

Paweł Cylulko

TYFLOMUZYKOTERAPIA

Wstęp

Najlepsze efekty stosowania muzykoterapii uzyskuje się wówczas, gdy różnicuje się jej funkcje i cele, a przez to środki oddziaływania stosownie do poszczególnych rodzajów defektów, deficytów rozwojowych, ich wtórnych następstw występujących u poszczególnych pacjentów. Takie podejście przyczynia się do tego, że w teorii i praktyce terapeutycznej spotykamy się zarówno z zagadnieniami ogólnymi (wspólnymi dla większości rodzajów niepełnosprawności), jak i z problemami szczegółowymi (specyficznymi dla każdego z nich). To z kolei pociąga za sobą wyodrębnienie samodzielnych działów muzykoterapii, wśród których obok oligofrenomuzykoterapii i surdomuzykoterapii znajduje się tyfłomuzykoterapia.

Sztuka muzyczna dla pacjentów z niepełnosprawnością wzrokową

Ze wszystkich sztuk pięknych muzyka dzięki swej dźwiękowej naturze jest niewidomemu i słabo widzącemu człowiekowi najbliższa i najprzystępniejsza. Wyróżnia się wśród innych sztuk szczególnie silnym i bezpośrednim oddziaływaniem na niemal całą jego osobowość. Trafia do niego poprzez słuch – zmysł nie zaburzony defektem wzroku. Ścisłe powiązanie sfery słuchowej z emocjonalnością pacjenta przyczynia się do tego, że jest ona w pełni przyjmowana przez te osoby, nie angażując ani uszkodzonego wzroku, ani analizatorów zastępczych (np. dotyku, węchu, smaku). Odbiór jej odbywa się bezpośrednio poprzez analizator słuchowy – właściwy w procesie bezpośredniego poznawania rzeczywistości. Ponieważ percepcja sztuki muzycznej nie jest zakłócona defektem wzroku i odbywa się poprzez drożny kanał słuchowy, osoba niepełnosprawna wzrokowo ma duże możliwości przeżywania muzyki i czerpania z niej nieograniczonych korzyści. Muzyka (najogólniej ujmując) nie powoduje ograniczeń i utrudnień w odbiorze, reprodukcji i produkcji (głosem, ruchem lub na instrumentach muzycznych). Obcowanie z nią nie wymaga żadnego tłumaczenia, komentarza, przewodnika, jest ona zatem dla omawianej grupy osób najbardziej komunikatywną dziedziną sztuki.

Termin i pojęcie tyflomuzykoterapii

Tyflomuzykoterapia jest młodą dziedziną nauki w Polsce. Cały czas znajduje się w fazie rozwoju, przy czym ma ściśle powiązania z takimi dyscyplinami nauki, jak np. tyflogia, tyflopädagogika i tyflopsychologia. Ten rodzaj muzykoterapii od innych różni się swoistymi funkcjami, celami terapii, a w związku z tym także specyficznymi środkami oddziaływania wynikającymi ze specyfiki percepcji i funkcjonowania pacjentów z niepełnosprawnością wzrokową.

Tyflomuzykoterapia stanowi jedną z odmian arteterapii, jedną z form oddziaływania fizjoterapeutycznego i psychoterapeutycznego stosującą w sposób wielostronny i wieloraki materiał muzyczny oraz inne zjawiska akustyczne w celu stymulowania rozwoju pacjenta, usprawniania, korygowania i kompensowania zaburzonych funkcji jego organizmu oraz przysposobienia go do życia bez udziału wzroku lub przy jego znacznym osłabieniu. Tak pojmowana terapia może uzupełniać i wspierać działania wychowawcze, edukacyjne, lecznicze i rehabilitacyjne realizowane kompleksowo względem niewidomych i słabo widzących pacjentów.

Tyflomuzykoterapia zajmuje się terapią muzyczną dzieci, młodzieży i osób dorosłych, zarówno niewidomych, jak i słabo widzących (również z dodatkowymi defektami i deficytami rozwojowymi). Uwzględnia zagadnienia tyflogiczne, w tym np. granice i możliwości rozwojowe pacjenta z zaburzeniami widzenia, czynniki wpływające na kształtowanie się jego osobowości oraz przystosowanie się do świata ludzi widzących. Ten rodzaj terapii ustala m.in., jakie formy oddziaływania najlepiej odpowiadają omawianej grupie pacjentów oraz określa, jakim warunkom powinien odpowiadać tyflomuzykoterapeuta.

Tyflomuzykoterapia dzieli się na tyflomuzykoterapię teoretyczną i tyflomuzykoterapię stosowaną. Tyflomuzykoterapia teoretyczna obejmuje swym zakresem zagadnienia teoretyczne ogólne i charakterystyczne dla muzykoterapii niepełnosprawnych wzrokowo pacjentów. Między innymi jej celem jest ustalanie różnic pomiędzy terapią tego typu pacjentów a terapią pacjentów pełnosprawnych lub z innymi zaburzeniami oraz określenie rodzaju i rozmiaru tych różnic. Nauka tyflomuzykoterapeutyczna wykorzystuje ogólne teorie muzykoterapeutyczne, psychoterapeutyczne, pedagogiczne, psychologiczne i rehabilitacyjne do tworzenia własnych pojęć. Drugi dział stanowi tyflomuzykoterapia stosowana, zajmująca się praktycznym wykorzystaniem zagadnień teoretycznych w procesie rehabilitacji, terapii, wychowania dzieci i osób dorosłych niewidomych i słabo widzących.

