

*Lidia Kataryńczuk-Mania**

Zielona Góra

*Anna Lis-Zaldivar***

Gorzów Wielkopolski

Poczuć dźwięki. Wybrane metody terapii muzycznej w kontekście wad słuchu

To feel sounds. Chosen methods of music therapy in hearing defect context

Wprowadzenie

Człowiek rodzi się ze zdolnością słyszenia i różnicowania dźwięków¹. Operacje te nie są dokładne, ale pozwalają dziecku na identyfikację bezpiecznego (znanego) i niebezpiecznego (nieznanego) otoczenia. P.G. Zimbardo twierdzi, że „ich słuch funkcjonuje jeszcze przed urodzeniem, są więc przygotowane do reagowania na pewne dźwięki natychmiast po urodzeniu. Preferują żeńskie głosy; zwracają uwagę na brzęki i trzaski;

* dr hab., prof. UZ, Uniwersytet Zielonogórski, Wydział Pedagogiki, Psychologii i Socjologii, Katedra Pedagogiki Przedszkolnej i Wczesnoszkolnej

** dr, Akademia im. Jakuba z Paradyża, Wydział Humanistyczny, Zakład Edukacji

¹ *Audiologia kliniczna*, A. Pruszewicz (red.), Poznań: Wydawnictwa Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 2003, s. 42 - podaje rozwój osobniczy narządu słuchu zarówno w okresie zarodkowym, jak i płodowym. Już w 19-21 dniu życia zarodka rozwija się płytka słuchowa, w 44-48 dniu powstają zakręty przewodu słuchowego, a w 56-60 dniu pierwotny przewód słuchowy zewnętrzny. Natomiast w 11-12 tygodniu życia w okresie płodowym kształtuje się narząd Cortiego, który w 21 tygodniu jest już w pełni rozwinięty. W 24-36 tygodniu życia płodowego ostatecznie zostają wykształcone kosteczki słuchowe.

lepiej zasypiają słysząc bicie serca; rozpoznają głos matki w kilka tygodni po urodzeniu. Niektóre z tych preferencji słuchowych wynikają prawdopodobnie ze znajomości pewnych dźwięków jeszcze z czasów życia wewnątrzmacicznego². „Narząd słuchu człowieka oraz u wielu zwierząt wyższych i niższych gatunków jest prawie taki sam, a mimo to człowiek posiada niespotykaną wśród zwierząt zdolność i wszechstronność komunikowania się z otoczeniem”³. Tak więc umiejętność porozumiewania się człowieka nie jest wynikiem nadzwyczajnych zdolności fizjo-anatomicznych lecz zdolnością integracji bodźców słuchowo-artykulacyjnych na poziomie ośrodkowego układu nerwowego oraz inteligencji. Percepcja częstotliwości i natężenia dźwięku przez człowieka nie jest najlepsza w porównaniu z niektórymi zwierzętami, np. konie potrafią słyszeć dźwięki do 40.000 Hz a psy do 46.000 Hz. Natomiast zdrowe ucho ludzkie jest wrażliwe na częstotliwości w zakresie od 16Hz do 20.000Hz⁴, przy czym pełny zakres słyszenia jest przede wszystkim zachowany u ludzi młodych. W drodze ewolucji wykształciła się również różna zdolność rozróżniania wysokości tonów w zakresie częstotliwościowym. Najlepiej człowiek różnicuje dźwięki od 500 Hz do 4.000 Hz⁵. Zasięg ten jest zgodny z największą czułością percepcji słuchowej⁶. Niezależnie od analizy częstotliwościowej sygnału, dokonuje się również różnicowanie natężenia dźwięku. W tym przypadku, jak podaje A. Pruszewicz największą czułość ucho wykazuje w zakresie 2000-3000 Hz⁷. Subiektywne odczucie natężenia, to głośność. Badania z zakresu psychoakustyki wykazały, że istnieją istotne różnice pomiędzy progami

² P. G. Zimbardo, *Psychologia i życie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2004, s. 154-155.

³ *Audiologia ...*, op. cit., s. 63.

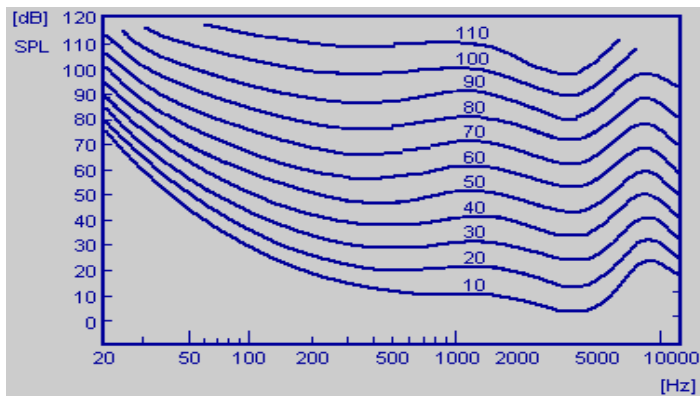
⁴ G. Lindner, *Podstawy audiologii pedagogicznej*, Warszawa: PWN, 1976, s. 92; *Audiologia ...*, op. cit., s. 35.

⁵ *Audiologia ...*, s. 63; Y. Csanyi, *Słuchowo-werbalne wychowanie dzieci z uszkodzonym narządem słuchu*, Warszawa: WSiP, 1994, s. 26.

