

Strzelecki W., Cybulski M.: *Opieka muzykoterapeutyczna. [W:] Wybrane obszary opieki. Konteksty historyczne i współczesne. Pr. zbior. pod red.: Józefa Skrzypczaka, Doroty Żołądź-Strzelczyk, Mirosławy Cytkowskiej-Nowak. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, 2009, s. 199-210*



Wojciech Strzelecki
Marcin Cybulski
Zakład Psychologii Klinicznej,
Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Opieka muzykoterapeutyczna

Music therapy care

Streszczenie:

Artykuł podejmuje temat opieki w kontekście muzykoterapii. Jego celem jest określenie podobieństw i różnic pomiędzy opieką, a psychoterapią, której rodzajem jest również muzykoterapia. Artykuł wskazuje również na zawód muzykoterapeuty, jako zawód związany z nie tylko z pomaganiem, ale także opiekuńczy. Przedstawione zostały definicje muzykoterapii, jej krótki rys historyczny, specyfika oddziaływania muzykoterapii w kontekście jej zalet, ale także trudności, jakie napotyka, główne nurty teoretyczne w muzykoterapii oraz wybrany obszary oddziaływania tej formy terapeutycznej.

Summary:

The article takes up the subject of care in the context of music therapy. Its aim is to determine the similarities and differences between care and psychotherapy – which music therapy is a part of. The article also indicates at the profession of music therapists as a profession connected with helping, but also connected with caring. The following has been presented: definitions of music therapy, its short historical outline, the specifics of the influence of music therapy in the context of its advantages, but also the difficulties it encounters, mainly theoretical trend in music therapy, as well as chosen areas of influence of this form of therapy.

Opieka i Psychoterapia

W szerokim kontekście rozumienie tego, czym jest opieka, nie jest do końca jednoznaczne, przede wszystkim z racji istnienia wielu definicji tego pojęcia. Dodatkowo utrudnieniem jest tu postrzeganie zawodów opiekuńczych i wymagań stawianych przedstawicielom tych profesji przez odbiorców usług. Zawody związane z pielęgnowaniem, niesieniem pomocy, dawaniem wsparcia i opieką są równie stare jak same społeczeństwa, jako że to właśnie one dały podstawę i szansę istnienia tych społeczeństw. Zaznajomienie się z zawodami opiekuńczymi jest o tyle istotne, że możliwość wykorzystania przez społeczeństwo zawodów związanych z pomaganiem drugiej osobie wymaga dostatecznej

wiedzy na temat tych profesji. (Warchoł K., Strzelecki W., 2005, s. 511) Tak więc niejednoznaczność w postrzeganiu tych profesji utrudnia, lub niekiedy wręcz uniemożliwia, korzystanie z usług profesjonalistów. Tymczasem, jak dowodzą badania dotyczące, wiedza na ten temat lub choćby świadomość potoczna jest zdecydowanie niewystarczająca (Warchoł K., Strzelecki W., 2005, s. 507-511; Paluch J, Strzelecki W., 2008, s. 38-44).

Według G. Gajewskiej (2004, s. 20) opieka to „dawanie oparcia, wsparcia, zaspokajanie potrzeb (właściwości ludzkich, będących potrzebą), których jednostka nie umie, nie może, nie jest w stanie samodzielnie zaspokoić, żeby zachować równowagę biologiczną i psychiczną, przeżyć, zachować zdrowie, jakość życia, zapewnić prawidłowy rozwój (doprowadzić jednostkę do dojrzałości) i ciągłość gatunku”. Działania nazywane „opieką” łączą się z takimi pojęciami jak „troska, szacunek, nadzór, pieczołowitość, pielęgnowanie, zabezpieczanie, wspieranie, ochrona, niepokój o kogoś, czujność, gotowość do działania, wychowanie” (Wrońska I., 1995, s. 22).

Psychoterapia z kolei, jak podaje *Słownik psychologii* to „zastosowanie każdej metody, które ma łagodzące lub lecznicze oddziaływanie na wszelkie zaburzenia psychiczne, emocjonalne lub zachowania” (Reber A., 2000, s. 600). Popularna encyklopedia internetowa Wikipedia uzupełnia powyższą definicję o „(...) kontakt międzyludzki, w odróżnieniu od leczenia czysto medycznego.” (<http://www.wikipedia.pl>). Według kolejnego źródła, psychoterapia ma na celu „przynieść (...) ulgę w cierpieniu, złagodzić trudności w radzeniu sobie z własnymi problemami, pomóc w przezwyciężaniu anomalii myślenia, emocji, czy zachowania (...)” (Encyklopedia Gazety Wyborczej, 2005, s. 236), może mieć także wpływ na „na rozwój (...) kompetencji emocjonalnych, np. na podniesienie poziomu samokontroli, radzenie sobie z lękami oraz stresem, podniesienie samooceny, poprawę zdolności tworzenia więzi, współpracy i komunikowania się z otoczeniem, czy też na poprawę motywacji własnej do działania” (<http://www.wikipedia.pl>). Podobieństwa tych dwóch terminów, psychoterapii i opieki, wydają się być oczywiste – psychoterapia również daje wsparcie i pomaga realizować potrzeby, jednak opiera się ona na zasadzie subsydiarności, czyli raczej daje możliwość zaspokajania potrzeb i polepszenia jakości życia samemu, z psychoterapeutą, jako „przewodnikiem”, a nie osobą wyręczającą.

