

Helena Cesarz\*

Wrocław

## Wartości muzykoterapii stosowanej u osób z niepełnosprawnością

### Importance of music therapy used in patients with disabilities

#### O początkach muzykoterapii w Polsce

Terapię muzyką wykorzystywano w leczeniu różnych chorób we wszystkich kulturach i okresach historii. Ta forma leczenia jest więc stara jak ludzkość. Na nowo odkryta podczas II wojny światowej w Stanach Zjednoczonych, służyła jako rodzaj anestezji muzycznej w chirurgii oraz leczeniu psychiatrycznym weteranów wojennych. Rok 1950, to data powstania w Kansas w Stanach Zjednoczonych, National Association for Music Therapy oraz włączenia muzykoterapii w uniwersytecki program studiów<sup>1</sup>.

W Polsce zainteresowanie muzykoterapią sięga lat pięćdziesiątych XX wieku, kiedy to profesorowie Julian Aleksandrowicz i Stanisław Cwynar oraz doc. dr hab. Andrzej Szyszko-Bohusz, zastosowali trening autogeny w połączeniu z muzyką u chorych psychosomatycznie w III Klinice Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Krakowie. Owocem ich działalności była książka (wydana dwukrotnie: w 1966 i 1976 roku), wzbogacona płytą z tekstem treningu mówionego na tle muzyki przez

---

\* dr, Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, Wydział Kompozycji, Dyrygentury, Teorii Muzyki i Muzykoterapii, Zakład Muzykoterapii

<sup>1</sup> E. Galińska, *Z zagadnień muzykoterapii [w:] Wybrane zagadnienia z psychologii muzyki*, M. Manturzevska, H. Kotarska (red.), Warszawa: WSiP 1990, s. 217-238.

aktorów scen polskich – m.in. Gustawa Holoubka<sup>2</sup>. W tym samym czasie doktor Andrzej Janicki – psychiatra i zarazem muzyk grający na skrzypcach, klarnecie i saksofonie – tuż po otrzymaniu dyplomu ukończenia studiów medycznych dokonywał pierwszych prób włączenia muzyki do leczenia psychiatrycznego. Jako lekarz, starał się poznać mechanizmy warunkujące reakcje człowieka chorego psychicznie na muzykę, zaś jako wielki miłośnik sztuki i humanista, uważał za słuszne wprowadzenie do terapii również form literackich i plastycznych. O tych zainteresowaniach muzykoterapią pisano na łamach „Ruchu Muzycznego” w 1968 roku, w artykule informującym o próbach stosowania muzykoterapii w leczeniu psychiatrycznym. Autor artykułu twierdził, że młody lekarz – Andrzej Janicki – z powodzeniem wykorzystuje muzykę w leczeniu określonych typów schizofrenii. Jedyną trudnością, z którą dość często się boryka, jest dobór odpowiedniego materiału muzycznego<sup>3</sup>. Informacja ta do tego stopnia zainteresowała Tadeusza Natansona – kompozytora i pedagoga ówczesnej Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu (obecnie Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego) –, że nawiązał kontakt z doktorem Janickim, a później zaproponował współpracę, która zaowocowała pomysłem powołania Zakładu Muzykoterapii. Stało się to jesienią 1972 roku: przy Katedrze Kompozycji i Teorii Muzyki Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej we Wrocławiu powstał pierwszy w Polsce i jeden z pierwszych w Europie Zakład Muzykoterapii, a jego pierwszym kierownikiem został docent Tadeusz Natanson<sup>4</sup>. Już po upływie kilku miesięcy – w styczniu 1973 roku – odbyło się I Ogólnopolskie Spotkanie Współpracowników Zakładu Muzykoterapii, podczas którego powołano zespół do spraw szkolenia muzykoterapeutów. Opracowując koncepcje ich kształcenia, bazowano na doświadczeniach

---

<sup>2</sup> J. Aleksandrowicz, S. Cwynar, A. Szyszko-Bohusz, *Relaks. Wskazówki dla lekarzy i pedagogów*. Wydanie II, Warszawa: PZWL 1976.

<sup>3</sup> J. Skarbowski, *Czy można leczyć muzyką?* „Ruch Muzyczny”, 1968, nr 19, s. 17.

<sup>4</sup> H. Cesarz, *Tadeusz Natanson – twórca wrocławskiej muzykoterapii* [w:] *Tadeusz Natanson - kompozytor, uczony, pedagog*, A. Granat-Janki (red.), Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, Zakład Historii Śląskiej Kultury Muzycznej 2010, s. 39-55.

wiedeńskiego ośrodka Hochschule für Music und darstellende Kunst<sup>5</sup>. W wyniku prac zespołu, utworzono dwuletnie Podyplomowe Studium Muzykoterapii – pierwsze w Polsce, czwarte w Europie po Austrii, Wielkiej Brytanii i Holandii<sup>6</sup>. Na przestrzeni lat przekształcono studia podyplomowe w magisterskie. Obecnie Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu kształci muzykoterapeutów w systemie licencjackim, magisterskim i podyplomowym.

Należy też wspomnieć, że w tym samym czasie dr Elżbieta Galińska – muzykolog i psychoterapeutka z Instytutu Psychoneurologicznego w Warszawie (obecnie Instytutu Psychiatrii i Neurologii) – dostrzegając związek muzykoterapii z psychoterapią pracowała nad stworzeniem teoretycznych podstaw muzykoterapii, wywodząc je z kierunków psychoterapeutycznych<sup>7</sup>. Natomiast Maciej Kierył – lekarz anestezjolog – stosował muzykę podczas zabiegów operacyjnych w Centralnym Szpitalu Kolejowym w Warszawie Międzylesiu<sup>8</sup>. Z kolei Anna i Artur Meterowie – muzyk i lekarz – badali wpływ muzyki na fizjologiczne funkcje organizmu, m. in. minutowe zużycie tlenu oraz przemianę materii<sup>9</sup>. Pozostaje jeszcze cała lista nazwisk, które z oczywistych względów nie sposób tu wymienić. Są to osoby, których zapał i entuzjazm bez wątpienia przyczyniły się do rozwoju muzykoterapii w Polsce.

### **Czym jest muzykoterapia jakie ma cele i zastosowanie?**

Muzykoterapia była i jest różnie pojmowana i definiowana, co

---

<sup>5</sup> T. Natanson, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk: Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo 1979, s. 61.

<sup>6</sup> H. Cesarz, *Tadeusz Natanson ...*, op. cit., s. 39-55.

<sup>7</sup> E. Galińska, *Podstawy teoretyczne muzykoterapii*, „Zeszyty Naukowe nr 17, V Ogólnopolskie Spotkanie Współpracowników Zakładu Muzykoterapii (13-14 listopada 1976)”, T. Natanson, G. Pstrokońska-Nawratil (red.), Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna 1978, s. 81-98b.

<sup>8</sup> M. Kierył, *Uwagi na temat stosowania muzyki w sali operacyjnej*, „Zeszyty Naukowe Nr 17...”, s. 41-44a.