⁶ Za: *Wpływ separacji przestrzennej źródeł zakłócających na zrozumiałość mowy polskiej*, J. Kociński (oprac.), [on line]. Dostępny w: http://www.staff.amu.edu.pl/~apraton/pracownia_kognitywistyka_short.pdf (dostęp 31.05.2016).

⁷ *Audiologia ...*, op. cit., s. 63.

słyszenia dźwięku a jego częstotliwością. Owa zależność jest zilustrowana na rys.1.



Rys.1. Krzywe jednakowej głośności⁸

Zarówno dźwięki o niskiej częstotliwości (szczególnie od 16 do 50 Hz), jak i wysokiej (8000-10000 Hz) aby były słyszalne potrzebują znacznie większego natężenia sygnału niż dźwięki w zakresie 1000 Hz.

Utrata słuchu i ubytki słuchu

Wraz z wiekiem człowiek traci ostrość słyszenia, co w konsekwencji prowadzi do obniżenia sprawności różnicowania dźwięków. A. Pruszewicz⁹ wskazuje, że proces ten rozpoczyna się już od 25-29 roku życia w zakresie wysokich częstotliwości, stopniowo rozszerzając się na całe pasmo słyszenia. Istnieje kilka klasyfikacji ubytków słuchu. W tym miejscu przytoczę dwie. Według danych ASNI (American National Standards Institute, (za A. Pruszewicz¹⁰), od 21-40 dB to niewielki ubytek słuchu, 41-55 dB umiarkowany, 56-70 dB umiarkowany/nasilony, 71-90dB

⁸ Polsko-Japońska Akademia Technik Komputerowych, *Wykład III. S³uch*, [on line]. Dostępny w: <http://edu.pjwstk.edu.pl/wyklady/mul/scb/index15.html> (dostęp 31.05.2016).

⁹ *Audiologia ...*, op. cit., s. 64.

¹⁰ *Ibidem*, s. 340.

nasilony i powyżej 90 dB głęboki ubytek słuchu. Współcześnie terminu „głuchota” nie stosuje się do wskazania stopnia utraty słuchu. Stwierdzono bowiem, że nawet te osoby, które w badaniach audiometrycznych nie wykazują reakcji na bodźce dźwiękowe, są zdolne do odczuwania wibracji w zakresie niskich tonów. Pozwala to stwierdzić, że osoby słyszą, chociaż w bardzo ograniczonym zakresie. Niedosłuch stopnia lekkiego (niewielki ubytek słuchu) powoduje opóźniony rozwój mowy, jak również wady artykulacyjne. Jednakże mowa, jako podstawowe narzędzie komunikacji rozwinie się. Umiarkowany ubytek słuchu (41-55 dB) niesie ze sobą konsekwencje istotnych zaburzeń artykulacyjnych, jak również trudności w zrozumieniu mowy. Zaopatrzenie w aparaty słuchowe oraz intensywny trening słuchowo-językowy w istotny sposób wpłyną jednak na rozwój umiejętności werbalnych i słuchowych. Przy umiarkowanym/nasilonym stopniu utraty słuchu (56-70 dB) opisane wyżej zaburzenia znacznie pogłębiają się. Pojawiają się zniekształcenia rytmu, dynamiki i melodii mowy. W nasilonym ubytku słuchu (71-90 dB) zniekształcenia mowy czynnej mogą być tak duże, że stać się ona może niezrozumiałą. Istnieje ograniczony zasób słownictwa i zrozumienie mowy biernej. Ubytek słuchu może być określany według następujących parametrów: od 0-30 dB – norma słyszenia dla osób dorosłych (0-15/20 dB dla dzieci), od 31-40 dB – tzw. pogranicze normy, od 41-50 dB – niedosłuch stopnia lekkiego, od 51-70 dB – stopnia umiarkowanego, od 71-90 dB – znacznego i powyżej 91 dB – stopnia głębokiego. Aparat słuchowy jest wskazany przy problemach w słyszeniu powyżej 40dB, czyli od 41 dB. W uzasadnionych medycznie przypadkach implanty ślimakowe zakładane są w Polsce w przypadku ubytku słuchu już powyżej 80dB. W każdym przypadku należy indywidualnie rozważyć zyski i straty z założenia trwałej protezy słuchowej, gdyż samo zakotwiczenie jej jest bardzo skomplikowaną operacją a wprowadzone zmiany są trwałe. Osoba z implantem stosunkowo bardzo dobrze słyszy dźwięki mechaniczne, co nie ma bezpośredniego, jednoznacznego przeniesienia na zrozumienie mowy, czy jakościowy odbiór muzyki. Również po wszczępieniu implantu niezbędny jest trening słuchowy w zakresie kształtowania mowy czynnej i biernej, jak również wrażliwości na muzyczne dźwięki.

Przy określaniu stopnia ubytku słuchu, należy nie tylko analizować dane dB, ale również zweryfikować opóźniony rozwój mowy,

niepełnosprawność intelektualną, autyzm, silne zaburzenia zachowania, agnozę akustyczną, czynnościowe zaburzenia słuchu, zaburzenia psychiczne. Może pojawić się sytuacja, że osoba z prawidłowym słuchem nieprawidłowo reaguje na podawane dźwięki i w badaniach audiometrycznych zostanie wykazany niedosłuch o różnym nasileniu. Jest to szczególnie niebezpieczne u dzieci. Dlatego też, nawet po zastosowaniu aparatu słuchowego, niezbędnym jest obserwowanie zachowania dziecka i jego reakcji na dźwięki zarówno wówczas, gdy ma założony aparat słuchowy, jak również bez niego. Dziecko w żadnym przypadku nie powinno reagować na dźwięki bardziej ciche niż wynika z audiogramu.

