tym samym fizycznego, w naturalny sposób staje się nieinwazyjnym ćwiczeniem leczniczym dotleniającym serce, trenującym płuca, mięśnie klatki piersiowej, mięśnie brzucha. Pozwala też – poprzez psychofizyczną aktywizację całego organizmu – odreagować napięcia i uzyskać spokój.

Dla niektórych pacjentów śpiewanie może być trudne z powodu braku wcześniejszych doświadczeń w tym zakresie, odwagi w posługiwaniu się własnym głosem lub po prostu ograniczeń spowodowanych bólem po zabiegu chirurgicznym (pacjenci śpiewają do granicy bólu i sami o tym

52 » Julene K. Johnson, Anna M. Napoles, Anita L. Stewart *et al.*, *Study Protocol a Cluster Randomized Trial of the Community of Voices Choir Intervention to Promote the Health and Well-Being of Diverse Older Adults*. „BMC Public Health” (2015), 15, s. 1049, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/15/1049/abstract> (data dostępu 16.10.2015).

53 » Za: Elżbieta Masiak, *Kulturocentryczna muzykoterapia improwizacyjna jako strategia promocji zdrowia w leczeniu psychiatrycznym*. W: *Arteterapia w medycynie i edukacji*. Red. Wiesław Karolak, Barbara Kaczorowska. Łódź 2008, s. 133–136.

54 » Czesław Sielużycki, *Głos*. W: *Mała encyklopedia muzyki*. Red. Stefan Śledziński. Warszawa 1981, s. 342.

decydują). Należy więc ze zrozumieniem podchodzić do tych, którzy nie chcą bądź nie mogą śpiewać, ale przyszli na muzykoterapię i chcą w niej – nawet biernie – uczestniczyć. Badania przeprowadzone na Uniwersytecie w Sydney<sup>55</sup> w dwóch równoległych grupach wykazały, że śpiew pozytywnie wpływa nie tylko na nastrój osób śpiewających, ale również słuchających śpiewu. Istotnie, pacjenci, którzy przychodzili na zajęcia, lecz nie deklarowali chęci śpiewania, ośmieleni śpiewem innych spontanicznie włączali się do śpiewu, stawali się aktywni i ożywieni. Chętnie też przychodzili na kolejne spotkania.

Wartością śpiewu grupowego jest szczególna więź z drugim człowiekiem: odczuwanie jego bliskiej obecności, wsłuchiwanie się w niego, współodczuwanie w tym samym czasie tych samych uczuć i emocji wynikających z charakteru wyrazowego śpiewanych utworów – najczęściej znanych i lubianych piosenek – rzadziej dwugłosowych kanonów. To współbrzmienie całej grupy w smutku, radości, tęsknocie, zmniejszające poczucie izolacji i osamotnienia. Pacjent, który śpiewa, koncentruje się na tekście i melodii, wsłuchuje się w śpiew innych, a to sprawia, że zapomina nie tylko o swoich problemach, ale również o bólu.

Wspólne śpiewanie umożliwia bezpośrednie porozumiewanie się na płaszczyźnie muzycznej, emocjonalnej i społecznej. Dzięki nawiązaniu do wydarzeń z życia osobistego, które łączyły się ze śpiewanymi kiedyś piosenkami, zostaje pobudzona pamięć, powracają wspomnienia, ożywają uśpione uczucia. Pomaga to utrzymać relacje z bliskimi, a także stymuluje kontakt i interakcje z innymi pacjentami. Śpiew zbliża do siebie chorych: wytwarzają się więzi, które pomagają przetrwać trudny pobyt w szpitalu, wzrasta poczucie przynależności do wspólnoty, poprawia się nastrój<sup>56</sup>. Pacjenci lubią śpiewać i przedkładają tę formę aktywności muzycznej ponad słuchanie muzyki. Kiedyś spontanicznie

55 » Margaret M. Unwin, Adrianna T. Kenny, Pamela J. Davis, *The Effects of Group Singing on Mood*. „Psychology of Music” Vol. 30 (2002) No. 2, s. 175–185.

56 » Barbara Teater, Mark Baldwin, *Singing for Successful Ageing: The Perceived Benefits of Participating in the Golden Oldies. Community – Arts Programme*. „British Journal of Social Work” (2014) 44 (1), s. 81–99.

utworzyli grupę, którą w sposób dobitny i znaczący określili: (śpiewają) „By-passy”.

W piosenkach śpiewanych przez chorych (popularnych, biesiadnych, harcerskich, przebojach z lat młodości itd.) bardzo ważny jest tekst, który w połączeniu z charakterem melodii wyraża określone treści. Mogą być one dla chorych optymistyczne i budujące, dodające energii życiowej i odwagi, bądź destrukcyjne, stresujące – przywołujące smutne, a nawet dramatyczne wspomnienia (nie zawsze możemy to przewidzieć), dlatego należy dość ostrożnie podchodzić do tekstów mówiących o samotności, rozstaniu i tęsknocie bądź bólu i pożegnaniu (dotyczy to szczególnie osób depresyjnych), nawet wtedy, gdy wydają się nam – muzykoterapeutom – niezwykle piękne, liryczne i pełne ekspresji. Śpiewanie powinno dawać chorym radość, wszczepiać optymizm, aktywizować, a treści piosenek – motywować do zdrowienia i pozytywnego myślenia o przyszłości<sup>57</sup>.

## Podsumowanie

Podsumowując rozważania na temat muzykoterapii prowadzonej w obu ośrodkach, z przekonaniem stwierdzam, że powinna być ona na stałe włączona do programu kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej, ponieważ:

1. Stanowi specyficzny rodzaj psychoterapii podtrzymującej, ukierunkowanej na poznawanie własnych emocji i kontakt z nimi, co wpływa na obniżenie lęku i poprawę nastroju (przeciwdziała depresji).
2. Trening koncentracji na muzyce stymuluje aktywność psychiczną chorych, ukierunkowując ją na intencjonalne i uważne słuchanie (aktywizuje uwagę, myślenie, zapamiętywanie, uruchamia wyobraźnię).

---

57 » Helena Cesarz, *Muzyka i śpiew...*, s. 131–142.

3. Grupowy śpiew – jako proste i nieinwazyjne ćwiczenie lecznicze pobudza układy nerwowy i oddechowy, dotlenia serce, zwiększa wysiłek fonacyjny i fizyczny; aktywizując cały organizm, pozwala zredukować napięcie i uzyskać spokój; integruje grupę, poprawia nastrój, przeciwdziała osamotnieniu i izolacji społecznej. Doświadczanie muzyki w sposób aktywny – poprzez śpiew – to doświadczanie siebie i własnego zdrowia.
4. Działania muzykoterapeutyczne pomagają w adaptacji do sytuacji szpitalnej: zaspokajając potrzebę afiliacji, opieki i wsparcia, wzmacniają motywację do dalszej rehabilitacji.
5. Udział w wydarzeniu artystycznym, jakim są koncerty terapeutyczne w szpitalu, wzbudza zainteresowanie muzyką i innymi dziedzinami sztuki, zachęcając do udziału w szeroko pojętej kulturze (nie tylko muzycznej) po wyjściu ze szpitala.
6. Muzykoterapia wskazuje na zasoby zdrowotne (wewnętrzny potencjał), promuje inny styl życia, poprawia jego jakość i tym samym zwiększa oddziaływanie na własne zdrowie.

Muzykoterapia w kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej to wspieranie leczenia, swoista psychoterapia i prewencja chorób serca. Ze względu na zróżnicowaną wrażliwość muzyczną chorych, ich preferencje muzyczne, stan zdrowia oraz zapotrzebowanie na dany rodzaj stymulacji, program muzykoterapii powinien być dostosowany do indywidualnych potrzeb pacjentów i uwzględniać podział na grupy. Muzykoterapia powinna być zintegrowana z działaniami wszystkich specjalistów, a muzykoterapeuta powinien znaleźć równorzędne miejsce w tym zespole.

## Bibliografia

- Bauer Brent A., Cutshall Susanne A., Anderson Patricia G. *et al.*, *Effect of the Combination of Music and Nature Sounds on Pain and Anxiety in Cardiac Surgical Patients: A Randomized Study*. „Altern Ther. Health Med.” (2011) No. 17 (4), s. 16–23.

- Bąk-Sosnowska Monika, *Choroba w życiu człowieka*. W: *Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych*. Red. Anna Trzcieniecka-Green. Kraków 2006, s. 171–228.
- Bruscia Kenneth, *Defining Music Therapy*. Spring City 1989.
- Bugaj Rafał, *Problemy psychologiczne w rehabilitacji*. „Fizjoterapia” t. 10 (2002) nr 1, s. 66–77.
- Cesarz Helena, „Co ułatwia stawanie się zdrowszym”? Przyczynek do dyskusji nad zastosowaniem muzykoterapii w leczeniu uzdrowiskowym. W: *Znaczenie muzykoterapii procesie leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji*. Red. Szymon Kubiak. „Zeszyty Naukowo-Historyczne Towarzystwa Przyjaciół Ciechocinka” nr 3. Ciechocinek 2013, s. 135–152.
- Cesarz Helena, *Muzyka i śpiew w oddziale wczesnej rehabilitacji kardiologicznej*. W: *Rytmika w kształceniu muzyków, aktorów, tancerzy i w rehabilitacji. Materiały z Ogólnopolskiej Sesji Naukowej*. Red. Elżbieta Aleksandrowicz, Ewa Wojtyga. Akademia Muzyczna im. Grażyny i Kiejstuta Bacewiczów w Łodzi. Łódź 2010, s. 131–142.
- Cesarz Helena, *Muzykoterapia – metoda wspomagania salutogenezy*. W: *Muzykoterapia-stałość i zmiana*. Red. Paweł Cylulko, Joanna Gładyszewska-Cylulko. Seria „Wrocławska Muzykoterapia” t. 1, 2014, s. 47–70.
- Cesarz Helena, *Psychoterapeutyczna funkcja muzyki u chorych na serce w warunkach oddziału szpitalnego*. W: *Międzynarodowe Jubileuszowe Sympozjum Muzykoterapii (20–21 listopada 1998)*. *Muzykoterapia w agresji, lęku i cierpieniu*. Red. Sławomir Sidorowicz, Paweł Cylulko. „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu” nr 76. Wrocław 2000, s. 173–178.
- Cesarz Helena, *Wybrane metody i techniki muzykoterapii w pracy z osobami zaburzonymi psychicznie*. W: *Podstawy muzykoterapii*. Red. Krzysztof Stachyra. Lublin 2012, s. 185–202.
- Galińska Elżbieta, *Muzykoterapia – fragment hasła encyklopedycznego*. „Muzykoterapia. Biuletyn Grupy Roboczej »Muzykoterapia«” (1992), nr 1, s. 7–13.
- Galińska Elżbieta, *Muzykoterapia*. W: *Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki*. Red. Lidia Grzesiuk. Warszawa 2005, s. 531–542.
- Galińska Elżbieta, *Psychoterapeutyczne założenia muzykoterapii i ich realizacja*. „Muzykoterapia. Biuletyn Grupy Roboczej »Muzykoterapia«” (1992), nr 2, s. 24–32.
- Hanser Suzanne B., Mandel Susan E., *The Effects of Music Therapy in Cardiac Healthcare*. „Cardiology in Review” Vol. 13 (2005) No. 1, s. 18–23.
- Hanser Suzanne B., *Music Therapy in Cardiac Health Care: Current Issues in Research*. „Cardiology in Review” Vol. 22 (2014) No. 1, s. 37–42.
- Janicki Andrzej, *Muzykoterapia w leczeniu psychiatrycznym*. W: *XI Ogólnopolskie Spotkanie Współpracowników Instytutu Muzykoterapii Akademii Muzycznej*

- we Wrocławiu (20 listopada 1982). Red. Tadeusz Natanson. „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu” nr 34. Wrocław 1983, s. 7–28.
- Janicki Andrzej, *O potrzebach muzykoterapii i problemach szkolenia muzykoterapeutów*. W: *IV Ogólnopolskie Spotkanie Współpracowników Zakładu Muzykoterapii przy Katedrze Kompozycji i Teorii Muzyki Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu (29–30 listopada 1975)*. Red. Tadeusz Natanson, Grażyna Pstrokońska-Nawratil, Iwona Klein. „Zeszyt Naukowy Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu” nr 13. Wrocław 1977, s. 31–44.
- Johnson Julene K., Napoles Anna M., Stewart Anita L. et al., *Study Protocol a Cluster Randomized Trial of the Community of Voices Choir Intervention to Promote the Health and Well-Being of Diverse Older Adults*. „BMC Public Health” (2015) 15. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/15/1049/abstract> (data dostępu: 16.10.2015).
- Klimas-Kuchtowa Ewa, *Wczesna profilaktyka muzyczna*. W: *Innowacje pedagogiczne w edukacji muzycznej dzieci i młodzieży*. Red. Lidia Kataryńczuk-Mania. Zielona Góra 2000, s. 41–51.
- Kukiełczyńska Klaudia, *Odbiór elementów dzieła muzycznego o charakterze uspokajającym w sferze emocjonalnej*. „Muzykoterapia Polska” t. 1 (2002) nr 1–2, s. 45–48.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, *Muzyka w promocji zdrowia*. W: *Znaczenie muzykoterapii w procesie leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji*. Red. Szymon Kubiak. „Zeszyty Naukowo-Historyczne Towarzystwa Przyjaciół Ciechocinka” nr 3. Ciechocinek 2013, s. 173–185.
- Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk, *Programowanie muzyki do terapii – 20 lat po wydaniu książki Tadeusza Natansona*. W: *Muzykoterapia – stałość i zmiana*. Red. Paweł Cylulko, Joanna Gładyszewska-Cylulko. Seria „Wrocławska Muzykoterapia” t. 1. Wrocław 2014, s. 115–144.
- Maranto Cheryl Dileo, *Music Therapy Clinical Practice: A Global Perspective and Classification System*. W: *Music Therapy. International Perspectives*. Red. Cheryl Dileo Maranto. Pennsylvania 1993, s. 683–706.
- Marconato Cyntia, Cantalejo Munhoz Eva, Menim Marcia Maria, Albach Maria Thereza, *Application of Receptive Music Therapy in Internal Medicine and Cardiology*. „Aquivos Brasileiros de Cardiologia” Vol. 77 (2001), No. 2, s. 140–141.
- Masiak Elżbieta, *Kulturocentryczna muzykoterapia improwizacyjna jako strategia promocji zdrowia w leczeniu psychiatrycznym*. W: *Arteterapia w medycynie i edukacji*. Red. Wiesław Karolak, Barbara Kaczorowska. Łódź 2008, s. 133–136.
- Michalak Alicja, *W drodze do zdrowia – koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji Aaron’a Antonovsky’ego*. W: *Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych*. Red. Anna Trzcieniecka-Green. Kraków 2006, s. 127–146.



- Natanson Tadeusz, *Programowanie muzyki terapeutycznej. Zarys podstaw teoretycznych*. Wrocław 1992.
- Nilsson Ulrica, *Music: A Nursing Intervention*. „European Journal of Cardiovascular Nursing” Vol. 10 (2011) No. 2, s. 73–74.
- Piotrowicz Ryszard, *Kompleksowa Rehabilitacja Kardiologiczna. Definicja, zadania, etapy i efekty rehabilitacji kardiologicznej*. Stanowisko Komisji ds. Opracowania Standardów Rehabilitacji Kardiologicznej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego z dnia 26.09.2001 r.
- Pratt Laura A., Ford Daniel E., Crum Rosa M. et al., *Depression, Psychotropic Medication, and Risk of Myocardial Infraction*. „Circulation” (1996) 94, s. 3123–3129.
- Rosławski Adam, *Propedeutyka rehabilitacji i łańcisko-polskie nazewnictwo medyczne*. Wrocław 1993.
- Salmon Peter, *Psychologia w medycynie*. Gdańsk 2002.
- Short Alison, Gibb Heather, Fildes Jennifer, Holmes Collin, *Exploring the Role of Music Therapy in Cardiac Rehabilitation after Cardiothoracic Surgery: A Qualitative Study Using the Bonny Method of Guided Imagery and Music*. „Journal of Cardiovascular Nursing” (2013) 28 (6), s. E74–E81.
- Siek Stanisław, *Walka ze stresem*. Warszawa 1989.
- Sielużycki Czesław, *Głos*. W: *Mała encyklopedia muzyki*. Red. Stefan Śledziński. Warszawa 1981.
- Smarż Krzysztof, *Rehabilitacja kardiologiczna w różnych sytuacjach klinicznych – etapy, wskazania, przeciwwskazania, bezpieczeństwo*. „Postępy Nauk Medycznych” (2008) nr 10, s. 643–652.
- Stachyra Krzysztof, *Definiowanie i klasyfikacja muzykoterapii*. W: *Podstawy muzykoterapii*. Red. Krzysztof Stachyra. Lublin 2012.
- Szulc Wita, *Muzykoterapia jako przedmiot badań i edukacji*. Lublin 2005.
- Szulc Wita, *Sztuka w służbie medycyny. Od antyku do postmodernizmu*. Poznań 2001.
- Teater Barbara, Baldwin Mark, *Singing for Successful Ageing: The Perceived Benefits of Participating in the Golden Oldies. Community-Arts Programme*. „British Journal of Social Work” (2014) 44 (1), s. 81–99.
- Trappe Hans-Joachim, *The Effects of Music on the Cardionascular System and Cardiovascular Health*. „Heart” (2010) 96, s. 1868–1871.
- Unwin Margaret M., Kenny Adrianna T., Davis Pamela J., *The Effects of Group Singing on Mood*. „Psychology of Music” Vol. 30 (2002) No. 2, s. 175–185.
- White Jill M., *Effects of Relaxing Music on Cardiac Autonomic Balance and Anxiety after Acute Myocardial Infraction*. „American Journal of Critical Care” Vol. 8 (1999) No. 4, s. 220–230.
- Wrześniewski Kazimierz, *Psychologiczne problemy chorych z zawałem serca*. Warszawa 1986.

