

**Polskie Stowarzyszenie Terapii Przez Sztukę (PSTS)**

# Terapia przez Sztukę

Arts Therapies

Nr 1 (03) 2012

# **„Terapia przez Sztukę”**

## **Wydawca**

Polskie Stowarzyszenie Terapii Przez Sztukę (PSTS)

## **Redaktor naczelny**

Krzysztof Stachyra, Olga Handford

## **Rada naukowa**

Wiesław Karolak, Ludwika Konieczna-Nowak, Anita Stefańska

## **Sekretarz redakcji**

Wioletta Rauk

## **Skład techniczny**

Wioletta Rauk

## **Adres redakcji**

Polskie Stowarzyszenie Terapii Przez Sztukę (PSTS)

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej

Wydział Artystyczny

Instytut Muzyki

Al. Kraśnicka 2A,

20-718 Lublin

[biuro@arteterapia.pl](mailto:biuro@arteterapia.pl)

[www.arteterapia.pl](http://www.arteterapia.pl)

## Spis treści

Od redakcji	4
Krzysztof Stachyra	
<i>Kształcenie i certyfikacja arteterapeutów</i>	6
Ludwika Konieczna-Nowak	
<i>Muzykoterapia – wszystko nic</i>	10
Ksenija Burić Sarapa, Ana Katuśić	
<i>Zastosowanie muzykoterapii u dzieci z autyzmem</i>	12
Sara Knapik	
<i>Praca muzykoterapeutyczna z dzieckiem autystycznym – refleksje studentki muzykoterapii</i>	18
Teresa Leśniak	
<i>Muzykoterapia dzieci niepełnosprawnych wzrokowo</i>	24
Marta Nowak	
<i>Muzykoterapia źródłem stymulacji dla wcześniaków</i>	26
Joanna Dąbrowska	
<i>Muzykoterapia małych dzieci w Wielkopolsce</i>	30
Marta Nowak	
<i>Zostać muzykoterapeutą – doświadczenia USA</i>	33
Daria Andrzejewska	
<i>Arteterapia w Montrealu</i>	36



# Terapia przez Sztukę

Drodzy Czytelnicy,

7 grudnia 2011 odszedł Clive Robbins, współtwórca muzykoterapii kreatywnej i jeden z najsłynniejszych terapeutów na świecie. Clive zmieniał świat na lepsze, był wzorem człowieka, który we wszystkim co robi kierował się miłością. Był naszym Przyjacielem i honorowym Członkiem Polskiego Stowarzyszenia Terapii Przez Sztukę. Podjęliśmy decyzję, aby ten numer „Terapii przez Sztukę” zadedykować właśnie jemu. Jest to wydanie specjalne, skupione głównie wokół zagadnień związanych z muzykoterapią. Autorami większości tekstów są młodzi muzykoterapeuci, rozpoczynający swoją zawodową drogę. Ludzie, którzy są przyszłością muzykoterapii.

Naszym celem jest wspieranie młodych adeptów arteterapii, tworzenie środowiska profesjonalistów, ale także uświadamianie wszystkim osobom wielkiego terapeutycznego potencjału tkwiącego w kontakcie ze sztuką. Dlatego cieszymy się, że nasze czasopismo zyskuje coraz więcej czytelników – ilość wejść na nasze strony przekroczyła już liczbę 200 tys., co jest w Polsce ewenementem na tym polu. Świadczy to również o coraz większym zainteresowaniu różnymi formami terapii przez sztukę. Mamy nadzieję, że każdy z Was znajdzie w tym wydaniu coś dla siebie. Wierzymy, że dokładamy kolejną małą cegiełkę do rozwoju terapii przez sztukę w Polsce.

W trzecim numerze „Terapii przez Sztukę” znalazł się tekst przybliżający problemy uznawalności zawodu arteterapeuty. Zaprezentowany w artykule projekt stanowi, naszym zdaniem, jedną z najlepszych dróg doprowadzenia do zmiany spostrzegania arteterapeutów i arteterapii w naszym kraju oraz sprawienia, że zawody związane z terapią przez sztukę staną się interesującą alternatywą dla Narodowego Funduszu Zdrowia. Uzupełnienie tematyki zawodu arteterapeuty jest tekst autorstwa Ludwiki Koniecznej-Nowak, w którym rozważa czym jest muzykoterapia oraz jakie wyzwania stoją przed muzykoterapeutami.

W kolejnym tekście, autorstwa Kseniji Burić Sarapa i Any Katuśić– chorwackich muzykoterapeutek, zaprezentowano podstawowe założenia muzykoterapii dzieci z zaburzeniami o spektrum autyzmu. Swoje doświadczenie oraz badania skuteczności muzykoterapii w pracy z dziećmi z autyzmem opisuje Sara Knapik. Teresa Leśniak zaś w interesujący sposób wypowiada się o muzykoterapii dzieci niepełnosprawnych wzrokowo. Marta Nowak, studentka muzykoterapii Akademii Muzycznej w Katowicach, która w tym roku akademickim zdobywa wiedzę i doświadczenia w USA, przygotowała aż dwa teksty. W jednym z nich dzieli się z Czytelnikami najnowszymi informacjami na temat muzykoterapii noworodków.

Drugi poświęcony jest motywom podejmowania studiów muzykoterapii oraz przebiegowi procesu kształcenia muzykoterapeutów w Stanach Zjednoczonych. Uzupełnieniem wypowiedzi Marty jest tekst przygotowany przez

Darię Andrzejewską, która studiuje i mieszka w Montrealu. Opisuje ona jak wygląda proces kształcenia arteterapeutów w Kanadzie.

Warto przeczytać artykuł o muzykoterapii małych dzieci przygotowany przez Joannę Dąbrowską – muzykoterapeutkę i arteterapeutkę coraz prężniej działającą w Poznaniu i okolicach. To wydanie „Terapii przez Sztukę” zamyka wyjątkowy tekst autorstwa Krzysztof Gryko, który opisuje swoje doświadczenia z dzieleniem się muzyką z przypadkowymi ludźmi w pociągu, na ulicy...

Gorąco zachęcamy do współpracy z naszym portalem wszystkie osoby, które zajmują się terapią przez sztukę. Nasze czasopismo i portal powstały po to, aby ułatwić dzielenie się wiedzą, wspierać wymianę doświadczeń. Nie jest on miejscem, gdzie wypowiadać się mogą tylko najwybitniejsi specjaliści z wieloletnią praktyką. Chcemy, aby znaleźli tutaj swoją przystań również początkujący arteterapeuci, muzykoterapeuci, teatroterapeuci – wszyscy, którzy dopiero rozpoczynają swoją przygodę. Ten portal jest także dla Was. Nie bójcie się dzielić wątpliwościami, nie bójcie się pytać i prosić o radę. Na sercu leży nam rozwój, a każdy rozwój wiąże się z pytaniami, wątpliwościami, poszukiwaniem...

Krzysztof Stachyra, Olga Handford

## Kształcenie i certyfikacja arteterapeutów

Krzysztof Stachyra

UMCS

Minęło wiele lat od czasu, kiedy powołano w Polsce pierwsze studia w zakresie najbardziej popularnej formy terapii przez sztukę, a mianowicie muzykoterapii (stało się to w 1973 roku). W późniejszym czasie zaczęły pojawiać się nowe kierunki, spośród których najczęściej spotykanym – obok muzykoterapii – jest obecnie arteterapia. Niestety pomimo lat, jakie upłynęły od pierwszych prób przygotowywania profesjonalnej kadry terapeutów oraz przemian jakie w tym czasie zaszły w organizacji kształcenia i pracy terapeutów na całym świecie – w Polsce praktycznie nic się w tej kwestii nie zmieniło. Oficjalnie dążymy do uznania zawodu arteterapeuty, muzykoterapeuty, podkreślane jest to przez wielu mówców na każdej konferencji związanej z tą tematyką, jednak – co należy z przykrością zauważyć – na słowach się kończy i praktycznie brak jest realnych działań prowadzonych do osiągnięcia tego celu. Niezbędne jest wypracowanie odpowiednich standardów w zakresie kształcenia arteterapeutów, zaś kolejnym etapem – przygotowanie systemu ich certyfikacji.

W chwili obecnej nie ma w Polsce realnego nadzoru nad instytucjami kształcącymi terapeutów przez sztukę, a także działaniami podejmowanymi przez osoby, które już są takimi terapeutami lub do takiego miana pretendują. Potrzebny jest system, który sprawi, że różne formy terapii przez sztukę będą mogły zyskać odpowiedni status, będą rozpoznawane i uznawane przez specjalistów z innych dziedzin. Dla rozwoju arteterapii, muzykoterapii i innych form terapii przez sztukę niezbędne jest wypracowanie odpowiednio wysokich standardów kształcenia i stworzeniu przejrzystego, a zarazem efektywnego systemu, który z jednej strony zapewni możliwości ciągłego doskonalenia umiejętności zawodowych terapeutów, możliwość rozwoju dziedziny, z drugiej zaś da wszystkim czytelny sygnał, że te formy terapii są w Polsce traktowane poważnie, a wykwalifikowani arteterapeuci mogą być realnymi partnerami dla placówek leczniczych, czy Narodowego czy Narodowego Funduszu Zdrowia.

Na dzień dzisiejszy praktycznie każdy może stworzyć własny program kształcenia. Pod szyldem muzykoterapii czy arteterapii przekazywana jest profesjonalna, sprawdzona naukowo wiedza, ale równie często spotkać można kursy, na których takimi nazwami określa się praktyki mające z wiedzą naukową, praktyką, a nawet logiką zgoła niewiele wspólnego. Przy tym z przykrością należy zauważyć, że praktycznie żaden z programów kształcenia terapeutów przez sztukę nie uwzględnia w swoim programie superwizji ani terapii własnej kandydata (choć próby takie są prowadzone na Uniwersytecie Marii Curie Skłodowskiej w Lublinie oraz Akademii Muzycznej w Katowicach). Nie został również wypracowany przejrzysty i obiektywny system certyfikacji arteterapeutów, który opierałby się na rzeczywistych, a nie deklarowanych kompetencjach osób przystępujących do certyfikacji. Takie możliwości daje moim zdaniem jedynie egzamin certyfikacyjny, na którym – w myśl przedstawionej propozycji abiturient prezentowałby studium przypadku z danym pacjentem/klientem. Ta forma weryfikacji wydaje się najlepsza również ze względu na fakt, że jednocześnie daje podstawy do bieżącej kontroli poziomu kształcenia polskich uczelni oferujących w swoim programie studia z zakresu różnych form terapii przez sztukę. O poziomie absolwentów, a tym samym o jakości kształcenia świadczyłyby po prostu wyniki egzaminu certyfikacyjnego.

Proponowany przez Polskie Stowarzyszenie Terapii Przez Sztukę system, choć w niniejszym tekście opisany został na przykładzie muzykoterapii, jest uniwersalny i może odnosić się do przygotowania terapeutów innych form terapii przez sztukę. Składa się on z kilku etapów. Punktem wyjścia jest odpowiedni dobór kandydatów na muzykoterapeutów.

Nie każdy nadaje się na terapeutę, dlatego odpowiednie testy lub rozmowa kwalifikacyjna powinna wyeliminować z grona kandydatów na

terapeutów osoby, które z racji znaczących zaburzeń psychicznych, czy innych ważnych powodów, nie będą mogły w przyszłości sprostać wymaganiom stawianym muzykoterapeutom.

Po wstępnej selekcji kandydatów następuje **szkolenie** osób ubiegających się o otrzymanie tytułu muzykoterapeuty. Niezbędne wydaje się tutaj opracowanie standardów kształcenia, w ramach których określana byłaby tzw. grupa przedmiotów podstawowych (kierunkowych) obowiązującą na wszystkich kierunkach studiów muzykoterapii w Polsce. Program kształcenia opracowywany byłby tak jak ma to miejsce obecnie – autonomicznie przez poszczególne instytucje edukacyjne, lecz musiałyby zawierać grupę treści wskazanych przez zespół ekspertów (tzw. Radę Programową) jako podstawowe, ewentualnie zatwierdzany byłby przez Radę Programową pod kątem zawartych treści. Należy jednak podkreślić, że powinniśmy dążyć do wypracowania standardów kształcenia, ale stanowczo unikać standaryzacji. Każda uczelnia dysponuje inną kadrą ludzi posiadających różne kwalifikacje, w związku z tym zasadne byłoby umiejętne tego wykorzystanie. Jeśli istnieje możliwość zaproszenia do współpracy wybitnych specjalistów z dziedzin pokrewnych, z pewnością warto z tego skorzystać. Dzięki temu tworzy się niepowtarzalny program i specyfikę studiów. Proces kształcenia wymagałby praktycznych zajęć klinicznych, w których studenci początkowo braliby udział jako obserwatorzy i uczestnicy, następnie włączeni zostaliby jako współterapeuci uczestniczący również w procesie planowania, a dopiero na ostatnim etapie mogliby samodzielnie prowadzić sesje (pod specjalistyczną superwizją).

Przedmiotem opiniowania studiów lub kursu muzykoterapii przez Radę Programową powinien być nie tylko program i organizacja systemu kształcenia, ale i odpowiednie kwalifikacje osoby prowadzącej dany przedmiot. Na cóż świetnie napisany program, który realizowany jest przez niekompetentne osoby?

Kolejnym bardzo ważnym, a wręcz nieodzownym, etapem uznania kompetencji kandydata do otrzymania certyfikatu jest odbycie przez niego **stażu**. Wydaje się, że nawet kilkumiesięczny staż jest niezastąpiony. Zawód terapeuty należy do grupy zawodów specyficznych, które wymagają kontaktu z klientem/pacjentem, dlatego zdobycie podstawowego doświadczenia zawodowego w sposób teoretyczny jest po prostu niemożliwe. Staż mógłby odbywać się w szpitalach, ośrodkach terapii, placówkach pedagogicznych i innych odpowiednich ku temu miejscach, akredytowanych przez odpowiednią

komisję. Wskazane jest, aby kandydat oprócz szlifowania umiejętności terapeutycznych, uczył się także współpracy z innymi członkami zespołu terapeutycznego, miał możliwość zapoznania się ze specyfiką prowadzonych przez nich działań, jednym słowem – uczył się jak być integralną częścią zespołu terapeutycznego pracującego z danym klientem/pacjentem.

Aby staż mógł spełnić swoją rolę i podnosić umiejętności zawodowe, powinien być połączony z **superwizją**. Zapewnienie z jednej strony nadzoru nad działaniami stażysty, a z drugiej strony umożliwienie mu konsultacji i otrzymania porady u doświadczonego terapeuty jest bezcenne. Można spotkać się z zarzutem, że w Polsce nie ma warunków do superwizji ponieważ istnieje problem z dostępem do dobrze przygotowanych, doświadczonych terapeutów, którzy mogliby pełnić rolę superwizora. Rzeczywiście może to być szczególnie trudne dla osób decydujących się na odbywanie stażu w mniejszych miejscowościach, choć także i w dużych miastach bywa z tym różnie. Na szczęście w obecnych czasach powszechnie dostępna jest technika umożliwiająca rejestrację prowadzonych sesji a następnie konsultowanie się ze specjalistami poprzez Internet, co stanowi jeden z pomysłów na efektywne rozwiązanie tych problemów. Muszę przyznać, że moją pracę z pacjentami nadzoruje superwizor w Wielkiej Brytanii, ja natomiast w Polsce pełnię rolę superwizora dla moich studentów, dbając o ich rozwój oraz jak najlepsze wykonywanie przez nich zadań muzykoterapeuty. Mam dzięki temu możliwość zobaczenia ich w naturalnej sytuacji terapeutycznej (nie zaś jedynie w sztucznych warunkach ćwiczeniowych na uczelni), poznania sposobów reagowania każdego z nich, umiejętności interpersonalnych w pracy z klientem, umiejętności przystosowawczych, etc. – jednym słowem dostrzeżenia tego, co wykracza poza wiedzę zdobywaną na studiach, a co jest przecież ogromnie ważne w zawodzie terapeuty. Superwizja daje realne korzyści dla wszystkich – pacjenta, który zyskuje większą pewność co do fachowości prowadzonych z nim działań; studenta, który otrzymuje wsparcie i porady osoby z większym doświadczeniem; a także superwizora, który ma szansę obserwować początkujących (i nie tylko!) muzykoterapeutów w praktycznym działaniu oraz indywidualnie, a przez to bardziej trafnie wspierać rozwój każdego z nich. Dopiero na tym etapie można byłoby przystąpić do końcowej weryfikacji wiedzy oraz umiejętności absolwenta danego kursu/studiów. Powołanie niezależnej Komisji Certyfikacyjnej zwiększałoby

gwarancje, że osoba otrzymująca dyplom ukończenia studiów/kursu rzeczywiście posiada odpowiednie kompetencje. Aby zapewnić pełny obiektywizm, Komisja Certyfikacyjna musi być ciałem złożonym ze uznanych specjalistów i nie może wywodzić się z środowiska jednej uczelni. Końcowa weryfikacja może być prowadzona w formie egzaminu certyfikacyjnego, który powinien składać się zarówno z pytań sprawdzających wiedzę, jak również z przedstawienia przez muzykoterapeutę studium przypadku w postaci nagrań sesji prowadzonych przez niego z danym klientem/pacjentem lub grupą. W ramach analizy studium przypadku, kandydat na certyfikowanego muzykoterapeutę musiałby wykazać się umiejętnością rozumienia i rzetelnego uzasadnienia obserwowanych działań.

Otrzymanie certyfikatu potwierdzającego nabycie przez terapeutę określonych kompetencji jest ważnym punktem w jego rozwoju profesjonalnym / zawodowym, ale absolutnie nie może stanowić jego ostatniego etapu. Certyfikat wydawany byłby na określony czas, który proponuję wzorem większości krajów ustalić na 5 lat. W tym czasie certyfikowany terapeuta miałby obowiązek stałego rozwijania swoich umiejętności i poszerzenia wiedzy, czemu służyłby **system doszkoleń**, warsztatów, konferencji i kursów. Certyfikowany terapeuta musiałby w ciągu 5 lat zgromadzić określoną liczbę punktów, które przyznawane byłyby za udział w wyżej wymienionych formach doszkalania oraz za publikacje. Po zgromadzeniu odpowiedniej liczby punktów oraz przy braku negatywnych uwag odnośnie wykonywania pracy przez danego terapeutę, proces **recertyfikacji**, czyli przedłużenia ważności certyfikatu na kolejne 5 lat, odbywałby się automatycznie.