W rozpoznaniu różnicowym ubytku słuchu należy uwzględnić miejsce uszkodzenia słuchu. Wyróżniamy 3 typy niedosłuchu: niedosłuch przewodzeniowy (typ przewodnictwa), odbiorczy i mieszany¹¹. Typ niedosłuchu ma istotne znaczenie w jakości odbioru dźwięków mowy i otoczenia, w tym muzyki. W niedosłuchu typu przewodzeniowego występuje znaczna dynamika słyszenia, czyli szeroka skala między progiem słyszenia a dyskomfortem oraz dobre zrozumienie mowy po zastosowaniu aparatów słuchowych. Niedosłuch typu odbiorczego charakteryzuje się niską dynamiką słyszenia, często występującym objawem wyrównania głośności, szumami usznymi, zawrotami głowy. Zdecydowanie utrudnione jest zrozumienie mowy, szczególnie w sytuacjach wielogłosowych, w szumie, w trakcie grania muzyki. W niedosłuchu typu mieszanego występuje kombinacja specyfiki ubytku przewodzeniowego i odbiorczego.

W procesie rozwoju słuchu i mowy również początek czasowej strzałki niedosłuchu ma istotne znaczenie. Im dłużej dziecko ma zachowany słuch tym korzystniej dla percepcji słuchowej w szerokim zakresie, rozwoju mowy, kontaktów społecznych, obcowania ze sztuką opartą na brzmieniu.

Na bazie słuchu fizjologicznego rozwija się słuch fonemowy, czyli zdolność do różnicowania dźwięków, zarówno z otoczenia, mowy, jak również muzyki.

Słuch, szczególnie u małego dziecka, w istotny sposób wpływa na całość kształtu wiedzy i osobowości. Dlatego też jego zaburzenie oddziałuje na wszystkie sfery życia. Powszechnie wiadomo, że „muzyka łagodzi obyczaje”, ale co dzieje się w przypadku dziecka z wadą słuchu? Czy faktycznie

¹¹ Szerzej: *Audiologia ...*, op. cit., s. 318-333.

pomaga ona w rehabilitacji, ukojeniu i ekspresji, czy wręcz przeciwnie, powoduje frustrację i przygnębienie wynikające z niedostatków w słyszeniu. Aparaty słuchowe, które w istotny sposób pomagają słyszeć i rozumieć mowę, ze względu na pasmo przenoszenia ograniczone przeważnie do 6-8.000Hz, nie są w stanie przekazać pełnego zakresu muzycznego brzmienia¹², które często obejmuje częstotliwości powyżej 10000Hz.

Terapeuta w procesie rehabilitacji musi podjąć rozważną decyzję w zakresie doboru materiału muzyczno-wokalnego. Uwzględnić zarówno możliwości słowno-komunikacyjne dziecka, jak również jego zdolności słyszenia. Cechą istotną w doborze materiału muzycznego jest fakt, że osoby z wadą słuchu mają zachowane poczucie i odczucie rytmu¹³. Zjawisko to niewątpliwie ułatwia trening słuchowy i muzyczno-ruchowy.

Muzyka w pracy z osobami z niepełnosprawnością słuchową

Można prowadzić dyskurs – czy i jak ludzie głuchoniemi doświadczają elementy muzyki, przeżywają, rozumieją je. Dowodem na to jest II edycja Międzynarodowego Festiwalu Muzycznego Dzieci, Młodzieży i Dorosłych z Zaburzeniami Słuchu „Ślimakowe rytmy”, która odbyła się w lipcu 2016 r. pod opieką prof. Henryka Skarżyńskiego. Dzięki najnowszej technologii medycznej problemy ze słuchem nie stanowią problemu w zakresie kształcenia muzycznego, nauki gry na instrumencie, czy rozwijania umiejętności wokalnych, tanecznych.

Dźwięk, wibracje, dotyk stanowią elementy składowe fizycznego odbioru muzyki. Pozasłuchowe „słyszenie” dźwięków dotyczy odbierania fal dźwiękowych, zjawisk muzycznych drogą nie tylko wykorzystującą narząd słuchu. Dźwięki odbieramy przecież całym ciałem.

Geza Revesz prowadził badania, które wskazują na współrezonowanie organizmu człowieka (ciało jako przewodnik akustyczno-wibracyjny)¹⁴. Badany pacjent pod kątem akustyczno-psychologicznym

¹² Głos gwizdka, kastanietów, sięga do 16000Hz, *Audiologia ...*, op. cit., s. 210.

¹³ Rytm przeważnie odczuwamy dzięki niskim tonom, które ze względu na silne wywoływanie wibracji są odczuwalne przez osoby z ubytkiem słuchu.

¹⁴ G. Revesz, *Introduction To Psychology of Music*, London 1953, s. 206-212, s. 210.

był zdolny do poprawnego zinterpretowania nastroju usłyszanego muzycznego utworu, potrafił także rozpoznać przykładowy fragment muzyczny. Ciało ludzkie uznane zostało za swoisty przewodnik akustyczno-wibracyjny. Czynnikiem wibracyjny może być kluczowym medium w komunikacji międzyludzkiej.