---

**HELENA CESARZ** – doktor nauk o kulturze fizycznej, mgr edukacji muzycznej, muzykoterapeutka, absolwentka Wydziału Edukacji Muzycznej oraz Podyplomowych Studiów Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu (dawniej: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna, Wydział Wychowania Muzycznego), pracownik dydaktyczny Zakładu Muzykoterapii. Od 1999 do 2015 roku kierownik Podyplomowych Studiów Muzykoterapii. Współzałożycielka Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich – przez pięć kadencji jego wiceprzewodnicząca (obecnie skarbnik). Jako pedagog i muzykoterapeutka zatrudniona zarówno we wrocławskiej Akademii Muzycznej, jak i w ośrodkach służby zdrowia (Dolnośląskim Centrum Zdrowia Psychicznego, Zespole Opieki Zdrowotnej dla Szkół Wyższych, Domu Pomocy Społecznej). Przez ponad trzydzieści lat prowadziła muzykoterapię (również w ramach ćwiczeń ze studentami) z osobami z zaburzeniami psychicznymi, chorobami serca, niepełnosprawnymi ruchowo oraz z osobami starszymi. Autorka licznych publikacji z zakresu muzykoterapii, które prezentowała na krajowych i międzynarodowych konferencjach. Zainteresowania: muzykoterapia dorosłych, psychologia muzyki, podróże.

---



# ROLA MUZYKI W CHOREOTERAPII – WROCŁAWSKI MODEL TERAPII POPRAZEC RUCH UPORZĄDKOWANY MUZYKĄ

Anna Jędrzycka-Hamera » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu  
Dolnośląskie Stowarzyszenie Aktywnej Rehabilitacji  
„ART” we Wrocławiu

» **Streszczenie:** Autorka przedstawia własne doświadczenia związane z poszukiwaniem najlepszego sposobu wykorzystania w pracy terapeutycznej tańca rozumianego jako ruch uporządkowany muzyką. Czerpiąc wiedzę z dostępnej literatury, porównuje rolę muzyki w przygotowywaniu zajęć choreoterapeutycznych w różnych podejściach terapeutycznych. Szczególny nacisk został położony na elementy dzieła muzycznego, takie jak metrum, agogika, melodyka, dynamika, harmonia i ich znaczenie w pracy choreoterapeuty.

**Słowa kluczowe:** choreoterapia, muzyka, psychoterapia, ruch, taniec. «

Tempo życia ciągle rośnie. Zwiększa się zwłaszcza ilość bombardujących nas informacji. Uczymy się głównie wydajnej pracy i konsumpcji. Muzyka staje się coraz bardziej dostępna i różnorodna formalnie, towarzyszy nam w różnych dziedzinach aktywności, stajemy jednak przed pytaniem: jak ona to robi? Rozważania zawarte w tym artykule dotyczyć będą choreoterapii, dziedziny arteterapii, czyli wspomagania rehabilitacji i rozwoju człowieka poprzez wykorzystanie różnych dziedzin sztuki.

Praktykuję choreoterapię od 1988 roku. Uczę jej prowadzenia od roku 1990. Zawsze punktem wyjścia do konstruowania zajęć była dla mnie muzyka. Trudno mi wskazać, kto pierwszy użył słowa „choreoterapia” w odniesieniu do wykorzystania tańca w procesie leczenia. Studiując literaturę przedmiotu, można odnaleźć tekst Zofii Aleszko zatytułowany *Miejsce choreoterapii w rehabilitacji psychomotorycznej młodzieży nerwicowej* z 1972 roku<sup>1</sup>. Justyna Torłop, reprezentująca Instytut Terapii Tańcem i Ruchem z Warszawy, podaje, że „DMP – Dance Movement Psychotherapy jako osobna profesja powstała około 1940 roku na terenie Wielkiej Brytanii i Stanów Zjednoczonych. Jest to metoda psychotherapeutyczna rządząca się własnymi zasadami, wykorzystująca taniec i ruch jako narzędzia, dzięki którym osoba może kreatywnie zaangażować się w proces własnej integracji [...]”<sup>2</sup>. Po raz pierwszy spotkałam się z tym terminem w 1984 roku, gdy udało mi się dzięki zbiegowi okoliczności wyjechać na stypendium Ambasady Republiki Francuskiej do Awinionu na Międzynarodowy Festiwal Teatralny. Uczestniczyłam tam w warsztatach z udziałem młodych ludzi zainteresowanych różnymi formami edukacji teatralnej. Miałam wtedy 29 lat, pracowałam już od 5 lat w szpitalu psychiatrycznym jako psycholog kliniczny i bardzo tęskniłam za ruchem. Współczułam moim nadpobudliwym pacjentom, ponieważ sama jako dawna gimnastyczka i tancerka męczyłam się podczas psychoterapii opartej głównie na werbalizacji. To w Awinionie dowiedziałam się, że w Niemczech Zachodnich i we Francji stosuje się wspomaganie rozwoju człowieka poprzez ruch uporządkowany muzyką. Dotyczyło to co prawda osób zdrowych, ale postanowiłam spróbować choreoterapii na oddziale psychiatrycznym, w którym pracowałam jako jedyny psycholog w zespole lekarzy i pielęgniarek. Teraz wiem, że już wcześniej stosowano podobne metody, ale nazywano je raczej terapią tańcem<sup>3</sup>.

---

1 » Zofia Aleszko, *Miejsce choreoterapii w rehabilitacji psychomotorycznej młodzieży nerwicowej*. „Psychiatria Polska” (1972) 6 (3), s. 345–348.

2 » Justyna Torłop, *Proces kreatywny psychoterapii tańcem i ruchem – nośnik zmiany i integracji*. W: *Arteterapia w edukacji i rozwoju człowieka*. Red. Małgorzata i Tomasz Siemień. Wrocław 2008, s. 40.

3 » *Psychoterapia tańcem i ruchem*. Red. Zuzanna Pędzich. Sopot 2014, s. 4–260.

Sądzę, że nazwa „choreoterapia” ułatwiła mi rozwijanie regularnych zajęć z psychotykami – osobami chorującymi na schizofrenię i zaburzenia afektywne dwubiegunowe, depresję endogenną i inne, ponieważ „terapia tańcem” byłaby postrzegana jako wymysł znudzonej poczuciem bezsilności psycholożki. Uważam, że na potrzeby aktualnych rozważań można przyjąć, że terapia tańcem jest tym samym co choreoterapia.

W moich doświadczeniach choreoterapia związana jest z muzyką nierozzerwalnie. Pracę jako psycholog kliniczny rozpoczęłam w 1980 roku. Od 1987 roku jestem związana z Zakładem Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu i wyjątkowość idei muzykoterapii, która powstała w tej uczelni, ukształtowała moje rozumienie choreoterapii. Od moich kolegów z Zakładu Muzykoterapii dowiedziałam się wiele o profesorze Tadeuszu Natansonie i jego metodzie kwalitometrycznej, „stworzonej w celu umożliwienia analizy dzieła muzycznego na potrzeby terapii”<sup>4</sup>.

Cieszę się, że dzięki pracom Klaudii Kukiełczyńskiej-Krawczyk poznałam to podejście do materiału muzycznego w pracy terapeutycznej, ponieważ śledząc zajęcia warsztatowe prowadzone przez różnych terapeutów i publikacje dotyczące choreoterapii oraz terapii tańcem, można odnieść wrażenie, że rola muzyki jest lekceważona. Działanie często odbywa się w myśl idei: „wybierz muzykę, którą lubisz, i improwizuj”. Na przykład w publikacji pt. *Muzykoterapia* Anna Metera podaje opis ćwiczeń zamieszczonych w rozdziale *Taniec* i o muzyce pisze w ten sposób: „Włączamy jeden z najbardziej ulubionych utworów dzieci. Przez kilka minut przysłuchujemy się muzyce, najlepiej z zamkniętymi oczami. Kiedy muzyka już ogarnie słuchających, zaczynają się powoli poruszać”<sup>5</sup>. W opisie innego ćwiczenia czytamy: „Wszyscy stoją w kole, do znanej muzyki, lubianej, łatwo wpadającej w ucho, jedna osoba wykonuje jakiś ruch, pozostałe powtarzają”<sup>6</sup>.

4 » Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk, *Metoda kwalitometryczna Tadeusza Natansona w badaniach muzykoterapeutycznych*. W: Tadeusz Natanson. *Kompozytor, uczony, pedagog*. Wrocław 2010, s. 158.

5 » Anna Metera, *Muzykoterapia. Muzyka w medycynie i edukacji*. Leszno 2002, s. 225.

6 » *Ibidem*, s. 226.

Można oczywiście prowadzić zajęcia w ten sposób, zwłaszcza z utalentowanymi osobami, ale by być przygotowanym na trudności, warto przeprowadzić analizę muzyczną utworów. Muzyka może pomóc tym terapeutom, którzy znają pojęcie substancji muzycznej. To szczególnie cenne pojęcie stosuje Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk w odniesieniu do metody kwalitometrycznej Tadeusza Natanson.

Związki muzyki i ruchu są odwieczne. By jakkolwiek obiekt mógł wydać dźwięk, musi się poruszyć. Ruch jest wskaźnikiem życia. Ruch wskazujący na życie jest rytmiczny i powtarzalny. Nie bez powodu, by sprawdzić stan nieprzytomnego człowieka, warto zbadać mu puls, rytmiczny ruch tętnic. Im bardziej skomplikowany organizm, tym jego „osobista muzyka” jest również bardziej skomplikowana. Każdy słyszał kiedyś bicie serca. Za zdrowe uważamy serce bijące w rytmie z równo zaznaczonym pulsem. Nasze jelita „tańczą”, trawiąc. Przyjemność sprawia nam też energiczny marsz czy bieg. Irena Turska pisze, że o początkach takich form ruchowej aktywności ludzkiej, które przechodzą w taniec, możemy mówić od okresu, gdy został uformowany biologiczny typ człowieka, czyli ok. 80 tysięcy lat p.n.e., i gdy został on członkiem społeczności<sup>7</sup>. Autorka podkreśliła fizyczność zjawiska, jakim jest taniec, i jego społeczno-kulturowy charakter. Różne społeczności mogą mieć swoje zwyczaje, ale pewne zjawiska związane są z człowiekiem jako gatunkiem. „Podobieństwo charakteru kultur tanecznych na najniższym stopniu rozwoju, spotykanych w różnych krańcach globu ziemskiego – co wyklucza możliwość ich pokrewieństwa lub wzajemnych wpływów – świadczy o tym, że pewnemu stopniowi rozwoju społecznego odpowiada taki, a nie inny stopień kultury, niezależny od warunków ekonomicznych”<sup>8</sup>. To zdanie uwidacznia nam, jak wielkie bogactwo zawarte jest w tańcu i jak bardzo jest on konieczny, skoro każda kultura wykształciła jakieś formy tanecznej ekspresji.

Od początku taniec związany był z czynnościami dnia codziennego. Irena Turska jako pierwsze wyróżnia tańce myśliwskie. Moje własne

---

7 » Irena Turska, *Krótką historia tańca i baletu*. Kraków 1983, s. 11.

8 » *Ibidem*, s. 12.

wyobrażenie pierwszego tańca to widok pierwotnej rodziny w jaskini. Ojciec, matka i dziecko przytuleni do siebie, oparci o skalną ścianę z zamkniętymi oczami nucą monotonną, uspokajającą melodię, kiwając się rytmicznie do przodu i do tyłu. Wokół szaleje deszcz, a oni wspierają się, by przetrwać noc. Wichura, ulewa, błyskawice były dla pierwotnych ludzi tajemnicą. Wierzyli, że istnieje coś poza nimi, co jest silniejsze. Mogli też wierzyć, że śpiewem i ruchem, uspokoją szalejący żywioł. Sądzę jednak, iż długo trwało, nim człowiek wyróżnił wśród swoich zachowań aktywność dowolną i celową. Uważam, że definicja: „taniec jest jedną z najstarszych sztuk nierozzerwalnie związanych z życiem ludzkim”<sup>9</sup>, jest niewystarczająca. Lepiej istotę zjawiska oddaje Wsiewołod Meyerhold, legendarny twórca teatru ruchu, pisząc: „taniec jest bowiem ruchem ciała ludzkiego w sferze rytmicznej. Taniec jest tym samym dla naszego ciała, czym muzyka dla naszych uczuć: jest przemyślnie ukształtowaną formą, która nie pełni żadnych funkcji poznawczych [...]”<sup>10</sup>. O ile z pierwszą częścią definicji wielkiego reformatora można się w świetle obecnych doświadczeń zgodzić, o tyle twierdzenie, że „taniec jest formą, która nie pełni żadnych funkcji poznawczych”, nie wytrzymało próby czasu. Taniec to przecież okazja do badania własnego ciała w przestrzeni; metoda ćwiczenia pamięci i koordynacji ruchowej, spostrzegawczości, poczucia równowagi, czucia wewnętrznego i wydolności oddechowej. Jest okazją do rozwijania umiejętności nawiązywania kontaktu wzrokowego, gotowości do partnerowania, współdziałania w grupie, a dodatkowo tolerancji odmienności. Jako choreoterapeutka posługuję się definicją uproszczoną. Uczestnikom moich zajęć mówię, że „taniec to ruch uporządkowany muzyką”. To inne zjawisko niż ruch jako tylko forma życia i ekspresji emocji. Miejsce muzyki jest uprzywilejowane.

Są inne dziedziny sztuki, sportu i terapii, którym towarzyszy muzyka, np. pantomima, akrobatyka, gimnastyka, pływanie synchroniczne. W słowniku terminów teatralnych Patrice Pavis definiuje pantomimę

9» *Ibidem*, s. 11.

10» Wsiewołod Meyerhold, *Przed rewolucją (1905–1917) – wybór Jerzy Koenig*. Warszawa 1988, s. 70–72.



jako „wizualne lub dźwiękowe naśladowanie czegoś za pomocą ruchu lub głosu [...], widowisko odbywające się bez słów i ograniczone jedynie do gestów aktora”<sup>11</sup>. W tekście tym odnajdujemy wzmiankę, że „mimiczne sceny komentowane mogą być przez chór i ilustrowane muzyką”. Sądzę jednak, że ilustrowanie to nie to samo, co porządkowanie. By wytłumaczyć różnicę między tańcem a pantomimą, proponuję przyznać, że początkiem tańca jest muzyka, choćby taki element jak rytm. Ruch następuje potem. Początkiem formy nazywanej pantomimą jest ruch, a potem dopełnia go muzyka. Z tańcem muzyka współistnieje. W pantomimie muzyka ilustruje, towarzyszy lub tworzy kontrast, swoisty kontrast punkt. Te rozważania wydają się istotne, ponieważ mimo że na przełomie XX i XXI wieku pojawiło się kilka istotnych publikacji zajmujących się terapią tańcem, to nadal trudno znaleźć rzetelne informacje na temat stosowanej w choreoterapii muzyki.

Zanim taniec stał się podstawą choreoterapii, próbowano go opisać. Pracą, która jest swoistą encyklopedią wiedzy o tańcu i nieocenioną pomocą w poszukiwaniu inspiracji przy tworzeniu zajęć terapeutycznych, jest *Krótką historia tańca i baletu* Ireny Turskiej. Jest tak m.in. dlatego, że uważny czytelnik może odnaleźć w tekście wiele wiadomości o muzyce. W rozdziale zatytułowanym *Taniec w społeczeństwach najstarszych* znajdujemy informację, iż w trakcie rozwoju narzędzi pracy pojawiły się również pierwsze instrumenty perkusyjne naśladowujące odgłosy natury. To także instrumenty wyznaczyły porządek tanecznych ruchów, linia melodyczna pojawia się jako efekt okrzyków tańczących. „Muzyka i taniec były ze sobą jak najściślej połączone”<sup>12</sup>.

Tańce z okresu starożytnej Grecji Irena Turska opisuje w następujący sposób: „Rytm poezji wraz z rytmem muzycznym stanowiły podkład ruchu tanecznego, a często ów rytm dyktował metrum dla poezji i muzyki”. W rozdziale dotyczącym tańców towarzyskich w okresie Odrodzenia autorka podaje dokładny opis muzyki do tańca: „Pozostałością dawnej dwuczęściowości tańca był w XVI wieku zwyczaj kontrastowego

---

11 » Patrice Pawis, *Słownik terminów teatralnych*. Wrocław–Kraków 2002, s. 340.

12 » Irena Turska, *op. cit.* s. 15.

zestawiania spokojnych tańców kroczonej w takcie parzystym z żywymi, skocznymi w takcie trójdzielnym. Pavana – gailarde – basse danse – tordion lub volta stanowiły najbardziej typową renesansową suitę tańców dworskich<sup>13</sup>. Wprowadzone zostało tym samym tak ważne pojęcie jak metrum. A dalej Irena Turska podaje dokładny opis charakteru warstwy muzycznej: „Obok tych najpopularniejszych tańców w skład suitę wchodziły też inne tańce, pojawiające się w XVI wieku, ludowego lub egzotycznego pochodzenia: bretoński passepied, dwuczęściowa zbliżona do pawany allemande, w której po pochodzie par następowała szybsza część podobna do courante: płynna, rozkołysana, tańczona solo lub przy dźwiękach gitary sarabanda przyniesiona do Hiszpanii przez Maurów; chaconne pochodząca z zamorskich kolonii hiszpańskich, oparta na jednym, stale powtarzającym się w basie okresie muzycznym (basso ostinato) [...]”<sup>14</sup>.