Jest jeszcze jeden ważny element dobrze funkcjonującego systemu uznawania kwalifikacji zawodowych. Jest nim **terapia własna** kandydata na terapeutę. Najlepszym rozwiązaniem byłoby, aby proces terapii rozpoczynał się jeszcze w czasie studiów, lub – w wyjątkowych sytuacjach – tuż po ich zakończeniu. Uwzględniałyby również sesje w modelu terapii, jaki reprezentuje dany terapeuta, o ile program obejmowałby możliwość specjalizacji w danym modelu terapii. O korzyściach płynących z uczestniczenia w terapii można dyskutować bardzo długo. Wspomnę tutaj tylko, że poza możliwością uzyskania lepszego wglądu, uporządkowania własnego życia wewnętrznego, daje ona również bardzo ważną sposobność przeżycia tego, czego doświadczają pacjenci/klienci, możliwość lepszego zrozumienia ich odczuć i reakcji.

W celu wprowadzenia w życie przedstawionego projektu systemu należy powołać dwa organy: **Radę Programową** (zespół ekspertów ds. kształcenia) oraz **Komisję Certyfikacyjną**, której zadaniem będzie nie tylko egzaminowanie, ale przede wszystkim opracowanie testów i zadań, które wiedzę i umiejętności kandydata będą rzetelnie weryfikowały. W skład obu organów powinni wchodzić specjaliści z różnych ośrodków w Polsce, choć warto byłoby również rozważyć – przynajmniej na początkowym etapie wprowadzania systemu w życie – współpracę ze specjalistami z zagranicy, z osobami, które mają większe doświadczenia w tym względzie. Myślę, że już czas zrozumieć, że dzięki międzynarodowej współpracy polska muzykoterapia może jedynie zyskać.

Pojawia się pytanie kto miałby nadzorować wprowadzanie takiego systemu w Polsce? Jego wdrożenie wymaga współpracy wielu specjalistów i stowarzyszeń, w czym z pewnością pomocne byłoby stworzenie konsorcjum, w skład zarządu którego wchodziłoby reprezentanci poszczególnych stowarzyszeń działających w Polsce. Jako silny monolit, konsorcjum mogłoby reprezentować wszystkie stowarzyszenia „na zewnątrz”, w rozmowach z przedstawicielami rządu i NFZ. Byłoby też odpowiedzialne za powołanie i funkcjonowanie Rady Programowej oraz Komisji Certyfikacyjnej.

Do przedstawionego tutaj projektu należy opracować projekt ustawy. Jednak nawet brak ustawy, która zadba o interesy muzykoterapeutów i ich klientów, nie stoi na przeszkodzie, aby system taki zacząć wdrażać. Wzorem Wielkiej Brytanii, która jako jeden z trzech krajów w Europie ma ustawę o zawodzie muzykoterapeuty, należy zacząć od zadbania o standardy „wewnętrzne”, a dopiero w drugiej kolejności złożenie wniosku o uznanie ich „na zewnątrz”, czyli przedstawienie organom ustawodawczym projektu ustawy, która dawałaby prawne zabezpieczenie stworzonego systemu. Rozpoczynanie od wymagania zabezpieczenia interesu muzykoterapeutów przez rząd, bez wymagania od nas samych, jest drogą na skróty.

Dopóki ustawa taka nie weszłaby w życie, pozytywna weryfikacja na egzaminie certyfikacyjnym decydowałaby nie o tym, czy absolwent danego kursu lub studiów mógłby pracować jako muzykoterapeuta (bo tego prawnie nie można mu zabronić), ale o tym by osoba taka była **wyróżniana i promowana**, podobnie jak ma to miejsce np. w USA, gdzie certyfikowani terapeuci mają prawo używania przy swoim nazwisku określenia „Board Certificated”



(posiadający certyfikat). Zmierzam do tego, aby każda osoba chcąca skorzystać z pomocy muzykoterapeuty mogła osobiście dokonać wyboru czy chce poddać się terapii u absolwenta kursu / studiów, czy woli pójść na terapię do osoby pozytywnie zweryfikowanej przez grupę bezstronnych specjalistów – niezależnych od uczelni, która wydała dyplom ukończenia kursu/studiów. Należy jednak dążyć do sytuacji, kiedy tylko certyfikowani muzykoterapeuci będą mogli być zatrudniani w placówkach medycznych czy terapeutycznych.

Zaproponowany system, oparty na sprawdzonych już wzorcach, ma sens jedynie wtedy, jeśli zadbamy o jakość kształcenia i zbudujemy system doszkoleń. Inaczej możemy doprowadzić do niebezpiecznej sytuacji, kiedy otrzymanie certyfikatu staje się dla niektórych osób celem samym w sobie, zwalniającym z konieczności ciągłego kształcenia się i doskonalenia swojego warsztatu. Stoi to w opozycji do głównego celu certyfikacji, jakim jest budowanie profesjonalnej kadry terapeutów oraz podnoszenie prestiżu zawodu.

Zaprezentowany system jest jedynie projektem, pewnym ideałem, do którego należy dążyć jeśli muzykoterapeuci chcą oczekiwać uznania ich kwalifikacji przez instytucje medyczne oraz rządowy system finansujący różne formy terapii (NFZ). Jego wprowadzenie musi być poprzedzone odpowiednim czasem przygotowań.

Na koniec wspomnę o obecnych na świecie trendach. Otóż coraz wyraźniej uwypuklają się różne metody i podejścia w muzykoterapii, co przekłada się na proces kształcenia muzykoterapeutów zakładający możliwość specjalizowania się w konkretnym modelu pracy. Funkcjonują na całym świecie kursy, szkolenia, studia przygotowujące muzykoterapeutów kreatywnych, analitycznych, psychoterapeutów muzycznych etc. Wydaje się istotne, aby dobry muzykoterapeuta miał orientację we wszystkich najważniejszych modelach muzykoterapii, nawet jeśli na co dzień specjalizuje się on głównie w jednym podejściu. Daje to możliwość możliwie najefektywniejszego dopasowania oddziaływań muzykoterapeutycznych do problemu z jakim przychodzi klient i wykorzystaniu tych elementów z różnych podejść, które są w danej sytuacji najwłaściwsze. Dostrzec tutaj można podobieństwo do procesu przygotowania lekarza specjalisty, który musi najpierw ukończyć studia medyczne dające wiedzę ogólną, a dopiero potem może przystąpić do robienia specjalizacji. Dlatego też model studiów

muzykoterapii bazujący na podziale 3 + 2 wydaje się być optymalny, przy założeniu, że studia licencjackie poświęcone zostaną zgłębianiu podstaw muzykoterapii, z uwzględnieniem różnych modeli i orientacji teoretycznych, zaś uzupełniające, 2-letnie studia magisterskie mogłyby stać się bardziej specjalistyczne. Ten model edukacyjny mógłby odnosić się także do poziomów praktyki muzykoterapeutycznej, gdzie student studiów licencjackich poznawaliby przede wszystkim metody i techniki pracy na poziomie muzykoterapii jako terapii aktywnej, zaś etap studiów magisterskich koncentrowałby się na kształceniu w pracy na poziomie muzykoterapii wglądowej, tak z celami reedukacyjnymi, jak i rekonstrukcyjnymi. Prace nad przygotowaniem i wdrożeniem w Polsce takiego modelu kształcenia prowadzone są przez Polskie Stowarzyszenie Terapii Przez Sztukę przy współpracy z Uniwersytetem Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie oraz uczelniami z krajów Unii Europejskiej (w Polsce ich koordynatorem jest autor niniejszego tekstu). Ich rezultatem ma być powstanie międzynarodowej sieci uczelni oferujących, oprócz ogólnej wiedzy z muzykoterapii, także możliwość zdobycia uprawnień z zakresu wybranych modeli muzykoterapii.

**Dr Krzysztof Stachyra** – muzykoterapeuta, nauczyciel wychowania muzycznego, doktor nauk humanistycznych w dziedzinie pedagogiki. Pracownik naukowo-dydaktyczny w Zakładzie Muzykoterapii i Edukacji Muzycznej UMCS w Lublinie. Przewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Terapii Przez Sztukę. Współredaktor międzynarodowego journalu muzykoterapeutów "VOICES" wydawanego przez Uniwersytet Bergen w Norwegii. Członek Komisji ds. Edukacji i Szkolenia Muzykoterapeutów Światowej Federacji Muzykoterapii (Commission on Education and Training, WFMT). Współpracuje z Amerykańskim Stowarzyszeniem Muzykoterapeutów (AMTA), The Nordoff-Robbins Music Therapy Center w Londynie i Nowym Jorku, ośrodkiem terapii dzieci autystycznych Giant Steps w USA oraz muzykoterapeutami z Anglii, Irlandii, Francji, Niemiec i Litwy. Po cyklu treningów w Therapeutic Arts Institute w Chicago, Irlandii i Wielkiej Brytanii jest na etapie finalizacji procesu uzyskiwania tytułu psychoterapeuty muzycznego w metodzie Guided Imagery and Music (GIM).

Kontakt: muzykoterapia@wp.pl

## Muzykoterapia – wszystko i nic

Ludwika Konieczna-Nowak

Zacznijmy od początku: czym jest muzykoterapia? Otóż „Pod terminem muzykoterapia rozumieć można tak praktyczną działalność, jak też i wiedzę i naukę o niej, zajmującą się teorią muzykoterapii, w tym badaniem praw rządzących kształtowaniem się wzajemnych stosunków pomiędzy człowiekiem a muzyką” – pisze Tadeusz Natanson (1979, s. 51). „Jako dyscyplina [muzykoterapia] jest zorganizowaną wiedzą, złożoną z praktyki, teorii i badań dotyczących terapeutycznych zastosowań muzyki. Jako profesja określa zorganizowaną grupę ludzi używających tej wiedzy w swoim zawodzie (...).” – stwierdza Kenneth Bruscia (1998, s. 14).

Tyle klasycy, pionierzy i wybitne postaci światowej muzykoterapii. Dostrzegają wieloznaczność terminu i wielowątkowość kryjącego się pod nim zagadnienia. Bruscia (1998) dodaje, że ma w sobie element artystyczny i naukowy, jest fuzją terapii i muzyki, zależną od kontekstu indywidualnego i różnic kulturowych. Wciąż pozostaje w dynamicznym procesie stawania się i wytyczania granic.

Kim w takim razie jest muzykoterapeuta? Jakimi umiejętnościami dysponuje? Czy jest artystą, naukowcem czy terapeutą? Czy może być wszystkim na raz?

Muzykoterapeuci w swoim życiu zawodowym spotykać się mogą z bardzo różnymi odbiorcami ich działań: od kobiet w ciąży, poprzez niemowlęta, dzieci niepełnosprawne intelektualnie, niedostosowane społecznie, młodzież będącą na bakier z prawem, osoby uzależnione, z problemami kardiologicznymi, nowotworem, neurologiczną dysfunkcją, chorobą psychiczną, po walczących z demencją ludzi starszych itd. Pracują (muzykoterapeuci) w szpitalach, szkołach, domach dziecka, domach pomocy społecznej i spokojnej starości, świetlicach środowiskowych, poprawczakach, więzieniach, rozmaitych ośrodkach, fundacjach, prowadzą praktykę prywatną.

Nie jest niczym szczególnym, że osoba będąca muzykoterapeutą pracuje równolegle z dziećmi z

niedostosowanymi społecznie, na oddziale psychiatrycznym i w szkole specjalnej. Czy w tej sytuacji musi być specjalistą z zakresu resocjalizacji, psychiatrii i pedagogiki?

Zazwyczaj korzysta z kilku instrumentów, standardowo – z łatwo przenośnych: gitary i instrumentu klawiszowego oraz drobnej perkusji. Dobiera muzykę do działań opartych na słuchaniu. Wraz z klientami komponuje utwory i piosenki. Czy powinna być zatem wirtuozem wspomnianego instrumentarium, znawcą literatury muzycznej, zarówno tej klasycznej jak i rozrywkowej, zarówno w wymiarze historycznym jak i bieżącym oraz kompozytorem? I jeszcze literatem?

Czy połączenie pełnej wiedzy ze wspomnianych dyscyplin naukowych z wysokim poziomem artystycznym w ich tak wielowymiarowym obliczu jest możliwe? Nie. Czy powierzchowna ich znajomość wystarczy dla kompetentnego profesjonalisty? Tu odpowiedź nie jest już tak prosta. Artysta muzyk, słysząc improwizacje muzykoterapeuty z niepełnosprawnym dzieckiem uśmiecha się z wyższością i lekkim zażenowaniem – toż to nie muzyka. Ten hałas ma kogoś leczyć? Psycholog, lekarz czy pedagog bez trudu obnaży braki muzykoterapeuty w zakresie specjalistycznej wiedzy – czy ktoś, kto ma zaledwie podstawowe pojęcie o psychologii i psychoterapii powinien pracować z osobami z problemami psychicznej natury?

Muzykoterapeuta spotyka się z uzależnioną od heroiny nastoletnią prostytutką. Rozmawia z nią, brzdąka na gitarze najprostsze cztery akordy, po pół godzinie razem śpiewają rozdzierającą, stworzoną wspólnie piosenkę o tęsknotach i lękach dziewczyny. Kompozytor na jej widok ma ochotę uciec. Psycholog rozkłada ręce, gdy ta wymownym gestem środkowego palca daje mu do zrozumienia, co myśli o rozmowach.

Muzyk, z powątpiewaniem słuchający improwizującej grupy niepełnosprawnych

intelektualnie, poproszony o jej prowadzenie nie ma pojęcia, jak zacząć. Wirtuoz pianista posadzony przy fortepianie z autystycznym dzieckiem jest zupełnie zagubiony. Muzykoterapeuta może sprawić, że grupa niepełnosprawnych po chwili ma już wspólny puls, a dziecko, pozornie bez kontaktu, powtarza proste struktury rytmiczne i pierwszy raz spogląda komuś w oczy. Lekarzowi pęka serce, gdy patrzy jak maluch, któremu podał już odpowiednie leki płacze, bojąc się nocy w szpitalu. Muzykoterapeuta przychodzi i nuci kołysankę. Dziesięcioletek po traumatycznych przeżyciach odrzucenia, swoją wokalną improwizację, wykonaną wspólnie z muzykoterapeutą, podsumowuje: to był mój wiersz dla przyjaciela, który odszedł. Jest spokojny i dumny z siebie. Muzyk, słuchający pod drzwiami, rozważał zatkanie uszu. Pedagog nie rozumiał, jak dziwaczna wokaliza może przynieść terapeutyczny efekt? Po wysłuchaniu komentarza dziecka oboje są zaskoczeni.

Specjaliści innych dyscyplin, naukowych i artystycznych, bez trudu odnajdą braki w wykształceniu muzykoterapeutów. Nie powinni jednak zamykać oczu na to, co w ich umiejętnościach jest unikalne i co – zwyczajnie – jest wartością.

Czy jednak świadomość odrębności oznacza brak konieczności ciągłego wzbogacania wiedzy? Oczywiście, nie. Obowiązkiem muzykoterapeuty, w praktyce stykającego się z zaburzeniem, chorobą, problemem, jest możliwe dobre rozpoznanie kwestii. Powinien także stale doskonalić swoje muzyczne umiejętności. Ważne też, by umiał odnaleźć się w roli członka zespołu terapeutycznego. W każdym niemal miejscu pracy są przecież inni, lekarze, psychologowie, pedagodzy, inni terapeuci, z którymi kontakt pomoże w określeniu kierunku działania. Nie jest wstydem zadawanie pytań czy proszenie o radę, działanie w ciemno – owszem.

Muzykoterapia jest interdyscyplinarna, pomostowa. Nie sposób przyswoić kompletnej wiedzy ze wszystkich „brzegów”, które łączy. Jej wartość i wyjątkowość polega na byciu „mostem” właśnie. Na tym moście, w jednej roli, tkwi dążący do wszechstronności artysta i terapeuta, czasem też interdyscyplinarny naukowiec. A może to tylko (?) zwykły, kompetentny, otwarty na wiedzę, sztukę i człowieka w potrzebie, po prostu – muzykoterapeuta.

#### **Piśmiennictwo:**

Bruscia, K. (1998). *Defining music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers. Natanson, T. (1979). *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk Zakład Narodowy im. Ossolińskich.

**Ludwika Konieczna** – muzykoterapeutka, pracuje w Specjalnym Ośrodku Wychowawczym z dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami emocji i zachowania. Absolwentka Akademii Muzycznej im. Karola Szymanowskiego w Katowicach (teoria muzyki). Ukończyła studia podyplomowe w zakresie muzykoterapii we wrocławskiej Akademii Muzycznej. Naukę w tej specjalności kontynuowała w School of Music, University of Louisville (USA). Posiada certyfikat Neurologic Music Therapist. Jest asystentem w Akademii Muzycznej w Katowicach.

## Zastosowanie muzykoterapii u dzieci z autyzmem

Ksenija Burić Sarapa, Ana Katušić

### Wprowadzenie

Poważne zaburzenia w umiejętności nawiązywania kontaktu z innymi ludźmi były przez wiele lat postrzegane jako główna cecha autyzmu (Thaut, 1999). Większość aspektów autyzmu w rzeczywistości może być wynikiem rozstroju organizmu. Te charakterystyczne zachowania są reakcjami przystosowawczymi systemu autystycznego w stosunku do otoczenia, opartymi na dopływie informacji oraz sposobie w jaki mózg przetwarza i interpretuje te informacje (Berger, 2002).