Czym jest muzykoterapia

Muzykoterapia jest formą psychoterapii; według Simona (za: Janicki A., 1983, s. 8) „...jest metodą leczenia psychoterapeutycznego, ukierunkowaną na potrzeby psychologiczne,

posługującą się jako specyficznym środkiem przekazu muzyką w sposób receptywny i aktywny, pozwalającą na uzyskiwanie efektów terapeutycznych w leczeniu nerwic, zaburzeń psychosomatycznych i schorzeń psychicznych”. Należy przytoczyć w tym miejscu dla porównania inną definicję muzykoterapii, której autorem był T. Natanson – twórca polskiej muzykoterapii. Jego definicja jest nieco zmienioną definicją Bruscia, który tematowi ujmowania muzykoterapii poświęcił całą książkę. Według Natansona (1992, s. 65) „...muzykoterapia jest systematycznym procesem postępowania, w którym terapeuta pomaga pacjentowi lub innej potrzebującej osobie ochraniać, przywracać zdrowie wykorzystując dostarczane mu w tym celu muzyczne doznania, przeżycia i doświadczenia i tworzące się przez to stosunki między nim, muzyką, terapeutą i innymi ludźmi, które zostają rozwijane w dynamiczne siły zaplanowanych zmian terapeutycznych”. Jest to ujęcie znacząco szersze, przy czym akcentowane w tym miejscu „zachowanie zdrowia” przybliży muzykoterapię do opieki. Z kolei definicja podana przez Światową Federację Muzykoterapii mówi, że muzykoterapia „jest wykorzystaniem muzyki i/lub jej elementów (dźwięk, rytm, melodia i harmonia) przez muzykoterapeutę i pacjenta/klienta lub grupę w procesie zaprojektowanym dla i/lub ułatwienia komunikacji, uczenia się, mobilizacji, ekspresji, koncentracji fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej i poznawczej w celu rozwoju wewnętrznego potencjału oraz rozwoju lub odbudowy funkcji jednostki tak, aby mogła ona osiągnąć lepszą integrację intra- i interpersonalną, a w konsekwencji lepszą jakość życia” (za: Szulc W., 1995, s. 16-17). Jest to jeszcze szersze ujęcie terminu „muzykoterapia”, które jednocześnie akcentuje rolę tej formy terapii w podnoszeniu jakości życia, w czym znajdujemy kolejne podobieństwo do opieki. Na podstawie określenia tego, czemu służy muzykoterapia, jak się ją nazywa, skąd się wywodzi, a także, jaka jest jej specyfika oddziaływania, można przyjąć tezę, że zawód muzykoterapeuty jest zawodem opiekuńczym.

Rys historyczny

Odwieczny wpływ muzyki na człowieka był obecny od początków ludzkości. Już ludy pierwotne traktowały muzykę jako element magii, który wraz z rytualnymi tańcami i innymi obrzędami służył między innymi leczeniu chorych. 2-3 tysiące lat p.n.e. w Egipcie, Babilonie i Asyrii istniał podział na muzykę dobrą i złą. Tak więc uznawano muzykę za siłę mogącą kształtować postawy i zachowania (Natanson T., 1979, s. 15). Staroegipskie pismo donosi o zbawiennym wpływie gry pięciu muzyków na bóle, na które cierpiała jedna z królowych

Piątej dynastii, a w innych znów egipskich pismach czytamy o stosowaniu śpiewu przeciwko morowemu powietrzu (Vertes L., 1980, s. 91).

W Indiach wierzono, że muzyka wpływa także na zwierzęta, a nawet na martwą przyrodę, że przy pomocy odpowiedniej muzyki można wywołać np. deszcz lub zaćmienie słońca. Hinduscy lekarze stwierdzali korzystny wpływ muzyki, zwłaszcza u ludzi ukąszonych przez jadowite pająki (Natanson T., 1979, s. 16). O wpływie muzyki na człowieka donoszą traktaty starohinduskie, np. traktat Bharata (II w. p.n.e.) (Hanek L., 1978, s. 8).

Stare plemiona Judei przy pomocy muzyki zaklinały żywioły, Biblia natomiast mówi o ekstatycznych stanach wywołanych przez trąby (Natanson T., 1979, s. 16). Znajdujemy też przykład wyleczenia króla Saula przez pastuszka Dawida, który przy pomocy gry na harfie uwolnił króla od stanów depresyjnych (Bogusz J., 1973, s. 13).

Szczególną rolę przypisywano muzyce w antycznej Grecji. Muzyka grecka w okresie swego rozkwitu zajmowała specjalne miejsce w życiu każdego Greka. Towarzyszyła tańcom, poezji i ćwiczeniom gimnastycznym młodzieży. Udział w chórze był obowiązkowy dla każdego wolnego obywatela, a nauka muzyki trwała do trzydziestego roku życia. Dla Platona uprawianie muzyki należało do wychowania *paideia*, a w spartańskich szkołach muzyka była ważniejsza od gramatyki.