Taki tekst dobitnie wskazuje na znaczenie frazy w budowaniu ruchu tanecznego. Podkreśla nastrój, barwę instrumentów, a nawet znaczenie figur muzycznych. W *Krótkiej historii...* odnajdujemy też porównanie sposobów traktowania muzyki przez największych reformatorów sztuki tanecznej XX wieku. Czytamy: „W przeciwieństwie do Duncan, dla której muzyka była tylko inspiracją, Dalcroze realizował utwory muzyczne po dokładnej analizie ich budowy, dążąc do szczegółowego odtworzenia ich struktury, metryki, rytmiki i dynamiki, bez wnikania jednak w emocjonalną treść muzyki”<sup>15</sup>. Od Ireny Turskiej dowiadujemy się, że twórca kinetogramów Rudolf Laban pracował nad metodą terapii ruchowej dla robotników fabrycznych, a Mary Wigman (uczennica Labana) kontynuowała doświadczenia „tańca wyrazistego”, posługiwała się muzyką komponowaną do jej tańców, nacechowaną przy tym przewagą rytmu nad melodią<sup>16</sup>.

Osobnym zjawiskiem jest literatura dotycząca tańca w ujęciu szkoleniowym. W publikacjach poświęconych poszczególnym rodzajom tańca

13 » *Ibidem*, s. 96.

14 » *Ibidem*.

15 » *Ibidem*, s. 220.

16 » *Ibidem*, s. 223.

pojawiają się często dokładne opisy muzyki, a nawet cytaty melodii – zapisu nutowego. Bardzo poważnie podchodzą do warstwy muzycznej tańca jego nauczyciele i teoretycy. Maria Młodzikowska, przedstawiając polskie tańce narodowe w pracy *Tańce, rytm, ruch, muzyka*, pisze na przykład: „Polonez jest tańcem narodowym w takcie trójmiarowym. Muzyka jest raczej poważna o różnym wyrazie: od bardzo spokojnej, smętnej, do niezwykle dynamicznej, występuje w trybie majorowym lub minorowym (MM=88–90)”<sup>17</sup>. Przybliżając tańce narodowe z innych krajów, pisze na przykład o swisztowsko horo (taniec bułgarski): „Melodia omawianego tańca jest w takcie  $\frac{4}{4}$  i obejmuje 8 taktów”<sup>18</sup>. Jakże cenne są te uwagi. Dalej następują szczegółowe opisy ustawienia tułowia, rąk, kolejności fraz i ugrupowania tanecznego grupy. Podobnie poważnie traktuje akompaniament do tańca Grażyna Dąbrowska, autorka pozycji *Tańczujże dobrze. Tańce polskie*. Już na wstępie ciekawej monografii czytamy: „Bez muzyki i bez muzykanta trudno wyobrazić sobie taniec [...]”. Autorka podaje, że instrumentarium ludowe jest szczególnie ważne, skład kapeli i jej brzmienie wraz z manierą wykonawczą wpływają na wykonywanie tańców, ich charakter i styl<sup>19</sup>. W kolejnych rozdziałach tej interesującej pozycji autorka podaje dokładne opisy tańców, a także zabaw, załączając nawet zapisy nutowe.

Niestety, zupełnie inaczej postępują autorzy opisujący terapeutyczny potencjał aktywności tanecznej. W monografii *Taniec i psychoterapia* Danuta Kozięło podaje: „Podstawę terapii tańcem stanowi bowiem ruch, a każdemu doświadczeniu jednostki odpowiada aspekt ruchowy i jego metafora”<sup>20</sup>. Jednak niewiele czasu poświęca muzyce, skupia się głównie na rytmie. „Rytm i synchronia są dwoma spośród ośmiu elementów terapii grupowej”<sup>21</sup>. A wcześniej, powołując się na Annę Snyder, pisze: „tempo

17 » Bożena Bednarzowa, Maria Młodzikowska, *Tańce, rytm, ruch, muzyka*. Warszawa 1983, s. 49.

18 » *Ibidem*, s. 215.

19 » Grażyna Dąbrowska, *Tańczujże dobrze*. Warszawa 1991, s. 9.

20 » Danuta Kozięło, *Taniec i psychoterapia*. Poznań 2002, s. 20.

21 » *Ibidem*, s. 19.

jest dominującym elementem w powiększaniu reakcji systemu”<sup>22</sup>. Pojawiają się zatem pojęcia dotyczące również utworów muzycznych, tj. ruch, rytm, tempo, synchronia, ale nie dają one obrazu dzieł muzycznych, które mają towarzyszyć terapii tańcem. Autorka nie podaje przykładów. Danuta Kozieńko wykonała ogromną pracę, dokonując przeglądu publikacji dotyczących terapii tańcem, ale opis konkretnych tańców, z których można by wyczytać formę muzyczną lub konkretne utwory, zdarza się bardzo rzadko. Na stronie 30 pojawia się bułgarski Taniec Ognia, a tarantela na stronie 31. Ciekawy zapis jest na stronie 67: „jeżeli chodzi o wykorzystanie muzyki, to można stwierdzić, że prawie każda muzyka nadaje się do improwizacji. Brzmienie muzyki ma kilka terapeutycznych znaczeń. Może np. przytłumić świadomość czy obecność innych, może służyć aktywacji nieświadomego materiału i jego powiązań, może wzmacniać stany emocjonalne lub je osłabiać, może dostarczyć przyjemnych wrażeń zmysłowych i doświadczeń kinestetycznych”. Należy prawdopodobnie uznać, że dotyczy to potencjału całej dostępnej muzyki, albowiem autorka nie podaje przykładów. Niestety taki tekst nie może być ułatwieniem w poszukiwaniach muzyki odpowiedniej do konkretnego problemu terapeutycznego. Wiele twierdzeń przytaczanych przez Danutę Kozieńko ma charakter naduogólnień, np. „Dzięki muzyce, ruchowi, rytmowi i symbolice ruchu, i wolnym fantazjom, pacjent może zacząć budzić w sobie wyobrażenia ruchowe, które będą wpływały z projekcji jego uczuć i myśli”<sup>23</sup>. Nawet gdy opisywane są strategie i techniki terapeutyczne, trudno się dowiedzieć, jak konkretnie brzmiała wykorzystywana muzyka. Na przykład, gdy Danuta Kozieńko opisuje pracę Blanche Evan, muzyki możemy się domyślać: „jej terapia sprowadza się do rozgrzewki fizycznej, systemu funkcjonalnej techniki, improwizacji, tańca ludowego, tańca twórczego oraz języka i wokalizacji”<sup>24</sup>. Czytając teksty tego typu, odnosi się wrażenie, że wielu terapeutów wykorzystujących w pracy taniec potrzebuje pomocy w opisie muzyki jako wieloaspektowego czynnika wspomagającego.

---

22 » *Ibidem*, s. 20.

23 » *Ibidem*, s. 69.

24 » *Ibidem*, s. 36.

Zdziwienie budzi fakt, iż niektórzy terapeuci posługują się terminem „taniec” w kontekście psychoterapii ruchem, degradując obecność muzyki. W ostatniej dekadzie pojawiło się wiele publikacji opisujących różne metody psychoterapii związane ze sztuką, a zatem i z muzyką. To bardzo cenne zjawisko, ponieważ w wielu schorzeniach przewlekłych trudno znaleźć jedyną skuteczną metodę i warto wymieniać się doświadczeniami. W 2014 roku ukazała się publikacja pod redakcją Zuzanny Pędzich pod obiecującym tytułem *Psychoterapia tańcem i ruchem*<sup>25</sup>. Jest to zbiór prac różnych osób kształcących się w brytyjskiej szkole Association for Dance Movement Psychotherapy (DMT). Idąc za rozumieniem tańca jako aktywności ludzkiej nierozzerwalnie związanej z muzyką, szukamy definicji metody i znajdujemy tam cytaty z książki Helen Payne: „Psychoterapia tańcem i ruchem jest psychoterapeutycznym wykorzystaniem ekspresyjnego ruchu i tańca, poprzez który człowiek może się zaangażować w proces prowadzący do osobistej integracji i rozwoju. Oparta jest na zasadzie, że istnieje związek między emocjami i ruchem [...]”<sup>26</sup>. Słowo „muzyka” w ogóle się nie pojawia.

Publikacja zawiera kilkanaście przykładów „terapii tańcem i ruchem” w różnych zaburzeniach psychicznych: od schizofrenii do uzależnienia od płatnego seksu. Niestety, w poszukiwaniu opisu muzyki na 476 stronach książki znajdujemy tylko zapis: „Obecnie w DMT szkolą się raczej absolwenci psychologii niż tańca, w pracy z pacjentami często nie stosują muzyki, taniec zaś bywa pojmowany bardzo szeroko – jako ruch”<sup>27</sup>. Pojawia się kontrowersyjne zdanie: „Nie każdy umie tańczyć, ale każdy się porusza – oddycha, wyraża się za pomocą gestów, wykorzystuje też ruch funkcjonalny do osiągnięcia różnych celów”<sup>28</sup>. Zdanie jest kontrowersyjne, ponieważ taniec rozumiany tak jak podano na początku tego tekstu – jako „ruch uporządkowany muzyką” – nie jest jedyną formą ruchu. Taniec to ruch specyficzny. Jeżeli zaczniemy pracować bez

25 » *Psychoterapia tańcem...*

26 » *Ibidem*, s. 10; za: Helen Payne, *Dance Movement Therapy: Theory and Practice*. London 1992.

27 » *Ibidem*, s. 21.

28 » *Ibidem*.

muzyki, to może zacznijmy nazywać to pantomimą, komunikacją bez słów, mową gestów, gimnastyką. Co prawda autorka opracowania tekstów Zuzanna Pędzich przytacza pracę Marion Chace, pionierki DMT: „Istotą podejścia Chace była idea, że ruch jest językiem, za pomocą którego można nawiązać kontakt z pacjentem i zbudować opartą na empatii kinestetycznej relację terapeutyczną, poprzez reakcje ruchowe, okazując pacjentowi akceptację i zrozumienie”<sup>29</sup>. Danuta Kozięło podaje, iż Chace w swojej pracy stosowała muzykę, która narzucając rytm, ułatwiała pacjentowi ruch. „Terapeutka zauważyła, że kontakt z głęboko zregresowaną osobą najlepiej nawiązać przez rytm. Muzyka i rytm przydają się w terapii osób bardziej zintegrowanych”<sup>30</sup>. Nic nie znajdziemy o samej substancji muzycznej. Nie ma nazw utworów, tańców, instrumentacji, tempa, metrum itp.

Wrocławska Szkoła Muzykoterapii, a co za tym idzie i choreoterapii, rolę muzyki rozumie zupełnie inaczej. Na drugim biegunie podejścia do muzyki w terapii znajduje się rytmikoterapia. Rytmika jest od wielu dziesięcioleci metodą kształcenia muzyków, tancerzy i aktorów. W Polsce kilka uczelni kształci nauczycieli rytmiki, a Akademia Muzyczna im. Grażyny i Kiejstuta Bacewiczów w Łodzi od 1983 roku organizuje konferencje inspirowane metodą Émile’a Jaques-Dalcroze’a pod hasłem „Rytmika w kształceniu muzyków, aktorów, tancerzy i w rehabilitacji”. W trakcie konferencji autorzy referatów i prezentacji analizują dzieła muzyczne, ich doskonalenie wykonawcze i wartości terapeutyczne pod kątem, który bardzo zbliża się do pojęcia „substancji muzycznej”. Barbara Ostrowska pisze: „Metoda Émile’a Jaques-Dalcroze’a jest dziedziną pedagogiczno-artystyczną, bardzo nowoczesną i podlegającą ciągłemu rozwojowi, wszechstronnie uaktywniającą człowieka, jego sfery intelektualną, psychiczną i fizyczną”<sup>31</sup>. Autorka podkreśla, że metoda Émile’a Jaques-Dalcroze’a jest otwarta i wieloaspektowa. Jako teoretyk i praktyk

---

29 » *Ibidem*, s. 27.

30 » *Ibidem*, s. 27.

31 » *Rytmika w kształceniu muzyków, aktorów, tancerzy i w rehabilitacji*. Red. Barbara Ostrowska. Łódź 2005, s. 7.

łączenia w trakcie zajęć rytmicznych edukacji i psychoterapii kompetentnie zauważa ogromną wartość technik Jaques-Dalcroze'a w kształceniu muzyków, aktorów, tancerzy oraz w działaniach profilaktycznych i rehabilitacyjnych.

Całość prac Émile'a Jaques-Dalcroze'a obejmuje następujące człony: solfeż, improwizację fortepianową, rytmikę i rytmikoterapię. „Rytmikoterapia jest częścią muzykoterapii, niezbędna jest więc wiedza z zakresu muzykoterapii aktywnej poparta praktyką. W ramach tego członu główny nacisk położony jest na kształcenie umiejętności zadań muzyczno-ruchowych według celów rehabilitacji i profilaktyki konkretnych schorzeń. Realizowane są zadania z rytmikoterapii, choreoterapii, logorytmiki w odniesieniu do konkretnych schorzeń, między innymi: ortopedycznych, neurologicznych, kardiologicznych, psychiatrycznych. Muzyka pobudza do ruchu i kieruje nim, nadaje mu głęboki sens, czym głównie powiększa siłę oddziaływania terapeutycznego zadań muzyczno-ruchowych”<sup>32</sup>.

Rozważając wartość metody Émile'a Jaques-Dalcroze'a, Barbara Ostrowska pisze: „Dlaczego poświęciłam tak dużo miejsca interpretacji dzieła muzycznego? Ponieważ w rytmice, rytmikoterapii, choreoterapii, jak już wcześniej wspomniałam, muzyka jest elementem pierwszoplanowym. To ona ewokuje wszystkie działania ruchowe, to ją interpretujemy ruchem i w procesie znajdowania drogi do muzyki, poprzez zadanie muzyczno-ruchowe, bez względu na grupę wiekową, kształtuje gust i smak artystyczny”<sup>33</sup>. W takim ujęciu to choreoterapeuta jest odpowiedzialny za dobór materiału muzycznego do psychoterapii. Dokładnie zna utwór, który proponuje. Jego metrum, rytm, puls, dynamikę, podział na frazy i tonację. Uwzględnia nastroj, instrumentację, ewentualne rubato, kontrasty brzmieniowe i kontrapunkty. Bierze pod uwagę aktualne konteksty kulturowe, a nawet aktualne „mody” w mediach (TV, radio, Internet). Dlatego ze smutkiem zauważam, iż praktykujący „terapię tańcem” dobierają muzykę, kierując się głównie intuicją. Dynamikę procesu

---

32 » *Ibidem*, s. 9.

33 » *Ibidem*, s. 11.

opierają na zdolnościach improwizacyjnych uczestników zajęć. Rezygnują tym samym z bogactwa tańców opartych na dorobku kultury muzycznej. A przecież sama nauka poruszania się oparta na współcześnie dostępnych nagraniach utworów kultur pierwotnych, tańców historycznych, towarzyskich czy ludowych może wzbogacać repertuar zachowań osób zdrowych i chorych uczestniczących w choreoterapii.

Szczególną pozycję w choreoterapii zajmują tańce w kręgu. Praktykuje je wielu terapeutów na całym świecie. Judy King pisze, że wzrasta obecność tańca w kręgu w różnych miejscach i okolicznościach. Coraz częściej tańczymy w kościołach, konwentach, soborach, we własnych domach, szpitalach. Taniec czasem jest formą pracy, czasem przyjemnością<sup>34</sup>. W swojej publikacji autorka zebrała bardzo różne teksty choreoterapeutów stosujących w swojej pracy tańce w kręgu. Często są to zapisy pracy, ale głównie chodzi o osobistą filozofię tańca, którą kierują się w tanecznych spotkaniach z różnymi grupami ludzi. Sam Keen w krótkim tekście zatytułowanym *Do tańczącego Boga* pisze: „Kiedy uczę dzieci tańca, zawsze mówię, z jakiego kraju pochodzi muzyka. Kiedy uczyłam 6- i 7-latków uproszczonej wersji Walenki, wyjaśniłam, że jest to muzyka rosyjska”<sup>35</sup>. We wszystkich pozostałych tekstach dokładne dane utworów spotyka się rzadko, ale często autorzy podają nazwę tańców. Są to na przykład greckie Hassapikos i Sirtaki, bułgarskie Trangala i Rumjana, południowoafrykańska Masithi, ormiańskie Daronee, mołdawskie Hore i Sirbe i wiele innych. Nie ma w tej publikacji dokładnego opisu muzyki, ale ponieważ są odniesienia do regionów i bardzo konkretne nazwy, należy przypuszczać, iż można odpowiednią muzykę odnaleźć na stronach internetowych. Przy poszukiwaniu utworów, które nadawałyby się do „ilustrowania uczuć”, można by – jak sądzę – napotkać wiele trudności, z których najważniejszą byłby zamęt i brak pewności efektu.

W tym momencie rozważań wypada wrócić do Wrocławskiego Modelu Muzykoterapii, a z nim do modelu choreoterapii. „Podstawowym i wciąż nierozwiązanym problemem w muzykoterapii jest dobór

34 » Judy King, *Tańce w kręgu*. Warszawa 2001, s. 8.

35 » *Ibidem*, s. 33.



odpowiedniego materiału muzycznego oraz ocena jego przydatności do określonych celów terapeutycznych<sup>36</sup> – pisze Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk, opierając się na teorii Tadeusza Natanson, twórcy Wrocławskiej Muzykoterapii. Uważam, że zawarte w tym artykule tezy dotyczące materiału muzycznego odnoszą się też do choreoterapii. Cytowany przez Klaudię Kukiełczyńską-Krawczyk podział na muzykę do relaksacji i muzykę do wyobrażeń za Denise Groke i Tonym Wigramem<sup>37</sup> zawiera wiele elementów dzieła muzycznego, które choreoterapeuta powinien również umieć odczytać i odpowiednio wykorzystać w pracy.