Jak wynika z dostępnej literatury, muzyka była stosowana jako element terapeutyczny na przestrzeni wieków. W historycznych zapisach różnych kultur można napotkać liczne przykłady uzdrawiającej mocy muzyki (Wigram, Pendersen, Bonde 2002). Muzyka oddziałuje na każdego z nas w inny sposób. Pomimo wysiłku badaczy, żadne powtórzone badanie nie wykazało, że poszczególne style lub rodzaj muzyki oddziałuje na pacjentów w ten sam sposób. Nie powstały również żadne badania, które identyfikowałyby szczególnie rodzaj muzyki jako korzystny dla wszystkich dzieci autystycznych. Dlatego też muzykoterapeuta stosuje podczas swoich sesji terapeutycznych dużą różnorodność stylów muzycznych i obserwuje reakcje dziecka. Muzykoterapeuta przede wszystkim używa muzyki tworzonej na żywo, tak aby zmiany mogły zostać wprowadzone nawet w ramach jednej piosenki, jeśli tylko zapewni to dziecku autystycznemu optymalną możliwość poczynienia postępu w zakresie zamierzonych celów (King, 2004). Muzykoterapeutyczne interwencje odgrywają główną rolę w stymulowaniu inteligencji przystosowawczej i instynktownej, która obejmuje emocjonalną (psychologiczną) dziecka autystycznego, w tym elementy odkrywania oraz wyrażania samego siebie, jak również świadomości siebie (Berger, 2002).

Celem tej pracy jest zaprezentowanie aktualnego stanu wiedzy na temat stosowania muzykoterapii

wśród dzieci z autyzmem.

### Czym jest muzykoterapia?

Muzykoterapia jest dyscypliną, która używa języka dźwięków muzycznych, w diadzie lub grupach jako środek w systematycznym procesie interwencji, mającym na celu zapobieganie, rehabilitację lub terapię. Wszystkie patologie leczone za pomocą muzykoterapii są powiązane z komunikacją zarówno na płaszczyźnie kognitywnej jak i uczuciowej (Franco, 1999).

Muzykoterapia została zdefiniowana (przez Bruscia) jako „systematyczny proces interwencji, podczas którego terapeuta pomaga pacjentowi osiągnąć zdrowie, używając muzycznych doświadczeń oraz relacji, które się dzięki nim rozwijają jako dynamicznych czynników powodujących zmianę.” (Robarts, 2009).

Współczesna muzykoterapia opiera się na założeniu, że wszyscy mamy wrodzoną muzykalność i że jest ona tak solidnie zakorzeniona w naszym mózgu, że może przetrwać poważny uraz neurologiczny czy upośledzenie. Dzięki temu muzykoterapia może być postrzegana w sposób prezentowany w definicji K. Bruscia (Robarts, 2009).

Podczas pracy z klientem z autyzmem przydatne może okazać się przeniknięcie do jego wewnętrznego świata oraz, osiągnąwszy to, stworzenie poprzez prymitywne i prawie nieuporządkowane ramy muzyczne, poczucia satysfakcji z oczekiwania na coś, a także zaciekawienia dla nieoczekiwanych wydarzeń. Specyfika autystycznego zachowania w aktywnych działaniach odzwierciedlana jest w stereotypach. Z drugiej strony, stereotypowe ruchy i myśli są ściśle powiązane z głównymi elementami w muzyce i, w szczególności, z rytmem (Franco, 1999).

*„Muzykoterapia ma związek z budowaniem bezpiecznego miejsca, miejsca spotkań, gdzie gdzie można się czuć równym, podstawy doświadczenia, w którym w naszych ciałach zapamiętywane są emocje*

*oraz powiązania z innymi osobami, równorzędnie znajdującymi się we własnej przestrzeni. Muzykoterapia może być modyfikowana i definiować ograniczenia i sztywność konwencji społecznych. Może ona być modulowana, aby pokazać, że ci znajdujący się w bezpośrednio konfrontacyjnym ja-w-stosunku-do-innych świecie, mogą być również pośrednio konfrontacyjni w samo-posiadający sposób, pokazujący, że życie nie jest tylko białoczarne, ale posiada całe spektrum pomiędzy.”*

Donna Williams, osoba zdiagnozowana jako autystyczna (Berger, 2002).

### Co się dzieje w muzykoterapii?

Oczywista nieumiejętność autystycznego mózgu do właściwego kodowania, dekodowania, integrowania i koordynowania jednocześnie wielu informacji sensorycznych zdaje się być jedną z głównych przyczyn nieprzewidywalnych zachowań oraz nieprawidłowych reakcji przystosowawczych. Interaktywne systemy sensoryczne obejmują dotykowe, przedsionkowe, lokalizacyjne, wzrokowe i słuchowe przetwarzanie informacji. Jest to obszar, w którym interwencje muzyczne mogą mieć główny wpływ na utrwalanie się przystosowania funkcjonalnego. Niezwykle istotna jest rola wiedzy psychologicznej w muzykoterapii, umożliwiająca przeprowadzenie atypowego organizmu człowieka w kierunku stanu integracji sensorycznej. Kiedy integracja sensoryczna i przystosowanie funkcyjne stają się pierwszorzędnymi celami stawianymi w muzykoterapii, ogólne dobre samopoczucie osoby autystycznej będzie nieuniknionym 'efektem ubocznym'. Umiejętność nawiązywania kontaktu, uspołecznienie oraz rozwój emocjonalny, psychologiczny i kognitywny są przewidywane jako rezultat poczucia komfortu ciała i mózgu oraz stanu swobody z samym sobą i otoczeniem (Berger, 2002).

Aby zrozumieć co zachodzi w muzykoterapii musimy wiedzieć, że angażuje ona rozwój wspólnego doświadczenia muzycznego pomiędzy pacjentem a terapeutą. To doświadczenie muzyczne zawiera rozwój relacji z pacjentem, gdzie muzyka, która jest tworzona, reprezentuje nie tylko osobowość i nastrój (zarówno klienta jak i terapeuty), ale również nieświadome uczucia i myśli, które powstają. Uczestnicy sesji muszą w jej czasie czuć się nieskrępowani i bezpieczni, muszą również mieć możliwość rozwijania pewności siebie w odniesieniu do bycia zdolnym do wyrażania siebie muzycznie (poprzez instrumenty i wokalnie) bez żadnych wymaganych umiejętności muzycznych czy

doświadczenia. Rolą terapeuty jest stworzenie

muzycznych ram, w których klient może funkcjonować, oraz rozwijanie poprzez te ramy takiej relacji z klientem, w której możliwe będzie wspólne zyskanie wglądu w wewnętrzną sferę życia klienta. Sposób pracy muzykoterapeuty oscyluje od silnie ustrukturyzowanych ram do elastyczności i swobody (Wigram, 1999).

### Definicja autyzmu

Autyzm jest zaburzeniem rozwojowym często określanym mianem rozległego zaburzenia rozwoju. Termin rozległy oznacza, że opóźnienie w niektórych obszarach rozwoju będzie wpływało, wraz ze wzrostem, na inne obszary rozwoju, powodując deficyty funkcjonowania. Ponieważ jest to zaburzenie rozwojowe, symptomy autyzmu tkwiące w danej osobowości będą się różnie objawiały w różnym wieku, niektóre aspekty będą zanikały wraz ze wzrostem, zaś inne będą się pojawiały (Berger, 2002).

Autyzm jest zaburzeniem zróżnicowanym, co oznacza, że nie ma tylko jednego sposobu bycia autystycznym. Charakterystyki autyzmu rozciągają się od upośledzonych geniuszy, którzy potrafią wykonywać skomplikowane obliczenia kalendarzowe, ale nie są w stanie dodać dwa plus dwa, poprzez wysokiej klasy naukowców, autorów i artystów, do ledwo funkcjonujących, niewerbalnych jednostek z poważnymi kognitywnymi upośledzeniami. Każda osoba zdiagnozowana jako autystyczna przedstawia całkowicie unikalne cechy na przestrzeni trwania zaburzenia (Siegel, 1966).

Dzieci ze spektrum zaburzeń autystycznych przejawiają znaczące trudności w kolejności podejmowania działań, dzieleniu się, przewidywaniu, zastanawianiu, kopiowaniu, odczuwaniu empatii. Z powodu braku zainteresowania i bycia świadomymi innych ludzi, mogą one przejawiać brak zainteresowania i zdolności do reagowania, dostosowywania się do zmian tempa, rytmu, barwy, intensywności i wielu innych elementów wspólnego doświadczenia muzycznego. Analiza wydarzeń muzycznych oraz znaczenia lub interpretacji muzyki dziecka musi być rozważana pod względem intencjonalności do indywidualnego wyrażania siebie przez dziecko, inicjowania relacji z terapeutą lub też odpowiedzi na muzykę zainicjowaną przez terapeutę (Wigram, 1999).

### Muzykoterapia z dziećmi z autyzmem

Fakt, że muzyka jest angażującym bodźcem dla

wszystkich dzieci, stąd również dla dzieci z autyzmem, oraz, że wiele z nich może z sukcesem uczestniczyć w zajęciach muzycznych, przyczynia się do uznania wartości muzykoterapii w leczeniu autyzmu (Thaut, 1999). Poza tym dzieci z autyzmem przejawiają potrzebę uporządkowania, czyli tego co muzyka zawiera w wielu jej elementach, jak melodia, harmonia, rytm, frazowanie oraz dynamika (Wigram, Elefant, 2009).

Dla dzieci, których naturalne drogi symbolizowania zostały zablokowane wpływając na tożsamość i spójny obraz samego siebie, muzykoterapia może zaferować sposób na formowanie lub odzyskanie znaczenia poprzez konstruowanie zdolności symbolizowania, które wyrastają ze sfery komunikacji emocjonalnej (Robarts 2009).

Obserwując trudności dziecka z autyzmem można zauważyć, że upośledzenie dysfunkcji mózgu ingeruje zarówno w proces kodowania jak również rozumienie wiadomości (np.: język mówiony, wyraz twarzy, itp.) oraz zastosowanie i rozumienie poczucia czasu. Dlatego też dzieci autystyczne odbierają wiadomości, które je dezorientują i, w efekcie, powodują ich wycofanie z interakcji społecznej. Tworzenie muzyki w sposób wolny, improwizując, jest sposobem na pewnego rodzaju komunikację przy pomocy prostych zasad i nieskrępowanego, niewyuczonego grania (Wigram, 1999).

Metody muzycznej improwizacji dzięki którym potencjał komunikacyjnej muzykalności ludzi z autyzmem może być odkrywany, badany, rozwijany, a następnie integrowany i włączany do codziennych zajęć, opierają się na technice muzycznej i metodzie terapeutycznej oraz na kontrolowanym zestrojeniu z założonymi przez pacjenta zamierzeniami i uczuciami (Wigram, Elefant, 2009).

Zastosowanie improwizowanej muzyki jest często środkiem dla tworzenia muzycznego dialogu z klientem, stworzyło również podstawy dla wielu teorii i tradycji. Elastyczność jest niezbędną cechą muzykoterapeuty, jak również przystosowanie się do potrzeb klienta, do sytuacji oraz zmienności jego stanów emocjonalnych i interakcji, w zakresie szerokich lecz dobrze wytyczonych ram. Podejście oraz interwencja terapeutyczna w zależności od sytuacji obejmuje zakres od silnie ograniczonych ram do elastycznego, nieskrępowanego stylu pracy.

Muzykoterapia improwizacyjna może przenieść dziecko autystyczne aż do wczesnego, przedjęzykowego etapu – kiedy to wymiana prostych dźwięków, począwszy od dźwięków, które dziecko wydaje dla własnej przyjemności – stymuluje wewnętrzny dialog komunikacyjny, taki, który jest

zrozumiały, a zarazem przyjemny dla dziecka

(Wigram, Elefant, 2009). Jak zaobserwował Clive

Robbins, w muzykoterapii niezwykle istotne jest włączenie woli oraz skupienie zmysłów na działaniach podtrzymywanych siłą woli. Ten wysiłek woli jest wysiłkiem osobowości i scala zdolności, co bez wątplenia jest dużym krokiem w samoaktualizacji (Aigen, 1998).

Podczas wspierającej improwizacji terapeuta próbuje nakierować, zestroić swoją wrażliwość ze stanem pacjenta, aby stworzyć empatyczną improwizację. Ta metoda została opisana przez Alvin –terapeuta próbuje odzwierciedlać fizyczny i emocjonalny stan klienta w ich wspólnej muzyce, dając klientowi muzyczną interpretację tego jak ich postrzega i odczuwa (Wigram, 1999). Może to być porównane z techniką zwaną dopasowaniem w programowaniu neurolingwistycznym.

W wolnej improwizacji zasady są punktem wyjścia. Improwizacja wywodzi się z wewnętrznych obrazów, powiązanych ze wspomnieniami lub emocjami i nastrojami, które pojawiają się w danym momencie. Oczywiście muzyczna improwizacja może wywoływać również nowe obrazy, emocje lub nastroje. Tak więc muzyczna improwizacja może zarówno ułatwiać wyrażenie problemu, ale i w tym samym czasie przepracować problem i zmienić go poprzez proces muzyczny i improwizację. Muzykoterapeuta, tak jak analityk, musi być świadomy tego, które motywy prowadzą do czegoś nowego, a które powinny być powtarzane.

Muzykoterapeuta może często kierować lub utrzymywać uwagę klienta na tematach muzycznych poprzez zastosowanie w improwizacji motywów muzycznych klienta oraz późniejsze rozwijanie ich (Wigram, Pedersen, Bonde, 2002).

### **Diagnoza w muzykoterapii**

Muzykoterapia dzięki niewerbalnej naturze muzyki może odgrywać bardzo istotną rolę w procesie diagnozowania dzieci, które cierpią na zaburzenia komunikacyjne. Program muzykoterapii pozwala dzieciom odkryć potencjał przedwerbalnego, alternatywnego systemu komunikacji, który może z kolei potwierdzić lub odrzucić diagnozę autyzmu czy też wskazać inne kierunki diagnozy.

Zdrowe dzieci posiadają biologiczną predyspozycję do pełnienia aktywnej roli w interakcji społecznej. Posiadają one również wrodzone poczucie czasu, które pozwala im włączać się w proces dialog z innymi. Daniel Stern zauważył, że modulowana, zróżnicowana zmienna w postaci poczucia czasu w

interakcji pomiędzy matką a niemowlęciem jest perfekcyjnie przystosowana do utrzymania i regulowania uwagi i emocji niemowlęcia (Graiter, Apter-Danon, 2009). Jest to niezwykle istotne w muzykoterapii, gdyż współimprowizacja dwojga ludzi opiera się właśnie na umiejętności wycucia czasu oraz „przekazywaniu głosu” (czyli raz mówi jedna raz druga osoba), jak i tworzeniu, co stanowi sedno komunikacji.

Sposoby w jakie dziecko się porozumiewa, myśli, koncentruje się, reaguje, porusza się, czuje, postrzega, wyobraża sobie, działa i współdziała są ze sobą powiązane i stanowią ważny element oceny, diagnozy. Te czynniki dają szansę przewidzieć w jaki sposób dziecko zareaguje na muzykę i inne działania muzykoterapeutyczne. Ocena muzycznych preferencji i umiejętności jest istotna dla tego procesu (Hanser, 1999).

Muzykoterapia może być stosowana do oceny i uściślenia diagnozy upośledzenia rozwojowego. Analiza aktywności muzycznej może odgrywać wyjątkową rolę w ukazaniu mocnych stron oraz trudności, jak również w identyfikowaniu potencjału, zdolności reagowania i doskonalenia umiejętności społecznych dzieci z autyzmem (Wigram, Elefant, 2009).

Każdy typ oceny w muzykoterapii zawiera obserwację dziecka, które tworzy lub słucha muzyki w specyficznych warunkach, umożliwiających terapeutę ocenę umiejętności i potrzeb dziecka.

Diagnoza muzykoterapeutyczna może dać terapeutę wskazówkę odnośnie wyboru odpowiedniego sposobu zorganizowania procesu leczenia oraz wyboru rodzaju terapii, który będzie najkorzystniejszy dla dziecka (Wheeler, 2005).

Muzyka jest wszechstronną formą dostarczającą bogate źródło informacji, które mogą być postrzegane z wielu różnych perspektyw. Dlatego też muzyka może pomóc nam zrozumieć wiele fizycznych, intelektualnych, emocjonalnych i społecznych potrzeb dziecka (Bunt, 1994).

### **Wpływ muzykoterapii na poznawczy, językowy, sensomotoryczny, społeczny i emocjonalny rozwój dzieci z autyzmem**

Dzieci ze specjalnymi potrzebami mogą być kierowane na muzykoterapię, aby zaspokoić potrzeby komunikacyjne, kognitywne, sensomotoryczne, poznawczo-ruchowe, społeczne, emocjonalne i psychologiczne. Muzykoterapeuci poprzez różne doświadczenia muzyczne starają się u osób z zaburzeniami o spektrum autyzmu odbudować

umiejętności, zmienić specyficzne zachowania, polepszyć istniejące uwarunkowania oraz nauczyć nowych umiejętności (Hanser, 1999).

Deficyty poznawcze spowodowane autyzmem obejmują ograniczone zdolności abstrakcyjnego myślenia, problem ze zrozumieniem informacji słuchowych i wzrokowych oraz problemy z uszeregowaniem wydarzeń lub zorganizowaniem informacji w sposób użyteczny i znaczący (Thaut, 1999). Muzykoterapia jest stosowana, aby przygotować oraz poprowadzić organizm w kierunku adaptacji funkcjonalnej. Edgerton (1994) wspomina, że Thaut (1980) zasugerował możliwość zaabsorbowania rytmu na poziomie fizjologicznym oraz pomijania deficytów kognitywnych dzieci z autyzmem. Muzykoterapia wspiera inne interwencje ze względu na fakt, że może ona przekraczać je stymulując w kierunku całościowego przystosowania zarówno korę mózgową jak i resztę mózgu (Berger, 2002).