W terapii muzycznej podkreśla się znaczącą rolę rytmu w obszarze wychowania słuchowego. Osoby z niepełnosprawnością słuchową zazwyczaj dobrze odbierają niższe częstotliwości o średnim i dużym natężeniu, z wyraźnym rytmem. Podczas systematycznych zajęć muzycznych osoby niesłyszące są w stanie rozróżnić zmiany wysokościowe (nie mniejsze niż tercja). Uszkodzenie narządu słuchu nie determinuje uszkodzenia słuchu muzycznego, na co wskazują badania przeprowadzone przez Alinę Kowalską-Pińczak. Badaczka uważa, że słuch muzyczny zachowany jest u 55% osób z uszkodzonym słuchem¹⁵.

Według Kate Gfeller pozytywne rezultaty może przynieść trening słuchowy (rozpoznawanie dźwięków z otoczenia, uwrażliwianie na dźwięk - jego obecność i brak, rozróżnianie wysokości dźwięków, rozpoznawanie źródła dźwięku¹⁶). W zakresie mowy i rozwoju języka swobodna wokalizacja przyczynia się do wzrostu częstotliwości używania głosu, wzrasta świadomość schematów mówienia i ćwiczenia naturalnego rytmu oraz wysokości mowy, wzbogacane jest słownictwo. W obszarze rozwijania kompetencji społecznych osoba z wadą słuchu uczy się rozumienia poleceń, podążania za instrukcjami, oczekuje na swoją kolejność, współpracuje z grupą, dzieli się pomysłami, skupia uwagę na innych osobach, wyraża emocje związane z daną sytuacją.

Anna Flis przeprowadziła badania wśród czterech osób z ubytkiem słuchu w stopniu głębokim, ukazujące skuteczność oddziaływań mu-

¹⁵ Za A. Szymik, *Przez rytm do Świata Ciszy. Wykorzystanie rytmiki w surdomuzykoterapii dzieci* [w:] *Muzykoterapia: tożsamość - transgresja – transdyscyplinarność*, P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, Stowarzyszenie Muzykoterapeutów Polskich, 2010, s. 147.

¹⁶ K.E. Gfeller, *Music therapy in the treatment of sensory disorders* [w:] *An Introduction to music Therapy: Theory and Practice* W. B. Davis, K.E., Gfeller, M.H. Thaut (red.), Dubuque: McGraw-Hill College, 1999, s. 189-193.

zykoterapeutycznych w obszarze rozwoju psychospołecznego dzieci w wieku przedszkolnym¹⁷.

Sesje muzykoterapeutyczne odbywały się dwa razy w tygodniu – łącznie przeprowadzono 20 sesji po 45 minut. Autorka opracowała własny arkusz obserwacji dzieci. Wyniki przyniosły bardzo pozytywne rezultaty.

W pracy terapeuty muzycznego bardzo ważnym pozostaje element rozpoznania preferencji muzycznych dzieci i dokonanie odpowiedniego doboru muzyki, form i sposobów pracy. Struktura zajęć powinna być tak zaplanowana, aby dzieci mogły czuć się swobodnie, eksperymentować z ruchem całego ciała, gestami, być zachęcane do wyrażania siebie, swoich emocji. Często to nauczyciel jest wzorem do naśladownictwa a przez udział w zabawach ma okazję zaobserwowania zachowań podopiecznych. Szczególne znaczenie ma bliski kontakt wzrokowy, dotykowy (np. masaż rąk, przytulenie), jakość i brzmienie naszego głosu, śpiewanie piosenki, powitanie, pożegnanie itp. W działaniach muzycznych dajemy dzieciom wsparcie emocjonalne, doceniamy trud dziecka, jego zaangażowanie, spontaniczność, kreatywność. Kto pracuje z dziećmi, wie o tym, że dziecko potrafi często zmieniać swoje pomysły, dokonywać różnych eksperymentów.

Rytualizacja czynności podczas zajęć muzycznych jest bardzo istotna. Jacek Kielin uważa, że każdej porze roku można przyporządkować instrument, stanowiący źródło bodźców dźwiękowo-wibracyjnych. „Latem jest to gong (typu kościelnego) i grzechotka z piaskiem. Jesienią słuchamy gry wiatru na dzwonach rurowych. Zimą postępujemy się dzwonekami i trójkątem. Wiosną używamy bębna. Silne wibracje tych instrumentów wspomagają odbiór fal akustycznych. Początkowo używa się instrumentów blisko ciała uczniów, tak by mogli czuć wibrację, a potem źródło dźwięku stopniowo oddala się. Dzieci poszukują źródła dźwięku”¹⁸.

W pracy terapeutycznej z osobami z wadą słuchu można zastosować wybrane przykładowe metody wspomagające:

¹⁷ A. Flis, *Muzykoterapia jako wsparcie rozwoju dzieci niesłyszących*, „Polskie Forum Muzykoterapeutyczne”, 2015, Nr 2, s.23-49.

¹⁸ J. Kielin, *Żywioły i pory roku [w:] Terapia zabawą. Terapia przez sztukę*, M. Piszczek (red.), Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej, 2002, s. 111.

- logorytmikę,
- Mobilną Rekreację Muzyczną wg Macieja Kieryła,
- masaż dźwiękiem wg Petera Hessa,
- elementy koncepcji Orffa, metody Dalcroze`a,
- muzyczny MAKATON (Program Rozwoju Komunikacji MAKATON opracowany przez B. B. Kaczmarek),
- relaks¹⁹.