W średniowieczu pojawiło się tzw. tanecznictwo, czyli masowa psychoza tańca. Taniec ogarniał znaczne grupy ludzi, które wędrowały od wsi do wsi przy akompaniamencie bębnów i piszczałek, głównie w Niemczech i we Włoszech (Natanson T., 1979, s. 16).

Rozwój praktyki muzycznej na gruncie chrześcijańskim skłania do wypowiedzi na temat działania muzyki ojców Kościoła. Św. Augustyn (V w. n.e.) domagał się właściwego wykorzystania muzyki, jako mającej ogromny wpływ na umysły słuchaczy (Hanek L., 1978, s. 10).

Zdecydowany rozwój i kontynuacja zainteresowań wpływem muzyki na człowieka nastąpiły w XVII w. W okresie tym powszechnym zjawiskiem stało się leczenie muzyką schorzeń powstałych na skutek ukąszenia przez jadowite pająki. Metodę tę nazwano jatro – muzyką (Natanson T., 1979, s. 17).

W XIX w. oprócz wpływu muzyki na psychikę kładzie się również nacisk na jej lecznicze oddziaływanie na czynności wegetatywne np. krążenie krwi, rytm tętna, oddychanie, czy też pracę mięśni (Natanson T., 1979, s. 18). Z 1832 roku pochodzi pierwsza dokumentacja o użyciu muzykoterapii w praktyce klinicznej. Zdarzenie to miało miejsce w Stanach Zjednoczonych. Natomiast pierwszy całościowo opracowany program leczenia muzykoterapią opisany został w 1892 roku, również w USA (Janicki A., 1998, s. 76).

Muzykoterapia, jako nazwana nauka, jest stosunkowo młoda. Kierunek ten powstał dopiero pod koniec XIX w., choć badania i obserwacje zjawisk związanych z tą dziedziną sięgają wiele wieków wstecz (Hanek L., 1978, s. 9).

Zastosowanie muzyki w leczeniu polskim posiada już swoją historię. Pierwsze powojenne próby pojawiają się w latach pięćdziesiątych, czego odzwierciedleniem są pryzcynki o tytułach „Muzyka i medycyna” czy też „Muzyka w służbie medycyny” To zainteresowanie zastosowaniem muzyki w medycynie występuje wtedy głównie u lekarzy. Wprowadzona zostaje radiofonizacja na niektórych oddziałach w celu poprawienia atmosfery w szpitalu (Galińska E., 1988, s. 155). O rozwoju muzykoterapii w Polsce jako odrębnej dyscypliny można mówić od początku lat 70-tych ubiegłego wieku. Wtedy to zaczęła się ona wyłaniać z psychiatrii, pojawiły się więc pierwsze założenia teoretyczne i koncepcje metodyczne (Galińska E., 1988, s. 156).

Z początkiem lat siedemdziesiątych działalność muzykoterapeutyczna przybrała w Polsce charakter zorganizowany, czy wręcz zinstytucjonalizowany. Uogólniając ówczesna koncepcja muzykoterapii dotyczyła profilaktyki, terapii, postępowania rehabilitacyjnego w przebiegu różnych schorzeń, resocjalizacji, wpływu na procesy pracy i wypoczynku, a nawet faunę i florę (Natanson T., 1992, s. 78).

Specyfika muzykoterapii

Muzykoterapia zdecydowanie różni się od innych form terapii, przede wszystkim dlatego, że wykorzystuje sztukę i środki artystyczne, ponadto muzyka z racji swej specyfiki może towarzyszyć człowiekowi przez całe życie (Galińska E., 2000, s. 475). Spośród innych form sztuki wyróżnia ją to, że nie wymaga tłumaczenia, komentarza, jest najbardziej komunikatywna i działa bezpośrednio (Bogusz J., 1973, s. 22). Język muzyczny jest bardziej archaiczny i wcześniejszy rozwojowo od języka werbalnego, przez co jest bardziej odporny na wszelkie uszkodzenia mózgu - np. w chorobie Alzheimera, kiedy nie ma już kontaktu werbalnego, pozostają jeszcze zdolności muzyczne i wrażliwość na rytm muzyczny. Jest to wówczas ostatnia „podpora” komunikacji. Schizofrenik może z kolei mieć ucho „zamknięte” na język mówiony, a „otwarte” na muzykę, gdyż jest ona komunikatem niewerbalnym (Galińska E., 2000, s. 476).