Dzieci z autyzmem często przejawiają całkowitą nieumiejętność lub brak chęci komunikowania się zarówno na poziomie werbalnym, jaki i niewerbalnie. Jeśli używają one języka mówionego to może on być pozbawiony sensu. Improwizacje wokalne zawierające kombinacje samogłoskowe i spółgłoskowe mają na celu stymulowanie lub kształtowanie ekspresji wokalne oraz mogą wspomagać doskonalenie prozodycznych cech mowy u dziecka. Techniki takie mogą zawierać oferowanie muzycznej interakcji (pytanie i odpowiedź, lub imitowanie) na bębnie lub metalofonie, i mogą prowadzić o rozmowy opartej na dźwiękach (Thaut, 1999). Celem takich działań jest poprawa artykulacji, fleksji, oddychania i tempa mowy.

Dzieci, które nie komunikują się werbalnie są szczególnie dobrymi kandydatami do pracy metodami muzykoterapii. Pozbawione oczywistego środka komunikacji używanego przez większość z nas, muszą nauczyć się innych sposobów wyrażania siebie. Muzykoterapeuci są mistrzami w oferowaniu alternatywnej formy komunikacji, która da dzieciom możliwość wyrażania uczuć i myśli poprzez muzykę (Hanser, 1999).

Ponad 80% czasu aktywności systemu nerwowego dotyczy przetwarzania i organizowania informacji sensorycznych. Poprzez zapewnienie bodźców, które łączą w sobie muzykę oraz działania powiązane z muzyką skierowane na konkretne zaburzenia, muzykoterapia próbuje zachęcić organizm do zastosowania nowych, bardziej funkcjonalnych interpretacji bodźców sensorycznych (Berger, 2002). Dziecko autystyczne jest zaabsorbowane samo

stymulującymi zachowaniami, co stanowi często ważny obszar zainteresowania terapeuty. Stosowanie muzyki jako zamiennego bodźca uznawane jest za sensoryczną modulację tego zachowania (Thaut, 1999).

Kiedy podejmowane są specyficzne działania rytmiczne, instrumentalne, wokalne i ruchowe, stymulowane przez spreparowane bodźce oraz unikalne ćwiczenia kierowane na uzyskanie równowagi ciała i umysłu, mogą one skutkować słuchowo-wzrokową integracją, zwrotnym planowaniem ruchowym, rytmiczną internalizacją, koordynacją ciała i umysłu, umiejętnością szeregowania, organizacją zadań oraz przystosowaniem do środowiska dźwiękowego (Berger, 2002).

W każdej teorii muzykoterapii nieodzowne jest pojęcie emocjonalnego wpływu muzyki. Pomimo faktu, że muzyka ma moc wywoływania psychicznej, fizycznej, emocjonalnej i duchowej reakcji, i poza kilkoma ogólnikami, do końca nie rozumiemy jak i w jaki sposób różne rodzaje muzyki będą na nas oddziaływać. Nie każdy reaguje na muzykę w ten sam sposób. Niekoniecznie też ta sama osoba dwa razy zareaguje tak samo na tą samą muzykę. Reakcje mogą być niezwykle intensywne i zależeć od upodobań odnośnie rodzaju muzyki, kompozytora czy wykonawcy. Reakcje emocjonalne są często wynikiem skojarzeń, wspomnień i przeszłych doświadczeń, które mogą być pozytywne lub negatywne. Emocje wynikają z reakcji na specyficzne przedmioty, sytuacje lub osoby. Umiejętność przeprowadzania odbiorcy z jednego nastroju lub emocji w inną, stanowi część umiejętności muzyka, kompozytora, i bez wątpienia również muzykoterapeuty. Muzyka przede wszystkim wyraża nastrój, na który odbiorca wprojektowuje specyficzne znaczenie emocjonalne (Wigram, Perderson,

Bonde, 2002). Terapeutyczne zastosowanie działań muzycznych w celu załagodzenia efektów poważnego urazu skutkuje poprawą kontroli motorycznej, jak również przynosi korzyści emocjonalne i społeczne dające pewność siebie i radość (Panksepp, Trevarthen, 2009).

*„Przed dokonaniem przemiany z izolacji na postawę otwartą na kontakty społeczne należy dokładnie zbadać i zrozumieć skomplikowane zależności pomiędzy sferą psychologiczno-emocjonalną a sferą sensoryczną. Działania mające na celu ułatwienie integracji funkcji fizjologicznych i czynników psychologicznych muszą być podejmowane z dużą precyzją i ostrożnością”* (Berger, 2002).

## Uwagi końcowe

Omawianie niektórych aspektów autyzmu w ten sposób jest próbą wyjaśnienia niektórych zachowań lub też wyeliminowania obaw związanych z reakcjami, które są nietypowe. Jest to jednak sposób przetłumaczenia znaczenia zachowań autystycznych na możliwą sensoryczną/fizjologiczną etiologię. Z pewnością każdy organizm będzie funkcjonował bardziej efektywnie kiedy stres i lęk zostaną zredukowane i utrzymane na minimalnym poziomie (Berger, 2002).

Muzykoterapia w sferze nieumiejętnej autystycznej interpretacji sensorycznej, zwłaszcza w odniesieniu do funkcjonalnego przystosowania, pełni ważną rolę w dostarczaniu powtarzalnych bodźców, które mają na celu wyuczenie innych możliwych sposobów reagowania, mogących się okazać bardziej przydatne na przyszłość. Musimy zrozumieć o których zmysłach mówimy, co oznacza fizjologiczna adaptacja, co zawierają podstawowe elementy muzyki i jak mogą one być stosowane w leczeniu sensorycznym (Berger, 2002).

Kliniczny potencjał muzykoterapii może być bardziej doceniany kiedy muzyka, muzykalność i wyraz emocjonalny zostaną zrozumiane jako zjawiska biologiczne oparte na ludzkiej naturze. W muzyce tak jak w życiu występuje potrzeba różnorodności i powtarzalności, poczucie ciągłości, ale nie stagnacji (Robarts, 2009).

Istnieje potrzeba dalszych badań w dziedzinie muzykoterapii w pracy z dziećmi autystycznymi, w szczególności badań biorących pod uwagę różne środowiska kulturowe klientów. Powinniśmy się również skupić na rozwoju wspólnego języka diagnozowania autyzmu, jak i diagnozy w muzykoterapii.

Aby odnieść się do tych niecierpiących zwłoki zagadnień, niezwykle istotne byłoby dotarcie do wszystkich profesjonalistów z różnych krajów, chętnych do podzielenia się swoimi pomysłami i wizjami muzykoterapii i stworzenia silnej międzynarodowej sieci muzykoterapeutów.

Tłumaczenie: Natalia Makolądra

## Bibliografia:

1. Thaut, M., H. (1999). Music Therapy with Autistic Children. Davis, W.B., Gfeller, K.E., Thaut, M.H. (ed.). An Introduction to Music Therapy. USA; McGraw-Hill.
2. Wigram, T. (1999). Contact in Music. Wigram, T., De Backer J. (ed.), Clinical Applications of Music



- Therapy in Developmental Disability, Paediatrics and Neurology (str. 69-92). London: Jessica Kingsley Publisher Ltd.
3. Di Franco, G. (1999). Music and Autism. Wigram, T., De Backer J. (ed.), *Clinical Applications of Music Therapy in Developmental Disability, Paediatrics and Neurology* (str. 93-118). London: Jessica Kingsley Publisher Ltd.
  4. Wigram, T., Pedersen, I. N., Bonde, L.O., (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.
  5. Hanser, S. B., (1999). *The New Music Therapist's Handbook*. Boston: Berklee Pressagement.
  6. King, B. (2004). *Music Therapy*. Arlington, Texas; Future Horizons.
  7. Wheeler, B.L., Shultis, C.L., Polen, D.W. (2005). *Clinical Training Guide for the Student Music Therapists*. Gilsum NH, USA: Barcelona Publisher.
  8. Siegel, B. (1996). *The World of the Autistic Child. Understanding and treating Autistic Spectrum Disorders*. Oxford, UK: Oxford University Press.
  9. Berger, D., S. (2002). *Music Therap, Sensory Integration and the Autistic Child*. London. Jessica Kingsley Publishers.
  10. Panksepp, J., Trevarthen, C. (2009). The neuroscience of emotion in music. Malloch, S., Trevarthen, C. (ed) *Communicative Musicality* (p. 105-145). Oxford: Oxford University Press.
  11. Robarts, J. (2009). Supporting the development of mindfulness and meaning: Clinical pathways in music therapy with a sexually abused child. Malloch, S., Trevarthen, C. (ed) *Communicative Musicality* (p. 377-400). Oxford: Oxford University Press.
  12. Wigram, T., Elefant, C. (2009). Therapeutic dialogues in music: Nurturing musicality of communication in children with autistic spectrum disorder and Rett syndrome. Malloch, S., Trevarthen, C. (ed) *Communicative Musicality* (p. 423-448). Oxford: Oxford University Press.
  13. Edgerton, C.L. (1994). The Effect of Improvisational Music Therapy on the Communicative Behaviours of Autistic Children. *Jurnal of Music Therapy*, 1, 31-62.
  14. Bunt, L. (1994) *Music Therapy: An Art beyond Words*. London: Routledge.
  15. Graitier, M., Apter-Danon, G. (2009). The improvised musicality of belonging: Repetition and variation in mother-infant vocal interaction. Malloch, S., Trevarthen, C. (ed) *Communicative Musicality*. (p. 301-327). Oxford: Oxford University Press.
  16. Aigen, K. (1998). *Paths of Development in Nordoff-Robbins Music Therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

## Praca muzykoterapeutyczna z dzieckiem autystycznym – refleksje studentki muzykoterapii

Sara Knapik

Muzykoterapia i całe jej muzyczne bogactwo jest coraz bardziej doceniane i wykorzystywane w procesie terapeutycznym. Liczne techniki, metody muzykoterapeutyczne pacjenta są skuteczne w pracy z każdą osobą, bez względu na wiek, pochodzenie, płeć, schorzenie, czy wykształcenie. Jest ona zupełnie wyjątkową profesją, która wywiera wpływ na organizm człowieka, jego sferę psychosomatyczną. Może ułatwiać komunikację, proces uczenia się, poprawiać koncentrację, sferę emocjonalną oraz poznawczą, wspomagać leczenie jednostki w taki sposób, aby osiągnęła lepszą jakość życia. Muzykoterapia stanowi proces leczenia muzyką, w ramach którego mieszczą się także działania związane z aktywnością muzyczną (muzykowaniem) wspierające organizm. Ponadto może stanowić formę zabawy, zwłaszcza dla dzieci z zaburzeniami i różnymi trudnościami.

Jednym z zaburzeń, w leczeniu którego rola muzykoterapii jest niezwykle pomocna jest autyzm. Dzieci z autyzmem charakteryzują się nieprawidłową komunikacją międzyludzką, niezdolne są do tworzenia odpowiednich relacji społecznych oraz posiadają obniżony poziom możliwości funkcjonowania intelektualnego. Ponadto mają zaburzoną sferę emocjonalną oraz poznawczą. Poprzez działania muzykoterapeutyczne dzieci autystyczne mogą nabyć praktyczne zachowania w zakresie komunikacji, koncentracji, percepcji słuchowej czy motorycznej. Pracując z dziećmi autystycznymi możemy zauważyć jak ważnym elementem muzycznym jest rytm. To czynnik porządkujący, powtarzający się przez pewien okres czasu, a zatem przewidywalny – a dzięki temu mogący dawać poczucie bezpieczeństwa. Rytm często towarzyszy dzieciom autystycznym przy wykonywaniu ruchów stereotypowych (możliwość rozładowania nagromadzonego napięcia), dlatego też wykazują one szczególne zainteresowanie nim. Czynnik rytmiczny może wpływać na poczucie kontroli i opanowania wśród dzieci autystycznych.

Swobodna gra na instrumentach z terapeutą sprawia,

że dzieci autystyczne stopniowo uczą się naśladować (rodzaj gry, sposób wydobywania dźwięków) oraz powtarzać odpowiednie wzorce muzyczne, potrzebne w komunikacji niewerbalnej (pytanie – terapeuta gra na danym instrumencie i w sposób sugestywny czeka na odpowiedź dziecka który gra na jednym z instrumentów perkusyjnych). Improwizacja instrumentalna lub wokalna (śpiewanie piosenek, różnych kombinacji spółgłosek, samogłosek, naśladowanie dźwięków) wywołuje spontaniczną aktywność u dziecka. Obserwując te zachowania, terapeuta wykorzystuje zdolności muzyczne dziecka, jego przeżycia, współuczestnicząc i nadając odpowiednią strukturę w muzycznym działaniu. Wspólne tworzenie muzyki powoduje również poprawę umiejętności motorycznych (odpowiednie chwytanie pałeczki, uderzanie w membranę, klaskanie, uderzanie stóp o podłogę) oraz sensomotorycznych (koordynacje bilateralną) (Wheeler, Shultis, Polen., 2005, s.81).

Przetwarzanie materiału muzycznego wpływa na zapamiętywanie schematów, ale jednocześnie daje możliwość modyfikowania go stopniowo, przyzwyczajając dzieci autystyczne do zmian. Wzmacnia i poprawia nawiązywanie kontaktu z rówieśnikami, przez co daje satysfakcję ze wspólnego grania i zabawy (Wheeler, Shultis, Polen., 2005, s.91). Muzykoterapia przyczynia się do wzrostu tempa rozwoju mowy tych dzieci, likwidacji zaburzeń komunikacyjnych oraz zdecydowanie zmniejsza występowanie echolalii z 95% do 10% (Błeszyński, 2005, s.62). Według J. Alvin muzyka ułatwia zdobywanie przez dziecko doświadczeń sensorycznych, dotykowych i słuchowych- odczuwanie wydobywanego dźwięku oraz słuchanie i porównanie siły włożonej w uderzenie (Błeszyński, 2005, s.62). Słuchanie muzyki w trakcie relaksacji pomaga dziecku autystycznemu w obniżeniu napięcia, redukcji niepokoju, pobudliwości oraz pozwala na lepszą poprawę świadomości własnego ciała (Wheeler, Shultis, Polen, 2005, s.109). Muzykoterapia ułatwia również opanowanie podstawowej wiedzy i może

wpływać na lepsze przystosowanie do życia w społeczeństwie.

Wielu badaczy wykazało, że dzieci autystyczne są niezwykle zainteresowane muzyką i jej wykonywaniem, przeżywając ją w sposób inny w porównaniu do dzieci prawidłowo rozwijających się. Stwierdzono również, że autyści reagują intensywniej na muzykę niż na inne stymulacje słuchowe. Sherwin podkreśla, że wykazują specyficzną reakcję na słyszane dźwięki, czy odgłosy. Dzieci autystyczne znacznie bardziej niż osobami, zaabsorbowane są różnymi obiektami, w tym instrumentami oraz grą (Gaston, 1968, s.186). Applebaum w 1979 roku (W. Davis, K. Geffler, M. Thaut, *An Introduction to Music Therapy. Theory and Practise*, USA 1999) stwierdził, że dzieci autystyczne często naśladują pojedyncze dźwięki lub serie dźwięków, w taki sam sposób lub lepiej niż dzieci zdrowe (Davis, Geffler, Thaut, 1999, s.170). Niekiedy też mogą wykazywać wyjątkowe zdolności, jak to opisał O' Connell (1974) na przykładzie gry na fortepianie przez głęboko zaburzonego autystę (Davis, Geffler, Thaut, 1999, s.170). Blackstock (1978) badał wizualne i muzyczne preferencje dzieci autystycznych oraz dzieci zdrowych. Wskazał, że dzieci nie autystyczne nie wykazywały konkretnej preferencji – muzycznej lub wizualnej – w przeciwieństwie do dzieci autystycznych, które zdecydowanie wybierały muzykę (Davis, Geffler, Thaut, 1999, s. 170). Thaut (1987) wskazał na znaczące preferowanie przez dzieci autystyczne stymulacji muzycznej ponad stymulację wzrokową, wybieraną przez dzieci zdrowe. Porównywał również grupę dzieci autystycznych, dzieci prawidłowo rozwijających się oraz grupę dzieci niepełnosprawnych intelektualnie, które zostały poproszone o zagranie melodii na ksylofonie (1988). Poprzez analizę muzyczną, proponowane melodie przez grupę dzieci autystycznych wykazywały duże podobieństwo do melodii granych przez dzieci zdrowe, natomiast pod wieloma względami melodie grane przez dzieci niepełnosprawnie intelektualnie znacznie się różniły (Davis, Geffler, Thaut, 1999, s.170-171). Firth (1972) analizując i porównując spontanicznie wydobywane przez dzieci autystyczne dźwięki z ksylofonu oraz tworzone sekwencyjnie kolorowe karty, wykazał, że dźwięki zagrane na ksylofonie były znacznie bardziej złożone i zróżnicowane od sekwencji ułożonych kolorów (Davis, Gaffler, Thaut, 1999, s. 170). Istnieje jeszcze wiele przykładów, które zostały potwierdzone naukowo na to, że muzyka silnie wpływa na dzieci autystyczne, co widoczne jest w ich graniu, tworzeniu, słyszeniu.

Wielu muzykoterapeutów podkreślało, że stosowanie licznych metod muzykoterapeutycznych u dzieci

autystycznych poprawiało i wzmacniało: relacje interpersonalne, sferę emocjonalną, koordynację ruchową, świadomość własnego ciała, umiejętności komunikacyjne oraz językowe.