Powyższe metody mają na celu zrelaksowanie organizmu, wyciszenie podopiecznych przez wykorzystanie ruchów biernych, kształtowanie świadomości własnego ciała, kształtowanie poczucia bezpieczeństwa, samodyscypliny, współpracy, stymulowanie postawy twórczej i odtwórczej.

Logorytmika stwarza wiele możliwości dla wychowania słuchowego. Poprzez ćwiczenia słuchowe, słuchowo-ruchowe korzystnie może usprawniać poszczególne funkcje słuchowe, uczyć dziecko świadomego korzystania z mowy i muzyki. Według Elżbiety Sachajskiej „logorytmika jest swoistą formą połączenia rytmiki i terapii logopedycznej. Wykorzystuje bowiem możliwość oddziaływania na sferę słuchową, słuchowo-ruchową i ruchową. Na bazie ćwiczeń muzyczno-ruchowych stosuje się ćwiczenia słowno-ruchowe, których wiodącym składnikiem jest rytm”²⁰. W przypadku dzieci z lekkim niedosłuchem terapeuta powinien skupić uwagę na ćwiczeniach z zaburzeniami mowy o charakterze percepcyjnym, natomiast przy głębszym zaburzeniu słuchu wykorzystywać stymulację akustyczno-muzyczną (wibracje) w połączeniu z bodźcami optycznymi (obserwacja źródła dźwięku, instrumentu, klaskania, tupania itp.).

Ćwiczenia i zabawy logorytmiczne można podzielić na:

- ćwiczenia i zabawy ogólnorozwojowe, usprawniające motorykę (np. chód, bieg, podskoki, ćwiczenia koordynacji, poruszania się w przestrzeni, napinanie i rozluźnianie grup mięśniowych),
- ćwiczenia i zabawy percepcji słuchowej (np. rozróżnianie cech dźwię-

¹⁹ G. Teusen, *Relaks twojego dziecka*, Warszawa: MARBA CROWN LTD, 1998; J. Day, *Twórcza wizualizacja dla dzieci*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka, 1997.

²⁰ E. Sachajska, *Uczymy się poprawnej wymowy*, Warszawa: WSiP, 1987, s. 45.

ku: wysokości, czasu trwania, napięcia, barwy (brzmienia głosu, instrumentu), artykulacji, akcentu (różnicowanie metrum)),

- ćwiczenia i zabawy inhibicyjno-icytacyjne, kształtujące szybką reakcję na sygnały dźwiękowe,
- ćwiczenia i zabawy słowno-ruchowe,
- ćwiczenia i zabawy z zakresu emisji głosu.

Podczas pracy terapeutycznej wykorzystuje się takie formy aktywności jak: śpiew i ćwiczenia mowy (usprawnianie aparatu głosotwórczego), grę na instrumentach, ruch z muzyką, tworzenie muzyki (tworzenie partytur muzycznych, zabawy improwizacyjne), słuchanie muzyki (ćwiczenia i zabawy słuchowe).

Mobilna Rekreacja Muzyczna według Macieja Kieryła²¹ obejmuje zestawy ćwiczeń muzyczno-ruchowych, oddechowych, wyobraźni plastycznej, literackiej stymulowanych różnorodną muzyką. Zdaniem autora, wyznacznikiem tempa realizacji celów edukacyjno-terapeutycznych jest akceptacja pacjenta, jego umiejętności, potrzeby. Model MRM składa się z kilku etapów:

- etap zerowy - zebranie informacji o pacjencie;
- uruchomienie (ćwiczenia oddechowe - faza wdechu przez zamkniętych ustach - 3 sekundy, faza wydechu przez otwarte usta - 4 sekundy. Ćwiczenia mogą dotyczyć np. fabularyzacji - gałązki na wietrze, wąchanie kwiatów, fale morskie itp.);
- zrytmizowanie (przy marszowej muzyce aktywizujemy dziecko ruchowo, np. ruchy rąk, bioder, rytmiczne gesty, klaskanie, wykorzystujemy ćwiczenia dialogowe: echo rytmiczne, wokalne, śpiewamy marszowe piosenki, zabawy muzyczno-ruchowe połączone z tekstem);
- odreagowanie (naśladujemy pociągi w różnym tempie, stosujemy przyśpieszanie czy zwalnianie tempa, ćwiczenia koordynujące przy akompaniamencie instrumentalnym);
- uwrażliwienie (wykorzystujemy zadania twórcze i odtwórcze ujawniając własne emocje, „ptasi bal” - radość, „burza z piorunami” - złość, ćwiczenia muzyczno-plastyczne, muzykujemy na instrumentach orffowskich lub niekonwencjonalnych);

²¹ M. Kierył, *Mobilna Rekreacja Muzyczna [w:] Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*, K. Stachyra (red.), Lublin: Wydawnictwo UMCS, 2012, s. 117-129.