Dodatkowo muzykoterapia umożliwia terapeutę pozbycie się wszelkich wypracowanych zawodowych odruchów obronnych i przygotowanych z góry interpretacji. Terapeuta i pacjent porozumiewają się metajęzykiem. Ma tu miejsce wspomniany już

prewerbalny sposób komunikowania się z wczesnego dzieciństwa (Schanilcova-Vodnanska J., 1984, s. 51). Zakłada się, że muzyka to niemal jedyny środek „niewerbalnej komunikacji międzyludzkiej”, a zatem wszystkie te możliwości, o których wspomniano mogą wystąpić jedynie w muzykoterapii. Specyficzny język muzyki uruchamia wrażliwość na sygnały symboliczne, pobudza do czynności wyobrażeniowych i ekspresywnych. Dzięki temu możliwy dla terapeuty staje się wgląd w wewnętrzny stan pacjenta. Tak więc bezpośredniość oddziaływania muzyki „wydaje się istotnym warunkiem dla procesów rozumienia w sensie osobistym, pozwala bowiem na wyobrażeniowe przenoszenie się w sferę przeżyć drugiego człowieka, przejmowanie ról innych ludzi, co pozwala na lepsze ich rozumienie” (Natanson T., 1978, s. 129).

Muzyka dzięki swej „bezznaczeniowości” redukuje znacznie udział czynnika racjonalnego (Natanson T., 1979, s. 22). Oto dwie z czterech tez Taylora i Papertsa (za: Galińska E., 1978, s. 84-85): „1. Muzyka z powodu swej abstrakcyjnej natury ‘omija’ ego, unika kontroli intelektualnej, dociera w głąb do ukrytych konfliktów oraz wydobywa i aktywizuje emocje (...) 2. Muzyka przenika jakoś przez samokontrolę człowieka i przyspiesza proces wyobrażeniowy, pobudza łatwo fantazjowanie”. Przez brak „obróbki intelektualnej” można stosować muzykoterapię nawet w przypadkach dziecięcego autyzmu, mutyzmu czy upośledzenia umysłowego w stopniu głębokim. Wszak dzieci upośledzone umysłowo mogą posiadać przeciętne lub nawet wyższe zdolności muzyczne. W muzyce i psychologii znane są przypadki ludzi, którzy przy znakomitej pamięci muzycznej charakteryzowali się bardzo niską inteligencją ogólną. Rife i Snyder (za: Shuter-Dyson R., Gabriel C., 1986, s. 169) opisali przypadek niewidomej dziewczynki upośledzonej umysłowo, która potrafiła odtworzyć melodię wcześniej usłyszaną, a ponadto posługiwała się akordami zgodnie z zasadami harmonii, choć nigdy nie uczyła się muzyki.

Siła oddziaływania muzykoterapeutycznego polega też na pewnej naturalności działania muzyki na człowieka. Kontakt dziecka z muzyką zaczyna się jeszcze przed jego narodzinami, przy czym w okresie prenatalnym działa ona na dziecko bezpośrednio, a także za pośrednictwem reakcji matki (Klimas-Kuchtowa E., 2000, s. 312). Natomiast pięciomiesięczne niemowlęta zauważają zmiany w prezentowanych im melodiach (Jordan-Szymańska E., 2000, s. 128). Dla uświadomienia sobie jak bardzo ważnym i naturalnym elementem życia jest muzyka wystarczy wyobrazić sobie świat zupełnie jej pozbawiony.

Wszystkie wspomniane cechy muzykoterapii można uznać za zalety tej formy terapii, jednak przed muzykoterapią piętrzą się wciąż trudności, które związane są głównie z charakterem muzyki jako sztuki, z trudnością ujęcia jej jako narzędzia terapeutycznego, a co

za tym idzie, ścisłego określenia. „Jej immanentna, a także wynikająca z indywidualności procesu percepcji, wieloznaczność czyni ją dla ścisłych ujęć naukowych nieuchwytną i karze wątpić w możliwość poznania jej kiedykolwiek w sposób jednoznaczny” (Natanson T., 1992, s. 13).

Powoduje to trudności naukowego określenia materiału muzycznego nadającego się do muzykoterapii. Do tej pory nie stworzono metod naukowych oceniających przydatność poszczególnych dzieł muzycznych w określonych zadaniach terapeutycznych (Kukielczyńska K., 1998, s. 73), chociaż próby takie są wciąż podejmowane.

Ponadto trudności istnieją w samym określeniu konkretnych rodzajów muzyki. Często pojęcia te są niejasne i mogą być bardzo pojemne.

Inną trudnością jest niejednoznaczność języka, jakim posługuje się muzyka (Natanson T., 1978, s. 119). Może to powodować niezwykle różną interpretację danego utworu przez różne osoby.

Muzykoterapia jest dziedziną, w której przy niedoskonałości systemu konkretnie opracowanych metod burzliwie rozwija się praktyka. Tutaj często teoria musi opierać się na doniesieniach praktycznych; np. w kwestii programowania materiału terapeutycznego często dobór ten podyktowany jest doświadczeniem praktycznym i intuicją.