Na podstawie trzydziestopięcioletniego doświadczenia w pracy z osobami chorymi psychicznie i elementarnej wiedzy muzycznej i tańczej oraz doświadczenia wyniesionego z wielu warsztatów tańca klasycznego, rytmiki i choreoterapii uważam, że w programowaniu muzyki do choreoterapii trzeba brać pod uwagę:

- > rytm – regularny lub nieregularny, zmienny, synkopowany, z wyraźnym lub niewyraźnym pulsem,
- > tempo – stałe, zmienne, szybkie, wolne, kontrastowe,
- > metrum – stałe, zmienne, parzyste, nieparzyste, zanikające,
- > linię melodyczną – wyraźną, niewyraźną, przewidywalną, nieprzewidywalną,
- > frazę – wyraźną podkreśloną przez ostinato, zaburzoną nakładaniem się fraz lub dodatkowymi taktami (umiejętność odnajdywania fraz jest dla choreoterapeuty konieczna),
- > harmonię – jej znajomość może być pomocna w poszukiwaniu różnych form ruchu wykonywanych przez członków tańczącej grupy,
- > instrumentację – gdy rozpatruje się ruch solowy na tle grupy, gdy niektóre instrumenty stymulują do specyficznego ruchu, np. drażnią,
- > artykulację – gdy stymuluje ona ruch, np. przerywany staccato,

36 » Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk, *Programowanie muzyki do terapii – 20 lat po wydaniu książki Tadeusza Natanson*. W: *Muzykoterapia – stałość i zmiana*. Red. Paweł Cylulko i Joanna Gładyszewska-Cylulko. Wrocław 2014, s. 115.

37 » *Ibidem*, s. 129–130; za: Denise Grocke, Tony Wigram, *Receptive Methods in Music Therapy. Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London–Philadelphia 2007.

- > dynamikę – gdy uczestnicy podążają spontanicznym ruchem tańczonym za zmianami dynamicznymi,
- > powtarzalność – powtarzalność lub jej brak jest najistotniejsza w choreoterapii, systematyczne powtarzanie rozpoznawalnych fraz jest kluczem do sukcesu w tańcach integracyjnych.

Ja sama kilkakrotnie próbowałam opisać muzykę, którą stosuję w trakcie choreoterapii. Jestem psychologiem, więc skupiałam się na pojęciach psychologicznych, takich jak „archetyp”. W swojej publikacji zatytułowanej *Elementy seksu w choreoterapii* napisałam: „Tango jest tańcem, w którym każdy z pary tańczących chce pozostać z partnerką/partnerem, ale żaden nie chce się do tego otwarcie przyznać. Wobec tego walczą ze sobą cały czas. Powstaje wiele konfliktów emocjonalnych, często o dużym ładunku erotyzmu i seksu. Myślę, że występują one jednak głównie wskutek działania archetypu związanego z muzyką, nawet wtedy, gdy tańczący się nie dotykają”<sup>38</sup>. Teraz wiem, że warto byłoby podać nazwę utworu, np. *La Cumparsita*.

W idealnej sytuacji nauczanie choreoterapeutów odbywałoby się z jednoczesnym zaopatrywaniem ich w dokładne dane o przydatnej muzyce, aby na podstawie dobrego konkretnego przykładu mogli w swoim zawodowym życiu posługiwać się własną wiedzą muzyczną w konstruowaniu scenariuszy zajęć. Dobrym przykładem prawidłowo skonstruowanego scenariusza jest zapis warsztatów choreoterapeutycznych Anny Dąbek-Pesz, zamieszczony w materiałach pokonferencyjnych zatytułowanych *Arteterapia w edukacji i rozwoju człowieka*<sup>39</sup>. Tematem zajęć jest żeglowanie po różnych portach życia. Określono cele zajęć, wyznaczając główne: „wspieranie w poprawie współpracy we własnym leczeniu”. Jako utwory podane zostały szanty *Pociągnij ją, Dalej w morze* w wykonaniu zespołu Ryczące Dwudziestki i *Bitwa* w wykonaniu Mechaników Szant.

38 » Anna Jędrzycka-Hamera, *Elementy seksu w choreoterapii psychologicznej*. „Nowiny Psychologiczne” (1999) 2, s. 86.

39 » Anna Dąbek-Pesz, *Scenariusze warsztatów*. W: *Arteterapia w edukacji i rozwoju człowieka*. Red. Małgorzata i Tomasz Siemieź. Wrocław 2008, s. 40.

Zgodnie z takim modelem staramy się kształcić muzykoterapeutów w Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Przez wiele lat uczyłam w ten sposób studentów studiów dziennych i zaoczných. Jako zaliczenie przedmiotu opracowywali kilkadziesiąt scenariuszy choreoterapii na podstawie analizy substancji muzycznej.

Podsumowując, można stwierdzić, że:

- > choreoterapia i terapia tańcem to metody, które bardzo się rozwijają, ale niekoniecznie jednakowo,
- > metoda choreoterapii rozwijana w Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu opiera się na uznawaniu głównej roli muzyki w procesie terapeutycznym,
- > ujęcie choreoterapii jako metody wspierającej zdrowienie i rozwój poprzez ruch uporządkowany muzyką jest bardzo bliskie metodom rytmikoterapii Émile'a Jaques-Dalcroze'a.

Mam nadzieję, że nadal będziemy we Wrocławiu rozwijać choreoterapię, a także uda się nam opracować metodykę umożliwiającą badanie roli muzyki w choreoterapii.

## Bibliografia

- Aleszko Zofia, *Miejsce choreoterapii w rehabilitacji psychomotorycznej młodzieży nerwicowej*. „Psychiatria Polska” (1972) 6(3).
- Bednarzowa Bożena, Młodzikowska Maria, *Tańce, rytm, ruch, muzyka*. Warszawa 1983.
- Dąbek-Pesz Anna, *Scenariusze warsztatów*. W: *Arteterapia w edukacji i rozwoju człowieka*. Red. Małgorzata i Tomasz Siemież. Wrocław 2008.
- Dąbrowska Grażyna, *Tańczujże dobrze*. Warszawa 1991.
- Grocke Denise, Wigram Tony, *Receptive Methods in Music Therapy. Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London–Philadelphia 2007.
- Jędryczka-Hamera Anna, *Elementy seksu w choreoterapii psychologicznej*. „Nowiny Psychologiczne” (1999) 2.
- King Judy, *Tańce w kręgu*. Warszawa 2001.
- Koziełło Danuta, *Taniec i psychoterapia*. Poznań 2002.

- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, *Metoda kwalitometryczna Tadeusza Natansona w badaniach muzykoterapeutycznych*. W: Tadeusz Natanson. *Kompozytor, uczyony, pedagog*. Wrocław 2010.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, *Programowanie muzyki do terapii – 20 lat po wydaniu książki Tadeusza Natansona*. W: *Muzykoterapia – stałość i zmiana*. Red. Paweł Cylulko, Joanna Gładyszewska-Cylulko. Wrocław 2014.
- Metera Anna, *Muzykoterapia. Muzyka w medycynie i edukacji*. Leszno 2002.
- Meyerhold Wsiewołod, *Przed rewolucją (1905–1917)*. Wybór Jerzy Koenig. Warszawa 1988.
- Pawis Patrice, *Słownik terminów teatralnych*. Wrocław–Kraków 2002.
- Payne Helen, *Dance Movement Therapy: Theory and Practice*. London 1992.
- Psychoterapia tańcem i ruchem*. Red. Zuzanna Pędzich. Sopot 2014.
- Rytmika w kształceniu muzyków, aktorów, tancerzy i w rehabilitacji*. Red. Barbara Ostrowska. Łódź 2005.
- Torłop Justyna, *Proces kreatywny psychoterapii tańcem i ruchem – nośnik zmiany i integracji*. W: *Arteterapia w edukacji i rozwoju człowieka*. Red. Małgorzata i Tomasz Siemień. Wrocław 2008.
- Turska Irena, *Krótką historią tańca i baletu*. Kraków 1983.

---

**ANNA JĘDRYCZKA-HAMERA** – absolwentka Wydziału Psychologii na Uniwersytecie Wrocławskim w 1980 roku. Przez 28 lat pracowała w Specjalistycznym Zespole Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu, przez 16 lat na zamkniętym oddziale dla chorujących na psychozy, przez 10 lat kierowała Działem Rehabilitacji w tymże Zespole. Od 1980 roku związana jest z Zakładem Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Od 1995 roku jest reżyserem Teatru Integracyjnego EUFORION. Twórczyni autorskich metod choreoterapii psychologicznej, psychorysunku symbolicznego i arteterapii strukturalizowanej. Propagatorka filmoterapii jako metody wspomagania rehabilitacji chorych psychicznie. Licencjonowany psychoterapeuta środowiskowy, specjalista psychologii klinicznej.

---



# PROGRAMOWANIE MUZYKI W PRAKTYCE KLINICZNEJ GRUPOWEJ MUZYKOTERAPII ZABURZEŃ NERWICOWYCH

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

» **Streszczenie:** W artykule przedstawiono zasady doboru muzyki do terapii na podstawie dotychczasowych badań dotyczących programowania muzyki oraz podano przykładowy program muzyczny wykorzystany w cyklu terapii grupowej zaburzeń nerwicowych. Programowanie muzyki w praktyce klinicznej zaburzeń nerwicowych powinno uwzględniać nie tylko preferencje pacjentów i subiektywną ocenę nastrojów, ale także potrzeby i cele terapeutyczne oraz fazy procesu terapeutycznego. Zastosowana muzyka w zakresie oddziaływania emocjonalnego i wyobrażeniowo-proiekcyjnego spełnia swoje zadania, jeśli odnosi się do problematyki zaburzenia nerwicowego, zróżnicowanych nastrojów i doświadczeń pacjentów oraz pozwala na odkrywanie nieujawnianych emocji i przeżyć z dzieciństwa.

**Słowa kluczowe:** muzykoterapia grupowa, programowanie muzyki do terapii, psychoterapia muzyczna, zaburzenia nerwicowe. <<

## Wstęp

Muzykoterapeuci z różnych ośrodków terapeutycznych coraz częściej podejmują temat zgodności badań naukowych w muzykoterapii z potrzebami praktyki klinicznej. Na Światowym Kongresie Muzykoterapii

w Wiedniu i Krems (Austria) w 2014 roku poświęcono temu zagadnieniu oddzielny panel dyskusyjny<sup>1</sup>. Problem oddalania się badań naukowych od rzeczywistych potrzeb terapeutycznych wynika niejednokrotnie z niewielkiej współpracy naukowców z klinicystami, a także ze stawiania wysokich wymagań w środowiskach naukowych co do rzetelności i sprawdzalności wyników eksperymentów. Stąd rodzi się pytanie: czy jako muzykoterapeuci staramy się odnosić poruszane zagadnienia badawcze do praktyki klinicznej, czy tylko podejmujemy problemy badawcze, które zadowolą wyłącznie środowiska naukowe?

Niemniej badanie efektywności oddziaływań muzykoterapeutycznych, w tym roli doboru muzyki do procesu terapeutycznego, jest zagadnieniem istotnym dla dalszego postępu zarówno w praktyce klinicznej, jak i w teorii muzykoterapii<sup>2</sup>. Jeśli jako klinicyści i naukowcy zarazem będziemy poszukiwali odpowiedzi na pytania dotyczące efektów terapeutycznych w odbiorze muzyki przez naszych klientów/pacjentów, w ich rzeczywistych reakcjach emocjonalnych czy fizjologicznych, to wtedy nasze wysiłki badawcze będą przyczyniać się do wzrostu skuteczności oddziaływań terapeutycznych także w praktyce klinicznej.

## Pojęcie programowania muzyki do terapii w odniesieniu do muzykoterapii zaburzeń nerwicowych

Tadeusz Natanson, twórca terminu i pojęcia programowania muzyki terapeutycznej, od początku istnienia tej idei definiował ją jako: „dyscyplinę zajmującą się naukowymi podstawami analizy muzycznej, pozwalającymi określić terapeutyczną przydatność jej rozmaitych upostaciowań w rozmaitych sytuacjach terapeutycznych”<sup>3</sup>. Istotą programowania powinno

---

1 » *14<sup>th</sup> World Congress of Music Therapy, Programme*. Krems 2014, s. 22.

2 » *Ibidem*.

3 » Tadeusz Natanson, *Programowanie muzyki terapeutycznej*. „Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu” nr 53. Wrocław 1992, s. 82.

stać się według autora „świadome i oparte na naukowych przesłankach dobieranie muzyki najlepiej spełniającej potrzeby zamierzonych celów terapeutycznych”<sup>4</sup>. Zatem idea programowania ogniskowała się wokół dążenia do skuteczności oddziaływań terapeutycznych, szukania metod analizowania materiału muzycznego, które odnosiłyby się do realnego procesu terapeutycznego i w przyszłości pozwoliłyby na taki dobór muzyki w terapii, który odpowiadałby potrzebom terapeutycznym klientów<sup>5</sup>.

Jedno z podstawowych zagadnień programowania Tadeusz Natanson określił następująco: „ponieważ na ogół panuje zgodność co do tego, 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”<sup>6</sup>. Podobne podejście prezentują współcześni badacze i muzykoterapeuci Daniel J. Schneck i Dorita S. Berger. W swojej książce poświęconej oddziaływaniu muzyki w odniesieniu do praktyki klinicznej autorzy ci podejmują się analizy symbiotycznej relacji pomiędzy muzyką a człowiekiem, opierając się na zdobyczach psychologii muzyki, muzykoterapii i fizjologii muzyki. Poprzez rozważania naukowe i analizę zastosowań muzyki w sytuacji terapeutycznej próbują odkryć: „dlaczego i jak muzyka oddziałuje na innych (człowieka) i *vice versa* – dlaczego i jak człowiek wpływa na muzykę”<sup>7</sup>. Stwierdzenie to przypomina przypuszczenia wyrażane już kilkadziesiąt lat temu przez Tadeusza Natansona w modelu oddziaływania zbioru informacji muzycznej na psychosomatykę człowieka<sup>8</sup>.

---

4 » *Ibidem*, s. 76.

5 » Por. Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk, *Programowanie muzyki do terapii – 20 lat po wydaniu książki Tadeusza Natansona*. W: *Muzykoterapia – stałość i zmiana*. Red. Paweł Cylulko, Joanna Gładyszewska-Cylulko. Seria „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 1. Wrocław 2014, s. 115–144.

6 » Tadeusz Natanson, *op. cit.*, s. 82.

7 » Daniel J. Schneck, Dorita S. Berger, *The Music Effect. Music Physiology and Clinical Applications*. London–Philadelphia 2010, s. 13.

8 » Zob. Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk, *Metoda kwalitometryczna Tadeusza Natansona w badaniach muzykoterapeutycznych*. W: *Tadeusz Natanson. Kompozytor*,



Profesor podkreślał, iż „rozważając istotę muzyki i jej oddziaływania na człowieka, a więc układu człowiek – muzyka czy też muzyka – człowiek, nie można zająć się wyłącznie muzyką, pomijając drugi człon tego układu – człowieka”<sup>9</sup>. W takim rozumieniu programowania muzyki istotna jest relacja zachodząca w procesie spotkania człowieka z muzyką w muzykoterapii, wyrażona nie tylko w obiektywnej reakcji fizjologicznej czy w reakcji emocjonalnej, odnoszącej się na przykład do zmiany nastroju, ale także w subiektywnej percepcji zdeterminowanej u słuchacza indywidualnymi cechami osobowościowymi czy innymi warunkami odbioru muzyki<sup>10</sup>. Zatem efektywnością oddziaływania muzyki powinniśmy zająć się w kontekście rzeczywistych sytuacji terapeutycznych, w których klient spotyka się z muzyką urzeczywistniającą się w jego indywidualnym odbiorze, przynoszącą określoną reakcję w sferze psychicznej lub fizjologicznej.

## Problematyka terapeutyczna zaburzeń nerwicowych

Zaburzenia nerwicowe „zmuszają do spojrzenia na jednostkę ludzką nie tylko jako biologiczny, ale także psychospołeczny fenomen, którego funkcjonowanie (i zakłócenia tego funkcjonowania, określane jako »choroba«) jest wyznaczone zarówno procesami fizycznymi, biochemicznymi, jak i socjokulturowymi”<sup>11</sup>. Karen Horney zalicza je do zaburzeń psychicznych, „charakteryzujących się występowaniem lęków i środków obronnych stosowanych przeciwko tym lękom oraz poszukiwaniem rozwiązań kompromisowych w powstających sytuacjach konfliktowych”<sup>12</sup>. Zaburzenia nerwicowe związane są ze stosunkiem jednostki do samej siebie, jak również zaangażowaniem w relacje z innymi

---

uczony, pedagog. Red. Anna Granat-Janki i zespół. Seria „Muzycy Wrocławscy”. Wrocław 2010, s. 158–159.

9 » Tadeusz Natanson, *op. cit.*, s. 92.

10 » *Ibidem*, s. 96.

11 » Jerzy Aleksandrowicz, *Zaburzenia nerwicowe*. Warszawa 1998, s. 13.

12 » Karen Horney, *Neurotyczna osobowość naszych czasów*. Poznań 1993, s. 23.

ludźmi, a dotyczą: dawania i przyjmowania uczuć, sposobu wyrażania agresji, zdolności do samooceny, wyrażania samego siebie i domagania się swoich praw oraz zachowań seksualnych<sup>13</sup>. Dokładną charakterystykę zaburzeń nerwicowych podaje *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 (F40-F48)*<sup>14</sup>.