Jaś, z którym prowadziłam muzykoterapię ma 14 lat, jest dzieckiem autystycznym i uczęszcza do Szkoły Specjalnej. Jego rozwój jest nieharmonijny, tzn. przebiega różnie we wszystkich sferach funkcjonowania. Posiada zaburzoną sferę motoryczną oraz poznawczą – nie zachodzi komunikacja werbalna, natomiast istnieją niewerbalne możliwości komunikacyjne. Jaś posługuje się tablicą ułatwionej komunikacji oraz posiada dwa swoje znaki znaczące: brak zadowolenia (kciuk skierowany w dół) i pozytywne nastawienie (kciuk skierowany do góry). Istnieją problemy z naśladowaniem, z koncentracją, szybko się rozprasza, im jest trudniejsze zadanie, tym mniejsze jest skupienie na danej czynności. Jaś ma zaburzoną integrację sensoryczną, dlatego nadmiar bodźców, czy informacji powoduje napięcie, dekoncentrację oraz stereotypie ruchowe: klaskanie w ręce od wolnego do bardzo szybkiego i głośnego. Jaś chętnie nawiązuje kontakty z dorosłymi i rówieśnikami, dąży do podtrzymywania kontaktu. Gdy na początku obserwowałam Jasia, nie zauważał mojej obecności i unikał kontaktu ze mną. W momencie rozpoczęcia zajęć muzykoterapeutycznych stopniowo zauważałam jak więź pomiędzy mną, a Jasiem zmieniała się na lepsze (na przykład gdy wchodziłam do sali Jaś, podskakiwał i cieszył się na mój widok; podczas zajęć muzykoterapeutycznych, gdy usłyszał swoje imię w formie śpiewanej stawał się weselszy i chętniej uczestniczył w zajęciach). Jaś, oprócz stereotypii ruchowych, posiada natręctwa – jednym z ważniejszych jest patrzenie w okno, co znacznie utrudnia z nim kontakt i zmobilizowanie go do danych czynności czy zadań.

Jeśli chodzi o funkcjonowanie emocjonalne, Jaś odczuwa wszelkie emocje. Ja nie mogłam tego stwierdzić, ale po obserwacji Jasia i po wywiadzie z jego nauczycielką okazało się, że Jaś gdy się złości – wysoko wokalizuje lub płacze; gdy odczuwa radość – uśmiecha się, skacze i klaszcze w dłonie.. Jaś również wykazuje wrażliwość smakową i słuchową – chętnie słucha muzyki oraz uczestniczy w lekcjach muzyki, będąc zafascynowanym keyboardem i muzyką graną na żywo (kiedy gram na instrumencie lub śpiewam piosenkę z akompaniamentem).

### Opis zajęć

Zajęcia z Jasiem prowadziłam od początku października 2010 roku do maja 2011 roku. Były to sesje grupowe z innymi uczniami z autyzmem, lecz obserwacje i badania przeprowadzałam z Jasiem. Sesje konstruowałam na zasadzie kontrastowych

ćwiczeń, które miały na celu osiągnięcie wyznaczonych przeze mnie celów terapeutycznych.

Tymi celami były: poprawa koncentracji uwagi, wzmoczenie świadomości własnego ciała, nawiązanie kontaktu z pacjentem, poprawa aktywności ruchowej, koordynacyjnej oraz polepszenie integracji z rówieśnikami. Dzięki pracy z Jasiem, opracowałam własną strukturę zajęć, w której wykorzystywałam podejście Muzykoterapii Kreatywnej Paula Nordoffa i Clive'a Robbinsa, elementy Mobilnej Rekreacji Muzycznej Macieja Kieryła, elementy choreoterapii, aktywnego słuchania, relaksacji i arteterapii. Struktura zajęć była niezmienna i dawała Jasiowi poczucie bezpieczeństwa. zatem składała się z pięciu etapów:

**1. Piosenka powitalna** była śpiewana a' cappella lub przy akompaniamencie keyboardu. Dzięki niej witaliśmy się ze wszystkimi i z każdym z osobna, co polepszało więź pomiędzy terapeutą, a pacjentem. Początkowo Jaś uważnie słuchał piosenki. Uśmiechał się gdy padało jego imię. Podczas jednej z sesji, przed zaśpiewaniem tej piosenki, Jaś wziął moje ręce i przyłożył je do keyboardu. Przyciskał tak mocno, aby palce uderzyły w klawisze i wydobyły dźwięki, co mogło oznaczać, że dobrze wie, co będziemy robić i jak zaczynamy naszą muzykę. W trakcie śpiewania piosenki powitalnej, jednorazowo pokiwał mi ręką w odpowiedzi na mój gest, wykonany względem niego. Taka wyraźna i klarowna odpowiedź zdarzyła się raz i nigdy już nie miała miejsca na innych sesjach.

**2. Improwizacja wokalna – instrumentalna, instrumentalna.** Były to ćwiczenia oparte na polskich piosenkach, na swobodnej grze Jasia na różnych instrumentach wraz w terapeutą, ćwiczenia poprawiające koncentrację, bazujące na naśladowaniu muzycznych wzorców, dające wiele satysfakcji i radości ze wspólnego tworzenia. Improwizacja sprawiała, że Jaś słuchał, tego co gram z wielkim zainteresowaniem. Na początkowych sesjach kopiowałam rytmiczną grę Jasia na bębnie, jego ruchy i zachowanie. Dzięki temu szybko nawiązywaliśmy niewerbalny kontakt. Początkowo jego gra była niestabilna rytmiczna i impulsywna (zgodnie z rodzajami wypowiedzi muzycznych dzieci w interakcji z terapeutą, przytaczam: Robbins, Nordoff, 2007, s.60). Używając bębna starał się wyrazić swoje emocje z dużą intensywnością, ale po chwili po zbyt dużym napięciu, wycofywał się. Po kilku sesjach muzykoterapeutycznych, zaczęłam wprowadzać stabilną grę rytmiczną, która zawierała pewną strukturę – na wybrane części lub frazy piosenek („Uczeń na bębnie gra” – zamiast słowa

„uczeń”, padało imię Jasia, „Na bębnie graj”, „Wesoła piosenka”, „Taka zima”, „Co to jest”), Jaś miał

uderzyć w bębenek; na pozostałe zaś fragmenty musiał słuchać, nie grając, oczekując na moment gry. Starałam się również, aby to on „odpowiadał” na moją grę. W taki sposób tworzyliśmy muzyczne rozmowy, w których Jaś próbował odzwierciedlić moją grę. Początkowo nie respektował pauz w utworze, grając chaotycznie, nie słuchając mojej gry. Po kilku sesjach i systematycznym powtarzaniu, zrozumiał strukturę zadania i powoli wspólnie tworzyliśmy utwór na zasadzie: pytanie i odpowiedź. W trakcie improwizacji korzystałam głównie z keyboardu, oraz bębna – te dwa instrumenty ze względu na swój kolor, kształt nie wzbudzały zainteresowania w Jasiu, przez co mógł się lepiej skoncentrować na muzycznym tworzeniu.

**3. Improwizacja ruchowa oraz aktywne słuchanie.** Były to ćwiczenia aktywizujące i poprawiające koordynację ruchową. Dawały też Jasiowi wiele radości i satysfakcji. Wyróżniłam dwa typy ćwiczeń, które przeprowadzałam na sesjach. Pierwsze polegało na wykonywaniu przez Jasia wraz ze mną i z opiekunem układu choreograficznego specjalnie dostosowanego do możliwości dziecka, przy odpowiednio dobranej muzyce (zazwyczaj był to taniec – polka lub walc), Jaś. Układ ten zawierał kilka figur, które wspólnie wykonywaliśmy: kołysanie rękoma, chodzenie po kole, wchodzenie do środka koła oraz stykanie się rękami. Muzyka zazwyczaj była żywa i skoczna, dlatego dawałam Jasiowi dowolność w wykonywaniu danych figur, które czasami były tworzone nieprecyzyjnie przez Jasia. Budowa utworu ABA, sprawiała, że Jaś tańcząc czuł się pewniej i bezpieczniej zwłaszcza w części I i III, co powodowało uśmiech na jego twarzy. Drugim aktywizującym – ruchowym ćwiczeniem było poruszanie się po sali w pulsie słyszanej muzyki. Gdy muzyka milkła, Jaś miał się zatrzymać, tworząc „posąg”. W momencie pauzy, Jaś miał się uspokoić, rozluźnić, a ponadto w odpowiedni sposób zareagować- zatrzymując się. Podczas pauz, podchodziłam do Jasia i bardzo spokojnie i wyważonym głosem mówiłam do niego, miarowo oddychając. Początkowo miał duże trudności w zatrzymaniu się w odpowiednim momencie oraz rozluźnianiu się, ale z biegiem czasu przyzwyczał się do danej struktury ćwiczenia. Polubił to ćwiczenie, o czym świadczy jego zachowanie – kiedy kończyłam zabawę, sam podchodził do odtwarzacza i włączał nagranie, klaszcząc i uśmiechając się. Podczas tych ćwiczeń, Jaś uczestniczył w nich razem z innymi uczniami z klasy. Zauważyłam, że w trakcie

improvizacji ruchowej chętnie bawi się z innymi, trzymając innego ucznia za rękę czy próbuje razem z nim skakać. We wcześniejszych obserwacjach (przy zmywaniu, ścieraniu, myciu rąk, sprzątaniu) nie dostrzegłam, aby tak chętnie dążył do kontaktu z rówieśnikami, jak to miało miejsce w przypadku zajęć muzykoterapeutycznych.

**4. Relaksacja.** W tej części koncentrowałam się na tym, aby Jaś mógł całkowicie rozluźnić swoje ciało i pobudził do działania tylko zmysł słuchu. Jaś wygodnie siadał na krześle i słuchał odtwarzanego nagrania, które miało wolne tempo, miarowy puls oraz było mało zróżnicowane dynamicznie. Po kilku sesjach, zauważyłam, że Jaś nudzi się podczas słuchowej relaksacji. Dlatego postanowiłam, że dodam różne stymulujące elementy, takie jak: kolorowe chusty, bańki mydlane (mydliny) oraz masaż, które pobudzały zmysł wzroku i dotyku (Olechnowicz, 2004, s.54-55).

Podczas relaksacji stosowałam tylko jeden z wyżej wymienionych elementów. W przypadku masażu Jaś chętnie poddawał się ruchom wykonywanym na nim. Czasem podnosiłam jego ręce i w rytm słyszanej muzyki ruszałam nimi. Jednak to bańki mydlane sprawiły Jasiowi największą radość, a ponadto odwracały jego uwagę od patrzenia w okno. Był tak nimi zainteresowany, że podążał wzrokiem za spadającymi mydlinami, próbował dmuchać w nie i dotykać. Podobnie było, kiedy użyłam chust, które dzięki swojej miękkości pobudzały zmysły pacjenta.

**5. Piosenka pożegnalna.** Piosenka oznaczająca koniec naszych zajęć, a zarazem moment żegnania się z Jasiem. Wykonywaliśmy ją a' cappella, stojąc w kółku i trzymając się za ręce.

#### Badania

W pracy z Jasiem przeprowadziłam badanie. W tym celu zastosowałam Arkusz diagnostyczny.... Celem badania było poznanie wpływu technik muzykoterapeutycznych na rozwój dziecka autystycznego. Problemem badawczym było postawione pytanie: „Czy i w jaki sposób wybrane techniki muzykoterapeutyczne wywierają wpływ na rozwój dziecka z autyzmem i poprawiają jego stan?” Oto wyniki z pierwszego badania przeprowadzonego 29.09.2010 w pierwszym półroczu oraz wyniki z drugiego badania przeprowadzonego 10.03.2011 roku. W tabeli, wyłuszczyłam zmiany, które zauważyłam na podstawie przeprowadzonych zajęć muzykoterapeutycznych.

3.1 Arkusz diagnostyczny (źródło: M. Raszewska, W. Kuleczka, Gdańsk 2009, s.54) oraz arkusz szczegółowych

osiągnięć opracowany na podstawie (źródło: A. Franczyk, K. Krajewska, Kraków 2003, s.155)

Lp.	Umiejętności	I półrocze	II półrocze
1.	Czy dziecko uczestniczy chętnie w zajęciach?	Tak	Tak
2.	Czy jest zainteresowane zajęciami, dostrzega ich istnienie?	Tak	Tak
3.	Czy reaguje na stały sygnał powitania?	Nie	Tak
4.	Czy czuje się swobodnie podczas zabaw na sali?	Tak	Tak
5.	Czy akceptuje bierne kierowanie swoją osobą?	Tak	Tak
6.	Czy nie boi się przyborów i przyrządów z którymi ma ćwiczyć?	Nie	Nie
7.	Czy samo włącza się w jakiś sposób do zabaw o piosenek?	Tak	Tak
8.	Czy pokazuje na sobie części ciała?	Tak	Tak
9.	Czy reaguje w jakiś sposób na melodię lub znaną sobie piosenkę?	Nie	Tak
10.	Czy potrafi samodzielnie odtwarzać ruch piosenki lub tańca?	Nie	Tak, z pomocą osoby dorosłej
11.	Czy potrafi współpracować z osobą dorosłą?	Tak	Tak
12.	Czy przejawia chęć gry na wybranym instrumencie?	Tak	Tak

13.	Czy potrafi prawidłowo trzymać instrument perkusyjny i grać na nim?	Tak	Tak
14.	Czy potrafi współpracować z partnerem?	Nie	Tak
15.	Czy akceptuje i potrafi bawić się w obecności dzieci z innych grup?	Tak	Tak
16.	Czy potrafi maszerować po obwodzie koła?	Nie	Tak, z pomocą osoby dorosłej
17.	Czy rozpoznaje dźwięki wydawane przez instrumenty muzyczne?	Tak	Tak
18.	Czy koncentruje się przez jakiś określony czas na ulubionych czynnościach?	Tak	Coraz rzadziej
19.	Czy traktuje inne dzieci w sposób przedmiotowy?	Tak	Nie

Jaś chętnie uczestniczył w muzykoterapii, był zainteresowany różnymi instrumentami i ćwiczeniami stosowanymi na sesjach. Gdy w pierwszym okresie badań, rozpoczynałam zajęcia piosenką powitalną, początkowo nie reagował na sygnał powitania – w zamyśleniu słuchał i obserwował przebieg piosenki. W drugim okresie badań, jego reakcja na piosenkę powitalną uległa zmianie – cieszył się i skupiał się na słuchaniu piosenki dla siebie (gdy śpiewałam jego imię). W trakcie różnych ćwiczeń, Jaś coraz częściej przejmował inicjatywę. Z chęcią uczestniczył w improwizacji instrumentalnej: przestawał grać na instrumencie, a rozpoczynał nucić lub tworzyć różne wokalizacje. W późniejszym okresie badań, podczas improwizacji instrumentalnej, Jaś stawał się coraz bardziej pewny, co pozytywnie wpływało na jego samopoczucie na całej sesji. Początkowo nie reagował na melodię, czy znane piosenki, bo materiał dydaktyczny wykorzystywany przeze mnie był zupełnie nowy. Piosenka „Co to jest” (z pokazywaniem swoich części ciała) z biegiem czasu stawała się dla Jasia znana i przez niego lubiana – znacznie szybciej pokazywał części ciała i żywo reagował na słyszana melodię. W pierwszym półroczu, podczas aktywnego słuchania, w pulsie

odtwarzanego utworu Jaś miał chodzić po obwodzie koła i zmieniać kierunki. Jednakże to sprawiło mu dużo trudności. Nie potrafił samodzielnie odtwarzać ruchu oraz sprawnie zmieniać kierunków poruszania się (rozpraszał się, dekoncentrował się innymi przedmiotami, zatrzymywał się). Natomiast po kilku miesięcznej pracy z Jasiem, w drugim półroczu, Jaś potrafił maszerować po obwodzie koła oraz odtwarzać ruch tańca jednakże tylko z pomocą terapeuty. Wszelkie przejawy samodzielności kończyły się dezorganizacją oraz chaosem na zajęciach. Początkowo również, nie zauważyłam, aby Jaś nie akceptował innych dzieci, ale jednocześnie nie przejawiał dużego zainteresowania nimi. Miał do innych dzieci przedmiotowy stosunek w trakcie zajęć nie muzycznych. W drugim okresie badań, zaobserwowałam, że w trakcie muzycznych zajęć Jaś współpracuje z rówieśnikami oraz jego stosunek do innych znacznie się poprawia. Podczas tańca pacjent brał rękę drugiego dziecka oraz pomagał mu przy improwizacji instrumentalnej. Ostatnim elementem, który uległ poprawie było ograniczenie natrętnego patrzenia się w okno. Był to czas kiedy Jaś był zamknięty w sobie i nie reagował na moje wołanie czy opiekuna. Z biegiem przeprowadzonych sesji, coraz rzadziej koncentrował się na patrzeniu w okno i lepiej uczestniczył w zajęciach – gdy widziałam, że zaczyna się dekoncentrować, śpiewałam wtedy piosenkę, w której występowało jego imię.

### Podsumowanie

Opisane powyżej zachowanie dziecka z autyzmem w trakcie zajęć muzykoterapeutycznych wykazuje, że prowadzona terapia wpłynęła na jego rozwój psychofizyczny. Jak ukazałam w badaniach, muzykoterapia przyczyniła się do poprawy koncentracji uwagi Jasia. Stała się pomostem dla komunikacji pomiędzy terapeutą a dzieckiem oraz dzieckiem i rówieśnikami, co stanowi istotę muzykoterapii. Ponadto piosenki, w których występowało imię Jasia powodowały u niego radość i dawały mu poczucie bezpieczeństwa. Zabawy muzyczne – ruchowe stały się formą dziecięcej zabawy, w której ujawniały się elementy integracji, pełnej satysfakcji i radości. Okres ośmiomiesięcznej muzykoterapii nie wykazał radykalnych zmian i dlatego sądzę, że ta forma terapii powinna być prowadzona długoterminowo i znacznie częściej niżeli raz w tygodniu. Chciałabym również podkreślić, że pomimo krótkiego okresu badań, dziecko wykazało poprawę w sferze komunikacji niewerbalnej i sferze poznawczej, co wskazuje na dużą skuteczność muzykoterapii.

Praca z Jasiem była też szczególnym czasem dla mnie. Chciałabym pracować z dziećmi autystycznymi

w przyszłości, poznawać je, uczyć się rozumieć ich potrzeby i zachowania. Jak pisze La Rochefoucauld „aby dobrze znać rzeczy, trzeba znać ich szczegóły” (Pilch, Bauman, 2001, s.35). Aby dobrze znać dzieci autystyczne, trzeba z nimi pracować i poznawać ich szczególny, niepowtarzalny świat.