Trudnością jest też to, że nie wszyscy uważają muzykoterapię za dziedzinę do końca naukową. „Z racji nieokreśloności i abstrakcyjności muzyki, a także niewytłumaczalności do dziś procesów jej psychologicznego oddziaływania, stosunek do muzykoterapii bywa często albo entuzjastyczny, albo sceptyczny” (Galińska E., 1978, s. 81). Kolejna trudność leży w adekwatnym dostosowaniu muzyki do danej jednostki. Uwzględnić trzeba bowiem szereg czynników związanych z cechami osobowościowymi jednostki, sposobem percypowania muzyki, a także wpływem na jednostkę środowiska, w którym dorastała. Trudnością jest także subiektywność odbioru muzyki. Niejednokrotnie różne jednostki słyszą odmiennie np. te same interwały lub dźwięki o tej samej wysokości (Natanson T., 1979, s. 108). Inna trudność to jednocześnie zaleta muzykoterapii i dotyczy siły oddziaływania muzyki na głębokie warstwy osobowości. Ta niewątpliwie „mocna strona” muzykoterapii powoduje, że muzyka staje się niebezpiecznym narzędziem w rękach terapeuty (Schanilcova-Vodnanska J., 1984, s. 51).

Główne nurty teoretyczne w muzykoterapii

Pierwszy kierunek to tzw. kierunek psychagogiczny. Nawiązuje on do antycznego pojęcia harmonii i etosu muzyki. U podstaw tego nurtu leżą założenia ujmujące muzykę jako część natury, kosmosu zbudowanego w oparciu o porządek matematyczny; jako sztukę mającą boskie pochodzenie. Pogląd ten reprezentują najstarsze zapatrywania na muzykę (Galińska E., 1992, s. 33).

Drugi wielki prąd to tzw. kierunek psychofizjologiczny. Dominował on w latach 40-60-tych XX wieku. Próbuje on weryfikować naukowo-lecznicze działanie muzyki. Wywodzi się z dualizmu i paralelizmu psychofizycznego oraz badań eksperymentalnej psychologii muzyki. Muzyka pojmowana jest tu jako bodziec dźwiękowy, ustruktrowany w taki sposób, aby miał działanie uspokajające lub drażniące (Galińska E., 1992, s. 34).

Trzeci nurt to kierunek analityczny. Budował on podstawy muzykoterapii od początków jej istnienia i działa prężnie do dziś. Wprawdzie w klasycznej psychoanalizie posługiwano się głównie metodami werbalnymi, zauważono jednak z czasem wartość terapeutyczną sztuki. Dostrzeżone zostało podobieństwo między popędowo-dynamiczną strukturą życia uczuciowego człowieka i muzyki. Stąd wysunięto przypuszczenie, że poprzez muzykę można oddziaływać na emocje i docierać do nieświadomej warstwy psychiki (Galińska E., 1992, s. 36).

Kolejny kierunek – behawioralny rozpatruje chorobę i zaburzenia psychiczne jako wyuczony, błędny sposób reagowania w oparciu o społeczne teorie uczenia się. Wzmacniane są tu pożądane zachowania, a wygaszane niepożądane. Muzyka jest tutaj traktowana jako czynnik pozytywnego lub negatywnego wzmocnienia (Galińska E., 1992, s. 37).

Następny kierunek – komunikacyjny rozwinął się na przełomie lat 60-ych i 70-ych. Muzyka jest tu traktowana jako środek komunikacji niewerbalnej z pacjentem, szczególnie w sferze emocjonalnej. Muzyka jest w tym ujęciu systemem znaków i sygnałów, zbudowanym według praw muzycznych, przekazującym określone informacje semantyczne i estetyczne (Galińska E., 1992, s. 38).

Ostatni – kierunek poznawczy, jest nurtem najmłodszym – pierwsze oznaki zainteresowania nim pojawiły się w 1985 roku w postaci wprowadzenia metod lingwistycznych do wychowania muzycznego i muzykoterapii dziecięcej. Muzyka jest traktowana jako nośnik informacji i znaczeń. Służy poznawaniu pacjenta i powodowaniu zmian w jego funkcjonowaniu. Jest więc rozpatrywana w aspekcie semantycznym. Stosowane techniki pozwalają na dotarcie do ukrytych znaczeń i symboli, za pomocą których pacjent komunikuje się z otoczeniem (Galińska E., 1992, s. 39).

Przykładowe obszary zastosowania muzykoterapii

Istnieje szereg obszarów zastosowania muzykoterapii, przy czym z racji dynamicznego rozwoju tej formy terapii jest ich rzecz jasna coraz więcej. Nie ma możliwości wymienienia wszystkich, jednak „szczególną wartość muzykoterapia może posiadać dla chorych: pozostających w pierwszym okresie leczenia, u których występują objawy lęku i depresji w przebiegu reakcji sytuacyjnej związanej z hospitalizacją, u których rozpoznano schorzenie zaliczane do grupy psychosomatycznych, długotrwanie hospitalizowanych z powodu przewlekłych chorób np. gruźlicy, hospitalizowanych przewlekle w związku ze stosowaniem rehabilitacji leczniczej w przebiegu schorzeń narządów ruchu, hospitalizowanych z powodu chorób nowotworowych w przebiegu leczenia operacyjnego i zachowawczego, długotrwanie hospitalizowanych w przebiegu chorób przewlekłych, wyniszczających o niepomyślnym rokowaniu, u chorych leczonych operacyjnie, w okresach przed i pooperacyjnych, a także w trakcie zabiegów operacyjnych prowadzonych w znieczuleniu miejscowym, u przebywających w salach intensywnego nadzoru medycznego, u kobiet rodzących, u chorych poddawanych długotrwałym zabiegom np. w salach sztucznej nerki, u chorych poddawanych przetoczeniu krwi, drobnym zabiegom chirurgicznym, stomatologicznym, hospitalizowanym w oddziałach neurologicznych i geriatrycznych, dla chorych umierających” (Janicki A., 1989, s. 90).