- relaks (poprzedzamy właściwy relaks ćwiczeniami izometrycznymi, głębokimi ćwiczeniami oddechowymi. Następnie proponujemy muzykę klasyczną zgodnie z upodobaniami muzycznymi podopiecznych. Można przekazać sugestie przebywania w lesie, nad morzem i wykorzystać tekst relaksacyjny, poezję lub widoki krajobrazu. Czas trwania tej części obejmuje 7-10 minut);
 - aktywizacja łagodna (podopieczni obserwują ruchy terapeuty; rozpoczynamy od przeciągania się, pogłębionego oddechu, poruszania kończynami);
 - aktywizacja dynamiczna (intensyfikujemy działania zabawowo-terapeutyczne, można improwizować wokalnie, instrumentalnie, tanecznie ukazując własne samopoczucie);
 - rozmowa (można przekazywać własne doświadczenia z przebiegu MRM, powtórzyć ulubione ćwiczenia, może to być „koncert życzeń”).
- Bardzo istotne w tej metodzie jest specjalistyczne przygotowanie muzyczno-terapeutyczne prowadzącego, zapewnienie odpowiednich warunków (sala, instrumenty, rekwizyty) a także miła atmosfera spotkań. W zależności od sytuacji, przebiegu procesu profilaktyczno-terapeutycznego prowadzący może zmieniać lub przedłużać wybrane fazy.

Masaż dźwiękiem według Petera Hessa

Metoda opracowana przez Petera Hessa sprzyja świadomej percepcji dźwięków, ich ocenie, rozróżnianiu, interpretowaniu dzięki bogatemu laboratorium dźwiękowemu, na które składają się misy dźwiękowe, gongi, tam-tamy, dzwoneczki. Ważnymi atrybutami tej metody są przede wszystkim: osiągnięcie stanu głębokiego odprężenia, niwelowanie stanów lękowych, napięć, blokad psychofizycznych, poprawa zdolności koncentracji. Zastosowanie bogatego instrumentarium w pracy z osobami z problemami słuchowymi ułatwia synchronizację pracy mózgu w rytmach alfa (synchronizacja na tym poziomie pozwala osiągnąć stan głębokiego relaksu, niwelować negatywne myśli, odkryć własne ciało) lub theta (synchronizacja na niższych częstotliwościach powoduje głębokie wyciszenie, regeneruje organizm). Masaż dźwiękiem dociera do wszystkich komórek, które pod wpływem wibracji produkują więcej limfocytów. Wykorzystuje się w czasie jego trwania trzy podstawowe misy: uniwersalną (ustawiana na stopach, dłoniach), brzusznią (stawiana na splocie słonecznym, w okolicy krzyża), sercową (stawiana na wysokości serca), które pobudzane są do drgań poprzez delikatne uderzenie

pałeczką. W praktyce profilaktyczno-terapeutycznej metoda ta pozwala na świadome kontrolowanie napięcia organizmu, wpływa korzystnie na reakcje sensoryczne (słuchowe, dotykowe, wzrokowe, węchowe), wspomaga ćwiczenia oddechowe, ruchowo-przestrzenne (wędrowanie za dźwiękiem, chodzenie z brzmiącą misą, dzwoneczkiem), wspomaga działania relaksacyjne, wizualizacyjne, stanowi bogaty teatr dźwiękowy (misę można dotykać i odczuwać ich wibracje, tworzyć różne brzmienia, bogatą harmonię), ułatwia komunikację (dialogi wibracyjne). Duże misy służą eksperymentowaniu akustycznemu (do misy można wejść i poczuć wibracje od stóp, przytulić się do gongu). Można zastosować „piramidę dźwiękową” (podstawiając kolejno dłonie uczestników terapii) lub stworzyć „orkiestrę dźwiękową” składającą się z różnych instrumentów, także niekonwencjonalnych. Ciekawą inspiracją twórczą mogą być „kolorowe mandale” - do mis wsypujemy kolorowy piasek, zabarwioną sól i lekko uderzamy pałeczką²².

Inspirujące propozycje z wykorzystaniem metody terapii dźwiękiem P. Hessa w pracy z dziećmi z wadą słuchu proponuje Anna Borzęcka²³.

Elementy terapeutyczne pedagogiki dalcrozowskiej i orffowskiej

Anna Metera uważa, że „z chwilą, gdy dziecko głuche odczuje wibrację dźwiękową i rytm utworu muzycznego, osiągnie ważny etap rozwoju. Można je odczuwać przez różne części ciała - przykładając dźwięczący instrument do brody, gardła, głowy lub rąk. Muzyka powinna wykorzystywać niski rejestr z wyraźnym akompaniamentem basowym”²⁴. Dźwięki fortepianu, rytmiczne wibracje można odczuwać przykładając ręce do jego pudła.

²² Szerzej: *Terapia dźwiękiem*, L. Kataryńczuk-Mania (red.), Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, 2007; Zurek P.E., Hess P., *Klangschalen mit Allen Sinnesspielen und Lernen*, Uenzen, 2005; L. Matuszak, *Pedagogika dźwięku*, Włocławek: Wyd. PWSZ, 2014.

²³ A. Borzęcka, *Terapia dźwiękiem według metody Petera Hessa w pracy z dzieckiem niedosłyszającym - teoria i praktyka* [w:] *Dziecko z wadą słuchu oraz Centralnymi Zaburzeniami Przetwarzania Słuchowego (CAPD)*, J. Skibska, (red.), Kraków 2014.

²⁴ A. Metera, *Muzykoterapia*, Leszno: Wydawnictwo Centrum Technik Nauki *Metronom*, 2002, s.191.

Emil J. Dalcroze opracował gesty zgodne z emocjonalnym wyrazem muzyki a aktywność ruchowa ma polegać na umuzykalnianiu, głębokim przeżywaniu i doświadczaniu muzyki. Najważniejsze cele metody dotyczą rozwijania wrażliwości muzycznej w całym organizmie, usprawniania motorycznego, porządku rytmicznego i rozwijania wyobraźni. W pedagogice Carla Orffa występuje jedność muzyki, mowy i ruchu w znaczeniu muzykowania i improwizacji.