Muzykoterapia w zaburzeniach psychicznych, jak podają praktykujący terapeuci, powinna być ukierunkowana na podnoszenie nastroju, aktywizację czy też uzyskanie stanu relaksacji i obniżania poziomu lęku u pacjentów<sup>15</sup>. Muzykoterapia może się stać także skuteczną interwencją w zakresie wyrównywania deficytów poznawczych, wpływającą na poczucie własnej wartości, ekspresję własną, kontrolowanie stanów emocjonalnych i nastrojów<sup>16</sup>. Niemniej wśród celów stawianych muzykoterapii zaburzeń psychicznych należałoby wymienić te, które mają szczególne znaczenie dla terapii zaburzeń nerwicowych.

Karin Mayer<sup>17</sup>, muzykoterapeutka prowadząca terapię zaburzeń nerwicowych metodą kierowanej wyobraźni – GIM (ang. *Guided Imagery and Music*), za najważniejsze zadania muzykoterapii uznaje:

- 
- 13 » Alicja Domańska-Pękała, *Karen Horney. Filozoficzne podstawy koncepcji nerwicy*. Warszawa 2004, s. 90, 91.
  - 14 » *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków-Warszawa 1998, s. 90–105.
  - 15 » Michael H. Thaut, *The Influence of Music Therapy Interventions of Self-Rated Changes in Relaxation, Affect and Thought in Psychiatric Prisoner-Patients*. „Journal of Music Therapy” (1989) No. XXVI (2), s. 115–166; Michael J. Silverman, *Psychiatric Patients’ Perception of Music Therapy and Other Psychoeducational Programming*. „Journal of Music Therapy” (2006) nr XLIII (2), s. 111–122; Ayeong Choi, Lee S. Myeong, Lim Hyun-ja, *Effects of Group Music Intervention on Depression, Anxiety and Relationships in Psychiatric Patients: A Pilot Study*. „The Journal of Alternative and Complementary Medicine” Vol. 14 (2008) No. 5, s. 567–570.
  - 16 » Michael J. Silverman, Michael J. Marcionetti, *Immediate Effects of a Single Music Therapy Intervention on Persons Who Are Severely Mentally Ill*. „Arts in Psychotherapy” (2004) No. 31, s. 291–301.
  - 17 » Karin Mayer, *Aktive Musiktherapie kombiniert mit rezeptiver Musiktherapie in der Erwachsenenpsychotherapie*. „Musiktherapeutische Umschau” (2002) No. 23 (1), s. 46–56.

- > aktywizację emocji i wyobrażeń w celu ich uświadomienia,
- > przeniesienie do świadomości nieujawnionego materiału konfliktowego w celu jego przepracowania.

Muzykoterapia jest zatem ukierunkowana na rozpoznanie i nazywanie przeżywanych emocji, uruchamianie procesów wyobrazeniowych, a tym samym uświadamianie i rozwiązywanie problematyki pacjenta oraz całej grupy terapeutycznej.

Elżbieta Galińska podkreśla, że zwłaszcza u pacjentów nerwicowych, którzy mają utrudniony dostęp do własnych przeżyć, zarówno w zakresie ich identyfikowania, jak i prawidłowej ekspresji, muzyka użyta jako narzędzie pozwala: zwielokrotnić przeżywanie do takiego poziomu, który staje się zauważalny dla samego pacjenta, oraz zdobyć dystans do swoich przeżyć poprzez konieczność zagrania i usłyszenia własnej ekspresji<sup>18</sup>.

Drugą ważną sferą oddziaływań terapeutycznych są procesy poznawcze pacjenta, a zwłaszcza wyobrażenia. W terapii wykorzystuje się warstwę semantyczną muzyki<sup>19</sup>, by uruchomić procesy projekcyjne, zarówno w celach diagnostycznych, jak i terapeutycznych<sup>20</sup>. Na muzykę jak na ekran rzutowany jest obraz własnego „ja”: emocje, również te nieujawniane lub negatywnie odbierane przez pacjenta i jego środowisko, pragnienia, marzenia, cele życiowe, skrywane potrzeby, motywacje, spojrzenie na świat, najbliższe otoczenie, własne role w społeczeństwie<sup>21</sup>.

Muzykoterapia zaburzeń nerwicowych nie jest zatem tylko narzędziem do obniżania poziomu lęku czy też relaksacji. Jest źródłem

18 » Elżbieta Galińska, *Inne techniki psychoterapii. Muzykoterapia*. W: *Psychoterapia. Teoria*. Red. Lidia Grzebiuk. Warszawa 2005, s. 531–542.

19 » Por. Helena Cesarz, *Psychoterapeutyczna wartość referencjalnego znaczenia muzyki*. „Muzykoterapia Polska” (2003) nr 3/4 (7/8), s. 7–12.

20 » Elżbieta Galińska, *Muzyka w terapii. Psychologiczne i fizjologiczne mechanizmy jej działania*. W: *Człowiek – muzyka – psychologia*. Red. Wojciech Jankowski, Barbara Kamińska, Andrzej Miśkiewicz. Warszawa 2000, s. 477.

21 » Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk, *Muzykoterapia na oddziale leczenia nerwic*. „Muzykoterapia Polska” (2003) nr 1 (5), s. 33–36.

poznania własnej problematyki i relacji z innymi ludźmi. Może przyczynić się do poprawy umiejętności interpersonalnych i pomóc w likwidowaniu neurotycznych modeli zachowawczych<sup>22</sup>. Muzykoterapia staje się także możliwością rozwijania wrażliwości estetycznej, otwarcia się na słuchanie muzyki, a tym samym rozbudzenia zainteresowań w kierunku nieznannej radości z odkrywania muzyki innego rodzaju niż preferowany dotychczas. Zrozumienie przez pacjenta terapeutycznego wpływu muzyki na człowieka pozwala mu stosować podobne oddziaływania już po zakończeniu terapii<sup>23</sup>.

## Model grupowej muzykoterapii zaburzeń nerwicowych

Poniżej prezentowany model muzykoterapii został wypracowany przez autorkę niniejszego artykułu w ciągu 20 lat praktyki na Oddziale Leczenia Nerwic Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Psychicznego we Wrocławiu. Na tym oddziale przyjął się trzyfazowy przebieg muzykoterapii, stosowany w grupach o charakterze zarówno otwartym, jak i zamkniętym. Podczas psychoterapii trwającej 12 tygodni (dla grupy bądź pojedynczego pacjenta) przewiduje się od 12 do 15 spotkań muzykoterapeutycznych, przeprowadzanych zgodnie z dynamiką procesu terapeutycznego.

Pierwsza faza, określana najczęściej jako komunikatywna, odpowiada wczesnemu rozwojowi grupy terapeutycznej. W tej fazie pacjenci powoli adaptują się do nowej sytuacji, otrzymują podstawowe informacje co do uczestnictwa w grupie, a także zaznajamiają się z technikami muzykoterapii, które będą stosowane w dalszej terapii. Niezbędne na tym etapie staje się rozwijanie u pacjentów gotowości zarówno do otwierania

---

22 » Christoph Schwabe, *Leczenie muzyką chorych z nerwicami i zaburzeniami czynnościowymi*. Warszawa 1972, s. 55.

23 » *Ibidem*.

się, jak i wytworzenia w grupie poczucia bezpieczeństwa<sup>24</sup>. Nie mniej istotnym celem w pierwszej fazie jest integracja grupy. W początkowej fazie działania muzykoterapeutyczne polegają na poznawaniu pacjenta, jego sposobu myślenia, kategoryzacji pojęć, oceny własnych doświadczeń, systemu znaczeń i wartości nadawanych przez niego otaczającej rzeczywistości. Stosowane w tej fazie proste techniki receptywne, takie jak wolne skojarzenia do muzyki, muzyczna charakteryzacja postaci, wizualizacja muzyczna, emocjonalne słuchanie muzyki, powinny przyczynić się do osłabienia lęku pacjenta, budowania zaufania do wszystkiego, co dzieje się w grupie, a także do nawiązania przez muzykoterapeutę kontaktu z grupą<sup>25</sup>. Nieodzownym elementem jest wprowadzenie technik aktywnych, takich jak swobodna improwizacja na instrumentach lub głosem, mająca na celu prowokowanie do spontanicznych zachowań. Przykładowe tematy pierwszych spotkań muzykoterapeutycznych to: „nastroje w muzyce”, „kolory w muzyce”, „metaforyczne przedstawianie siebie (pod wpływem muzyki czuję się jak ...)”, „pory roku w muzyce”.

Druga faza terapii, określana jako eksploracyjna, związana jest z dalszymi etapami rozwoju procesu terapeutycznego w grupie. Treścią tej fazy jest ujawnianie emocji, sposobu ich przeżywania, nazywania i konfrontowania. Konieczne jest stosowanie treningów empatycznych, polegających na ćwiczeniu rozumienia niewerbalnych zachowań innych ludzi, co wiąże się z przełamywaniem egocentryzmu, jednej z dominujących postaw w zaburzeniu nerwicowym. Niemniej najistotniejsze na tym etapie wydaje się odkrywanie problematyki pacjenta, dochodzenie do źródła treści konfliktowych, które są przyczyną objawów nerwicowych. Najczęściej stosowane są techniki projekcyjno-wyobrażeniowe, zwane także technikami autonarracji, wykorzystywane zarówno w celach

---

24 » Por. Grażyna Pietkiewicz, *Muzykoterapia w terapii kompleksowej Ośrodka Leczenia Nerwic dla Dorosłych*. „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej we Wrocławiu” nr 73. Wrocław 1998, s. 64–68.

25 » Por. Helena Cesarz, *Wybrane metody i techniki muzykoterapii w pracy z osobami zaburzonymi psychicznie*. W: *Podstawy muzykoterapii*. Red. Krzysztof Stachyra. Lublin 2012, s. 185–202.

terapeutycznych, jak i diagnostycznych<sup>26</sup>. Techniki te opierają się na uruchomieniu u słuchaczy mechanizmu projekcji, czyli rzutowania obrazu „ja” na muzykę. Wyobrażenia, zwykle nie tylko inspirowane fragmentem muzycznym, ale także ukierunkowane tematem proponowanym przez terapeutę, powinny ogniskować się wokół typowej problematyki pacjenta. Przykładowe tematy wyobrażeń to: „mój wróg i przyjaciel”, „mój dom i jego atmosfera”, „ulubiona postać z baśni lub książki”, „moja największa wada i zaleta”, „czym chciałbym być obdarowany”, „miłe wspomnienie”, „wyspa szczęścia”. Projekcja na muzykę własnych odczuć, nieujawnianych emocji, pragnień, potrzeb i motywacji pacjenta pozwala zespołowi terapeutycznemu skutecznie ukierunkować dalszą pracę terapeutyczną. Konieczne staje się także wprowadzanie swobodnych improwizacji na instrumentach perkusyjnych pojedynczych osób lub całej grupy, pozwalających na wyrażenie emocji towarzyszących wyobrażeniom<sup>27</sup>.

Trzecia faza terapii, zwana regulacyjną, związana jest z ostatnim etapem rozwoju grupy terapeutycznej i zachodzącymi w niej procesami separacji, organizacji terapii wokół celów indywidualnych poszczególnych członków oraz wzrastającego poczucia odpowiedzialności za postępy terapii. Etap ten najczęściej zaobserwować można w grupie o charakterze zamkniętym. Z jednej strony ma on znaczenie podsumowujące zarówno dla poszczególnych członków grupy, jak i całego procesu terapeutycznego, z drugiej zaś ułatwia pacjentom przejście przez trudny czas rozpadu grupy oraz pozytywne ukierunkowanie, wskazanie dalszego rozwoju pacjenta w przyszłości – poza grupą. Stąd najbardziej efektywne w tej fazie wydają się elementy metody portretu muzycznego Elżbiety Galińskiej<sup>28</sup>, a także stosowane wcześniej techniki projekcyjno-wyobrażeniowe, skojarzenia do muzyki, improwizacje instrumentalne.

26 » Elżbieta Galińska, Joanna Kozińska, *Wpływ muzyki na symboliczny i diagnostyczny wymiar procesu wyobrażeniowego*. „Muzyka” (2005) nr 4, s. 3–29.

27 » Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk, *Muzykoterapia...*, s. 33–36.

28 » Elżbieta Galińska, *Doświadczenia urazowe i ich terapia metodą „Portretu Muzycznego” (PM)*. „Psychoterapia” (2003) nr 1 (124), s. 19–40; zob. Elżbieta Galińska, *Wpływ metody Portretu Muzycznego na aktualny obraz własnego „ja” u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi*. „Psychoterapia” (1997) nr 3, s. 57–72.

Przykładowe tematy spotkań muzykoterapeutycznych to: „mój portret”, „wycieczka naszej grupy”, „muzyczne powitania i pożegnania”<sup>29</sup>.

Model pojedynczej sesji muzykoterapii grupowej w zaburzeniach nerwicowych obejmuje:

- > utwór wprowadzający o charakterze relaksacyjnym, służący wyrównaniu nastroju grupy (ang. *Musical Group ISO*)<sup>30</sup> oraz zamknięciu wcześniejszych procesów terapeutycznych (np. po odbytej sesji psychoterapii grupowej). Zadaniem tego utworu jest także wytworzenie odpowiedniej atmosfery i integracji grupy, co umożliwi poprowadzenie dalszego procesu terapeutycznego;
- > krótką improwizację na instrumentach perkusyjnych indywidualną bądź grupową, oddającą aktualny nastrój członków grupy, zawierającą niekiedy elementy treningu empatycznego (np. zadanie: „Zagraj muzyczny prezent dla osoby siedzącej po prawej ręce”);
- > zasadniczą część spotkania z wykorzystaniem technik projekcyjno-wyobrażeniowych (ang. *Projective Music Listening*) lub wolnych skojarzeń do muzyki (ang. *Music Association*);
- > przepracowanie problematyki terapeutycznej powstałej w wyobrażeniach pacjentów/klientów za pomocą: rozmowy terapeutycznej (ang. *Therapeutic Conversation*), prostych technik improwizacji instrumentalnych (ang. *Affect-Focused and Emphatic Improvisation*), dialogów instrumentalnych (ang. *Interactive Dialogue*), elementów psychodramy muzycznej (ang. *Musical Psychodrama*) oraz malarstwa dźwiękowego;
- > utwór muzyczny na zakończenie – w zależności od potrzeb terapeutycznych o charakterze relaksacyjnym lub aktywizującym (ang. *Affective Listening, Music Facilitated Relaxation*)<sup>31</sup>.

29 » Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk, *Muzykoterapia zaburzeń nerwicowych*. W: *Podstawy...*, s. 203–212.

30 » *Music Therapy Perspectives*. Red. Cheryl Dileo Maranto. Pennsylvania 1993, s. 684–706. Wymienione poniżej w artykule techniki muzykoterapii podane są zgodnie z nazewnictwem zaproponowanym przez Cheryl Dileo Maranto.

31 » Por. Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk, *Programming music for therapy in neurotic disorders*. W: *Art in Education and Therapy*. Red. Mirosława Furmanowska. Wrocław 2014, s. 126–127.

## Programowanie muzyki w terapii zaburzeń nerwicowych – badania i stosowane w praktyce klinicznej metody tradycyjnej analizy dzieła muzycznego

Wiele badań z zakresu odbioru muzyki, przedstawianych w literaturze światowej, dotyczy najczęściej osób doświadczających różnego rodzaju zaburzeń psychicznych<sup>32</sup>. W takim ujęciu na uwagę zasługują prace polskich muzykoterapeutów, odnoszące zagadnienia odbioru muzyki do osób objętych oddziaływaniami muzykoterapeutycznymi w procesie leczenia zaburzeń nerwicowych. Pierwszym całościowym ujęciem problematyki zróżnicowania odbioru muzyki u osób zdrowych i z zaburzeniem nerwicowym są prace Elżbiety Galińskiej. Autorka na próbie 150 uczestników zajęć muzykoterapeutycznych w ośrodkach leczniczych przeprowadziła analizę preferencji muzycznych pacjentów, a także ich reakcji na konkretne utwory Fryderyka Chopina<sup>33</sup>. Późniejsze prace autorki<sup>34</sup> dotyczyły analizy emocjonalnego, semantycznego, estetycznego odbioru wybranych utworów w grupie pacjentów Kliniki Nerwic Instytutu Psychoneurologicznego w Warszawie (m.in. Wolfgang Amadeusz Mozart – *Koncert fortepianowy c-moll KV 491, cz. II*; Krzysztof Penderecki – *De natura sonaris II*; Siergiej Rachmaninow – *II Koncert fortepianowy c-moll, cz. I*; Wolfgang Amadeusz Mozart – *Uwertura do „Wesela Figara”*).

32 » Michael J. Silverman, *The Influence of Music on the Symptomes of Psychosis: A Meta-Analysis*. „The Journal of Music Therapy” (2003) No. 44, s. 388–414; Michael J. Silverman, *The Use of Lyric Analysis Interventions in Conteporary Psychiatric Music Therapy: Descriptive Results of Songs and Objectives for Clinical Practise*. „Music Therapy Perspectives” (2009) No. 27, s. 55–61.

33 » Elżbieta Galińska, *Zastosowanie muzyki Chopina w terapii nerwic*. „Rocznik Chopinowski” (1975) nr IX, s. 80–120; zob. także Elżbieta Galińska, *Myślenie muzyczne w procesie muzykoterapii nerwic i psychoz – projekt badań*. W: *Psychologia muzyki – problemy, zadania, perspektywy*. Red. Maria Manturzevska. Warszawa 1991, s. 171–191.

34 » Elżbieta Galińska, *Profil przeżycia muzycznego u pacjentów kliniki nerwic i u osób zdrowych*. W: *Empiria w badaniach muzyki*. „Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej im. F. Chopina w Warszawie” nr 14. Warszawa 1986, s. 46–54.