**Sara Knapik** - studentka IV roku Muzykoterapii Akademii Muzycznej w Katowicach. Muzykoterapią fascynuje się od początku studiów, bo zawiera w

sobie niezbadane źródło wiedzy o muzyce, a przede wszystkim o drugim człowieku. Od 2011 roku rozpoczęłam pracę w Centrum Rehabilitacyjno – Oświatowym "Odrodzenie", gdzie regularnie prowadzę zajęcia muzykoterapeutyczne z dziećmi o różnym stopniu niepełnosprawności: z autyzmem, z porażeniem mózgowym, z różnymi wadami genetycznymi. Ponadto prowadzę zajęcia muzyczno – ruchowe dla dzieci w wieku od 1 do 4 lat.

W muzykoterapii najczęściej stosuję elementy podejścia Muzykoterapii Kreatywnej Paula Nordoffa i Clive'a Robbins'a, gdyż jej założenia są mi najbliższe i moim zdaniem najlepiej wpływają na rozwój zewnętrzny i wewnętrzny każdego człowieka, niezależnie od wieku, czy zaburzenia.

**Dzieci** w każdym wieku, **autyzm**, **muzyka** to pojęcia które wiążą się ze sobą i tworzą mój krąg zainteresowań, ciągle jednak nie zbadany. W ostatnim czasie zainteresowałam się surdomuzykoterapią – muzykoterapią prowadzoną dla dzieci niesłyszących i niedosłyszących.

## Muzykoterapia dzieci niepełnosprawnych wzrokowo

Teresa Leśniak

Jestem nauczycielem muzyki i muzykoterapii Specjalnego Ośrodka Szkolno- Wychowawczego dla Dzieci Słabo Widzących i Niewidomych im. Zofii Książek- Bregułowej w Dąbrowie Górniczej.

Zajęcia z muzykoterapii prowadzę od 2000 roku z dziećmi, u których stwierdzono specyficzne trudności w uczeniu. Wymagają one dostosowania treści edukacyjnych wynikających z programu nauczania do indywidualnych ich potrzeb na podstawie opinii wydanej przez zespół orzekający poradni psychologiczno- pedagogicznej.

W tym samym czasie na terenie naszego Ośrodka zaczęto organizować wczesne wspomaganie rozwoju małego dziecka. Ma ono na celu stymulowanie ich rozwoju psychoruchowego oraz społeczno- emocjonalnego. Wczesne wspomaganie rozwoju obejmuje dzieci od chwili wykrycia niepełnosprawności wzrokowej do czasu podjęcia nauki w szkole. Jest dodatkową formą pomocy i nie wyklucza udziału dziecka w wychowaniu przedszkolnym. Zajęcia muzykoterapeutyczne w ramach wczesnego wspomagania organizuje się w zależności od możliwości i potrzeb dziecka. Zajęcia prowadzone są z dzieckiem i jego rodziną raz w tygodniu 1 godzinę (60 minut).

Głównym celem zajęć muzykoterapeutycznych jest wspieranie indywidualnego rozwoju niewidomych i słabo widzących dzieci poprzez uzyskiwanie przez nie samodzielności w zakresie aktywności fizycznej, psychicznej i społecznej. Spotkania służą także usprawnianiu zaburzonych funkcji poznawczych oraz doskonaleniu ich współdziałania. Uszkodzenie analizatora wzrokowego może mieć niekorzystny wpływ na przebieg rozwoju dziecka. W takiej sytuacji konieczne jest stymulowanie niezaburzonych defektem wzroku funkcji intelektualnych oraz sfer osobowości wychowanka, w celu kompensowania zaistniałych niedoborów i opóźnień.

Prowadzenie zajęć z dziećmi niepełnosprawnymi wzrokowo wymaga selektywnego doboru środków oddziaływania terapeutycznego, rewalidacyjnego, metod, technik, różnych form aktywności muzycznej zaczerpniętych ze wszystkich znanych systemów wychowania muzycznego. Pierwszeństwo mają te, które bazują w głównej mierze na wrażeniach słuchowych oraz dotykowo- kinestetycznych.

W swojej pracy wykorzystuję sprzęt rehabilitacyjny w postaci skrzyni rezonansowej służący do stymulacji sensorycznej dzieci z dysfunkcją wzroku. Materiał dźwiękowy przekazywany podczas zajęć odbierany jest przez dziecko nie tylko słuchem, ale dodatkowo odczuwany jest całym ciałem w formie drgań- wibracji przenoszonych przez pudło rezonansowe skrzyni. Równoczesne oddziaływanie akustyczne i somatosensoryczne jest większe niż reakcja na bodźce wyłącznie akustyczne. Skrzynia wyposażona jest w kolumny głośnikowe zewnętrzne i wewnętrzne. Dwa głośniki wbudowane w skrzynię wytwarzają drgania, które odczuwane są, gdy leżymy oraz siedzimy na niej, jak również przenoszone na całe podłoże. Urządzenie pozwala sterować natężeniem, barwą dźwięku i wibracji, indywidualnie dla każdego dziecka w zależności od wrażliwości i podatności na tego typu bodźce. W skład oprzyrządowania skrzyni oprócz głośników wchodzi m.in. wzmacniacz, odtwarzacz płyt kompaktowych, mikser, gniazdka umożliwiające podłączenie urządzeń zewnętrznych: mikrofonu, elektronicznych instrumentów muzycznych i innych źródeł dźwięku.

Skrzynię rezonansową przekazała naszemu Ośrodkowi w 1997 roku Regionalna Fundacja Pomocy Niewidomym w Chorzowie. Fundacja otrzymała ten sprzęt od Instytutu dla Niewidomych (Blindeninstitutsstiftung) w Würzburgu. Skrzynia rezonansowa z



oprzyrządowaniem należy do sprzętu rehabilitacyjnego, który stosowany jest na całym świecie jako pomoc rewalidacyjna w psychosensomotorycznym stymulowaniu niepełnosprawnych wzrokowo dzieci.

Muzyka jest sztuką jedyną, której pełne przeżycie nie wymaga udziału wzroku. Stanowi zatem podstawowe i niezastąpione źródło doznań estetycznych dla ludzi niepełnosprawnych wzrokowo. Ten rodzaj sztuki może spełniać doniosłe zadanie kompensacyjne, łagodząc braki spowodowane niemożliwością pełnego przeżycia innych dziedzin sztuki. Właściwie rozumiany i doceniany udział muzyki w stymulowaniu rozwoju dziecka niewidomego pozwala na włączenie jej do zbioru najważniejszych środków oddziaływania rewalidacyjno-terapeutycznego.

Zainteresowanych skrzynią rezonansową, jej zastosowaniami i zagadnieniami wibro-akustycznymi odsyłam do: Teresa Leśniak: „*Wykorzystanie skrzyni rezonansowej w rewalidacji dzieci niepełnosprawnych wzrokowo*”, praca dyplomowa (promotor P. Cylulko), Akademia Muzyczna, Wrocław 2000.

**Teresa Leśniak** - magister sztuki, nauczyciel wychowania muzycznego, tyflopedagog, muzykoterapeuta. Absolwentka Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej w Katowicach na Wydziale Wychowania Muzycznego, Studiów Podyplomowych Metodyki Wychowania Muzycznego Wydziału Wychowania Muzycznego Akademii Muzycznej im. Fryderyka Chopina w Warszawie w zakresie specjalizacji: Wychowanie muzyczne w nauczaniu przedszkolnym i wczesnoszkolnym, Studiów Podyplomowych Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. K. Lipińskiego we Wrocławiu. Członek Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich.

## Muzykoterapia źródłem stymulacji dla wcześniaków

Marta Nowak

Muzykoterapia jest świadomym użyciem muzyki, przez wykwalifikowaną osobę, w celu uzyskania pozytywnych zmian w funkcjonowaniu jednostek z problemami zdrowotnymi, bądź edukacyjnymi na poziomie psychologicznym, fizycznym, poznawczym i socjalnym. Muzykoterapia może być stosowana w zakresie każdej grupy wiekowej, począwszy od okresu ciąży, aż po kres ludzkiego życia. Przyjrzyjmy się działaniu muzyki na tych najmłodszych – dzieci, które przychodzą na świat przedwcześnie.

Ponad 21% wszystkich dzieci narodzonych stanowią te urodzone przedwcześnie lub noworodki ze zbyt niską wagą. Przeżywalność wcześniaków wzrosła do 85%, co głównie przypisuje się znacznemu rozwojowi techniki w ostatnim czasie (za: [www.powersdt.com](http://www.powersdt.com)). Jak można zastosować muzykoterapię dla tych dzieci, które już od początku swojego życia muszą walczyć z procesami, nad którymi my się nawet nie zastanawiamy? Jak pomóc im rozwinąć się w tym mniej sprzyjającym środowisku niż łono matki? Odpowiedzi na te i inne pytania postaram się zawrzeć w mojej wypowiedzi, prezentując jednocześnie wyniki badań przeprowadzonych na terenie USA na oddziałach NICU (*Neonatal Intensive Care Unit*), czyli oddziałach intensywnej opieki neonatologicznej.

Cele, które ustala się dla muzykoterapii w okresie zaraz po urodzeniu to: ukojenie bólu, redukcja poziomu stresu, stabilizacja funkcji fizjologicznych i zachowań oraz przyspieszenie procesu dojrzałości neurologicznej (Standley & Walworth 2010). Efekty działań muzykoterapeutów będą różne dla dzieci ze względu na ich płeć. Na początku życia wszystkie zarodki mają cechy wyłącznie żeńskie (chromosomy XX). W miarę rozwoju, u dzieci płci męskiej wytwarzany jest testosteron. W momencie narodzin różnice w stopniu rozwoju każdej z płci są znaczne (Standley & Walworth 2010):

Noworodek płci żeńskiej	Noworodek płci męskiej
Wrażliwość dotykowa i ustna	Znacznie bardziej rozwinięte mięśnie
Łatwiej wchodzi w interakcje (uśmiech, kontakt wzrokowy)	Bardziej rozwinięta siła fizyczna
Wolniejszy przepływ krwi	Szybszy przepływ krwi
Bardziej rozwinięty narząd słuchu (Cassidy & Ditty, 2001)	Szybszy proces reakcji na bodziec

Różnice występują także w odbiorze wrażeń słuchowych: dziewczynki reagują na wyższe częstotliwości lepiej niż chłopcy. Z uwagi na to, efekty przeprowadzania muzykoterapii mogą się różnić pomiędzy płciami.

Poparte badaniami dane świadczą o tym, że stymulacja muzyczna ma pozytywny wpływ na poziom saturacji (Cassidy & Standley, 1995), szybkość rozwoju głowy (Standley, 1998a), przyrost masy ciała (Standley, 1998b) oraz naukę odruchu ssania (Standley, 2000). Wyniki badań Arnona (2006) świadczą o tym, że w 30 minut po stymulacji noworodka muzyką wykonywaną na żywo, dzieci zapadały w głębszy i spokojniejszy sen, jak i również miały niższy puls. Turkewitz (1988) dowiódł, że krótko po urodzeniu reakcja dzieci na bodziec muzyczny w lewym uchu jest mocniejsza niż w prawym. Ważna jest także stymulacja dziecka w zakresie językowym – w 25-27 tygodniu ciąży dziecko rozpoczyna nabywać doświadczenia w strukturze języka ojczystego. Dziecko słyszy przede wszystkim mowę matki, ale także innych osób z otoczenia, na poziomie niższym jedynie o 15dB niż dźwięk rzeczywisty. Narząd słuchu jest już zdolny do tego procesu. W sytuacji gdy dochodzi do przedwczesnego porodu, dziecko jest pozbawiane tej możliwości, chyba, że zapewni mu się doświadczenie w tym zakresie.

Bazując na tych wynikach badań można stwierdzić, że zapewnienie stymulacji muzyką noworodkowi, szczególnie temu urodzonemu przedwcześnie, jest

działaniem pożądanym. W Stanach Zjednoczonych niemal 75% oddziałów NICU praktykuje muzykoterapię dla noworodków (Field, Hernandez-Reif, Feijo, & Freeman, 2006). Wykorzystywane są śpiew, brzmienia gitary, czy harfy. Zdarza się też, że jest to muzyka odtwarzana z płyt CD. Muzykoterapeuci dbają jednocześnie, by nie dopuścić do nadmiernej stymulacji noworodka. Zespół lekarzy neonatologów decyduje o dopuszczeniu dziecka do muzykoterapii, stan zdrowotny musi na to pozwalać.

### **Badania naukowe i działanie systemu PAL**

„Jayne Standley jest dowodem na to, że w cierpliwości tkwi moc...” (Za: [www.powersdt.com](http://www.powersdt.com))

Dr. Jayne M. Standley jest profesorem *Colleges of Music and Medicine* przy *Florida State University*. Jest postacią rozpoznawaną również w środowisku międzynarodowym, jako badacz naukowy, autorka książek, artykułów. Jest także edytorem *Journal of Music Therapy* oraz Dyrektorem *National Institute for Infant and Child Medical Music Therapy*. Muzykoterapii o specjalizacji neonatologicznej nie wybrała od razu – początkowo pracowała z dziećmi z wszelkiego rodzaju opóźnieniami w rozwoju. Szukając źródeł tych nieprawidłowości w większości przypadków trafiała na sam początek życia dziecka – były urodzone przedwcześnie. Powstało wtedy pytanie – jak wcześniej można zacząć oddziaływać na dziecko za pomocą muzyki, by zapobiec późniejszym komplikacjom i zapewnić lepszy start? Jej imponujący dorobek naukowy jest ciągłym odpowiedziem na to pytanie.

Dr Standley rozpoczęła badania mające na celu wspomaganie dzieci przebywających na oddziałach intensywnej terapii. Najpoważniejszym problemem jest brak płynności pomiędzy snem, płaczem, spokojem czy pobudzeniem. Właściwe proporcje dla dziecka rodzącego się po dziewięciu miesiącach ciąży rozkładają się następująco: sen – 66%, stan senności (zaraz po obudzeniu i tuż przed zaśnięciem) – 8%, czujność – 10%, stan poddenerwowania – 11%, płacz – 6%. U dzieci przedwcześnie narodzonych ten układ jest jednak znacznie zaburzony. Z uwagi na fakt, że stan noworodka jest rozchwiany, kluczowym zadaniem jest stabilizacja tego niesprzyjającego mu środowiska. Otoczenie, w którym znajdują się noworodki, znacznie różni się od łona matki.

Niekorzystnie głośno działająca aparatura, urządzenia wydające dźwięki, w połączeniu ze stresem, które noworodek przeżywa po często trudnym porodzie – te wszystkie elementy mają wpływ na jego rozwój. Tutaj z pomocą ma przyjść kojące działanie muzyki, które wzbogaci jakość otrzymany

bodźców. Jednak nie tylko do tego ogranicza się muzykoterapia, bowiem gdy stymulacji jest za dużo – zadaniem terapeutów jest zadbanie o to, by wzmocnić tolerancję noworodka na docierające z otoczenia bodźce, a wraz z tym bezpośrednio związane jest poczucie bezpieczeństwa.

Jednym z ważnych problemów, z którym borykają się lekarze neonatolodzy, jest zbyt niska waga noworodka oraz nieumiejętność ssania. Spowodowany zbyt wczesnym porodem stres powoduje, że dzieci te nie posiadają odpowiedniego systemu motywacyjnego, który by je zachęcił do ssania, a układ neurologiczny nie jest jeszcze dostatecznie wykształcony.

Działaniem, które ma pomóc w realizacji tego celu może być opracowany przez Jayne Standley System PAL™ (Pacifier-Activated-Lullaby) – wpływający pobudzająco na wykształcenie u dzieci odruchu ssania. Działanie jego jest proste: do ust dziecka wkładany jest czujnik w postaci smoczka, który za pomocą przewodów jest połączony z głośnikami i odtwarzaczem MP3. Gdy jedenaście lat temu rozpoczynano badania nad tym urządzeniem, ówczesny prototyp wyposażony był w odtwarzacz kaset, nieco później płyt CD. W obliczu zmian technologicznych teraz jest to wejście USB, które daje znacznie większe możliwości. Gdy dziecko zaczyna ssać z głośników płynie muzyka i trwa 10 sekund. Jest to pierwszy krok w kierunku wytworzenia prawidłowego procesu oddychania, ssania i przełykania. Gdy dziecko przestaje ssać, następuje przerwa w muzyce, która ma zachęcić dziecko do kontynuacji. Gdy dziecko wykonuje odpowiedni odruch – ponownie odtwarzana jest muzyka. Dzięki temu dziecka odruch jest pozytywnie nagradzany muzyką.

Struktura utworu jest ściśle określona – jednostajne tempo, głośność i tonacja. Kołysanka jest śpiewana w języku ojczystym przez kobietę, gdyż są to częstotliwości kojarzone przez dziecko z głosem matki. Dzięki temu do noworodka docierają bodźce nie tylko muzyczne, ale także językowe, które może być rekompensatą w zakresie nabywania tych doświadczeń, których już nie jest w stanie zdobyć będąc w łonie matki. W trakcie Konferencji American Music Therapy Association Listopad 2011 po raz pierwszy została zaprezentowana wersja seryjna urządzenia. Na chwilę obecną dostępna jest wersja angielska kołysanek, ale – jak zapowiedziano – w ciągu najbliższych sześciu miesięcy ma być dostępna internetowa baza kołysanek z całego świata, do której muzykoterapeuci będą mieli swobodny dostęp tak, aby móc pomóc także dzieciom innych narodowości.

Od czasu, kiedy Jayne Standley zainicjowała swe

badania minęło niemal 11 lat. System PAL™ (*Pacifier-Activated-Lullaby*) pierwszy raz został wykorzystany 1 lipca 1999 r. Przez szereg lat dowodzony przez Jayne Standley zespół przeprowadzał wszelkiego rodzaju badania, aby dopuścić sprzęt do produkcji komercyjnej. Był to okres wytężonej pracy, jak również owocnych i imponujących wyników badań. Jak sama mówi: „*Jestem bardzo podekscytowana po tych wszystkich latach. Mam nadzieję, że będzie to przełom. Jest to bardzo ważne dla przedwcześnie urodzonych dzieci. Problem ten dotyczy całego świata.*” (Za: [www.powersdt.com](http://www.powersdt.com))

Badania nad systemem PAL™ zostały opublikowane w 2010 r. Działaniu PAL™, zostało poddanych 68 wcześniaków, 15-30 minut przed karmieniem. Były to dzieci urodzone w 32, 34 i 36 tygodniu ciąży. Noworodki poddawane stymulacji nie były trzymane na rękach, by uniknąć dodatkowego bodźca stymulującego, który mógłby zatrzeć właściwy powód zmian. Dzieci zostały podzielone na trzy grupy:

ñ bez stymulacji PAL

ñ pojedyncza, 15-minutowa stymulacja

ñ trzy, 15-minutowe stymulacje

Cele badań odnosiły się do efektywności systemu PAL™, wpływu tego sprzętu na postęp w przyjmowaniu pokarmu przez noworodki, ustalenie, czy występują różnice w reakcji na system w zależności od płci a także zadecydowanie o optymalnym wieku, w którym powinno się taką stymulację przeprowadzać.