<sup>9</sup> A. A. Metera, *Zmniejszenie minutowego zużycia tlenu i podstawowej przemiany materii u człowieka pod wpływem muzyki*, „Zeszyty Naukowe nr 9”, T. Natanson, G. Pstrokońska-Nawratil (red.), Wrocław: Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna 1975, s. 95-105.

wynika z jej interdyscyplinarnego charakteru oraz różnych podejść teoretycznych i działań praktycznych. Dla Tadeusza Natansona „muzykoterapia jest metodą postępowania wielostronnie wykorzystującą wieloraki wpływ muzyki na psychosomatyczny ustrój człowieka”<sup>10</sup>; dla Julitte Alvin to „zaordynowane i kontrolowane użycie muzyki w leczeniu, rehabilitacji i wychowaniu dzieci i dorosłych z niepełnosprawnością emocjonalną, fizyczną lub umysłową”<sup>11</sup>; dla Elżbiety Galińskiej to „systematyczne i metodyczne zastosowanie muzyki w kompleksie działań leczniczych, obejmujących proces diagnozy, leczenia i rozwoju osobowości, oparte o interdyscyplinarne założenia: muzyczne, psychologiczne i medyczne”<sup>12</sup>. Określenia można mnożyć. Z zacytowanych wyżej wynika, że muzykoterapię można stosować w różnych grupach wiekowych i że skupia ona wiele dyscyplin, stąd też stworzenie jednej uniwersalnej definicji wydaje się wręcz niemożliwe. Światowa Federacja Muzykoterapii (World Federation of Music Therapy) podjęła jednak ten trud i przyjęła w 2011 roku za obowiązującą następującą definicję: „Muzykoterapia jest profesjonalnym stosowaniem muzyki i jej elementów jako interwencji w medycznych, edukacyjnych oraz codziennych warunkach, w pracy z jednostkami, grupami, rodzinami lub społecznościami, poszukującymi zoptymalizowania ich jakości życia, poprawy w aspekcie fizycznym, społecznym, komunikacyjnym, emocjonalnym, intelektualnym i duchowym oraz poczucia dobrostanu”<sup>13</sup>. W procesie leczenia muzykoterapia stosowana jest (grupowo bądź indywidualnie) zazwyczaj jako terapia wspomagająca.

Wpływ muzyki wykorzystywanej w terapii na organizm człowieka jest wielostronny. Oprócz doznań psychicznych i duchowych, estetycznych i transcendentnych, wpływa ona na czynności poszczególnych układów

---

<sup>10</sup> T. Natanson, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk: Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo 1979, s. 51.

<sup>11</sup> *The International Newsletter of Music Therapy*, Springfield, New Jersey: The American Association for Music Therapy 1986.

<sup>12</sup> Elżbieta Galińska, *Muzykoterapia – fragment hasła encyklopedycznego*, „Muzykoterapia. Biuletyn Grupy Roboczej <Muzykoterapia>” 1992, nr 1, s. 7.

<sup>13</sup> Za: K. Stachyra, *Definiowanie i klasyfikacja muzykoterapii* [w:] *Podstawy muzykoterapii*, K. Stachyra (red.), Lublin: UMCS 2012, s. 30.

fizjologicznych, wegetatywne funkcje organizmu, motorykę, emocje, relacje społeczne; otwiera na świat różnych kultur. Fakt ten pozwala spojrzeć na człowieka zarówno z punktu bio-psycho-społeczno-kulturowego traktowania jego zdrowia uwarunkowanego wieloma czynnikami, jak i bio-psycho-społeczno-kulturowego traktowania muzyki<sup>14</sup>. Te cztery poziomy/obszary oddziaływania muzyki, które należy traktować jako całość, są ściśle ze sobą powiązane. Dla przypomnienia dodam, że: poziom biologiczny – to wpływ muzyki na fizjologiczne funkcje organizmu człowieka, jego psychomotorykę; poziom psychologiczny – to jej wpływ na funkcje psychiczne, sferę emocjonalną; poziom społeczny – to jej wpływ na relacje międzyludzkie, komunikację, wzajemne interakcje; poziom kulturowy, bliski społecznemu, – to otwarcie słuchacza na świat różnych kultur: te same utwory muzyczne są przedmiotem percepcji estetycznej różnych narodowości<sup>15</sup>.

Uwzględniając to oddziaływanie, za Maciejem Kierytem<sup>16</sup> i Pawłem Cylulko<sup>17</sup>, można sformułować między innymi następujące cele muzykoterapii:

- ujawnianie i odreagowanie negatywnych emocji, wyzwolenie potrzeby ekspresji, obniżenie poziomu lęku,
- redukcja zachowań niepożądanych: nadpobudliwości, agresji, stereotypii, kompulsywności oraz innych zachowań destrukcyjnych,
- polepszanie umiejętności komunikacyjnych i interakcji z grupą,
- doskonalenie aktywności poznawczej,
- usprawnianie psychomotoryki,
- doskonalenie autoorientacji i orientacji w przestrzeni,

---

<sup>14</sup> Zob. więcej: H. Cesarz, *Muzykoterapia – metoda wspomagania salutogenezy* [w:] *Muzykoterapia – stałość i zmiana*, P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), Wrocław: Akademia Muzyczna im. K. Lipińskiego 2014, s. 47-70.

<sup>15</sup> Por. E. Klimas-Kuchtowa, *Różne spojrzenia na muzykę, wymagania wobec muzykoterapii i muzykoterapeuty* [w:] *Arteterapia w medycynie i edukacji*, W. Karolak, B. Kaczorowska (red.), Łódź: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna 2008, s. 93-97.

<sup>16</sup> M. Kieryt, *Elementy terapii i profilaktyki muzycznej*, Warszawa: ISDN 1996, s. 21.

<sup>17</sup> P. Cylulko, *Rola muzykoterapii w procesie usprawniania niepełnosprawnych pacjentów*, „Muzykoterapia Polska”, 2003, nr 1 (5), s. 15-25.

- doskonalenia mowy, słuchu, wzroku, dotyku, kinestetyki,
- poprawa samooceny oraz akceptacji samego siebie,
- kształtowanie własnej tożsamości i świadomości swojego ciała,
- zwiększanie niezależności i autonomii,
- budzenie poczucia sprawności,
- nauczenie wspomaganych muzyką form rekreacji,
- kształtowanie postaw estetycznych, umuzykalnianie,
- uwrażliwienie kulturowe,
- potwierdzenie lub korekta diagnozy.

Cele muzykoterapii, warunkują jej bardzo szerokie zastosowanie, co oznacza, że praktykowana jest ona (grupowo bądź indywidualnie) jako jedna z form terapii kompleksowej w ośrodkach społecznej służby zdrowia (w Polsce reguluje to Dziennik Urzędowy MZiOS z 1977 roku<sup>18</sup>), w terapii psychologicznej, pedagogicznej, rehabilitacji, rekreacji i edukacji, a także w promocji zdrowia i w profilaktyce.

Skuteczność muzykoterapii zależy od wielu czynników, między innymi od dokładnego określenia jej celu, odpowiedniego doboru metod i technik oraz materiału muzycznego, przy uwzględnieniu wskazań i przeciwwskazań do jej stosowania. Ważna jest również umiejętność diagnozowania pacjenta dla potrzeb muzykoterapii: na przykład ocena sprawności funkcji poznawczych, preferencji muzycznych (szczególnie w przypadku terapii indywidualnej), sposobu komunikowania się (werbalnego i za pomocą instrumentów), ogólnego poziomu funkcjonowania i jego mocnych stron. Nie bez znaczenia pozostaje znajomość warsztatu muzykoterapeutycznego, w pierwszej kolejności rozumienie języka muzycznego, którym posługuje się pacjent na przykład podczas gry na instrumencie, oraz reguł percepcji muzycznej w warunkach terapii. Konieczna jest także elementarna wiedza z zakresu tego działu (medycyny, pedagogiki, psychologii, rehabilitacji), który stanowi podstawę prowadzonych zajęć.