Określając ogólnie obszary, w których w Polsce stosowana jest muzykoterapia można stwierdzić, że muzyka stosowana jest jako czynnik odwracający uwagę od określonej sytuacji chorobowej, np. podczas koncertów profilaktycznych w szpitalach i sanatoriach, czy też jako czynnik odwracający uwagę i uspokajający, np. na salach operacyjnych oddziałów zabiegowych. Podobną funkcję pełni w gabinecie fizykoterapeutycznym oraz podczas ćwiczeń kinezyterapeutycznych, stymulując wykonywanie ćwiczeń, w terapeutycznej pedagogice specjalnej, gdzie obejmuje młodych pacjentów z uszkodzeniem analizatora zmysłów komunikacyjnych ze światem zewnętrznym, dzieci i młodzież z utrudnionym przystosowaniem do życia społecznego, pacjentów z uszkodzeniem narządów ruchu, dzieci i młodzież zaniechaną wychowawczo, w terapii pacjentów nerwicowych i psychotycznych, gdzie celem jej jest wytworzenie takiego stanu emocjonalnego, w którym dochodzi do głosu potrzeba otwarcia się pacjenta – potrzeba zwierzeń (Kierył M., Gozdecka M., 1995, s. 32).

Pomimo szerokiego zastosowania muzykoterapii w kompleksowym leczeniu różnych chorób, wciąż najczęściej jest ona stosowana w lecznictwie psychiatrycznym. Przyczyną tego stanu rzeczy jest specyfika zaburzeń nerwicowych i psychicznych, dotycząca ich

etiopatogenezy, obszaru klinicznego, przebiegu i następstw społecznych (Janicki A., 1983, s. 7). Warunkiem dla uzyskania odpowiednich wyników jest stosowanie muzykoterapii w oparciu o ustalone kryteria diagnostyczne, uwzględniające wskazania i przeciwwskazania, precyzujące cel terapii, uwzględniające odpowiedni czas stosowania i jej długość, a także metody i techniki leczenia (Janicki A., 1983, s. 8). Celem leczenia może być stymulowanie rozwoju osobowości poprzez jej rekonstrukcję i restrukturalizację lub też tylko osłabienie, czy też usuwanie poszczególnych objawów chorobowych. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z leczeniem przyczynowym, w drugim – z objawowym.

Muzykoterapia znajduje zastosowanie w leczeniu zaburzeń afektywnych-dwubiegunowych. Stosuje się ją od drugiej fazy leczenia, po ustąpieniu głębokich zaburzeń, aż do czasu całkowitego ich ustąpienia tzn. zakończenia okresu hospitalizacji (Janicki A., 1983, s. 12).

Szczególnie dużo opracowań poświęcono zastosowaniu muzykoterapii w schizofrenii. A. Janicki (1983, s. 12) uważa, że muzykoterapia powinna być stosowana w drugiej fazie leczenia, po farmakologicznym usunięciu objawów niepokoju, napięcia psychicznego, agresji i głębokiego autyzmu. Uważa, że istnieją wskazania do nieprzerwanego jej stosowania w przebiegu leczenia ambulatoryjnego. Założenia muzykoterapii w leczeniu schizofrenii opierają się w literaturze przedmiotu o koncepcje psychoanalityczne. Widzą one patogeniczny charakter schizofrenii w zaburzeniach wczesnej relacji matka-dziecko, a samą chorobę traktują jako regresję do wcześniejszego poziomu komunikacji. Elementy muzyki takie jak dźwięk, jego wibracja, czas trwania, siła, barwa itd. podobne są do sygnałów odbieranych w życiu prenatalnym, które określa się jako komunikację cenestezyjną z matką. Według psychoanalityków na bazie tej „archaicznej dźwiękowości” można dotrzeć do chorego na schizofrenię i odbudować, a także ustrukturalizować, jego wczesny kontakt z matką. Stosowane tu techniki muzykoterapii określa się jako „techniki mediacyjne” (Galińska E., 1990, s. 45).

Również w leczeniu nerwic muzykoterapia jest często stosowaną formą oddziaływania terapeutycznego. E. Galińska (1974, s. 67) traktuje muzykoterapię jako jedną z metod terapii kompleksowej, której założeniem jest dążenie do zmiany postaw i zachowań pacjentów na takie, które ułatwią im lepsze, nieneurotyczne funkcjonowanie w życiu. W muzykoterapii cel ten może być realizowany poprzez oddziaływanie na sferę uczuciową pacjenta, np. przez umożliwienie mu odreagowania silnych, przykrych przeżyć czy aktywizowanie emocjonalne w określonym kierunku. Spełnia ona rolę „katalizatora” przygotowującego od strony emocjonalnej podłoże dla dalszych oddziaływań terapeutycznych, służących wypracowaniu

wglądu w problematykę konfliktową i zmianie postaw społecznych. Stosowana jest muzykoterapia receptywna z sugestiami ukierunkowującymi percepcję muzyczną. Sugestie te mają charakter zadaniowy - jest to nie tylko sugerowanie np. nastroju, ale również stawiane są pacjentowi zadania do wykonania.