Także autorka niniejszego artykułu podjęła badania dotyczące odbioru utworu Johanna Sebastiana Bacha (II części *Koncertu na dwoje skrzypiec d-moll*) w celu porównania rodzaju i intensywności przeżyć muzycznych osób zdrowych i z zaburzeniami nerwicowymi oraz ich subiektywnej oceny nastrojów<sup>35</sup>. Z badań tych wynikają wyraźne różnice w zakresie oceny emocjonalnej dzieła, które mogą być związane z przeżywaniem emocji przez osoby z zaburzeniem nerwicowym, takim jak nadmierne zaangażowanie emocjonalne i obniżony nastrój<sup>36</sup>.

Odbiór muzyki przez osoby z zaburzeniem nerwicowym charakteryzuje się dążeniem do subiektywizacji w kierunku lękowo-depresyjnym, a w zakresie semantycznym do prezentowania skojarzeń o charakterze egocentrycznym i konkretnym<sup>37</sup>. Prace te zawierają także konkretne wskazówki terapeutyczne co do wykorzystania w poszczególnych technikach muzykoterapii wybranych utworów czy stylów muzycznych. Na uwagę zasługują również badania muzykoterapeutki młodszego pokolenia Barbary Pełech, dotyczące odbioru muzyki relaksacyjnej przez pacjentów przebywających na oddziałach leczenia nerwic oraz osoby zdrowe (badany utwór: *Farewell* Johna Doana)<sup>38</sup>.

Programowanie muzyki do terapii z jednej strony opiera się na poszukiwaniu i konstruowaniu nowych obiektywnych metod oceny przydatności utworów muzycznych do terapii, z drugiej zaś praktyka terapeutyczna skłania muzykoterapeutów do sięgania po tradycyjne metody analizowania dzieła muzycznego<sup>39</sup>. Interesujące w aspekcie praktycznym są metody wypracowane przez teorię muzyki, a zwłaszcza analiza elementów dzieła muzycznego. Na potrzebę stosowania przy doborze muzyki analizy takich elementów, jak melodyka, rytmika, harmonika,

---

35 » Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk, *Programming...*, s. 117–130.

36 » *Ibidem*, s. 125.

37 » Elżbieta Galińska, *Profil przeżycia...*, s. 52.

38 » Barbara Pełech, *Oddziaływanie muzyki relaksacyjnej na wybrane komponenty lęku u osób z zaburzeniem nerwicowym i u osób zdrowych*. Praca magisterska [wydruk komputerowy]. Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Wrocław 2008.

39 » Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk, *Programming...*, s. 117.

rytmometryka, agogika, kolorystyka, zwracał uwagę twórca koncepcji programowania muzyki terapeutycznej Tadeusz Natanson<sup>40</sup>. Współcześni badacze w zakresie muzykoterapii, podejmujący temat tzw. mikroanalizy muzycznej, także dostrzegają potrzebę analizy poszczególnych elementów dzieła muzycznego. Należą do nich zwłaszcza Denise Grocke<sup>41</sup> wraz z Tonym Wigramem, którzy podają praktykującym muzykoterapeutom wiele istotnych zaleceń w zakresie doboru muzyki do poszczególnych technik muzykoterapii. Dotyczą one m.in. doboru muzyki do technik relaksacyjnych i wyobraźniowych, które mają znaczące zastosowanie w terapii zaburzeń nerwicowych<sup>42</sup>. Podobnie Frances Goldberg i Louise Dimiceli-Mitran<sup>43</sup>, zajmujące się w terapii technikami wyobraźniowymi, używają dwóch pojęć na określenie rodzaju muzyki sprzyjającej bądź niesprzyjającej aktywizacji wyobrażeń: wąskie i szerokie ramy (ang. *small container* i *big container*). Pierwszy rodzaj muzyki odnosi się do muzyki relaksacyjnej, tworzącej tło działań terapeutycznych, ułatwiającej skupienie się, lecz równocześnie dającej niewielką przestrzeń dla powstawania wyobrażeń. Drugi rodzaj muzyki stymuluje procesy wyobraźniowe poprzez użycie znacznie bardziej zróżnicowanej faktury, wprowadzanie większych zmian dynamicznych i tempa.

Wiedzę o oddziaływaniu poszczególnych elementów dzieła muzycznego na różne sfery: psychologiczną czy fizjologiczną, pogłębiają również badania psychologów i fizjologów muzyki, w tym prace Carol L. Krumhansl<sup>44</sup>. Wspomagające muzykoterapeutów wnioski co do

40 » Tadeusz Natanson, *op. cit.*, s. 183–190.

41 » Denise Grocke, *A Structural Model of Music Analysis*. W: *Microanalyses in Music Therapy. Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students*. Red. Thomas Wosch, Tony Wigram. London 2007, s. 149–161.

42 » Denise Grocke, Tony Wigram, *Receptive Methods in Music Therapy. Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London–Philadelphia 2007, s. 45–47.

43 » Za: *Podstawy...*, s. 125, 126.

44 » Carol L. Krumhansl, *An Exploratory Study of Musical Emotions and Psychophysiology*. „Canadian Journal of Experimental Psychology” (1997) nr 51 (4), s. 336–353; *idem*, *Music Psychology: Tonal Structures in Perception and Memory*, „Annual Review of Psychology” (1991) No. 42, s. 277–303.

oddziaływania muzyki na sferę emocjonalną podaje także w polskich publikacjach Agata Kudlik<sup>45</sup>, odwołując się do światowych badań Johna A. Slobody i Patrica N. Juslina<sup>46</sup>.

Wiele prac poświęconych jest również znaczeniu formy dla dobru odpowiedniej muzyki do terapii. Tadeusz Natanson podejmuje temat przydatności w muzykoterapii poszczególnych form polifonicznych i homofonicznych, szczególnie cyklu sonatowego<sup>47</sup>. Przedstawione przez autora rozważania na temat przebiegu energetycznego allegro sonatowego, adekwatnego do sposobu przeżywania przez słuchacza procesu emocjonalnego w terapii, znajdują odniesienie także we współczesnych badaniach<sup>48</sup>. Znaczeniem struktur i form muzycznych w doborze muzyki do terapii zajmuje się także Elżbieta Galińska<sup>49</sup>. Dobór odpowiednich form ma duże znaczenie dla uzyskania właściwych terapeutycznie celów w muzykoterapii zaburzeń nerwicowych, takich jak aktywizacja emocjonalna, pobudzanie procesów wyobraźniowych czy uzyskanie stanu relaksacji.

## Przykładowy dobór materiału muzycznego w cyklu muzykoterapii zaburzeń nerwicowych

Poniżej przedstawione zostały wybrane tematy zajęć z cyklu terapeutycznego z doborem odpowiedniego materiału muzycznego. Zajęcia te – przeprowadzone na dziennym oddziale leczenia nerwic w grupie

45 » Agata Kudlik, *Czy muzyka jest stenografią uczuć?* W: *Muzyka i my. O różnych przejawach wpływu muzyki na człowieka*. Red. Ewa Czerniawska. Warszawa 2012, s. 57–68.

46 » *Handbook of Music and Emotion – Theory, Research, Applications*. Red. Patric N. Juslin, John A. Sloboda. Oxford 2011.

47 » Tadeusz Natanson, *op. cit.*, 152–183.

48 » Tony Wigram, *Improvisation – Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London–Philadelphia 2004, s. 204.

49 » Elżbieta Galińska, *Rola struktur muzycznych w psychoterapii*, „Muzyka” (2008) nr 3 (210), s. 45–74.

otwartej – odbywały się raz w tygodniu jako element leczenia kompleksowego, czyli współistniały z innymi oddziaływaniami, przede wszystkim psychoterapeutycznymi. Proces terapeutyczny każdego pacjenta trwał 12 tygodni, zgodnie z kontraktem zawierającym z zespołem terapeutycznym oddziału. Udział w zajęciach z muzykoterapii był dobrowolny, zatem uczestniczyło w nich każdego tygodnia od 2 do 8 pacjentów, a także dwoje studentów specjalności muzykoterapia, odbywających praktyki. Prowadzącą zajęcia była autorka niniejszego artykułu. Ze względu na otwarty charakter grupy większość zajęć pod względem celów terapeutycznych zakwalifikować można do pierwszej i drugiej fazy procesu muzykoterapii zaburzeń nerwicowych. Zajęcia uporządkowano według faz terapeutycznych, przedstawiając ich tematykę, cel, dobór muzyki oraz odczucia, wyobrażenia i refleksję pacjentów.

### **Faza I. Temat 1: „Ja w sytuacji wiosennej”.**

Cele terapeutyczne: uruchomienie skojarzeń i wyobrażeń do muzyki, nabycie umiejętności nazywania przeżywanych nastrojów i emocji, interpretowanie własnych odczuć.

Utwory muzyczne:

- > Utwór 1: Marek Biliński – *Pachnące geranium* z płyty *Refleksje*.
- > Utwór 2: Marek i Wacek – *Parafraza na temat Walca As-dur*.
- > Utwór 3: Zamfir – *Wild Theme*.

Reakcje pacjentów:

- > Utwór 1: „to wiosna w bańce mydlanej”, „to wiosna, która rodzi się we mnie, nie może się rozwinąć, czasem ginie, chwieje się”, „to początki wiosny, łąka z leciutkim deszczem, motyl wykluwający się z larwy, tak jak ja jestem w chwili przemiany i towarzyszy mi nadzieja na przyszłość”.
- > Utwór 2: „wolność i swoboda”, „wiosna aktywna, radosna, pełna jazdy na rowerze na tle przyrody”, „piękna, barwna łąka, kobieta płaśała, biegała, robiła wianki”.
- > Utwór 3: „wspomnienie, tęsknota za wiosną, dojrzała osoba wspominająca swoją dziecięcość, refleksja”, „stabilizacja, popołudniowy niedzielny spacer z rodziną”.

**Faza I. Temat 4: „Metaforyczne przedstawianie siebie”.**

Cele terapeutyczne: stworzenie metaforycznych obrazów siebie, uzyskanie wglądu we własne nastroje, emocje i cechy osobowości, uświadomienie, jak postrzegamy samych siebie i jak postrzegają nas inni.

Utwory muzyczne:

- > Utwór 1: Oscar Straus – *Rondo miłości*.
- > Utwór 2: Charlie Chaplin – *Bitter Tango* z filmu *Pan Verdoux*.
- > Utwór 3: Marek i Wacek – *Pieśń wiosenna*, aranżacja utworu Felixa Mendelssohna-Bartholdy’ego.

Reakcje pacjentów:

- > Utwór 1: „pod wpływem muzyki czuję się jak łyżwiarka, która tańczy całe swoje życie”, „czuję się jak kulig z XIX wieku, bardzo przyjemny”.
- > Utwór 2: „widzę mężczyznę gdzieś w Portugalii, wojsko gotowe do walki, ale wrogowie nagle znikają”, „czuję się jak tańcząca kobieta, traktowana w tangu przez mężczyznę sarkastycznie, a na koniec odrzucona”.
- > Utwór 3: „czuję się jak fotoplastikon, w którym kręcą się w kółko obrazki z biegającymi, zwariowanymi ludźmi”, „czuję się jakby mi brakło tchu”.

**Faza II. Temat 7: „Mój wróg i przyjaciel”.**

Cele terapeutyczne: uzyskanie wglądu w zakresie poznania swoich mocnych i słabych stron, uruchomienie projekcji i wyobraźni, ujawnianie skrywanych uczuć i emocji.

Utwory muzyczne:

- > Utwór 1: Richard Clayderman – *Koncert fortepianowy b-moll*, aranżacja na fortepian z orkiestrą utworu Piotra Czajkowskiego.
- > Utwór 2: Zamfir – *Elvira Madigan*, aranżacja na fletnię Pana utworu Wolfganga Amadeusza Mozarta.

Reakcje pacjentów:

- > Utwór 1: „mój wróg to bezradność, brak siły, niemoc”, „brak miłości, akceptacji”, „lęk, choroba, nerwica”, „niedowartościowanie, a także to, że mąż trzyma ze swoją mamą, a nie ze mną”.

- > Utwór 2: „mój przyjaciel to ciepło płynące od innych i od siebie, to moja dobra cecha”, „słońce, muzyka i taniec, a także grupa przyjaciół, siostra, mama”, „bliskość znanej osoby”, „miłość okazywana innym, która wraca do nas”, „otwartość na innych ludzi i dobry kontakt z innymi”.

### **Faza II. Temat 8: „Ulubiona postać z książki lub z baśni”.**

Cele terapeutyczne: odkrywanie problematyki konfliktowej, uruchamianie procesów projekcyjno-wyobrażeniowych, wgląd w siebie.

Utwór muzyczny: Nikołaj Rimski-Korsakow – *Suita symfoniczna Szeherazada* op. 35, część III, *Młody księżę i młoda księżniczka*.

Reakcje pacjentów: „to historia Kopciuszka, urwana bez szczęśliwego zakończenia, odpowiada jej bycie domową kobietą, obowiązki domowe, nie chce być kobietą sukcesu ani feministką”, „Rawik z Łuku Triumfalnego, który pomimo wielu przeżyć potrafi czynić dobro”, „Tatiana z powieści *Jeździec miedziany*, która potrafi dawać miłość, jest wytrwała i ma chęć życia, choć wszyscy bliscy umarli”, „uparty Pinokio – naiwny, ale marzyciel”, „Ania z Zielonego Wzgórza, bo ja też nadaję się na bratnią duszę i interesuję się rzeczami humanistycznymi, a nie sportem”, „chłodna Królowa Śniegu, której zimna nie akceptuję”, „Gertruda, która jest wrażliwa i kobieco odpowiedzialna”, „Piotruś Pan”.

### **Faza II. Temat 9: „Atmosfera domowa”.**

Cele terapeutyczne: uświadomienie odgrywanych ról oraz relacji w rodzinie, odkrycie stłumionych potrzeb i emocji, praca nad sobą, integracja grupy.

Utwory muzyczne:

- > Utwór 1: Marek i Wacek – *Pieśń wiosenna*, aranżacja utworu Felixa Mendelssohna-Bartholdy’ego.
- > Utwór 2: Modest Musorgski – *Obrazki z wystawy*, część *Samuel Goldenberg i Schmul*.
- > Utwór 3: Zamfir – *I dream a dream*.

Reakcje pacjentów:

- > Utwór 1: „utwór skojarzył mi się z domową krzątanicą, w tym domu mogłyby być małe sprzeczki, ale byłyby rozwiązywane,

w wyobrażonym domu wszyscy mają swoje role: panowie noszą stoły, a panie zajmują się sprawami kulinarnymi”, „to obraz przywołany z dzieciństwa, mama robi pierogi, a tato siedzi na podwórku, a ja jeżdżę na rowerku”, „to atmosfera domowego spokoju, gdzie mogą zdarzyć się małe nieporozumienia, ale można je rozwiązać”.

- > Utwór 2: „wyobraziłem sobie dominanta w rodzinie, przypomina mi to moją dominującą siostrę z mocną osobowością”, „pod wpływem muzyki wyobraziłam sobie sceny z własnego dzieciństwa, były to głównie powroty pijanego taty do domu, krzycząca na niego mama, ja w tej sytuacji czułam strach i niepewność”, „odczułam burzliwą atmosferę pełną smutku i kłótni”.
- > Utwór 3: „wyobraziłem sobie dom, do którego wraca się po długiej podróży i robi to z radością, wracając już myśli się, co dzieje się w domu i cieszy się, że ktoś na mnie czeka”, „to wspólne oczekiwanie na wyjazd, urlop”, „to także wspólne oczekiwanie na dziecko”.

### **Faza III. Temat 11: „Wycieczka naszej grupy”.**

Cele terapeutyczne: integracja członków grupy, poznanie relacji w grupie, wgląd w siebie.

Utwór muzyczny: Sergiusz Prokofiew – *Symfonia klasyczna* część II, *Scherzo*.

Reakcje pacjentów: „zobaczyłam wycieczkę nad morze, gdzie cała grupa grała w siatkówkę, miła atmosfera”, „wycieczka w góry, w której brały udział także inne osoby, a terapeuta podgrywał na gitarze”, „intensywna wycieczka rowerowa nad morze, jedna z pacjentek nie zgadza się wejść do morza, inna ją przekonuje”, „babskie spotkanie w domu, na którym zostają poruszone trudne tematy, ale w miłej atmosferze”, „łąka pełna kwiatów, na której z inną pacjentką wiązę wianki z polnych kwiatów”.

### **Faza III. Temat 12: „Pożegnania i powitania”.**

Cele terapeutyczne: przezwyciężenie nastrojów towarzyszących procesowi rozpadu grupy, uświadomienie emocji towarzyszących powitanom i pożegnaniom, wgląd w siebie.

Utwory muzyczne:

- > Utwór 1: Charlie Chaplin – *Eternally*, muzyka z filmu *Światła rampy*.
- > Utwór 2: Antonio Vivaldi – *Koncert C-dur na obój* op. 8, nr 12, część I, *Allegro*.

Reakcje pacjentów:

- > Utwór 1: „pożegnanie zakochanej pary”, „wyobraziłem sobie scenę z filmu jak z XIX wieku”, „pożegnanie partnerki, jednak z nadzieją powrotu”.
- > Utwór 2: „przyjazd rodziny z dziećmi do naszego domu, gdzie nocowali, była to dla mnie atrakcyjna, radosna sytuacja”, „to powitanie z ciekawością, nerwowością, z rywalizacją”.