### **Klasyfikacja muzykoterapii**

Cheryl Dileo Maranto dokonała klasyfikacji muzykoterapii w trzech kategoriach. Dotyczą one: praktyki (tzw. „szkół praktycznych”

---

<sup>18</sup> *Dziennik Urzędowy MZiOS*, Warszawa, 12 lipca 1977 r., nr 10, poz. 29-33, paragraf 32, *Zarządzenie MZiOS* z dnia 28 czerwca 1977 r.

prezentujących szeroki wachlarz zastosowań muzykoterapii); poziomów leczenia (zakresu i głębokości interwencji); typu doświadczeń muzycznych/przeżyć (czyli wykorzystywanych technik). Każda z tych płaszczyzn jest teoretycznie możliwa do zastosowania w wychowaniu, rozwijaniu osobowości, aktywizowaniu i uczeniu określonych zachowań, w treningach rehabilitacyjnych, w przebiegu działań biopsychologicznych, w psychoterapii muzycznej, a także w postępowaniu paliatywnym i profilaktycznym. W ramach praktycznych zastosowań muzykoterapii, czyli tzw. szkół praktycznych Maranto wyróżniła kilkanaście rodzajów muzykoterapii, między innymi:

1. muzykoterapię edukacyjno-rozwojową (stosowaną w celu optymalizacji rozwoju osób odbiegających od normy, hamownia regresu, podtrzymania, wspierania innych terapii);
2. muzykoterapię rehabilitacyjną (stosowaną w celu odzyskania sprawności motorycznych, poznawczych, komunikacyjnych oraz w zaakceptowaniu aktualnej sytuacji chorego);
3. muzykoterapię psychoterapeutyczną (stosowaną w celu rozwiązywania problemów psychologicznych, np. dotarcia do nieświadomych uczuć, uczenia odreagowywania emocji, korekty zachowania, kształtowania pozytywnego obrazu siebie, rozwijania wewnętrznego potencjału);
4. muzykoterapię profilaktyczną (stosowaną w celu zapobiegania problemom natury psychologicznej, społecznej, fizycznej, poznawczej, komunikacyjnej; uczącej form rekreacji i atrakcyjnego wypełniania czasu)<sup>19</sup>.

Drugi system klasyfikacyjny dotyczy zakresu interwencji – szerokości i głębokości oddziaływania muzykoterapii i rozpatrywany jest na trzech poziomach:

1. wspomagającym/podtrzymującym (gdzie muzykoterapia jest elementem uzupełniającym, wspomagającym inne formy leczenia i gdzie terapeuta pracuje samodzielnie i niezależnie od innych fachowców);

---

<sup>19</sup> Ch. Dileo Maranto, *Music Therapy Clinical Practice: A Global Perspective and Classification System* [w:] *Music Therapy. International Perspectives*, Ch. Dileo Maranto (red.), Pennsylvania: Jeffrey Books 1993, s. 683-706.

2. ogólnym/szerokim (gdzie muzykoterapeuta ustala cele wraz z innymi fachowcami i pracuje nad problemami chorego wspomagając inne metody terapii);
3. głębokim/intensywnym (gdzie muzykoterapeuta samodzielnie określa cele terapii, pracuje nad osiągnięciem głębokich zmian w zdrowiu/funkcjonowaniu chorego, oddziałuje na wszystkie aspekty jego stanu zdrowia).

Trzeci system klasyfikacyjny dotyczy kategorii muzycznych doświadczeń/przeżyć (experiences/techniques) określanych jako techniki muzykoterapii. Zanim przystąpię do ich omówienia, za słuszne uważam przedstawienie dwóch zasadniczych form muzykoterapii: receptywnej i aktywnej, gdyż to one stanowią bazę dla omawianych technik.

### **O dwóch rodzajach aktywności, czyli muzykoterapii receptywnej i aktywnej**

Kontakt człowieka z muzyką przebiega w trzech zakresach: 1. produkcji muzycznej, czyli twórczości (muzyka powstaje w umyśle kompozytora); 2. reprodukcji muzycznej, czyli wykonawstwa (muzyka jest odtwarzana, interpretowana przez orkiestrę, chóry, solistów); 3. recepcji muzycznej, czyli odbioru (słuchacz odbiera ją tak, jak pozwala mu jego wrażliwość, wiedza, kultura muzyczna, aktualny stan psychiczny)<sup>20</sup>. Ustanowiono więc podział na dwie zasadnicze formy aktywności: muzykoterapię receptywną (odbiorczą) i aktywną (wykonawczą).

Muzykoterapia receptywna polega na wysłuchaniu utworów muzycznych, dobranych przez terapeutę w zależności od potrzeb pacjentów: w sposób swobodny, tzn. bez sugerowania treści/tematu (pacjent po wysłuchaniu muzyki mówi o wszystkim co przyszło mu na myśl w trakcie jej odbioru) lub zadaniowy, tzn. z ukierunkowaniem na konkretne skojarzenia, które ujawniane są w rozmowie po wysłuchaniu muzyki. Istotnym elementem muzykoterapii receptywnej jest werbalizacja własnych przeżyć, wyobrażeń, wspomnień, emocji towarzyszących słuchaniu muzyki. Wypowiadanie się na ten temat na forum grupy i dyskusja pacjentów mają walory terapeutyczne.

Muzykoterapia aktywna koncentruje się na odtwarzaniu (np. śpiewaniu

---

<sup>20</sup> M. Przychodzińska-Kaciczak, *Zrozumieć muzykę*, Warszawa: Nasza Księgarnia 1984.



piosenek, tańczeniu) lub improwizacji: swobodnej (np. pacjent gra to, co w danej chwili czuje), bądź na podany temat (np.: „las”, „wschód słońca”, „jak spędzam wolny czas”, itp.). Improwizacja odbywać się może przy pomocy prostych instrumentów perkusyjnych, głosu lub ruchu. Muzykoterapia aktywna uczy prawidłowej komunikacji, uzewnętrzniania uczuć, nastrojów, skojarzeń, itp. poprzez grę na instrumentach, dialogi za pomocą tychże instrumentów, aktywność wokalną, ruchową, a nawet rysunek przy muzyce. Należy zaznaczyć, że improwizacja instrumentalna w muzykoterapii, czyli tzw. „produkcje dźwiękowe” pacjentów nie pretendują do poziomu artystycznego i analizowane są w aspekcie terapeutycznym.

### **Metody i techniki muzykoterapii**

Prób klasyfikacji metod i technik muzykoterapii dokonywali różni autorzy, między innymi: wspomniana wyżej Cheryl Dileo Maranto<sup>21</sup>, Kenneth Bruscia<sup>22</sup>, Edith Lecourt<sup>23</sup>, a w Polsce Elżbieta Galińska<sup>24</sup>. W niniejszym opracowaniu skupię się na technikach wyróżnionych przez profesor Maranto z Temple University w Filadelfii oraz doktor Galińską z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, odwołując się do tych, które najczęściej wykorzystywane są w muzykoterapii osób z niepełnosprawnością.

Maranto<sup>25</sup> wyróżniła następujące rodzaje technik (doświadczeń/przeżyć muzycznych) stosowanych w międzynarodowej praktyce muzykoterapeutycznej:

- *receptywne (receptive)* – związane ze słuchaniem muzyki mechanicznej, na żywo, bądź improwizowanej;
- *rekreatywne (recreative)* – związane z odtwarzaniem muzyki: śpiewem, grą na instrumentach, powtarzaniem melodii, rytmów, nauką gry na instrumencie, nauką czytania nut, etc.;

---

<sup>21</sup> Ch. Dileo Maranto, *Music Therapy...*, op. cit., s. 683-706.

<sup>22</sup> K. Bruscia, *Defining Music Therapy*, Barcelona: Barcelona Publishers 1998.