Wyniki badań dowodzą, że system PAL™ może skrócić pobyt w szpitalu dziewczynek nawet o 11 dni, w przypadku chłopców – o około 1.5 dnia. Biorąc pod uwagę, że koszt utrzymania jednego dziecka na oddziale NICU w Stanach Zjednoczonych wynosi 2000\$/dzień, jest to znaczna oszczędność dla szpitala. Optymalny wiek dziecka do użycia sprzętu 34 tydzień życia, przy trzech, 15-minutowych stymulacjach. Kołysanka najbardziej efektywnie działa na poziomie 65-70dB. Jakość ssania wzrosła dwuipółkrotnie w odniesieniu do grupy nie poddawanej stymulacji.

Jayne Standley o działaniu i istocie systemu PAL™: „*Po latach badań i prowadzenia studium przypadków na oddziale NICU, wiemy, że to urządzenie uczy przedwcześnie urodzone dzieci, jak przyjmować pokarm w sposób szybki i bezpieczny. Zapewnia odpowiedni rozwój, przyspiesza moment wypisania ze szpitala, jednocześnie zmniejszając koszty utrzymania dziecka. Spowoduje to dużą zmianę w standardowej opiece medycznej wcześniaków na*

*oddziale NICU.*” (Za: [www.powersdt.com](http://www.powersdt.com))

Powyżej przedstawione fakty przemawiają jednoznacznie za wprowadzaniem muzykoterapii na oddziały intensywnej terapii noworodków. Nie chodzi tylko tutaj o nastawienie na działanie systemu PAL™. Kołysanki śpiewane przez matkę jeszcze w okresie ciąży są przez dziecko zapamiętywane i znaczący nie jest jedynie fakt działania muzyki, ale przede wszystkim nawiązywanie głębszej relacji pomiędzy matką a dzieckiem. Już od pierwszych chwil życia noworodka jest mu zapewniane poczucie bliskości i bezpieczeństwa, które wspomagają harmonijny i zdrowy rozwój. W dniu 16 listopada 2011r. miałam okazję czynnie uczestniczyć w szkoleniu specjalizacyjnym dla muzykoterapeutów oddziałów NICU. Profesjonalna wiedza wspierana wieloletnim doświadczeniem wielu profesorów o różnym stażu to rzeczywistość, która przez osiem godzin trwania szkolenia mi towarzyszyła. Był to pierwszy z trzech kroków do zdobycia przeze mnie certyfikatu muzykoterapeuty NICU. Kolejnym będzie praktyka na oddziale NICU, również ta z systemem PAL pod czujnym okiem dr Darcy Walworth, a następnie dwuczęściowy egzamin kompetencyjny przygotowany przez Florida State University. Miałam okazję osobiście poznać dr Jayne Standley a także wiele innych osób ściśle związanych z tą dziedziną muzykoterapii. Uczestnicy w różnym wieku, zarówno studenci, stażyści a także profesjonaliści – ta różnorodność zapewniła wyjątkową atmosferę. Jestem przekonana, że był to jeden z decydujących kroków do mojej zawodowej przyszłości.

#### **Piśmiennictwo:**

Robertson, A. (2009). „*Music, Medicine and Miracles*”

Standley, J. M., Walworth D.,(2010). „*Music therapy with Premature Infants: Research and Developmental Interventions*”

Arnon, S., Shapsa, A., Forman, L., Regev, R., Bauer, S., Litmanovitz, I., Dolfin, T.,(2006). „*Live Music is Beneficial to Preterm Infants in the Neonatal Intensive Care Unit Environment.*”

Cassidy, J., Ditty, K., (2001) „*Gender differences among newborns on transient otoacoustic emissions test for hearing.*”

Standley, J., M., Cassidy, J., Grant, R., Cevaso, A., Szuch, C., Nguyen, J., Walworth, D., Procelli, D., Jarred, J., Adams, K., (2010) „*The Effect of Music Reinforcement for Non-Nutritive Sucking on Nipple Feeding Of Premature Infants.*” Cassidy, J., W., Standley, J., M., (1995) „*The effect of music listening on physiological responses of premature infants in the NICU.*”

Standley, J., M., (1998a, November), „The effect of music intervention on head circumference of premature infants: A post hoc analysis of music research in neonatal intensive care.”

Standley, J., M., (1998b), „The effect of music and multimodal stimulation on responses of premature infants in neonatal intensive care.”

Standley, J., M., (2000) „The effect of contingent music to increase non-nutritive sucking of premature infants.”

Turkewitz, G., (1988) „ A prenatal source for the development of hemispheric specialization.”

Field, T., Hernandez-Reif, M., Feijo, L., Freedman, J., (2006) „Prenatal, perinatal and neonatal stimulation: A survey of neonatal nurseries.”

**Marta Nowak** – studentka III roku Edukacji Artystycznej w zakresie sztuki muzycznej ze specjalnością Muzykoterapia na Akademii Muzycznej w Katowicach. Obecnie przebywa na drugim semestrze wymiany studenckiej na University of Louisville – School of Music (Kentucky, USA). W szczególności interesuje się muzykoterapią neonatologiczną oraz muzykoterapią małego dziecka. Odbyła praktyki muzykoterapeutyczne w Early Childhood Center w Louisville, a obecnie praktyki będzie kontynuować na oddziale neonatologicznym University of Louisville Hospital. Jest w trakcie zdobywania certyfikatu NICU Music Therapist nadawanego przez Florida State University.

# Muzykoterapia małych dzieci w Wielkopolsce

Joanna Dąbrowska

*„To, co elementarne, oznacza zawsze nowy początek. Wszystko, co nowoczesne, modne, staje się z czasem nienowoczesne i niemodne. Dzięki swej ponadczasowości, to co elementarne, jest rozumiane na całym świecie...”*  
Carl Orff

## Wprowadzenie

Muzykoterapia małych dzieci na terenie Wielkopolski z roku na rok wzbudza coraz większe zainteresowanie. W latach poprzednich ośrodków oraz placówek ujmujących w swoich programach zajęcia muzykoterapeutyczne było znacznie mniej. Obecnie muzykoterapia staje się coraz bardziej „popularna” i traktowana nowatorsko. Jest także ofertą atrakcyjną dla rodziców małych dzieci, którzy dopiero zaznajamiają się z jej metodami, efektywnością.

Coraz częściej muzykoterapia prowadzona jest na terenach Wielkopolski przez specjalistów, których jednak wciąż jest mało. Ze względu na brak określonych wymogów zawodu muzykoterapeuty zdarza się, że osoby, które nie posiadają uprawnień prowadzą zajęcia muzykoterapii, co czasami zaciera ich prawdziwy obraz oraz cel. Istnieją także inne trudności, z którymi zmagają się terapeuci, gdyż ze względów finansowych nie wszystkie miejsca, w których odbywają się zajęcia wyposażone są w instrument (np. pianino) – najłatwiej dostępny i rozpowszechniony jest zestaw dziecięcych instrumentów perkusyjnych.

Jednak muzykoterapia mimo przeszkód rozwija się prężnie i stopniowo. Coraz więcej metod muzykoterapeutycznych jest wprowadzanych do zajęć, dzięki czemu terapeuci osiągają lepszy stopień komunikacji z małymi pacjentami, coraz częściej zauważalne stają się postępy w rozwoju, pozytywne i korzystne zmiany zachodzące w zachowaniu dziecka w aspekcie ogólnorozwojowym.

Obecnie na terenie Wielkopolski zajęcia muzykoterapii dla małych dzieci prowadzone są m.in. w takich miastach jak Poznań, Piła, Luboń, Mosina, Pobiedziska, Kalisz, Kostrzyn Wielkopolski, Ostrów Wielkopolski, Gostyń, Owińska, Kiekrz.

## Zajęcia muzykoterapeutyczne w grupie wiekowej 0-1

Zajęcia muzykoterapii dla dzieci do pierwszego roku życia odbywają się w żłobkach, prywatnych pracowniach muzycznych, (np. Rozwijające Pracownie Muzyczne „Pozytywka” w Poznaniu), klubach „Malucha”, rozpowszechnione są także zajęcia umuzykalniające z elementami muzykoterapii, na które uczęszczają dzieci wraz z rodzicami do Osiedlowych Domów Kultury lub na przykład do Centrum Kultury Zamek w Poznaniu.

Muzykoterapia dla niemowląt opiera się na ćwiczeniach uwrażliwiających dziecko na dźwięk, jego barwę, dynamikę. Dziecko poznaje instrumenty także za pomocą zmysłu dotyku. Pośród najczęściej używanych instrumentów spotyka się dzwoneczki, bębenki, grzechotki, itp. Rodzic z aktywną pomocą terapeuty pełni podczas zajęć rolę przewodnika po świecie dźwięków. Ćwiczenia muzyczno-ruchowe pozwalają na wspólną zabawę dzieci z rodzicami, gdzie poprzez noszenie, podskoki, obroty z dziećmi, rodzice wzmacniają więź emocjonalną z dzieckiem, sprawiając mu przy tym wielką radość. Zajęcia zawierają również elementy masażu (tzw. „masażyki”), ćwiczenia rozwijające koordynację ruchową, jak również umiejętność chwytania przedmiotów przez dziecko (rekwizytów, instrumentów), elementy śpiewu z akompaniamentem instrumentalnym, śpiewu przy jednoczesnym kołysaniu dziecka dającym poczucie bezpieczeństwa, a także element relaksu, który odbywa się na specjalnie wcześniej przygotowanych poduszeczkach. Relaks realizowany jest w połowie zajęć trwających godzinę, przy akompaniamencie muzyki relaksacyjnej lub/i klasycznej z elementami odgłosów natury, elementami oddziaływania na zmysły, podczas którego mamy karmią, kołyszą na kolanach lub przewijają swoje pocięchy.

## Zajęcia muzykoterapeutyczne w grupie wiekowej 1-3

Zajęcia muzykoterapeutyczne dla dzieci od pierwszego do trzeciego roku życia obejmują więcej

ćwiczeń rozwijających sprawność ruchową maluchów. Dzieci poruszają się we wspólnym pulsie muzycznym wędrując po sali z rodzicem, naśladowując odgłosy natury, zwierząt, bawią się wspólnie z innymi uczestnikami. Dzieci w tym wieku chętniej grają na instrumentach, docierają do zróżnicowanych źródeł dźwięku, szybciej nawiązują relacje z rówieśnikami, przełamują bariery nieśmiałości, stają się bardziej wrażliwe i empatyczne, np. głaszczą rodzica, czy witają się z innymi dziećmi, zgodnie z tekstem śpiewanej wspólnie piosenki. W połowie zajęć również zastosowany jest relaks, jako czas na odpoczynek przed kolejnymi elementami zajęć, a także wizualizacje. Dzieci po szybkim zregenerowaniu sił chętnie bawią się z innymi uczestnikami do końca trwania zajęć.

Naprzemiennie stosowane są elementy aktywizujące i uspakajające. Każdemu elementowi przyporządkowana jest odpowiednio dobrana muzyka kompozytorów epoki baroku, klasycyzmu, romantyzmu, a także współczesna, jak również specjalnie opracowane aranżacje muzyczne, (np. z głosem dziecięcym, odgłosami dziecięcych zabawek, odgłosami natury lub w postaci jazzowych rytmów z dziecięcą grzechotką w tle).

Dla maluchów w tym wieku, starszego rodzeństwa oraz rodziców organizowane są w Poznaniu koncerty, podczas których dzieci mogą odkrywać terapeutyczną moc muzyki słuchając wykonania brzmiających „na żywo”, a także podziwiać grę niewiele starszych od nich dzieci, stawiających swoje pierwsze kroki na scenie.

### **Muzykoterapia w grupie wiekowej 3-5**

Dzieci przedszkolne, pełnosprawne, uczestniczą w zajęciach z elementami muzykoterapii, z zastosowaniem systemów C. Orff'a, E.J. Dalcroze'a, ćwiczeń muzyczno-ruchowych, zabaw, korowodów, elementów tańca. Także relaks, oddziaływanie na zmysły pomaga dzieciom odprężyć się, pozbyć lęków, czy stresu. Starsze dzieci przedszkolne uczestniczą w godzinnych zajęciach same, bez udziału rodziców. Ciekawym elementem podczas zajęć są krótkie i proste improwizacje ruchowe lub instrumentalne. Orff podkreślał, iż: „przetwarzanie na ruch improwizowanych przez dzieci rytmów pozwala dzieciom realizować się w sposób twórczy, rozwijający pamięć muzyczną, zautomatyzowanie, niezależność ruchów, wyzwolić ich ekspresję i indywidualność artystyczną” (Krauze-Sikorska, 2006, s. 80). Stąd również znaczącą rolę odgrywa podczas zajęć miła atmosfera dająca dziecku poczucie bezpieczeństwa, akceptacji, radości tworzenia, integracji w grupie. Także według Dalcroze'a, w

momencie gdy na zajęciach pojawia się element radości, dzieci, szybciej przyswajają wiedzę i lepiej się uczą nowych rzeczy. Dlatego kompozytor nazwał swoje ćwiczenia rytmiczne „grami” (Juntunen, Westerlund, 2001).

Dzieci przedszkolne o specjalnych potrzebach, nadpobudliwe psychoruchowo, z zespołem Downa, autystyczne, z porażeniem mózgowym, niepełnosprawne pod względem fizycznym, intelektualnym, psychicznym, uczestniczą w zajęciach muzykoterapii głównie w przedszkolach specjalnych, gdzie zajęcia dostosowywane są do potrzeb małych pacjentów i odbywają się w towarzystwie rodziców i terapeutów. Głównym celem jest stymulacja rozwoju dzieci za pomocą różnorodnych metod jak m.in. elementy systemu C. Orffa, elementy Ruchu Rozwijającego W. Sherborne, Metody Dobrego Startu, Metody Dennisona, elementów metod oddziaływania na zmysły dziecka. Zajęcia trwają krócej niż u zdrowych dzieci, zazwyczaj pół godziny zegarowej. Muzykoterapeuta korzysta podczas zajęć z różnego rodzaju pomocy dodatkowych, kolorowych rekwizytów.

Muzykoterapia połączona jest także z elementami sztuk plastycznych w formie warsztatów arteterapeutycznych przeprowadzanych przez terapeutów w stowarzyszeniach działających na rzecz dzieci niepełnosprawnych lub stanowi osobny warsztat w cyklu warsztatów arteterapeutycznych, np. w Stowarzyszeniu Na Rzecz Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej w Pobiedziskach, Kostrzynie Wielkopolskim, Ostrowie Wielkopolskim, zajęciach organizowanych w Przedszkolach Specjalnych, m.in. Gostyniu, Mosinie, Ośrodkach Dla Dzieci Niepełnosprawnych na terenie Wielkopolski.

Również w szpitalach m.in. Poznaniu, Kiekrzu, na oddziałach rehabilitacji, onkologii, neurologii prowadzone są warsztaty muzykoterapii przez specjalistów, a także wolontariuszy. W Poznaniu mieści się Dom Pomocy Społecznej dla Dzieci, nazywany Domem Słońca, gdzie dla dzieci niepełnosprawnych intelektualnie prowadzone są, oprócz zajęć rehabilitacyjnych, ruchowych, logopedycznych, zajęcia muzykoterapeutyczne.

### **Podsumowanie**

Spoglądając na powyższy opis można stwierdzić, iż muzykoterapia małych dzieci na terenach Wielkopolski dynamicznie się rozwija. Powstaje coraz więcej ośrodków, placówek dla dzieci niepełnosprawnych, pojawiają się nowe możliwości uczestnictwa w terapii, w tym „muzykoterapii dla kobiet w ciąży”, która staje się coraz bardziej powszechna. Wydaje się, że najważniejszym

kierunkiem działania w obecnej sytuacji powinno być dążenie do określenia standardów dla muzykoterapeutów, a także popularyzacja muzykoterapii, jako efektywnej formy rozwoju i terapii. Warto pamiętać, iż kształtujemy

osobowość dziecka już od najmłodszych lat jego życia, dlatego tak ważne jest, by terapia, której poddawane są dzieci była prowadzona w możliwie najbardziej profesjonalny sposób. Nie można również zapomnieć o najcenniejszej rzeczy na świecie, jaką jest... uśmiech dziecka.

**Piśmiennictwo:**

Krauze-Sikorska H. (2006) Edukacja przez sztukę, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.

Juntunen M., Westerlund H. (2001) Digging Dalcroze, or, Dissolving the Mind–Body Dualism: philosophical and practical remarks on the musical body in action, Music Education Research, Vol. 3, No. 2.