Zajęcia muzyczno-ruchowe oparte na założeniach Dalcroze'a, Orffa obejmują między innymi: ćwiczenia i zabawy ożywiające, np. orientacyjno-przestrzenne, określające części ciała; ćwiczenia rytmiczne na zmiany agogiczne, dynamiczne, reagowania na rytm, na dźwięki itp; ćwiczenia i zabawy utrwalające pamięć ruchową, np. realizowanie tematów rytmiczno-ruchowych, zabawy naśladowcze, z przyborami, ćwiczenia o charakterze twórczym i odtwórczym, muzykowanie na instrumentach. Janina Stadnicka w publikacji „Terapia dzieci muzyką, ruchem i mową” (Warszawa 1998) proponuje szeroki wachlarz takich ćwiczeń do pracy z osobami z problemami słuchowymi²⁵. Wilhelm Keller w książce „Einführung in Musik für Kinder”²⁶ podaje sposoby wykorzystania instrumentarium orffowskiego w pracy muzycznej.

Relaks

W szerokim znaczeniu obejmuje różne formy rekreacyjne, np. spacer, gry i zabawy fizyczne. Relaksacja jest naturalną metodą ukierunkowaną na świadome działania antystresowe, czyli eliminowanie napięcia mięśniowego, niwelowanie niepożądanych stanów emocjonalnych i zachowań. Zazwyczaj proponowane są masaże, np. automasaż relaksacyjny dłoni, ramienia, głowy, nosa, klatki piersiowej, nóg, kolana, oczu, opukiwanie swego ciała. Inną propozycją mogą być improwizacje ruchowe czy taneczne opowiadań, bajek. Wizualizacja uruchamia zasoby fizjologiczne i biologiczne, usprawnia pamięć, ułatwia koncentrację, poprawia samopoczucie. Jennifer Day, w swojej książce pt. „Twórcza wizualizacja dla dzieci”²⁷, proponuje proste techniki i zasady pracy. Można również

²⁵ Por. R. Klöppel, S. Vliex, *Rytmika w wychowaniu i terapii*, Warszawa: Wydawnictwo PNO, 1995.

²⁶ Zob. W. Keller, *Einführung in Musik für Kinder*, Mainz: SCHOTT, 1963.

²⁷ Zob. J. Day, *Twórcza wizualizacja dla dzieci*, Poznań: Zysk i S-ka, 1997.

zapropnować ćwiczenia z zakresu choreoterapii oraz audycje relaksacyjno-terapeutyczne z wykorzystaniem instrumentów muzycznych inspirowanych obrazami.

Muzyczny MAKATON

Do pracy terapeutycznej został przygotowany Program Muzyka i Zabawa w MAKATONIE. Obejmuje on piosenki z gestami, wspomagające naukę jednego gestu lub większej ilości gestów, piosenki dla małych dzieci promujące naprzemiennność. Na uwagę zasługują: „Śpiewanki pokazywanki w domu i przedszkolu” - do śpiewania, słuchania, nauki i zabawy, „Pobawmy się razem” (10 piosenek, z muzyką, tekstami i aranżacją Artura Bolona), „Słoneczne Nutki”, „Hopsanki Zabawianki”.

Podsumowanie

Muzyka istnieje tylko wtedy, gdy jest wykonywana. Oddziałuje na odbiorcę i wywołuje barwne skojarzenia, pozwala „malować” w wyobraźni obrazy i tym samym tworzyć własny, niezwykle subiektywny obraz muzyki.

Muzyka jest zalecana w zajęciach terapeutycznych jako ważny środek pomocniczy i stanowi często punkt wyjścia do działań muzycznych. Działania te powinny charakteryzować się swobodną strukturą, koncentrować na procesie interakcji, współpracy, kształtować prawidłową postawę, orientację przestrzenno-ruchową. Skuteczną metodą uzyskiwania wewnętrznej równowagi jest rytmika, która w aspekcie psychofizycznym ułatwia orientację w czasie czy przestrzeni poprzez metrum, takt, frazowanie i rytm. Zaletą zajęć muzyczno-terapeutycznych jest także odkrywanie i zastosowanie w zabawie grupowej werbalnych i niewerbalnych umiejętności komunikowania się, zbieranie własnych doświadczeń, wzmacnianie poczucia własnej wartości. Trudno jest oceniać wartości terapeutyczne metod pracy z dziećmi z zaburzeniami słuchu. Terapeuta jednak może dobrać takie elementy różnych metod, aby były skuteczne w terapii i służyły podopiecznym.

Bibliografia

Audiologia kliniczna, pruszewicz A. (red.), Poznań 2003.

Borzęcka A., *Terapia dźwiękiem według metody Petera Hessa w pracy z dzieckiem niedosłyszącym - teoria i praktyka*. [W:] *Dziecko z wadą słuchu oraz Centralnymi Zaburzeniami Przetwarzania Słuchowego (CAPD)*, J. Skibska (red.), Kraków 2014.