<sup>23</sup> E. Lecourt, *Praca muzykoterapeuty w psychiatrii*, „Psychoterapia”, 2004, nr 1(128), s. 83-88.

<sup>24</sup> E. Galińska, *Psychoterapeutyczne założenia muzykoterapii i ich realizacja*, „Psychoterapia” 1977, T. XXII, s. 21-32.

<sup>25</sup> Ch. Dileo Maranto, *Music Therapy...*, op. cit., s. 689.

- *improwizacyjne (improvisatory)* – związane ze spontanicznym tworzeniem muzyki: wokalnie, instrumentalnie; indywidualnie, z terapeutą, z grupą; w sposób swobodny lub na określony temat etc.;
  - *kompozytorskie (compositional)* – związane z tworzeniem/kreacją muzyki; punktem wyjścia do ich stosowania jest założenie, że komponowanie może być formą terapii. Techniki te stosuje się u pacjentów mających przygotowanie/doświadczenia muzyczne (kompozycja może wskazywać na ich stan psychiczny); w terapii wykorzystuje się również pisanie melodii do tekstów, lub tekstów do melodii:
  - *aktywne (activity)* – związane z różnorodną aktywnością: słuchaniem muzyki, grą na instrumentach, zabawami muzycznymi, grą towarzyską, etc.;
  - *kombinowane (combinet)* – związane/łączone z innymi dziedzinami sztuki: tańcem, poezją, bądź elementami innych terapii.
- Elżbieta Galińska<sup>26</sup> wyróżniła siedem metod muzykoterapii:

1. odreagowująco-wyobrażeniowe oraz aktywizujące emocjonalnie,
2. treningowe,
3. relaksacyjne,
4. komunikatywne,
5. kreatywne,
6. psychodeliczne, ekstatyczne, estetyzujące, kontemplacyjne,
7. muzyczny trening uwrażliwiania.

Autorka niniejszego opracowania wybrała spośród nich tylko trzy: odreagowująco-wyobrażeniowe i aktywizujące emocjonalnie, które nazywała wyobrażeniowo-projekcyjnymi oraz komunikatywne i kreatywne, gdyż właśnie te, najczęściej wykorzystuje w swojej pracy. Konkretnym metodom przypisała techniki<sup>27</sup> wywodzące się z koncepcji psychologicznych i systemów wychowania muzycznego Carla Orffa i Emila Jaques-Dalcroze'a:

1. Metody wyobrażeniowo-projekcyjne:
  - a) *technika wolnych skojarzeń*, czyli skojarzeń generowanych

---

<sup>26</sup> E. Galińska, *Psychoterapeutyczne założenia muzykoterapii...*, s. 21-32.

<sup>27</sup> H. Cesarz, *Wybrane metody i techniki muzykoterapii w pracy z osobami zaburzonymi psychicznie* [w:] *Podstawy muzykoterapii*, K. Stachyra (red.), Lublin: UMCS 2012, s. 185-202.

swobodną, niekierowaną percepcją muzyki, gdzie pacjenta zachęca się do wypowiedzania wszystkich wyobrażeń, odczuć, wspomnień, itp. w związku ze słuchaną muzyką;

b) *technika kierowanej wyobraźni*, gdzie pacjent ujawnia swoje wyobrażenia powstałe pod wpływem utworu muzycznego, ale są one wyzwalane w oparciu o wcześniej zadany przez muzykoterapeutę temat, np.: „Nastroje w muzyce i w moim życiu”; „Jakiego człowieka (mężczyznę, kobietę, czy dziecko) ilustruje muzyka?”; „Jaką sytuację z mojego życia przywołuje muzyka?” itd.;

c) *technika zdań niedokończonych*, gdzie wykorzystuje się uzupełnienie niedokończonych zdań, np.: „pod wpływem muzyki czuję się jak...” (bada się samopoczucie), „wysłuchana muzyka wyzwała we mnie...” (bada się myślenie, fantazję, nastrój np. optymizm – pesymizm, stopień identyfikacji z muzyką), „chciałbym być jak...” (pacjent ujawnia potrzebę osiągnięcia lub uznania), „muzyka przypomina mi...” itd. W przypadku trudności z werbalizacją zdanie można dokończyć improwizacją na instrumentach perkusyjnych bądź wykorzystać ekspresję cielesną/pantomimiczną;

d) *technika projekcji symbolicznej wg Hanscarla Leunera*, (zmodyfikowana dla potrzeb muzykoterapii), gdzie terapeuta pobudza pacjenta do wyobrażania i przeżywania kilku kolejno następujących po sobie scen – symboli: łąki, strumienia, wzgórza, lasu i domu<sup>28</sup>. W procesie muzykoterapii – ze względu na wykorzystanie konkretnego utworu ilustrującego konkretną scenę (np. łąkę) – wyobrażenia te nie są podawane w jednym ciągu (jak podczas psychoterapii), lecz oddzielnie, to znaczy każdą symboliczną scenę ilustruje inny przykład muzyczny;

e) *rysunek do muzyki a konkretnie malunek zainspirowany muzyką*, gdzie pacjent kreuje własny świat fantazji i przeżyć, czyli w inny, plastyczny sposób dokonuje projekcji własnej osobowości. W połączeniu z muzyką, rysunek/malunek daje pełniejszy obraz przeżyć i aktualnego nastroju pacjenta. Analiza produkcji plastycznej dokonywana jest pod kątem reakcji na poszczególne elementy muzyki, które wskazują na zaangażowanie, umiejętność koncentracji na muzyce, bądź jej brak oraz na nastrój pacjenta. Celem metod wyobrażeniowo-projekcyjnych jest wyzwalanie i intensyfikowanie procesu wyobrażeniowego będącego

---

<sup>28</sup> S. Siek, *Walka ze stresem*, Warszawa: ATK 1989, s. 172-216.

projekcją własnych doświadczeń, potrzeb, stanów emocjonalnych. Muzyka traktowana jest jak narzędzie mające sprowokować rozmowę, dyskusję prowadzącą do samopoznania i zmiany zachowania. Metody wyobrażeniowo-projekcyjne osłabiają opór, dostarczają informacji na temat aktualnego stanu psychicznego pacjenta – mają więc wartość diagnostyczną. Ćwiczą wyobraźnię, fantazję, pamięć, myślenie – a więc usprawniają funkcje poznawcze; pobudzają do wspólnego przeżywania przy muzyce obrazów, które są częścią życia pacjentów – zarówno radosnych jak i smutnych, czasami dramatycznych. I co bardzo ważne: stanowią cenne uzupełnienie metod diagnostycznych stosowanych w psychologii.

## 2. Metody komunikatywne:

a) *technika dialogu instrumentalnego*, gdzie zamiast słów używa się dźwięku instrumentów. Dialogi za pomocą instrumentów to zwykłe codzienne „rozmowy” pacjentów, które symulują/udają rzeczywistość i ujawniają sposoby zwyczajowego kontaktowania się z innymi;

b) *technika muzykodramy*, gdzie za pomocą instrumentów odgrywane są role społeczne, które pacjent pełni w życiu: np. syna/córki, męża/żony, rodzica, pracownika itd. Role te odgrywane są w scenkach np.: „rozmowa z matką”, „spotkanie z przyjacielem/wrogiem”, „rozmowa z szefem” itd.

Celem metod komunikatywnych jest nabywanie określonych kompetencji społecznych. Dzięki różnorodnym zadaniom pacjenci zdobywają umiejętności z zakresu komunikacji międzyludzkiej oraz uczą się jak wyrażać emocje w sposób akceptowany społecznie. Metody te znajdują zastosowanie wszędzie tam, gdzie kontakt werbalny jest utrudniony lub niemożliwy i gdzie występują zaburzenia zachowania w relacjach międzypersonalnych.