## Podsumowanie

Muzyka wykorzystana w procesie terapeutycznym grupy z problematyką zaburzenia nerwicowego spełniła swoje zadanie w zakresie oddziaływania emocjonalnego i wyobrażeniowo-projekcyjnego. Potwierdzają to wypowiedzi pacjentów, którzy dzielili się swoimi silnie emocjonalnymi spostrzeżeniami i wyobrażeniami. Pacjenci odnosili muzykę do:

1. swojej obecnej sytuacji „bycia na terapii”: „to ja w chwili przemiany”, „podarowałbym ten utwór sobie”;
2. własnych codziennych przeżyć i doświadczeń: „jazda na rowerze na tle przyrody”, „luźna rozmowa z mężem przy lampce szampana”;
3. własnych nastrojów i aktualnie przeżywanych emocji: „spokój, w którym chce ktoś przeszkodzić”, „rozdrażnienie, bieg bez celu”;
4. relacji z bliskimi osobami: „spacer z rodziną”, „podarowałbym ten utwór córce”, „przypomina mi to moją dominującą siostrę”;
5. doświadczeń z dzieciństwa: „dojrzała osoba wspomina swoją dziecięcość”, „rozmowa między dzieckiem a rodzicem”, „to obraz przywołany z dzieciństwa”;



6. obecnych potrzeb terapeutycznych: „zaczerpnąłbym dla siebie siłę słonia”, „zabrałabym wszystkich do knajpki, gdzie moglibyśmy się rozluźnić”;
7. skrywanych, nieujawnianych potrzeb: „czuję się jak łyżwiarka, która tańczy całe życie”, „brak miłości, akceptacji”;
8. problematyki zaburzenia nerwicowego: „mój wróg to lęk”, „to postać Tatiany, która potrafi dawać miłość i ma chęć życia, choć wszyscy jej pomarli”;
9. odkrywanych pozytywnie wzmacniających zasobów: „ciepło płynące ode mnie to moja dobra cecha”, „mój przyjaciel to słońce, muzyka i taniec, a także grupa przyjaciół, siostra, mama”, „miłość okazywana innym, która wraca do nas”.

Muzyka zastosowana w terapii zaburzeń nerwicowych powinna odnosić się także do fazy procesu terapeutycznego. W pierwszej fazie, w której pacjent zapoznaje się z technikami muzykoterapii, integruje z członkami grupy terapeutycznej oraz zaspokaja potrzebę bezpieczeństwa i akceptacji, skuteczna okazuje się muzyka łatwa w percepcji i zgodna z preferencjami uczestnika spotkania. Na tym etapie do wykorzystania z zakresu podstawowych technik muzykoterapeutycznych przydatne bywają aranżacje muzyki tzw. poważnej czy popularna muzyka elektroniczna. Nie mniej istotne jest dobieranie muzyki zróżnicowanej emocjonalnie, wyrazowo, co pozwala pacjentom na szeroką gamę odczuć i skojarzeń, uwzględniających także nastroje ambiwalentne, z którymi szczególnie silnie utożsamiają się osoby z zaburzeniem nerwicowym. W drugiej fazie procesu terapeutycznego, zgodnie z zamierzonymi celami, muzyka powinna służyć aktywizowaniu emocji i procesów projekcyjno-wyobrażeniowych. Na tym etapie oddziaływań przydatna okazuje się tzw. muzyka klasyczna, a także filmowa, której struktura i forma odpowiadać będą zróżnicowaniu i długości trwania wyobrażeń pacjentów. Podczas procesu terapeutycznego klienci zapoznawani są z różnorodną muzyką, o różnych stylistykach i składach wykonawczych. Jest to dodatkowy walor terapeutyczny, związany z edukacją muzyczną. Jeden z pacjentów zapytany, co dał mu 12-tygodniowy proces terapeutyczny z zakresu muzykoterapii, odpowiedział, że zaczął

słuchać radia RMF Classic. Świadczy to zatem o tym, że dobór muzyki wpływa także na osiągnięcie celu terapeutycznego, jakim jest rozwijanie wrażliwości estetycznej i otwarcie się na słuchanie muzyki, nieobecnej dotychczas w preferencjach muzycznych pacjenta<sup>50</sup>.

Analiza doboru utworów i reakcji pacjentów w zaprezentowanym powyżej cyklu terapeutycznym potwierdziła badania dotyczące odbioru nastroju muzyki, w których wykazano zgodność jej percepcji ze stanem psychofizycznym pacjenta<sup>51</sup>. W wypadku niniejszej analizy dotyczy to dwóch utworów muzycznych: Christopa Willibalda Glucka – *Melodia* z opery *Orfeusz i Eurydyka*, odebranego przez część grupy jako spokojno-żałobny, oraz Jimmy’ego McHugha – *On the Sunny Side of the Street*, przyrównanego do litanii. Zatem obniżony nastrój u pacjentów z zaburzeniem nerwicowym oddziałuje na percepcję utworu, co należałoby uwzględnić przy doborze muzyki do terapii.

Dobór muzyki – warunkowany nie tylko potrzebami czy preferencjami klienta oraz celami terapeutycznymi, ale także dynamiką grupy i fazą terapii – pozwoli na efektywne zaplanowanie procesu terapeutycznego w muzykoterapii zaburzeń nerwicowych.

## Bibliografia

- 14<sup>th</sup> *World Congress of Music Therapy, Programme*. Krems 2014.
- Aleksandrowicz Jerzy, *Zaburzenia nerwicowe*. Warszawa 1998.
- Cesarz Helena, *Psychoterapeutyczna wartość referencjalnego znaczenia muzyki*. „Muzykoterapia Polska” (2003) nr 3/4 (7/8), s. 7–12.
- Cesarz Helena, *Wybrane metody i techniki muzykoterapii w pracy z osobami zaburzonymi psychicznie*. W: *Podstawy muzykoterapii*. Red. Krzysztof Stachyra. Lublin 2012, s. 185–202.
- Choi Ae-na, Lee Myeong Soo, Lim Hyun-ja, *Effects of Group Music Intervention on Depression, Anxiety and Relationships in Psychiatric Patients: A Pilot Study*.

50 » Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk, *Muzykoterapia na oddziale...*, s. 36.

51 » Por. Klaudia Kukiełczyńska-Krawczyk, *Programming...*, s. 125.

- „The Journal of Alternative and Complementary Medicine” Vol. 14 (2008) No. 5, s. 567–570.
- Domańska-Pękala Alicja, *Karen Horney. Filozoficzne podstawy koncepcji nerwicy*. Warszawa 2004.
- Galińska Elżbieta, *Doświadczenia urazowe i ich terapia metodą „Portretu Muzycznego” (PM)*. „Psychoterapia” (2003) nr 1 (124), s. 19–40.
- Galińska Elżbieta, *Inne techniki psychoterapii. Muzykoterapia*. W: *Psychoterapia. Teoria*. Red. Lidia Grzesiuk. Warszawa 2005, s. 531–542.
- Galińska Elżbieta, *Muzyka w terapii. Psychologiczne i fizjologiczne mechanizmy jej działania*. W: *Człowiek – muzyka – psychologia*. Red. Wojciech Jankowski, Barbara Kamińska, Andrzej Miśkiewicz. Warszawa 2000, s. 473–485.
- Galińska Elżbieta, *Myślenie muzyczne w procesie muzykoterapii nerwic i psychoz – projekt badań*. W: *Psychologia muzyki – problemy, zadania, perspektywy*. Red. Maria Manturzevska. Warszawa 1991, s. 171–191.
- Galińska Elżbieta, *Profil przeżycia muzycznego u pacjentów kliniki nerwic i u osób zdrowych*. W: *Empiria w badaniach muzyki*. „Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej im. F. Chopina w Warszawie” nr 14. Warszawa 1986, s. 46–54.
- Galińska Elżbieta, *Rola struktur muzycznych w psychoterapii*, „Muzyka” (2008) nr 3 (210), s. 45–74.
- Galińska Elżbieta, *Wpływ metody Portretu Muzycznego na aktualny obraz własnego „ja” u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi*. „Psychoterapia” (1997) nr 3, s. 57–72.
- Galińska Elżbieta, *Zastosowanie muzyki Chopina w terapii nerwic*. „Rocznik Chopinowski” (1975) nr IX, s. 80–120.
- Galińska Elżbieta, Kozińska Joanna, *Wpływ muzyki na symboliczny i diagnostyczny wymiar procesu wyobraźniowego*. „Muzyka” (2005) nr 4, s. 3–29.
- Grocke Denise, *A Structural Model of Music Analysis*. W: *Microanalyses in Music Therapy. Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students*. Red. Thomas Wosch, Tony Wigram, London 2007, s. 149–161.
- Grocke Denise, Wigram Tony, *Receptive Methods in Music Therapy. Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. Jessica Kingley Publishers, London – Philadelphia 2007, s. 45–47.
- Handbook of Music and Emotion – Theory, Research, Applications*. Red. Patric N. Juslin, John A. Sloboda, Oxford 2011.
- Horney Karen, *Neurotyczna osobowość naszych czasów*. Poznań 1993.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków–Warszawa 1998.
- Krumhansl Carol L., *An Exploratory Study of Musical Emotions and Psychophysiology*. „Canadian Journal of Experimental Psychology” (1997) No. 51 (4), s. 336–353.

- Krumhansl Carol L., *Music Psychology: Tonal Structures in Perception and Memory*. „Annual Review of Psychology” (1991) No. 42, s. 277–303.
- Kudlik Agata, *Czy muzyka jest stenografią uczuć?* W: *Muzyka i my. O różnych przejawach wpływu muzyki na człowieka*. Red. Ewa Czerniawska. Warszawa 2012, s. 57–68.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, *Metoda kwalitometryczna Tadeusza Natansona w badaniach muzykoterapeutycznych*. W: *Tadeusz Natanson. Kompozytor, uczyony, pedagog*. Red. Anna Granat-Janki i zespół. Seria „Muzycy Wrocławscy”. Wrocław 2010, s. 158–159.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, *Muzykoterapia na oddziale leczenia nerwic*. „Muzykoterapia Polska” (2003) nr 1 (5), s. 33–36.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, *Programming Music for Therapy in Neurotic Disorders*. W: *Art in Education and Therapy*. Red. Mirosława Furmanowska. Wrocław 2014, s. 126–127.
- Kukiełczyńska-Krawczyk Klaudia, *Programowanie muzyki do terapii – 20 lat po wydaniu książki Tadeusza Natansona*. W: *Muzykoterapia – stałość i zmiana*. Red. Paweł Cylulko, Joanna Gładyszewska-Cylulko. Seria „Wrocławska Muzykoterapia”, t. 1. Wrocław 2014, s. 115–144.
- Maranto Cheryl Dileo, *Music Therapy Perspectives*. Pennsylvania 1993, s. 684–706.
- Mayer Karin, *Aktive Musiktherapie kombiniert mit rezeptiver Musiktherapie in der Erwachsenenpsychotherapie*. „Musiktherapeutische Umschau” (2002) No. 23 (1), s. 46–56.
- Natanson Tadeusz, *Programowanie muzyki terapeutycznej*. „Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu” nr 53. Wrocław 1992.
- Pełech Barbara, *Oddziaływanie muzyki relaksacyjnej na wybrane komponenty lęku u osób z zaburzeniem nerwicowym i u osób zdrowych*. Praca magisterska [wydruk komputerowy]. Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Wrocław 2008.
- Pietkiewicz Grażyna, *Muzykoterapia w terapii kompleksowej Ośrodka Leczenia Nerwic dla Dorosłych*. „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej we Wrocławiu” nr 73. Wrocław 1998, s. 64–68.
- Schneck Daniel J., Berger Dorita S., *The Music Effect. Music Physiology and Clinical Applications*. London–Philadelphia 2010.
- Schwabe Christoph, *Leczenie muzyką chorych z nerwicami i zaburzeniami czynnościowymi*. Warszawa 1972.
- Silverman Michael J., Marcionetti Michael J., *Immediate Effects of a Single Music Therapy Intervention on Persons Who Are Severely Mentally Ill*. „Arts in Psychotherapy” (2004) No. 31, s. 291–301.
- Silverman Michael J., *Psychiatric Patients’ Perception of Music Therapy and Other Psychoeducational Programming*. „Journal of Music Therapy” (2006) nr XLIII (2), s. 111–122.

- Silverman Michael J., *The Influence of Music on the Symptomes of Psychosis: A Meta-Analysis*. „The Journal of Music Therapy” (2003) No. 44, s. 388–414.
- Silverman Michael J., *The Use of Lyric Analysis Interventions in Conteporary Psychiatric Music Therapy: Descriptive Results of Songs and Objectives for Clinical Practise*. „Music Therapy Perspectives” (2009) No. 27, s. 55–61.
- Thaut Michael H., *The Influence of Music Therapy Interventions of Self-Rated Changes in Relaxation, Affect and Thought in Psychiatric Prisoner-Patients*. „Journal of Music Therapy” (1989) No. XXVI (2), s. 115–166.
- Wigram Tony, *Improvisation – Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London–Philadelphia 2004.

---

**KLAUDIA KUKIEŁCZYŃSKA-KRAWCZYK** jest muzykoterapeutą, kompozytorem, wykładowcą Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu. Zagadnienia muzykoterapii prezentowała na wielu krajowych i międzynarodowych konferencjach naukowych, Dolnośląskim Festiwalu Nauki, w ArtEZ Conservatory w Holandii oraz na uniwersytetach III wieku. Specjalizuje się w muzykoterapii zaburzeń nerwicowych, programowaniu muzyki do terapii oraz historii muzykoterapii. Jest współorganizatorką cyklicznych konferencji naukowych organizowanych pod nazwą „Forum Muzykoterapeutów”.

---

# TECHNIKA SPONTANICZNEGO TEATRU MUZYKALNEGO (STM) W KSZTAŁCENIU MUZYKOTERAPEUTÓW

Iwona Polak » Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

» **Streszczenie:** Spontaniczny Teatr Muzykalny (STM) jako autorska technika muzykoterapeutyczna stosowany jest zarówno w pracy z pacjentami, jak i w procesie kształcenia muzykoterapeutów. Autorka przytacza genezę koncepcji, jej założenia oraz sposób wykorzystania w edukacji przyszłych muzykoterapeutów w ramach studiów we wrocławskiej Akademii Muzycznej.

**Słowa kluczowe:** improwizacje głosowo-ruchowe, kształcenie muzykoterapeutów, Spontaniczny Teatr Muzykalny (STM), techniki parateatralne «

Jako absolwentka pierwszych polskich studiów z zakresu muzykoterapii (dyplom nr 1 dwuletniego Podyplomowego Studium Muzykoterapii wydany w 1975 roku) sięgam pamięcią do początków naszej nauki i działań terapeutycznych. W 1973 roku, na pierwszym roku, było nas trzynaścioro – w większości studentów Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej (PWSM) we Wrocławiu z różnych wydziałów<sup>1</sup>, wszyscy jednak zainteresowaliśmy

---

1 » Na początku nie zdecydowano ostatecznie, czy studia będą miały charakter 2-letnich studiów magisterskich czy podyplomowych (czy też pomaturalnych).

się nowym kierunkiem studiów. Nasza edukacja obejmowała: literaturę muzyczną (ukierunkowaną na potrzeby muzykoterapii), anatomię z fizjologią, psychoterapię, rytmikę, improwizację z harmonizacją, flet prosty, instrument szkolny – perkusję, psychologię, psychiatrię, psychoterapię, internę, postępowanie rehabilitacyjne w przebiegu różnych schorzeń, choreoterapię oraz terapię muzyką. Ćwiczenia praktyczne z muzykoterapii odbywaliśmy w różnych szpitalach. Początkowo polegały one głównie na słuchaniu z pacjentami muzyki relaksacyjnej.

Zanim jednak rozpoczęłam swoją edukację w tym zakresie, skorzystałam z propozycji prof. dr. Tadeusza Natansona, aby uczestniczyć w pierwszych próbach stosowania muzykoterapii w grupie studentów inwalidów w trakcie wrzeźniowego obozu rehabilitacyjnego. Jadwiga Witka (muzyk, redaktor Polskiego Radia we Wrocławiu) testowała tam przygotowane wcześniej przez prof. Tadeusza Natansona i dr. Andrzeja Janickiego zestawy muzyki relaksacyjnej nagrane przez polską firmę fonograficzną VIFON na taśmach magnetofonowych. Oprócz muzycznego relaksu (między zajęciami, w porze poobiedniej) sporadycznie odbywały się też zajęcia ze śpiewoterapii i choreoterapii (którą prowadziła dr Anna Drozdowska z Krakowa – robiąca wówczas furorę swoimi tanecznymi układami przystosowanymi dla niepełnosprawnych). Dodatkowo spontanicznie z uczestnikami organizowaliśmy wieczory poezji, do których doбираłam tło muzyczne. W miarę zdobywania doświadczeń podczas kolejnych obozów rozszerzałam swoje działania muzykoterapeutyczne. Rozpoczynając w 1975 roku pracę jako asystentka prof. Natansona, zainteresowana problematyką psychodramy, za radą dr. Henryka Szydlika – naszego wykładowcy psychoterapii, postanowiłam kontynuować edukację na Wydziale Wokalno-Aktorskim PWSM we Wrocławiu, aby zapoznać się z technikami aktorskimi. Miałam szczęście pracować tam pod kierunkiem najlepszych wrocławskich aktorów: Igora

---

Dopiero w trakcie nauki ustalono, że jednak będą to studia podyplomowe – stąd słuchaczami byli studenci i absolwenci, a nawet dwójka maturzystów, która otrzymała dyplomy dopiero po kilku latach, po ukończeniu studiów w PWSM we Wrocławiu.

Przegrodzkiego, Bogusława Danielewskiego, Andrzeja Polkowskiego czy Zygmunta Bielawskiego. Ale największą rolę w tej edukacji odegrał reżyser Lech Terpiłowski<sup>2</sup>, który realizował swoje wizje artystyczne według własnej koncepcji „teatru muzycznego”, czyli wrażliwego na muzykę (nie zawsze *stricte* muzycznego). Zainteresowany problematyką muzykoterapii wspierał moje próby przenoszenia doświadczeń z jego zajęć na ćwiczenia z pacjentami i studentami muzykoterapii. Z czasem powstała moja własna koncepcja Spontanicznego Teatru Muzycznego<sup>3</sup> jako specyficzna technika muzykoterapeutyczna – nasza, wrocławska! Nie bez wpływu była też atmosfera teatralna Wrocławia lat 70. i 80. XX wieku z Festiwalami Teatru Otwartego, goszczącymi wielu znaczących w świecie reżyserów i artystów, oraz działalność takich sław, jak Henryk Tomaszewski (Wrocławski Teatr Pantomimy) czy Jerzy Grotowski (Teatr Laboratorium). Prócz prezentacji spektakli odbywały się staże i warsztaty teatralne, w których mogli uczestniczyć wszyscy zainteresowani, wiele także pisano o teatrze i wszelkich w nim nowościach. W 1989 roku Teatr Polski zorganizował interesującą konferencję „Psychoterapia i teatr”, a Teatr Kalambur – spotkania z Michele Reynaudem i współpracującym z nim we Francji Kazimierzem Skorupskim, zajmującymi się terapią poprzez pracę w teatrze (Teatr Euridice).