- Csanyi Y., *Słuchowo-werbalne wychowanie dzieci z uszkodzonym narządem słuchu: model węgierski*, Warszawa 1994.
- Day J., *Twórcza wizualizacja dla dzieci*, Poznań 1997.
- Flis A., *Muzykoterapia jako wsparcie rozwoju dzieci niesłyszących*, „Polskie Forum Muzykoterapeutyczne” 2015, nr 2.
- Gfeller K.E., *Music therapy in the treatment of sensory disorders*. [W:] *An Introduction to music Therapy: Theory and Practice*, W. B. Davis, K.E., Gfeller, M.H. Thaut (red.), Dubuque 1999.
- Głuska A., *Rozwój zmysłu słuchu i muzycznej wrażliwości od okresu prenatalnego do wieku przedszkolnego*. [W:] *Muzyka i my. O różnych przejawach wpływu muzyki na człowieka*, E. Czerniawska (red.), Warszawa 2012.
- Górniak I., Samsel M., *Rytmika i jej rola w rewalidacji dziecka niedosłyszącego*, „Szkoła Specjalna” 1982, nr 6.
- Hoffman B., *Surdopedagogika w teorii i praktyce*, Warszawa 2001.
- Kataryńczuk-Mania L., *Terapia dźwiękiem - metoda Petera Hessa w pracy z dzieckiem w wieku przedszkolnym i młodszym wieku szkolnym oraz ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, „Konteksty Pedagogiczne” 2013, nr 1.
- Keller W., *Einführung in Musik für Kinder*, Mainz 1963.
- Kielin J., *Żywioły i pory roku*. [W:] *Terapia zabawą. Terapia przez sztukę*, M. Piszczek, (red.), Warszawa 2002.
- Kierył M., *Mobilna Rekreacja Muzyczna*. [W:] *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*, K. Stachyra (red.), Lublin 2012.
- Klóppel R., Vliex S., *Rytmika w wychowaniu i terapii*, Warszawa 1995.
- Kowalewska E., Walencik-Topiłko A., *Zaburzenia głosu u osób z wadą słuchu - diagnoza i terapia*. [W:] *Muzyka w logopedii. Terapia, wspomaganie, wsparcie: trzy drogi, jeden cel*, D. Baczała, J. J. Błęszyński (red.), Toruń 2014.
- Lindner G., *Podstawy audiologii pedagogicznej*, Warszawa 1976.
- Love A., *Wychowanie słuchowe. Historia - metody - możliwości*, Warszawa 1995.
- Metera A., *Muzykoterapia. Muzyka w medycynie i terapii*, Leszno 2002.
- Metody i formy terapii sztuką*, Kataryńczuk-Mania L. (red.), Zielona Góra 2005.
- Pedagogika dźwięku*, Matuszak L. (red.), Włocławek 2014.
- Revesz G., *Introduction To psychology of music*, London 1953.
- Sachajski E., *Uczymy poprawnej wymowy*, Warszawa 1987.
- Smoczyńska-Nachtman U., *Muzyka dla dzieci*, Warszawa 1992.
- Stadnicka J., *Terapia dzieci muzyką, ruchem i mową*, Warszawa 1998.
- Surdologopedia. Teoria i praktyka*, Muzyka-Furtak E. (red.), Gdańsk 2015.

Szymik A., *Przez rytm do Świata Ciszy. Wykorzystanie rytmiki w surdomuzykoterapii dzieci*. [W:] *Muzykoterapia: tożsamość - transgresja – transdyscyplinarność*, P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), Wrocław 2010.

Terapia dźwiękiem, Kataryńczuk-Mania L. (red.), Zielona Góra 2007.

Teusen G., *Relaks twojego dziecka*, Warszawa 1998.

Walencik-Topiłko A., Wysocka M., *Logorytmika w terapii surdologopedycznej*. [W:] *Surdologopedia. Teoria i praktyka*, E. Muzyka-Furtak (red.), Gdańsk 2015.

Zalewska M., *Funkcje słuchowe u dzieci głuchych*, Warszawa 1990.

Zimbardo P.G., *Psychologia i życie*, Warszawa 2004.

Zurek P., E., Hess P., *Klangschalen mit Allen Sinnesspielen und Lernen*, Uenzen 2005.

Strony www

Polsko-Japońska Akademia Technik Komputerowych, *Wykład III. Słuch*, [on line]. Dostępny w: <http://edu.pjwstk.edu.pl/wyklady/mul/scb/index15.html> (dostęp 31.05.2016).

Wpływ separacji przestrzennej źródeł zakłócających na zrozumiałość mowy polskiej, J. Kociński (oprac.), [on line]. Dostępny w: http://www.staff.amu.edu.pl/~apraton/pracownia_kognitywistyka_short.pdf (dostęp 31.05.2016).

Streszczenie

Autorki poruszają wybrane zagadnienia wychowania słuchowego, utraty słuchu i ubytku słuchu i wskazują na potrzebę rehabilitacji. Omawiają wybrane metody pracy z osobami z wadą słuchu z obszaru terapii muzycznej: logorytmiki, Mobilnej Rekreacji Muzycznej według Macieja Kieryły, Masażu dźwiękiem według Petera Hessa, elementów metody Emila J. Dalcroze'a, koncepcji Carla Orffa, muzycznego programu MAKATON według Bogumiły Kaczmarek i relaksu.

Słowa kluczowe: dźwięki, terapia muzyczna, terapia słuchowa

Abstract

Authors talk about chosen auditory education issues, hearing loss and rehabilitation. They discuss chosen methods of work with people affected by hearing impairment in area of Mobile Music Recreation, according to Maciej Kierył, Massage by sound according to Emil J. Dalcroze, in conception of Carl Orff and music program MAKATON.

Keywords: sound, music therapy, auditory therapy