## 3. Metody kreatywne:

a) *technika improwizacji instrumentalnej* (są to tzw. produkcje dźwiękowe), gdzie za pomocą prostych instrumentów perkusyjnych pacjent wyraża siebie, własne uczucia, tworzy w sposób spontaniczny akompaniament do muzyki, doświadcza siebie w grze z innymi, uczy się słuchania innych, itd.;

b) *technika improwizacji ruchowej*, gdzie za pomocą prostych ćwiczeń ruchowych stymulowanych muzyką, pacjent rozładowuje emocje, wyraża siebie, swoje przeżycia, uczy się poznawania siebie poprzez własne ciało, usprawnia motorykę, itd.;

c) *technika improwizacji głosowej*, gdzie za pomocą własnego głosu pacjent ujawnia swój nastrój, przeżywane stany uczuciowe (od euforii do smutku, rozpacz, lęku, ironii itp.), uczy się odczuwania własnego istnienia, operowania głosem w werbalnej komunikacji, a także prawidłowej emisji.

Celem metod kreatywnych jest wyzwianie potencjału twórczego, rozwój wyobraźni, kreatywności, komunikacji interpersonalnej, spontaniczności i otwartości na nowe doświadczenia. Muzykoterapia stwarza wolną przestrzeń dla wypowiedzi pacjenta zakładając, że to, co w nim wewnętrzne, uzewnętrzni się w działaniu w sposób spontaniczny i autonomiczny<sup>29</sup>. Ekspresja instrumentalna, wokalna i ruchowa dają upust tłumionym emocjom, pozwalają je odreagować i uzyskać katharsis. Jest to ważne, ponieważ wyładowanie, a nawet samo tylko okazanie emocji – szczególnie negatywnych – jest w innych okolicznościach dla wielu osób niemożliwe.

Oprócz wyżej wymienionych i krótko opisanych metod i technik, istnieje jeszcze cały szereg autorskich metod, modeli i koncepcji muzykoterapii, na przykład: metoda GIM (Guided Imagery and Music) Helen Lindquist Bonny, metoda Portretu Muzycznego (PM) Elżbiety Galińskiej, Mobilna Rekreacja Muzyczna (MRM) Macieja Kieryła, koncepcja Muzykoterapii Regulatywnej Christopha Schwabe<sup>30</sup> i inne, których nie sposób tu wymienić, gdyż przekraczają ramy niniejszego opracowania.

W tym miejscu należy dodać, że muzykoterapia, bazując na koncepcjach zaczerpniętych z innych nauk, wykorzystuje zarówno formy aktywności muzycznej (słuchanie muzyki, gra na instrumentach, śpiew), jak i pozamuzycznej (ruch do muzyki, rysunek, pantomima, rozmowa), stąd ta sama technika może pojawić się w metodach reprezentujących odmienne nurty teoretyczne. Na przykład technikę improwizacji, wykorzystywaną w muzykoterapii, można zaliczyć do tych, które stosowane są w rytmice, tańcu, fizjoterapii, edukacji muzycznej. To wzajemne przenikanie się rodzi bardzo często wątpliwości do jakiej metody zaliczyć

---

<sup>29</sup> H. Cesarz, *Kreatywność w muzykoterapii* [w:] *Arteterapia w medycynie i edukacji*, W. Karolak, B. Kaczorowska (red.), Łódź: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna 2008, s. 23-28.

<sup>30</sup> Zob. więcej: *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*, K. Stachyra (red.). Lublin: UMCS 2012.

daną technikę, bowiem tymi samymi metodami posługują się inne dziedziny: na przykład metody wyobraźniowo-projekcyjne, treningowe i relaksacyjne stosuje nie tylko muzykoterapia, ale również psychoterapia, pedagogika, medycyna sportu i fizjoterapia; metody kreatywne – pedagogika specjalna, edukacja artystyczna i arteterapia; metody komunikatywne – psychologia społeczna, pedagogika specjalna; terapie psychomotoryczne – nauki o kulturze fizycznej, edukacja, pedagogika specjalna, itd. O tym, które metody/techniki zastosować w przypadku konkretnej grupy pacjentów decyduje muzykoterapeuta.

### **Wartości muzykoterapii w pracy z osobami niepełnosprawnymi**

Bez wątpienia muzyka wspomaga proces usprawniania, gdyż jest w stanie pobudzić i uaktywnić te funkcje, które wydają się być niedostępne dla innych bodźców. Jak wcześniej wspomniałam, specyfika muzykoterapii wymaga od terapeuty nie tylko dobrego przygotowania muzycznego, psychologicznego i pedagogicznego, ale również dużej elastyczności i wręcz pasji poszukiwania optymalnej drogi dotarcia do pacjenta (zarówno dziecka jak i osoby dorosłej). Juliette Alvin podkreśla, że „każdy rodzaj upośledzenia stwarza specyficzne problemy natury fizycznej, umysłowej bądź emocjonalnej, do których trzeba się dostosować organizując doświadczenia muzyczne”<sup>31</sup>. Terapeuta winien więc szukać kontaktu z pacjentem/grupą poprzez muzykę, instrument muzyczny, głos (w sposób niewerbalny, werbalny, bądź piosenkę), ruch, zabawę. Powinien stwarzać sytuacje, które zmobilizują do muzycznej interakcji: obserwować zachowanie, naśladować gesty, mimikę, ruchy ciała, imitować dźwięki pozawerbalne i werbalne, a także te, które wydobywa z instrumentu – chociażby przez jego delikatne dotknięcie<sup>32</sup>. Takie podejście prezentują między innymi twórcy

---

<sup>31</sup> Za: K. Lewandowska, *Muzykoterapia dziecięca. Zbiór rozpraw z psychologii muzycznej dziecka i muzykoterapii dziecięcej*, Gdańsk: Kinga Lewandowska 2007, s. 77.

<sup>32</sup> H. Cesarz, *Refleksje nad możliwościami wykorzystania muzykoterapii w pedagogice specjalnej* [w:] *Wybrane problemy pedagogiki specjalnej. Teoria – Diagnoza – Terapia*, M. Sekułowicz (red.), Wrocław: Dolnośląska Szkoła Wyższa Edukacji TWP 2006, s. 186-201.

muzykoterapii kreatywnej – Paul Nordoff i Clive Robbins<sup>33</sup>. Współtworzenie muzyki, dialog muzyczny z pacjentem/grupą to podstawowa forma tej terapii. Podczas zajęć terapeuta improwizuje na instrumencie i śpiewa, natomiast pacjent może używać w dowolny sposób głosu, grać na instrumentach, poruszać się po sali (posługiwanie się przez pacjenta instrumentami nie wymaga umiejętności ani wykształcenia muzycznego). Terapeuta obserwuje pacjenta i muzycznie się do niego „dostraja”. W ten sposób improwizowana przez niego muzyka, staje się osobistą, indywidualną muzyką pacjenta, rozwijającą się z jego swobodnej wypowiedzi. Terapia Nordoff – Robbins, stosowana u osób z autyzmem, niepełnosprawnych intelektualnie, z zaburzeniami zachowania, motoryki, orientacji w przestrzeni, i innych, jest improwizatorskim wyzwaniem dla terapeuty i nie posiada z góry założonego działania – kierunek pracy wyznaczany jest przez reakcje pacjenta.