Współpracę z Lechem Terpiłowskim kontynuowałam wiele lat po studiach, będąc członkiem jego Kompanii Teatru Muzycznego, a także w ramach Dziecięcej Sceny Operowej<sup>4</sup>. Pierwsze próby stosowania

2 » Iwona Polak, *Lech Terpiłowski i jego idea teatru muzycznego*. W: *Wokalistyka i pedagogika wokalna*. Red. Eugeniusz Sasiadek i zespół. „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej” nr 81. Wrocław 2001, s. 254–260.

3 » Na początku używałam określenia Spontaniczny Teatr Muzyczny, z czasem jednak bardziej precyzyjny wydał się przymiotnik „Muzyczny” – jako wrażliwy na muzykę i nawiązujący bezpośrednio do koncepcji Lecha Terpiłowskiego.

4 » Iwona Polak, *Kompania Teatru Muzycznego Lecha Terpiłowskiego*. W: *Wokalistyka w Polsce i na świecie*. T. X. Red. Eugeniusz Sasiadek i zespół. Wrocław 2014, s. 151–167; Iwona Polak, *Dziecięca Scena Operowa Lecha Terpiłowskiego*. W: *Wokalistyka i pedagogika wokalna*. T. VII. Red. Eugeniusz Sasiadek i zespół. Wrocław 2015, s. 163–182.



elementów ćwiczeń parateatralnych odbyły się podczas przygotowywania wieczoru poezji na obozie rehabilitacyjnym studentów z uszkodzeniami narządu ruchu w Krynicy Morskiej w 1978 roku. Współpracowałam z grupą najbardziej poszkodowanych studentów, pomagając im wybrać muzykę do poszczególnych wierszy. W celu lepszego przygotowania ich interpretacji, zaproponowałam kilka ćwiczeń aktorskich. W miłej wieczornej atmosferze udało się stworzyć nastrój do improwizacji głosowo-ruchowych (!), które okazały się niemal bardziej skuteczne niż ćwiczenia kinezyterapeutyczne. Interpretując różne wyobrażenia wody, niektórzy z nich wykonywali ruchy niemożliwe wcześniej do realizacji! Tym bardziej utwierdziło mnie to w przekonaniu, że zastosowanie technik teatralnych czy parateatralnych ma szczególny sens, co potwierdziły wypowiedzi uczestników zajęć w anonimowej ankiecie przeprowadzonej na zakończenie obozu.

Szukając nowych sposobów pracy z pacjentami i przyszłymi muzykoterapeutami, przekonałam do swoich pomysłów prof. dr. Tadeusza Natansona. Do programu kształcenia muzykoterapeutów na studiach stacjonarnych i podyplomowych wprowadzono więc przedmiot: techniki parateatralne. Przez wiele lat (z niewielką przerwą w latach 80.) jego program był rozwijany w miarę zdobywania nowych doświadczeń i uwzględniania refleksji kolejnych grup uczestników.

Celem tych zajęć jest zdobycie podstawowych wiadomości z zakresu metod i technik parateatralnych stosowanych w psycho- i muzykoterapii, kształcenie umiejętności praktycznych potrzebnych do realizacji tych metod i technik, przygotowanie do uczestnictwa w psychodramie, zdobycie umiejętności zastosowania metod i technik parateatralnych lub ich elementów w pracy muzykoterapeuty. Treści kształcenia obejmują zapoznanie teoretyczne z podstawowymi metodami i technikami (jak pantomima, korektywne doświadczenie emocjonalne, podstawowe techniki psychodramy: granie roli samego siebie, wymiana roli, lustro, sobowtór jako sumienie, monolog, technika Spontanicznego Teatru Muzykalnego) oraz problematyką teatrów terapeutycznych, ćwiczenia praktyczne w realizacjach: pantomimicznych, wokalnych i wokalnoruchowych ze szczególnym uwzględnieniem techniki Spontanicznego

Teatru Muzykalnego jako stworzonej na potrzeby muzykoterapii, a także próby zastosowania w praktyce poznanych metod i technik, próby grania psychodramy w obrębie własnej grupy (uczestniczącej w zajęciach z przedmiotu).

Zasadniczy kształt tych zajęć jest stały; oprócz wprowadzenia teoretycznego w problematykę związków teatru i terapii oraz technik parateatralnych opisywanych w literaturze zawierają trzy zasadnicze elementy: ćwiczenia praktyczne w zakresie pantomimy, improwizację głosem oraz działania wokalnie-ruchowe. Tematyka etiud zależy od wyobraźni uczestników zajęć, choć są pewne stałe elementy – chociażby związane z konkretnymi utworami muzycznymi wykorzystywanymi na zajęciach. Koncepcja STM była przeze mnie opisywana wielokrotnie<sup>5</sup>, ale warto tu przytoczyć podstawowe jej zasady, które realizowane są podczas zajęć z przyszłymi muzykoterapeutami.

Zajęcia praktyczne rozpoczynają się od prostych etiud pantomimicznych:

- > zbiorowych (np.: „na łące”, „w parku”, „w lesie”, „na plaży”, „w tramwaju”, „spacer w deszczu”, „wyprawa do ZOO”, „zwiedzanie muzeum”, „wizyta u lekarza”, „u fryzjera”, „spotkania w kawiarni”, „wypadek uliczny” i in.; także zabawy typu inhibicyjno-icytacyjnego z reakcją na sygnały dźwiękowe, np.: „raz, dwa, trzy, Baba-Jaga patrzy”, „zwolniony film”, „zastygające w ruchu postacie”);
- > grupowych (np.: ustawianie się nawzajem w figury, obrazy, rzeźby, cyfry, liczby i litery, proste etiudy na różne tematy);
- > indywidualnych (np.: „toaleta poranna”, „makijaż”, „picie kawy”, „oczekiwanie na kogoś”, „oglądanie telewizji”, „występ publiczny” itp., a potem także trudniejsze, np.: wyrażanie emocji, uczuć

5 » Por. Iwona Polak, *Techniki parateatralne w psycho- i muzykoterapii*. „Zeszyt Naukowy PWSM” nr 22. Wrocław 1979, s. 71–78; Iwona Polak, *Spontaniczny teatr muzyczny*. „Zeszyt Naukowy PWSM” nr 29. Wrocław 1981, s. 71–85; Iwona Polak, *Technika Spontanicznego Teatru Muzykalnego*. W: *Muzykoterapia – stałość i zmiana*. „Wrocławska Muzykoterapia”. T. I. Red. Paweł Cylulko, Joanna Gładyszewska-Cylulko, Wrocław 2014, s. 145–154.

i różnych pojęć – stopniowo coraz bardziej abstrakcyjnych – gestem, mimiką i ruchem całego ciała).

Kolejny etap ćwiczeń to realizacja ruchowa najbardziej znanych bajek: *Jaś i Małgosia*, *Kopciuszek*, *Bajka o rybaku i złotej rybce*, *Królewna Śnieżka i siedmiu krasnoludków* i in. Czasami są to ilustracje ruchowe do bajek nagranych na płytach, a czasem improwizowane treści do wybranej muzyki (np.: *Taniec ognia* z baletu *Czarodziejska miłość* Manuela de Falli, *Humoreska* op. 101 nr 7 Antonína Dvořáka, *Poranek*, *W grocie Króla Gór* z I suity *Peer Gynt* op. 46 Edwarda Griega, *Uczeń czarnoksiężnika* Paula Dukasa, *Taniec piskląt w skorupkach* z *Obrazków z wystawy*, *Noc na Łysej Górze* Modesta Musorgskiego, *Łabędź* Camille’a Saint-Saënsa i in.).

Stanowi to przygotowanie do następnego etapu, którym jest improwizacja dźwięków. Śpiewamy najpierw jeden wspólny dźwięk; zamykając oczy, wsłuchujemy się w jego wibracje, opowiadamy o swoich odczuciach. Potem każdy szuka swojego dźwięku „właściwego tej chwili”, swojej melodii – wsłuchujemy się we współbrzmienia i nastroje tych „utworów”. Rozwijając swobodę tworzenia, włączamy różnego rodzaju inspiracje: otoczeniem (odgłosy przedmiotów i urządzeń, dźwięki natury, głosy różnych zwierząt itp.), improwizowanym ruchem (interpretacja ruchu proponowanego przez jedną osobę), plastyką (obrazami, rzeźbami itp.), muzyką (np. improwizowaną na instrumencie) – tworzymy *ad hoc* improwizowane kompozycje (indywidualnie i zbiorowo). Z kolei pojawiają się słowa i zdania, które wypowiedane są na różne sposoby i w różnym nastroju; „zabawy słowem i zdaniem” wzbogacane są interpretacją wierszy sonorystycznych<sup>6</sup>. Jest tu też miejsce na czytanie ulubionych wierszy, omawianie ich wyboru, interpretację w różnym tempie, nastroju, a także tworzenie opowieści o przedmiotach (inspiracją jest zbiór przypadkowo zgromadzonych rzeczy, np. klucz, pióro, zabawka, korale, korek od butelki itp.) – można odwołać się do osobistych wspomnień lub stworzyć wyimaginowaną historię. Na tym etapie zwracam

6» Wykorzystujemy tu *Wiersze sonorystyczne* wrocławskiego kompozytora Ryszarda M. Klisowskiego (por. Iwona Polak, *Technika Spontanicznego Teatru Muzykalnego...*, s. 153).

także uwagę na brzmienie głosu i znaczenie prawidłowej emisji głosu w pracy muzykoterapeuty, a także możliwość wykorzystania w przyszłej pracy zawodowej elementów rehabilitacji głosu (w razie potrzeby). Warto podkreślić, że wrażliwość na intonację głosu, jego brzmienie pomaga w procesie diagnozowania pacjentów. Zanim odważy się on mówić wprost o swoich problemach, wrażliwe ucho muzykoterapeuty jest w stanie wychwycić wiele niedopowiedzianych informacji<sup>7</sup>.

Trzeci etap łączy ruch i dźwięk, działania inspirowane są w podobny jak poprzednio sposób, zakres ćwiczeń poszerza się, a tematyka zależy w dużej mierze od pomysłowości grupy, jej liczebności i umiejętności współpracy. Na koniec przygotowywane są samodzielnie etudy na różne tematy do wybranej lub tworzonej przez siebie muzyki (indywidualnie lub w grupach) – często z elementami improwizacji głosem.

Wszystkie te improwizowane „zabawy teatralne” na różne tematy mają między innymi ułatwić przyszły udział w psychodramie, podczas której odgrywa się autentyczne wydarzenia i problemy. W ramach zajęć z tego przedmiotu odgrywamy także różne sytuacje „z życia wzięte”, z którymi zetknęli się uczestnicy zajęć, choć nie zawsze dotykamy ich osobistych spraw, pozostawiając rozwiązywanie ewentualnych problemów psychologom i psychoterapeutom<sup>8</sup>.

Techniki parateatralne realizowane są w ciągu dwóch semestrów na pierwszym roku studiów, w założeniu stanowią więc wstęp do dalszych działań. Wykorzystywana tu technika STM, prócz zapoznania

---

7» Stąd umiejscawiam technikę STM pomiędzy pantomimą a psychodramą (zanim pacjent opowie o swoich problemach, ujawni się poprzez dźwięki lub przypadkowe słowa).

8» Podejmowane przed laty próby badań wpływu STM na przykład na poziom lęku relacjonowane były w publikacjach autorki: *Wpływ działania technik spontanicznego teatru muzycznego na redukcję poziomu lęku*. W: X Ogólnopolskie Spotkanie Współpracowników Instytutu Muzykoterapii (28–29 listopada 1981 r.). Red. Tadeusz Natanson. „Zeszyt Naukowy PWSM” nr 31. Wrocław 1981, s. 148–153; *Redukcja poziomu lęku u muzyków – wykonawców*. W: XII Ogólnopolskie Spotkanie Współpracowników Instytutu Muzykoterapii (20–22 stycznia 1984 r.). Red. Emil Górski i zespół. „Zeszyt Naukowy PWSM” nr 38a. Wrocław 1984, s. 189–192.

z możliwościami jej stosowania w przyszłej pracy, służy przygotowaniu studentów do uczestnictwa w innych formach zajęć i terapii poprzez pobudzanie aktywności zarówno ruchowej, jak i muzycznej, kształcenie i rozwijanie umiejętności wyrażania emocji, umiejętności działania i współdziałania w grupie, rozwijanie wyobraźni, zwłaszcza wyobraźni muzycznej, uwrażliwianie na słyszenie i tworzenie dźwięków oraz pobudzanie i pogłębianie wrażliwości na muzykę i sztukę.

Niewątpliwie są to zajęcia postrzegane przez przyszłych muzykoterapeutów jako atrakcyjne – na co wskazują wieloletnie obserwacje i opinie ich uczestników. Nawet ci, którzy mieli duże opory przed tego rodzaju działaniami, po latach – z innej już perspektywy patrząc – wracają do nich. Czy stosują je w swojej pracy zawodowej? Trudno to dokładnie sprawdzić i określić, zależy to bowiem od wielu czynników: własnych preferencji, specyfiki miejsca pracy, rodzaju schorzeń pacjentów itd. Z kontaktów z wrocławskimi studentami i absolwentami po blisko 40 latach mojej działalności dydaktycznej wynika, że nierzadko sięgają do tej tematyki w ramach prac dyplomowych i stosują w swojej praktyce zawodowej przynajmniej elementy STM – w miarę konkretnych potrzeb i możliwości. Szczególnie należy podkreślić fakt, iż jest to propozycja, która powstała i rozwijana jest tylko na gruncie wrocławskiej muzykoterapii – i właściwa terapeutom wykształconym muzycznie.

## Bibliografia

- Polak Iwona, *Dziecięca Scena Operowa Lecha Terpiłowskiego*. W: *Wokalistyka i pedagogika wokalna*. Red. Eugeniusz Sasiadek i zespół. T. VII. Wrocław 2015.
- Polak Iwona, *Kompania Teatru Muzycznego Lecha Terpiłowskiego*. W: *Wokalistyka w Polsce i na świecie*. Red. Eugeniusz Sasiadek i zespół. T. X. Wrocław 2014.
- Polak Iwona, *Lech Terpiłowski i jego idea teatru muzycznego*. W: *Wokalistyka i pedagogika wokalna*. Red. Eugeniusz Sasiadek i zespół. „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej” nr 81. Wrocław 2001.
- Polak Iwona, *Redukcja poziomu lęku u muzyków – wykonawców*. W: *XII Ogólnopolskie Spotkanie Współpracowników Instytutu Muzykoterapii (20–22 stycznia*

- 1984 r.). Red. Emil Górski i zespół. „Zeszyt Naukowy Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej” nr 38a. Wrocław 1984.
- Polak Iwona, *Spontaniczny teatr muzyczny*. W: IX Ogólnopolskie Spotkanie współpracowników Zakładu Muzykoterapii (22–23 listopada 1980 r.). Red. Tadeusz Natanson. „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej” nr 29. Wrocław 1981.
- Polak Iwona, *Technika Spontanicznego Teatru Muzycznego*. W: *Muzykoterapia – stałość i zmiana*. Red. Paweł Cylulko, Joanna Gładyszewska-Cylulko. Wrocław 2014.
- Polak Iwona, *Techniki parateatralne w psycho- i muzykoterapii*. W: VII Ogólnopolskie Spotkanie Współpracowników Zakładu Muzykoterapii (25–26 listopada 1978 r.). „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej” nr 22. Wrocław 1979.
- Polak Iwona, *Wpływ działania techniką spontanicznego teatru muzycznego na redukcję poziomu lęku*. W: X Ogólnopolskie Spotkanie Współpracowników Instytutu Muzykoterapii (28–29 listopada 1981 r.). Red. Tadeusz Natanson. „Zeszyt Naukowy Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej” nr 31. Wrocław 1981.

---

**IWONA POLAK** – doktor sztuki muzycznej w zakresie wokalistyki, absolwentka Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu (Wydziału Wychowania Muzycznego, Wydziału Wokalno-Aktorskiego i Podyplomowego Studium Muzykoterapii), prowadzi zarówno działalność artystyczną, jak i pedagogiczną (pracuje na stanowisku adiunkta w Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu), jest autorką publikacji przede wszystkim na temat emisji i rehabilitacji głosu oraz technik parateatralnych stosowanych w muzykoterapii.

---



**Drugi tom serii „Wrocławska Muzykoterapia” przedstawia modele działania muzykoterapeutycznego wypracowane w środowisku wrocławskim. Swoje prace prezentują autorzy skupieni wokół Zakładu Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu oraz Zarządu Głównego Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich, posiadający bogate doświadczenie naukowo-badawcze, terapeutyczne, dydaktyczne i organizacyjne w tytułowej dziedzinie. Żywiemy nadzieję, że niniejsza publikacja przyczyni się znacząco do dalszego budowania nauki o muzykoterapii, umocnienia zawodu muzykoterapeuty oraz zaprezentowania niemal czterdziestopięcioletniego dorobku wrocławskiego Zakładu Muzykoterapii.**

ISBN 978-83-86534-94-4



9 788386 534944