Poza aspektem terapeutycznym muzykoterapia obecna jest w innych działach nauki powiązanej z opieką, m.in. pedagogice opiekuńczej, specjalnej oraz edukacji.

W ramach pedagogiki opiekuńczej mieści się opieka międzyludzka, opieka wychowawcza oraz wychowanie opiekuńcze, natomiast na obraz wychowania opiekuńczego składa się przypisywanie walorów opiekuńczych różnym formom wychowania, między innymi edukacji szkolnej oraz przypisywanie tej roli instytucjom, w tej sytuacji szkołom (Dąbrowski Z., 2006, s. 253). Narzędziem zarówno wychowawczym jak i kształtującym osobowość jednostki jest niewątpliwie muzyka, której oddziaływanie nie polega jedynie na odsłuchiwanie dzieł muzycznych, ale również na twórczym do niej podejściu, dającym możliwość wzbudzenia w słuchaczu aktywności artystycznej. Muzyka może więc służyć szeroko rozumianemu wychowaniu społecznemu poprzez wzmacnianie i rozwój potencjałów twórczych, wzbogacanie przeżyć i uatrakcyjnienie różnych form zajęć wychowawczych. Muzyka sprawuje również funkcje rozwojowe – wpływając zarówno na poziom funkcjonowania psychicznego (kształtowanie wrażliwości, umiejętności wyrażania emocji oraz odczuć) jak i fizycznego (poprzez ruch). Wpływ ten jest widoczny głównie u dzieci rozpoczynających edukację w przedszkolach i pierwszych klasach szkolnictwa podstawowego (Mitera A., 2006, s. 154).

Pedagogika opiekuńcza styka się również z pedagogiką specjalną na gruncie sprawowania opieki nad osobami niepełnosprawnymi, w szczególności z niepełnosprawnymi dziećmi (Dąbrowski Z., 2006, s. 253). W pedagogice specjalnej z kolei wykorzystuje się również muzykoterapię. Wzmacniając realizację celów realizowanych przez pedagogikę specjalną, muzykoterapia może przyczyniać się m.in. do: redukcji niepożądanych zachowań (agresji, nadpobudliwości, zachowań destrukcyjnych); poprawy komunikacji z grupą; poprawy motoryki; doskonalenia autoorientacji, orientacji przestrzennej oraz słuchu, mowy, dotyku, kinestetyki i wzroku; rozwijania wyobraźni, ekspresji twórczej oraz aktywności poznawczej; poprawy samooceny; zwiększenia autonomii; kształtowania tożsamości oraz postaw estetycznych (Cesarz H., 2006, s. 195).

Zakończenie

Muzykoterapia stosowana jest głównie jako metoda wspierająca, przy czym jej rozwój związany jest w dużej mierze z tym, że mamy obecnie do czynienia z pewnym „zmęczeniem” racjonalistycznymi nastawieniami naszej epoki, dominacją nauki i techniki (Galińska E., 1978, s. 81). Wnioskować to można ze stale wzrastającego zainteresowania niefarmakologicznymi metodami leczenia. Świat znalazł się dziś w paradoksalnej sytuacji. Urzeczywistnione dzięki nauce i technice marzenia ludzkości okazują się jednocześnie klęską i zagrożeniem bytu (Natanson T., 1992, s. 11). Sprawia to, że nauka i technika przeżywają pewien kryzys zaufania. „W tym zakresie (...) ważną rolę pełnią dążenia do rozsądnego ograniczania stosowania środków farmakologicznych i innych bardziej drastycznych metod postępowania leczniczego na rzecz wzmożonego wykorzystywania technik humanizujących proces leczenia. Do takich technik należy między innymi muzykoterapia” (Natanson T., 1992, s. 12). Za grzech główny nauki ostatnich dziesięcioleci można uznać nadmierną fascynację tym, co oferował postęp techniczny. Tymczasem inwazja techniki w naukach medycznych odgradziła pacjenta od terapeuty murem aparatury i innych technicznych urządzeń. Natomiast rodzący się na płaszczyźnie obcowania ze sztuką intymny kontakt pacjenta z terapeutą jest istotny w humanizacji procesu leczenia (Natanson T., 1992, s. 19).

Bibliografia:

Bogusz J., Muzyka a zdrowie człowieka, *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 6, 1973, s. 11-23.

Cesarz H., *Refleksje nad możliwościami wykorzystania muzykoterapii w pedagogice specjalnej* [w:] Sekułowicz M., (red.), *Wybrane problemy pedagogiki specjalnej: teoria, diagnoza, terapia*, Wyd. Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Edukacji Towarzystwa Wiedzy Powszechnej, Wrocław 2006.