**Źródła internetowe:**

<http://www.szolkamalegodziecka.pl/>

<http://www.kreatywka.pl/index.php?id=144,400,0,0,1,0>

<http://www.epozytywka.pl/>

<http://gdzieciaki.pl/wydarzenia/zajecia-adaptacyjne-z-elementami-muzykoterapii>

<http://www.kiekrz.com/>

[http://integracja-plus.pl/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=2&Itemid=5](http://integracja-plus.pl/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=2&Itemid=5)



## Zostać muzykoterapeutą - doświadczenia z USA

Marta Nowak

Jak najefektywniej wykorzystać muzykę? Jak najlepiej zadziałać na pacjenta tak, aby wyciągnął z tego najwięcej korzyści? Jak dotrzeć do pacjenta, z którym współpraca na początku wydaje się bardzo trudna? To tylko niektóre z pytań, które zadają sobie muzykoterapeuci pracujący we wszelkiego typu ośrodkach na całym świecie. Jeden cel mają wszyscy – pomóc, zadziałać, obudzić skrywane emocje. Współpraca międzynarodowa jest kluczowa w procesie rozwijania tej stosunkowo nowej dyscypliny. Duże doświadczenie i spora ilość opublikowanych badań naukowych zaprowadziła mnie do Ameryki Północnej. Aby mieć pełniejszy wgląd w proces kształcenia muzykoterapeutów na terenie Stanów Zjednoczonych, postanowiłam zadać studentkom po dwa pytania. Pierwsze dotyczyło tego jak dowiedziały się o muzykoterapii, drugie – czym według nich jest. Odpowiedzi były bardzo ciekawe, gdyż za każdą kryje się historia.

### Adrienne, 22 lata

1. *Podjęłam studia licencjackie na wydziale instrumentalnym w klasie fletu, ale szybko zorientowałam się, że nie jest to spełnienie moich marzeń. Interesował mnie proces w jaki odbieramy muzykę z punktu widzenia biologicznego i psychologicznego, bo doszukiwałam się w muzyce głębszego sensu. Nie czułam się spełniona. To był fenomen, który chciałam głębiej poznać. Dobrałam dodatkowe zajęcia, gdzie miałam szansę obserwować muzykoterapeutkę Ronnę Kaplan, prezydent American Music Therapy Association, która prowadziła sesje dla dzieci w wieku 0-3 lat. Uczestniczyłam także w jej rezentacji na temat muzykoterapii – czym jest i jak można przez nią oddziaływać. Było to idealne rozwiązanie łączące działanie za pomocą muzyki oraz interakcje z pacjentami. Było to coś więcej niż tylko występowanie na scenie.*

2. *Muzykoterapia to połączenie wszystkiego co mnie zawsze interesowało i wdrażanie tego w praktykę i przez to oddziaływanie na ludzi, jednocześnie pomagając im w robieniu postępów.*

### Mary, 23 lata

1. *Dowiedziałam się o muzykoterapii od mojej mamy która przeczytała o tym w Internecie. Było to w czasie studiów licencjackich, kiedy studiowałam psychologię, później zaczęłam się bardziej interesować muzyką. Jest to kompromis między moimi dwoma pasjami: psychologią i muzyką.*

2. *Muzyka to naturalny dar który każdy z nas ma w sobie, więc muzykoterapia jest użyciem naturalnych instynktów i wykorzystanie ich na różne sposoby by pomagać ludziom, którzy tego potrzebują. Nie trzeba być muzykiem by w pełni czerpać przyjemność ze słuchania muzyki bądź z uczestniczenia w zajęciach wykorzystujących jej działanie. Trzeba być jednak muzykiem, by – bazując na wiedzy – mieć świadomość tego, jak pacjenta poprowadzić.*

### Ellen, 20 lat

1. *Muzyka była moją pasją, a czytać lubiłam również o psychologii. Pierwszy raz o muzykoterapii usłyszałam kilka lat temu, ponieważ była ona zaproponowana jako leczenie wspierające rozwój mojego brata, który choruje na zespół Aspergera. Spodobała mi się koncepcja pomocy ludziom poprzez dzielenie się moją pasją.*

2. *Muzykoterapia dla mnie to środek którego używa się do poprawy jakości życia, poprzez różne techniki. Moim celem jest specjalizacja w muzykoterapii okresu wczesnego dzieciństwa.*

Tak naprawdę myśli związane z wykonywaniem zawodu muzykoterapeuty w każdej z osób rodzą się w inny sposób. Ilu muzykoterapeutów, tyle historii związanych z tym „jak to się zaczęło”. Źródła

informacji mogą być różne, zarówno media – gazety, telewizja, Internet, jak i ludzie – ci, którzy są muzykoterapeutami bądź też ci, którzy w sesjach muzykoterapii uczestniczyli bezpośrednio bądź pośrednio (np. rodzice). Jakakolwiek nie byłaby droga do pierwszego kontaktu z umiejętnym wykorzystaniem działania poprzez muzykę i nawiązywania relacji z pacjentem – w Stanach Zjednoczonych edukacja zaczyna się od pierwszych przesłuchań na uniwersytecie.

Kandydaci na muzykoterapeutów muszą wykazać się umiejętnościami w zakresie grania na instrumencie, a także prezentować określony poziom umiejętności i wiedzy muzycznej w teorii i praktyce. Przeprowadzana jest też z nimi rozmowa mająca określić predyspozycje i wiedzę ogólną o muzykoterapii. Jeśli egzaminy zaliczone są z wynikiem pozytywnym – kandydat rozpoczyna studia na poziomie Bachelors – odpowiednik polskich studiów licencjackich. Trwają one rok dłużej niż w Polsce, gdyż rok pierwszy (Freshman) jest w całości poświęcony kształceniu muzycznych umiejętności studenta, jedynym przedmiotem związanym ze specjalnością jest Wprowadzenie do muzykoterapii. W Stanach Zjednoczonych i w tutejszym rozumieniu zawodu muzykoterapeuty bardzo podkreślane są zawodowe umiejętności muzyczne, doświadczenie na scenie, nabyte zarówno indywidualnie, jak i również w zespołach (chór, orkiestra, zespoły kameralne). Drugi rok studiów (Sophomore) to okres, kiedy pod okiem opiekuna-muzykoterapeuty student jest wprowadzany w tematykę sesji, teorii muzykoterapii, a także po raz pierwszy uczestniczy w sesjach muzykoterapii jako obserwator. Dopiero drugi semestr drugiego roku to prowadzenie sesji lub jej części, nadal pod czujnym okiem doświadczonych muzykoterapeutów. Kolejny rok (Junior) to kontynuacja prowadzenia sesji, z tym że początkowe sesje są obserwacją pacjenta – dzięki czemu student może zaplanować swoje działania w całym semestrze. Ważne jest to, że w każdym z semestrów student musi wykazać się uczestnictwem w co najmniej dziesięciu sesjach, przygotować plany sesji, jak i oddać raporty z obserwacji po ich zakończeniu. Czwarty rok (Senior) to okres, w którym student prowadzi sesje bez początkowych obserwacji, instynktownie dobierając aktywności bazując na wcześniejszych doświadczeniach, ale przede wszystkim solidnej wiedzy teoretycznej. Warto podkreślić, że w każdym z semestrów student jest zobowiązany zmienić placówkę, w której odbywa praktyki, dzięki czemu nabywa doświadczenia w pracy z różnymi populacjami w różnym wieku. Wynika zatem z tego, że w zakresie studiów

licencjackich student uczestniczy w co najmniej sześćdziesięciu sesjach w sześciu różnych placówkach, pod okiem wielu specjalistów. A ta wiedza i nabyte doświadczenie to dopiero początek.

Opierając się na relacjach studentów i muzykoterapeutów mogę stwierdzić, że staż (Internship) który studenci odbywają po ukończeniu studiów pierwszego stopnia jest jedną z najważniejszych decyzji zawodowych. Trwa on sześć miesięcy (co najmniej 900 godzin pracy), przy czym odbywa się na zasadzie wolontariatu. Student odbywa staż w wybranej przez siebie placówce na terenie Stanów Zjednoczonych, kierując się swoimi zainteresowaniami i planami na przyszłość. W tym czasie również ma na miejscu zapewnioną opiekę supervisora, do którego w razie kłopotów bądź wątpliwości może się zwrócić.

Po ukończeniu stażu student jest zobowiązany do przystąpienia do egzaminu przygotowanego przez organizację The Certification Board for Music Therapists ([www.cbmt.org](http://www.cbmt.org)), przedstawiając jednocześnie dokumenty na temat swojego doświadczenia, odbytej dotychczas edukacji, a przede wszystkim stażu. Przystępuje do egzaminu pisemnego, jeśli wynik jest pozytywny, zostaje oficjalnie wpisany na listę licencjonowanych muzykoterapeutów na terenie USA, która jest ogólnodostępna, dzięki czemu każdy z obywateli może zasięgnąć informacji w tym temacie. Na chwilę obecną w USA jest około 5500 certyfikowanych muzykoterapeutów. Przy jego nazwisku pojawia się skrót MT-BC (Music Therapy Board Certified). Mogłoby się wydawać, że to koniec ciężkiej pracy – ale to jedynie koniec pierwszego, ważnego etapu. Po uzyskaniu certyfikatu muzykoterapeuta ma dwie opcje do wyboru: kontynuować studia na poziomie magisterskim, bądź też rozpocząć pracę z zawodową. Każda z tych opcji zakłada dalszy rozwój osobowości wiedzy na temat najnowszych prowadzonych czy publikowanych badań, dzielenie się doświadczeniami z innymi muzykoterapeutami, prace nad własnymi badaniami i prezentacje na ten temat. Wszystkie te opcje gwarantuje uczestnictwo w konferencjach American Music Therapy Association organizowanych raz w roku, jesienią. Odbywają się one w różnych częściach kraju, z roku na rok organizowane z coraz większym rozmachem. Jest to okazja do spotkania się ze specjalistami z całego kraju, a także zza granicy, odbycia dodatkowych szkoleń, do których certyfikowany muzykoterapeuta jest zobowiązany. Raz na pięć lat musi wykazać 100 godzin szkoleń w zakresie dowolnej dziedziny muzykoterapii. Uzasadnione jest to tym, że muzykoterapia jest stosunkowo nową dziedziną, więc

specjaliści są zobowiązani do bycia na bieżąco i ciągłego dokształcania się. Konferencja jest nie tylko czasem szkolenia, ale także uczestnictwa w ciekawych sesjach, które dają inspirację. Ta jest niewątpliwie kluczowa w pracy twórczej, którą jest bycie muzykoterapeutą. Niecały tydzień wśród ludzi, którzy wykonują tę samą profesję i dzielą się swoją kreatywnością dodaje energii z pewnością na długi czas.

Jeśli muzykoterapeuta decyduje się na dalsze zdobywanie doświadczenia wybiera Masters Degree (odpowiednik polskich studiów magisterskich), a po nauce trwającej na tym poziomie trzy lata, może podjąć studia doktoranckie.

Proces zdobywania wykształcenia w tej dziedzinie jest bardzo wymagający, ale przede wszystkim uczy pracy nad własną osobowością. Co ważne – muzykoterapeuci utrzymują ze sobą kontakt, dzięki czemu łatwo mogą zasięgnąć rady w razie potrzeby. Niezależnie od tego jak potoczą się losy zawodowe, w jakiej placówce przyjdzie muzykoterapeucie pracować, nadal może się dokształcać na wysokim poziomie, będąc na bieżąco z najnowszymi badaniami dzięki kwartalnikowi Journal of Music Therapy. Współpraca zarówno między studentami jak i specjalistami zapewnia stały rozwój, a przede wszystkim jest wypełnieniem właściwej misji muzykoterapii – pomaganiu pacjentom w powracaniu do zdrowia, rehabilitacji, poprawianiu samopoczucia czy też wspieranie w edukacji. To tylko niektóre z celów, które stawiać sobie powinien każdy muzykoterapeuta. Jednocześnie bazując na najnowszymi wynikach badań muzykoterapia staje się dziedziną nie tylko godną zaufania, ale także coraz bardziej zrównującą się prestiżem z innymi dyscyplinami medycyny i terapii, które mają znacznie dłuższą historię.

**Marta Nowak** – studentka III roku Edukacji Artystycznej w zakresie sztuki muzycznej ze specjalnością Muzykoterapia na Akademii Muzycznej w Katowicach. Obecnie przebywa na drugim semestrze wymiany studenckiej na University of Louisville – School of Music (Kentucky, USA). W szczególności interesuje się muzykoterapią neonatologiczną oraz muzykoterapią małego dziecka. Odbyla praktyki muzykoterapeutyczne w Early Childhood Center w Louisville, a obecnie praktyki będzie kontynuować na oddziale neonatologicznym University of Louisville Hospital. Jest w trakcie zdobywania certyfikatu NICU Music Therapist nadawanego przez Florida State University.

## Arteterapia w Montrealu

## Daria Andrzejewska

Drogi do arteterapii są najróżniejsze, ale zawsze kreatywne. Jestem studentką programu arteterapii na Uniwersytecie Concordia w Montrealu w Kanadzie. Obecnie zaczynam mój drugi i ostatni rok studiów magisterskich. Oto pokrótce jak odbyła się moja osobista droga do arteterapii.

Ponad dziesięć lat nosiłam się z zamiarem ukończenia programu arteterapii, związane z tym były moje plany i życiowe decyzje. A wszystko zaczęło się gdy mając około 20 lat, podczas studiów dziennikarskich, napisałam artykuł o arteterapii z dziećmi w przedszkolu... Oczywiście uprzednio miała na mnie wpływ emigracja w moim wczesnym dzieciństwie. W latach 80. moja rodzina wyjechała z Polski, mieszkaliśmy przez pewien czas w obozie przejściowym dla uchodźców we Włoszech, aż do momentu naszego przyjazdu do Kanady. Ta podróż wewnątrz mnie wzmocniła i otworzyła na otaczający świat. Pragnę dzielić się z ludźmi w potrzebie, pomagać im, tego nauczyłam się w życiu. Wierzę, że sztuka może dodać człowiekowi nadziei, odwagi i mocy do kierowania swoim życiem.

Po dziennikarstwie, dostałam się na licencjat ze sztuki pięknej. Pomiędzy lekcjami odbyłam kursy historii sztuki, sztuki plastycznej, edukacji artystycznej, które są niezbędne aby zakwalifikować się na studia magisterskie arteterapii na Uniwersytecie Concordia. Przez ten czas pracowałam w Muzeum Lachine w Montrealu, gdzie zajmowałam się programem edukacyjnym sztuki, a także pisałam artykuły o publicznej sztuce i architekturze do gazety La Voix Populaire dla osiedla Sud-Ouest Montrealu. Następnie pracowałam jako koordynatorka wolontariuszy dwóch organizacji w Australii pomagającym dorosłym niepełnosprawnym w Melbourne i uchodźcom w Brisbane. Ważne jest aby mieć doświadczenie z ludźmi w potrzebie. Podczas pobytu w Australii, zrobiłam korespondencyjnie certyfikat z psychologii, następnie konieczne zaliczenie akademickie na program arteterapii. Administratorzy programu oczekują także od kandydatów doświadczenia osobistego w zakresie

Wysłałam aplikację rok przed rozpoczęciem programu arteterapii, zakwalifikowałam się na wywiad z profesorami i zaczęłam naukę we wrześniu 2010. Co roku studia na tym kierunku rozpoczyna około dwunastu nowych studentów, głównie płci żeńskiej. Studia magisterskie trwają tutaj dwa, ale za to intensywne lata. Nauka odbywa się w języku angielskim. W pierwszym roku staże są wykonywane w parach, nacisk kładziony jest na terapie grupowe i każdy ze studentów prowadzi jedną terapię indywidualną. Często odbywają się w środowiskowych domach samopomocy z ludźmi niepełnosprawnymi, lub z osobami starszymi, czasami także z osobami z autyzmem. Staże mogą być wykonane w języku angielskim lub francuskim. Wraz z partnerką z programu, odbyłyśmy 350 godzin stażu w ośrodku dla dorosłych z chorobami psychicznymi, najczęściej depresją, stresem/niepokojem, problemami relacyjnymi. Wszelkie kliniczne trudności rozwiązywane są systematycznie dzięki konsultacjom z wykładowcami w szkole oraz na miejscu stażu.

W naszym programie dominuje podejście psychodynamiczne, lecz uczymy się o najróżniejszych metodach, od humanistycznych do poznawczo-behawioralnych. Program zajęć jest nastawiony za zdobycie praktycznych umiejętności tworzenia odpowiednich zajęć artystycznych. Uczestniczymy w zajęciach o procesie twórczym w praktyce klinicznej, analizie obrazu i symbolach oraz z zakresu poradnictwa psychologicznego. Jeden raz w sesji mamy również dodatkowe, weekendowe zajęcia ze statystyki, etyki w praktyce klinicznej oraz zagadnień kulturowych.

Drugi rok, który właśnie zaczynam, to dalsze zajęcia o prowadzeniu prac badawczych w arteterapii, jak m.in. wybierać metody i techniki pracy z dziećmi, młodzieżą i rodzinami. W drugim roku studiów również przewidziany jest staż, tym razem w wymiarze 450 godzin. Studenci są bardziej samodzielni, wybierają miejsce i samodzielnie

terapii.

prowadzą terapie indywidualne. Większość studentów staż odbędzie w szkołach i szpitalach, z

dziećmi i młodzieżą. W pierwszym semestrze zdecydowałam się pracować w klinice medycznej z dziećmi i młodzieżą, którzy są uchodźcami. Program magisterski kończy się pisaniem 40 stronicowego raportu na temat wybrany przez studenta. Studia w zakresie arteterapii prowadzone są przez dział Kreatywnych Terapii przez Sztukę wydziału Sztuk Pięknych na Uniwersytecie Concordia. Oprócz arteterapii, prowadzi także teatroterapię, a także, od niedawna, muzykoterapię. Po zakończeniu programu większość studentów znajduje pracę początkowo na pół etatu w szpitalach, szkołach, więzieniach, domach młodzieży, a także w gabinetach prywatnych. Concordia była pierwszym uniwersytetem, który otworzył program magisterski w zakresie arteterapii w Kanadzie w 1982 roku (Leclerc, 2011).

Więcej informacji o programie arteterapii na Uniwersytecie Concordia znaleźć można na stronie: <http://creativeartstherapies.concordia.ca/>

### **Piśmiennictwo**

Leclerc, J. (2011). A history of the development of Creative Arts Therapies: Programs at Concordia University. Press Release of the Association of Art Therapists of Quebec celebrating their 30th anniversary. Montreal, Canada

**Daria Andrzejewska** urodziła się w Poznaniu, od 1989 roku mieszka w Montrealu, Kanadzie, gdzie obecnie studiuje "Terapię przez sztukę" na Uniwersytecie Concordia.