Wspólna improwizowana gra lub spontaniczny śpiew z terapeutą, czyli dzielenie doświadczenia muzycznego wyzwalającego potencjał twórczy (założenia psychoterapii humanistycznej Carla Rogersa) na najbardziej elementarnym poziomie, znajdują odzwierciedlenie w wyżej wymienionych metodach kreatywnych: improwizacjach instrumentalnych, ruchowych, głosowych. Na przykład, terapeuta grając na takim samym instrumencie, który wybrał pacjent, może na zasadzie imitacji powtarzać za nim wszystkie jego zachowania muzyczne, stopniowo jednocząc się z nim, synchronizując swoją grę z jego grą. Może też w swojej improwizacji wykorzystać jego motyw rytmiczny lub melodyczny. Może grać z taką samą dynamiką i w tym samym tempie – jakby dotrzymywał mu kroku i wspomagał go. Może również odtworzyć za pomocą swojego instrumentu jego nastrój, wchodząc tym samym w świat jego uczuć i zachęcając go do ich ujawniania. Może wreszcie w przebiegu grania własnych struktur tworzyć wolną przestrzeń umożliwiając pacjentowi własną wypowiedź muzyczną. Używając, na ile to możliwe, w swojej grze motywów pacjenta, wyraża swoje zainteresowanie jego osobą, staje się uczestnikiem jego przeżyć, towarzysząc mu w tych przeżyciach. Ważne jest, aby podopieczny miał poczucie, że jego gra jest zawsze dobra i zawsze jest przez terapeutę akceptowany w swoich dźwiękowych wypowiedziach.

---

<sup>33</sup> Zob. P. Nordoff, C. Robbins, *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi. Historia, metoda, praktyka*, Kraków: Impuls 2008.

Wskazane jest więc pozytywne przyjmowanie jego wszystkich muzycznych i niemuzycznych zachowań oraz stworzenie wolnej przestrzeni dla jego własnej dźwiękowej wypowiedzi<sup>34</sup>. Gra na instrumencie wiąże doznania wzrokowe, słuchowe, dotykowe i kinestetyczne. Podczas manipulowania instrumentem (dotykanie, poruszanie, sięganie) ćwiczy się zdolności słuchowe, manipulacyjne, koordynację wzrokowo-słuchowo-ruchową i koncentrację. Uczy się różnicowania i kategoryzowania dźwięków, wrażliwości na ich wysokość i barwę, przez co zmniejsza się poczucie obcości świata akustycznego i nadwrażliwość na nagłe i niespodziewane bodźce, co na przykład w przypadku osób z autyzmem lub mózgowym porażeniem dziecięcym ma szczególne znaczenie. Muzykowanie na prostych instrumentach perkusyjnych to rodzaj kontaktu z muzyką polegający na „powoływaniu dźwięków do życia”. To wsłuchiwanie się w nie, uczenie dostosowywania swojej aktywności do innych; to ćwiczenia odreagowywania napięć dające radość i zadowolenie; to także nauka prawidłowej komunikacji i wyrażania uczuć<sup>35</sup>.

Oprócz improwizacji instrumentalnej – osobom z ograniczeniami ruchowymi – muzykoterapia oferuje improwizacje ruchowe, ćwiczenia rytmiczne, zabawy muzyczne, taneczne itp. (zob. techniki kombinowane, aktywne, kreatywne)

Człowiekowi najbliższy jest ruch lokomocyjny w postaci chodu lub biegu. Jeśli ten naturalny ruch połączymy na przykład z muzyką marszową, przybierze on formę ruchu zrytmizowanego. Dzieje się tak dlatego, ponieważ w utworach muzycznych w rytmie marsza wyeksponowane są akcenty (metryczne) i rytmy punktowane, które sprawiają, że krok staje się bardziej sprężysty, energiczny i pewniejszy niż podczas normalnego chodu, a ruchy ciała bardziej zharmonizowane i skoordynowane. Takie podporządkowanie mięśni nakazom w postaci rytmizacji ruchów wiąże się z wysiłkiem woli i aktywizacją, a więc działaniem znajdującym odbicie w systemie nerwowym, układzie mięśniowym i kostno-stawowym. A jeśli do tych prostych ćwiczeń lokomocyjnych dołączymy czynnik

---

<sup>34</sup> H. Cesarz, *Muzykoterapeuta dźwiękiem mówiący, czyli kilka refleksji na temat komunikacji za pomocą instrumentu*, „Muzykoterapia Polska”, 2003, nr 2(6), s.7-12.

<sup>35</sup> H. Cesarz, *Refleksje nad możliwościami wykorzystania muzykoterapii pedagogice specjalnej...*, op. cit., s. 186-201.



agogiczny w postaci zwalniania lub przyspieszania tempa (np. podczas marszu), to jeszcze bardziej wpłyniemy na świadomość poruszania się w przestrzeni i odczuwania kroków, czyli na kształtowanie poczucia własnej tożsamości. Takie proste ćwiczenia wskazane mogą być na przykład dla osób nadpobudliwych lub zahamowanych ruchowo, a także osób z niepełnosprawnością umysłową, bowiem podporządkowanie ruchów muzyce nie wymaga zrozumienia. Muzyka sama „prowadzi” ruch, porządkuje ruchy nieskoordynowane i chaotyczne.

Nie każdemu jednak dane jest poruszanie się i przemieszczanie o własnych siłach: na przykład osobom z dziecięcym porażeniem mózgowym, które charakteryzuje niedostateczny rozwój mięśniowy i słaba kontrola ruchowa można pomóc w wykonywaniu ruchów czynnych poprzez ruch ich kończynami, a więc ruch torowany za pomocą rąk. Na przykład rytmiczne unoszenie dziecka nad podłogą daje odczucie rytmu biegu normalnie poruszających się, czyli zdrowych dzieci; stukanie nogami o wózek (np. w takt muzyki tanecznej) oddaje atmosferę tańczenia przez osoby zdrowe. Tego rodzaju działania wzmagają poczucie bezpieczeństwa w przestrzeni, wzmacniają zainteresowania muzykoterapią i wpływają na poprawę obrazu własnej osoby<sup>36</sup>.

W usprawnianiu pacjentów pomocna jest również wizualizacja, która, będąc przeżyciem wielozmysłowym, może wspomagać proces uświadamiania sobie obrazu własnego ciała, jak również ułatwiać jego percepcję. Zaletą wizualizacji jest rozwijanie ruchu akinetycznego, tzn. wyobrazonego ruchu narządu lub części ciała w sytuacji, gdy chory nie może wykonywać rzeczywistych ruchów. F. Cavallier określając wizualizację hasłem – pytaniem: „jak poruszać się w głowie?”, twierdzi, że dynamizująca siła wyobrażonych ćwiczeń stymuluje układ nerwowy i mięśniowy mimo braku aktywności fizycznej. Wyobrażony ruch w połączeniu z rytmiczną, czy też taneczną muzyką może dostarczyć nie tylko radość, ale kształtować wyobraźnię wpływając na psychomotorykę pacjenta, lepsze odczuwanie przez niego własnego ciała, jak również stymulację zmysłów. „Poruszane się w wyobraźni jest także formą ruchu”<sup>37</sup>.

---

<sup>36</sup> K. Lewandowska, *Muzykoterapia dziecięca...*, op. cit., s. 77.

<sup>37</sup> F. J. Paul-Cavallier, *Wizualizacja. Od obrazu do działania*, Poznań: Rebis 1994, s. 71.