Dąbrowski Z., *Pedagogika opiekuńcza* [w:] Śliwerski B., (red.), *Pedagogika. Tom III. Subdyscypliny wiedzy pedagogicznej*, GWP, Gdańsk 2006. 2006, s. 253

Encyklopedia Gazety Wyborczej, Mediasat Group S.A.; Wydawnictwo Naukowe PWN; Agora S.A., Warszawa 2005

Encyklopedia internetowa – <http://www.wikipedia.pl> [02.07.2008].

Gajewska G., *Pedagogika opiekuńcza i jej metodyka*. Gaja, Zielona Góra 2004.

- Galińska E., Informacje o muzykoterapii stosowanej w Klinice Nerwic Instytutu Psychoneurologicznego w Warszawie, *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 7, 1974, s. 67-72.
- Galińska E., Podstawy teoretyczne muzykoterapii, *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 17, 1978, s. 81-98.
- Galińska E., Kierunki rozwojowe w polskiej muzykoterapii, *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 45, 1988, s. 155-178.
- Galińska E., Podstawowe kierunki teoretyczne muzykoterapii, *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 52: *Arteterapia II*, 1990, s. 32-44.
- Galińska E., Muzykoterapia schizofrenii, *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 57: *Arteterapia III*, 1990, s. 45-61.
- Galińska E., *Muzyka w terapii. Psychologiczne i fizjologiczne mechanizmy jej działania* [w:] Jankowski W., Kamieńska B., Miśkiewicz A., (red.), *Człowiek – muzyka – psychologia*, Wyd. Akademii Muzycznej im. F. Chopina, Warszawa 2000.
- Hanek L., Oddziaływanie muzyki na sfery psychofizyczne człowieka w aspekcie historycznym, *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 19, 1978, s. 7-14.
- Janicki A., Muzykoterapia w lecznictwie psychiatrycznym, *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 34, 1983, s. 7-28.
- Janicki A., O potrzebie wprowadzenia muzykoterapii do lecznictwa, *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 48: *Arteterapia*, 1989.
- Janicki A., Aktualny stan muzykoterapii w Polsce i innych krajach świata – poglądy, trendy, szkoły, organizacja, kształcenie muzykoterapeutów, *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 73: *Moc muzyki – pro memoria Tadeusz Natanson*, 1998, s. 76-79.
- Jordan-Szymańska A., *Nieświadome i uświadomione w muzyce* [w:] Jankowski W., Kamieńska B., Miśkiewicz A., (red.), *Człowiek – muzyka – psychologia*, Wyd. Akademii Muzycznej im. F. Chopina, Warszawa 2000.
- Kierzył M., Gozdecka M., Rola muzyki fortepianowej w profilaktyce i terapii muzycznej, *Zeszyty Naukowe AM im. F. Chopina w Warszawie*, 32: *Cztery spojrzenia na zawodową aktywność pianisty*, 1995, s. 14-36.
- Klimas-Kuchtowa E., *Znaczenie wczesnego rozwoju muzycznego dla przyszłej muzykalności* [w:] Jankowski W., Kamieńska B., Miśkiewicz A., (red.), *Człowiek – muzyka – psychologia*, Wyd. Akademii Muzycznej im. F. Chopina, Warszawa 2000.

- Kukielczyńska K., Koncepcja programowania muzyki przydatnej w terapii, *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 73: *Moc muzyki – pro memoria Tadeusz Natanson*, 1998, s. 73-75.
- Metera A., *Muzykoterapia. Muzyka w medycynie i edukacji*, Metronom, Leszno 2006.
- Natanson T., Dzieło muzyczne jako niewerbalny komunikat, *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 17, 1978, s. 119-133.
- Natanson T., *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Wydawnictwo Ossolineum, Wrocław 1979.
- Natanson T., *Programowanie muzyki terapeutycznej. Zarys podstaw teoretycznych*, Akademia Muzyczna we Wrocławiu, Wrocław 1992.
- Paluch J., Strzelecki W., Ocena świadomości potocznej na temat zawodu pielęgniarki i zawodu położnej, *Pielęgniarstwo Polskie*, 1 (27) 2008, s. 38-44.
- Reber A., *Słownik psychologii*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2000.
- Schanilcova-Vodnanska J., Możliwości i granice muzykoterapii, *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 38B, 1984, s. 49-52.
- Shuter-Dyson R., Gabriel C., *Psychologia uzdolnienia muzycznego*, WSiP, Warszawa 1986.
- Szulc W., *Muzykoterapia jako przedmiot badań i edukacji*, Wyd. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2005.
- Vertes L., Z historii muzykoterapii, *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 24, 1980, s. 91-100.
- Wachoł K., Strzelecki W., Ocena aktualnej wiedzy o roli i znaczeniu psychologów w Polsce w oparciu o analizę skupień, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2 (20) 2005, s. 507-511.
- Wrońska I.: *Współczesna koncepcja roli pielęgniarki. Studium socjologiczne*, Wydawnictwo Norbertinum, Lublin 1995.