Należy też wspomnieć o osobach z dysfunkcjami (poznawczymi, czuciowymi, ruchowymi) wywołanymi uszkodzeniami bądź chorobami układu nerwowego. Im pomaga neuromuzykoterapia Michaela Thaut'a<sup>38</sup>, którą można odnieść do doświadczeń odtwórczych, aktywnych, improwizacyjnych, a nawet kompozytorskich. Proponuje on techniki sensomotoryczne mające na celu: wypracowanie prawidłowego wzorca chodu przy muzyce, prowadzącego do prawidłowego chodu bez muzyki (Rytmiczna Stymulacja Słuchowa); wywoływanie i wzmacnianie wzorców ruchowych w czasie i przestrzeni stymulujące tułów i kończyny poprzez ćwiczenia chwytu, sięgania i transferu, stymulowane rytmem, melodią, harmonią i dynamiką (Wzmacnianie Wzorów Czuciowych); poprawę zakresu ruchu, wytrzymałości, siły, koordynacji kończyn, zręczności i mobilności ciała oraz percepcji i czucia poprzez grę na instrumentach muzycznych (terapia motoryczna – Terapeutyczne Granie na Instrumentach). Na uwagę zasługuje również terapia mowy za pomocą muzyki (dla osób z afazją): muzyczna stymulacja mowy, terapia wokalo-intonacyjna, śpiewanie terapeutyczne, trening komunikacji symbolicznej i inne. Techniki neuromuzykoterapii realizowane w zaburzeniach procesów poznawczych to ćwiczenia w zakresie kształcenia słuchu, ustrukturyzowane improwizacje instrumentalne, komponowanie piosenek.

W tym miejscu nieco uwagi należy poświęcić śpiewaniu piosenek (techniki odtwórcze). Piosenka wykonywana własnym, żywym instrumentem jakim jest głos, bliska jest ekspresji mowy, dlatego nadaje się do jej kształtowania, poprawnej artykulacji, a także wzbogacania słownictwa. Schematy rytmiczne prostych piosenek eksponują element rytmiczności mowy, co sprzyja wyśpiewaniu słów trudnych do wypowiedzenia. Śpiewanie piosenek może więc wspierać zarówno rytm mowy jak i melodię mowy. Przy wyśpiewywaniu pojedynczych sylab, głoski są lepiej formowane niż przy mówieniu, dlatego śpiew usprawnia aparat artykulacyjny rozwija płynność wypowiedzi, a także, poprzez odpowiednie teksty, wzbogaca słownictwo. Teksty piosenek wyrażają określone wartości i normy

---

<sup>38</sup> Za: A. Bukowska, *Neuromuzykoterapia w pracy muzykoterapeutów, fizjoterapeutów, logopedów i terapeutów zajęciowych* [w:] *Muzykoterapia. Tożsamość – transgresja- transdyscyplinarność*, P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), Wrocław: Akademia Muzyczna im. K. Lipińskiego 2010, s. 45-51.

postępowania, co ma duże znaczenie wychowawcze. Uczucie przyjemności, radości i satysfakcji płynące ze śpiewu, przyczynia się do zniesienia napięć psychofizycznych i sprawia, że śpiewający nabierają pewności siebie i poczucia własnej wartości, a stąd już bliska droga do podejmowania prób mówienia i mobilizacji do wykonywania ćwiczeń logopedycznych. Śpiew, podobnie jak muzyka, poprzez działanie kinestezujące, porządkuje ruch ciała i w konsekwencji wpływa na rozwój psychomotoryczny. Należy jednak pamiętać, aby repertuar śpiewaczy był dostosowany do wieku i możliwości percepcyjnych oraz wykonawczych podopiecznych.

Na koniec jeszcze kilka słów o muzykoterapii receptywnej. W pracy z osobami niepełnosprawnymi wykorzystuje ona wszystkie rodzaje muzyki i nastawiona jest na efekty psychoterapeutyczne. Ważne jest więc wywołanie dyskusji w grupie po wysłuchaniu muzyki na temat własnych odczuć, wyobrażeń, skojarzeń, wspomnień, a nie na przykład ocena wykonania utworu muzycznego, odgadnięcie tytułu, bądź nazwiska kompozytora. Najistotniejszym efektem oddziaływania muzyki jest wytworzenie takiego stanu emocjonalnego, w którym dochodzi do głosu potrzeba otwarcia się, uzewnętrznienia. Nie chodzi tu o osiągnięcie odprężenia, a często właśnie o wzrost napięcia, pobudzenie psychoruchowe, napływ skojarzeń i myśli, które wywierają presję wewnętrzną wypowiedzenia tego, co się czuje. Ukierunkowane słuchanie muzyki (przy wykorzystaniu metod projekcyjnych) mobilizuje emocje, myślenie, uwagę, wyobraźnię i sprawia, że przeżywana jest nie tylko sama muzyka, ale i werbalizacja doznań jakie ona wywołuje w relacji: ja – ty oraz ja – grupa. Należy dodać, że wartość terapeutyczną posiadają również wszelkie zdarzenia zachodzące w grupie, określane mianem dynamiki grupy<sup>39</sup>.

Jeśli chodzi o muzykoterapię receptywną u dzieci, która bliska jest edukacji, to polega ona na:

- a) słuchaniu piosenek śpiewanych przez terapeutę lub dzieci, bądź odtwarzanych mechanicznie,
- b) słuchaniu gry na instrumentach (terapeuty lub innych osób),
- c) słuchaniu krótkich utworów o charakterze ilustracyjno-programowym dostosowanych do wieku i możliwości percepcyjnych dzieci, np.:

---

<sup>39</sup> H. Cesarz, *Muzykoterapia jako jedna z metod psychoterapeutycznych w leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi*, „Fizjoterapia”, 2003, 11, 3, 62-68.

„Taniec cukrowej wróżki” P. Czajkowskiego, „Taniec kurcząt w skorupkach” M. Musorgskiego, „Słoń” C. Saint-Saensa, „Lot trzmiela” M. Rimskiego-Korsakowa, itp. Słuchanie muzyki, piosenek i gry na instrumencie zaciekawia, pobudza wyobraźnię, mobilizuje uwagę. Może też powodować projekcje różnych stanów emocjonalnych oraz przeżyć, które w inny sposób, tzn. bez udziału muzyki, mogłyby nie zostać ujawnione. Wpływa również regulująco na funkcje wegetatywne, powodując aktywizację i mobilizację, bądź uspokojenie i rozluźnienie psychofizyczne<sup>40</sup>.

Opisane wyżej wartości oddziaływać poprzez muzykę dowodzą znaczenia zastosowania muzykoterapii u osób z niepełnosprawnością. Muzykoterapia może się rozwinąć, mogą w niej pojawić się nowe, zaskakujące rozwiązania, ale podstawą będą zawsze proste działania, często na elementarnym poziomie muzycznym, znajdujące oddźwięk u każdego potrzebującego naszej pomocy człowieka.

Zaprezentowane w wielkim skrócie techniki muzykoterapii mogą przyczynić się do korygowania i kompensowania zaburzonych funkcji u osób z niepełnosprawnością i tym samym zintensyfikować proces leczenia, rehabilitacji bądź wychowania. Należy jednak pamiętać, że w muzykoterapii muzyka nie jest celem, a środkiem do celu, jakim jest rewalidowanie człowieka niepełnosprawnego, dlatego nie można rozpatrywać jej wyłącznie w kategoriach estetycznych czy edukacyjnych, ale w kategoriach jej przydatności terapeutycznej.

### Bibliografia

Aleksandrowicz J., Cwynar S., Szyszko-Bohusz A., *Relaks. Wskazówki dla lekarzy i pedagogów*, Warszawa 1976.

Bukowska A., *Neuromuzykoterapia w pracy muzykoterapeutów, fizjoterapeutów, logopedów i terapeutów zajęciowych*. [W:] *Muzykoterapia. Tożsamość – transgresja – transdyscyplinarność*, P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), Wrocław 2010.

Bruscia K., *Defining Music Therapy*, Barcelona 1998.

Cesarz H., *Muzykoterapia jako jedna z metod psychoterapeutycznych w leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi*, „Fizjoterapia”, 2003, 11, 3.

Cesarz H., *Kreatywność w muzykoterapii*. [W:] *Arteterapia w medycynie i edukacji*, W. Karolak, B. Kaczorowska (red.), Łódź 2008.

<sup>40</sup> H. Cesarz, *Refleksje nad możliwościami wykorzystania muzykoterapii pedagogice specjalnej...*, op. cit., s. 186-201.

Cesarz H., *Muzykoterapeuta dźwiękiem mówiący, czyli kilka refleksji na temat komunikacji za pomocą instrumentu*, „Muzykoterapia Polska” 2003, nr 2(6).

Cesarz H., *Muzykoterapia – metoda wspomagania salutogenezy*. [W:] *Muzykoterapia – stałość i zmiana*, P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.), Wrocław 2014.

Cesarz H., *Refleksje nad możliwościami wykorzystania muzykoterapii w pedagogice specjalnej*. [W:] *Wybrane problemy pedagogiki specjalnej. Teoria – Diagnoza – Terapia*, M. Sekułowicz (red.), Wrocław 2006.

Cesarz H., *Tadeusz Natanson – twórca wrocławskiej muzykoterapii*. [W:] *Tadeusz Natanson- kompozytor, uczonec, pedagog*, A. Granat-Janki (red.), Wrocław 2010.

Cesarz H., *Wybrane metody i techniki muzykoterapii w pracy z osobami zaburzonymi psychicznie*. [W:] *Podstawy muzykoterapii*, K. Stachyra (red.), Lublin 2012.

Cylulko P., *Rola muzykoterapii w procesie usprawniania niepełnosprawnych pacjentów*, „Muzykoterapia Polska”, 2003, nr 1 (5).

Dileo Maranto Ch., *Music Therapy Clinical Practice: A Global Perspective and Classification System*. [W:] *Music Therapy. International Perspectives*, Ch. Dileo Maranto (red.), Pennsylvania, 1993.

Dziennik Urzędowy MZiOŚ, Warszawa, 12 lipca 1977r., nr 10, poz. 29-33, paragraf 32, Zarządzenie MZiOŚ z dnia 28 czerwca 1977r.

Galińska E., *Muzykoterapia-fragment hasła encyklopedycznego*, „Muzykoterapia. Biuletyn Grupy Roboczej <Muzykoterapia>”, 1992, nr 1.

Galińska E., *Podstawy teoretyczne muzykoterapii*, „Zeszyty Naukowe Nr 17, V Ogólnopolskie Spotkanie Współpracowników Zakładu Muzykoterapii (13-14 listopada 1976)”, T. Natanson, G. Pstrokońska-Nawratil (red.), Wrocław 1978.

Galińska E., *Psychoterapeutyczne założenia muzykoterapii i ich realizacja*, „Psychoterapia”, 1977, T. XXII.

Galińska E., *Z zagadnień muzykoterapii*. [W:] *Wybrane zagadnienia z psychologii muzyki*, M. Manturzevska, H. Kotarska (red.), Warszawa 1990.

Kierył M., *Elementy terapii i profilaktyki muzycznej*, Warszawa 2004.

Kierył M., *Uwagi na temat stosowania muzyki w sali operacyjnej*, „Zeszyty Naukowe Nr 17”, T. Natanson, G. Pstrokońska-Nawratil (red.), Wrocław 1975.

Klimas-Kuchtowa E., *Różne spojrzenia na muzykę, wymagania wobec muzykoterapii i muzykoterapeuty*. [W:] *Arteterapia w medycynie i edukacji*, W. Karolak, B. Kaczorowska (red.), Łódź 2008.

Lecourt E., *Praca muzykoterapeuty w psychiatrii*, „Psychoterapia”, 2004, 1 (128).

Lewandowska K., *Muzykoterapia dziecięca. Zbiór rozpraw z psychologii muzycznej dziecka i muzykoterapii dziecięcej*, Gdańsk 2007.

Metera A. A., *Zmniejszenie minutowego zużycia tlenu i podstawowej przemiany materii u człowieka pod wpływem muzyki*, „Zeszyty Naukowe Nr 9”.

Natanson T., *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk, 1979.

Nordoff P., Robbins C., *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi. Historia, metoda, praktyka*, Kraków 2008.

Paul-Cavallier F. J., *Wizualizacja. Od obrazu do działania*, Poznań 1994.

Przychodzińska-Kaciczak M., *Zrozumieć muzykę*, Warszawa 1984.

Siek S., *Walka ze stresem*, Warszawa 1989.

Skarbowski J., *Czy można leczyć muzyką?* „Ruch Muzyczny”, 1968, nr 19.

Stachyra K., *Definiowanie i klasyfikacja muzykoterapii*. [W:] *Podstawy muzykoterapii*, K. Stachyra (red.), Lublin 2012.

*The International Newsletter of Music Therapy*, Springfield, New Jersey, 1986.

### **Streszczenie**

Muzykoterapia jako jedna z form leczenia kompleksowego wykorzystywana jest w terapii medycznej, psychologicznej, pedagogicznej, rehabilitacji, edukacji, a także w promocji zdrowia, profilaktyce i rekreacji. W uniwersytecki program studiów została włączona w 1950 roku w Stanach Zjednoczonych. W Polsce systematyczne kształcenie muzykoterapeutów rozpoczęto w 1972 roku w Państwowej Wyższej Szkole Muzycznej we Wrocławiu (obecnie Akademii Muzycznej im. K. Lipińskiego) konstruując program studiów, określając m. in. jej cele, zadania i możliwości zastosowania. W innych ośrodkach pracowano nad stworzeniem jej podstaw teoretycznych oraz klasyfikacją metod i technik. W niniejszym opracowaniu odwołano się do tych technik, które zestawiły Elżbieta Galińska oraz Cheryl Dileo Maranto (USA). Zwrócono uwagę na dwie zasadnicze formy aktywności wykorzystywane w muzykoterapii osób z niepełnosprawnością: muzykoterapię receptywną i aktywną oraz wynikające z nich techniki – w szczególności improwizacyjne i receptywne, bowiem to one mogą w najkorzystniejszy sposób przyczynić się do korygowania i kompensowania zaburzonych funkcji i zintensyfikować proces leczenia, rehabilitacji, bądź wychowania.

**Słowa kluczowe:** muzykoterapia, techniki muzykoterapii, osoby niepełnosprawne.

### **Abstract**

Music therapy, as a form of comprehensive treatment, is used in medical, psychological and pedagogical treatment, as well as in rehabilita-

tion, education and the health promotion, prevention and recreation. It has been included in the university programme of study in 1950 in the United States. In Poland, systematic training of music therapists began in 1972 at the State Higher School of Music in Wrocław (now the Karol Lipinski Academy of Music) with a programme of study, specifying among others its goals, tasks and possible applications. In other facilities, its theoretical basis and the classification of methods and techniques were being developed. In this paper, the author refers to those ranked by Elzbieta Galinska and those compiled by Cheryl Dileo Maranto (USA). Attention was drawn to the two basic forms of activity used in music therapy for people with disabilities: receptive and active music therapy, and the resulting techniques – in particular receptive and improvisational.

**Keywords:** music therapy, music therapy techniques, people with disabilities.