Funkcje i cele terapii

Tyflomuzykoterapii można przypisać pełnienie różnorodnych funkcji, do których należą m.in. takie, jak: adaptacyjna, fizjoterapeutyczna, psychoterapeutyczna, rozwojowa, poznawczo-stymulacyjna, wychowawcza, kreatywna, ekspresyjna, emocjonalna, estetyczna, rekreacyjno-ludyczna, integracyjna, readaptacyjna, diagnostyczna. Funkcje te implikują z kolei cele (ogólnoterapeutyczne oraz specjalne wynikające ze specyfiki pacjentów), które ma do spełnienia tyflomuzykoterapia. Cele te są wytyczane stosownie do indywidualnych zaburzeń na podstawie obrazu danego defektu, deficytu lub schorzenia i powiązanych z nim zaburzeń wtórnych. W poszczególnych jednostkach chorobowych mogą być one różne, dostosowane do stopnia niepełnosprawności, osiągniętego etapu rozwoju, możliwości poznawczych, emocjonalnych i potrzeb pacjenta.

Tyflomuzykoterapia (najogólniej ujmując) ma na celu przystosowanie pacjentów do funkcjonowania w pełnosprawnym społeczeństwie poprzez wspomaganie ich indywidualnego rozwoju, korygowanie, wyrównywanie zaistniałych braków spowodowanych defektami i deficytami rozwojowymi oraz zaspokajanie ich specyficznych potrzeb i oczekiwań. Ostatecznie powinna ona przyczyniać się do osiągnięcia przez pacjenta optymalnej samodzielności w wielu dziedzinach życia (choćby podstawowych) bez względu na stan wzroku. Wyrażać się to będzie jego możliwie maksymalną sprawnością fizyczną, motoryczną, psychiczną i emocjonalno-społeczną.

Uzyskanie samodzielności i niezależności powinno być efektem finalnym pobytu osoby niepełnosprawnej w placówce specjalistycznej. Wszystko to można osiągać poprzez realizowanie celów pośrednich (częstkowych), takich jak np. pomaganie w adaptowaniu się do warunków życia poza domem rodzinnym, motywowanie do aktywności poznawczej, zabawowej i ruchowej, usprawnianie psychoruchowe (głównie lokomocji i manipulacji), korygowanie nieprawidłowej postawy ciała, redukcja bliznowców (bliznowców), obniżanie napięcia psychofizycznego i emocjonalnego, redukcja lęku, niepokoju, kanalizowanie i sublimowanie agresji, doskonalenie mowy, stymulowanie zachowanych zmysłów (głównie słuchowego, dotykowego, kinestetyczno-ruchowego i wzrokowego, np. u osób słabo widzących), doskonalenie autoorientacji i orientacji w przestrzeni, uczenie czynności samoobsługowych i gospodarczych, poprawianie nastroju i samopoczucia, ułatwianie i pogłębianie akceptacji siebie, kalectwa i jego skutków, wpływanie na tworzenie lub wzmacnianie pozytywnego obrazu siebie oraz innych ludzi, podnoszenie samooceny oraz poczucia własnej wartości, budzenie poczucia sprawności i niezależności, wyrabianie samodzielności, zaradności życiowej, zwiększanie poczucia bezpieczeństwa, przełamywanie koncentracji na sobie i swoim kalectwie, uczenie nawiązywania i

podtrzymywania prawidłowych kontaktów interpersonalnych z innymi osobami, uczenie współdziałania w grupie i podporządkowywania się jej normom, dostarczanie przyjemności i radości, uczenie przeciwstawiania się nudzie i monotonii placówki leczniczej, rehabilitacyjnej, wychowawczej lub szkolnej, pomaganie w adaptowaniu się do warunków życia poza placówką specjalną.

Środki oddziaływania terapeutycznego

Ograniczona w poważnym stopniu lub całkowicie uniemożliwiona percepcja wzrokowa oraz wynikające z tego powodu liczne i różnorodne zmiany, głównie w psychomotoryce pacjentów, stwarzają wiele swoistych zagadnień psychofizjologicznych i emocjonalno-społecznych. Te z kolei pociągają za sobą w praktyce różnorodne odrębności, takie jak np. pomijanie niektórych środków oddziaływania stosowanych u osób pełnosprawnych lub z innymi defektami, ich modyfikowanie lub konstruowanie nowych na potrzeby muzykoterapii.

Zadaniem środków oddziaływania stosowanych w muzykoterapii jest polisensoryczne, motoryczne, intelektualne, emocjonalne i społeczne stymulowanie pacjentów z niepełnosprawnością wzrokową (poprzez drożne kanały zmysłowe, takie jak np. słuch, dotyk, węch, smak). Środki te mają swoisty charakter, właściwy dla specyfiki percepcji i funkcjonowania tej populacji osób. U pacjentów niewidomych wśród środków oddziaływania terapeutycznego pierwszeństwo mają bazujące głównie na wrażeniach słuchowych i dotykowo-kinestetycznych. U słabo widzących – dodatkowo jeszcze stymulujące wzrok. Ze środków oddziaływania są eliminowane te, których zrozumienie, opanowanie i stosowanie wymaga bezpośredniego poznawania wzrokowego. Środki dostępne poprzez zmysły, takie jak słuch, dotyk, kinestetyka, węch i smak (usprawniane m.in. w ramach muzykoterapii), są możliwie najpełniej dostępne dla niewidomych i słabo widzących osób. Są one przystosowane do bezwzrokowego sposobu zdobywania doświadczeń, uczenia i komunikowania się. Do środków tych można zaliczyć m.in.: materiał akustyczny, techniki, formy aktywności zaczerpnięte z różnych metod pedagogicznych, rewalidacyjnych i terapeutycznych, strukturę zajęć, gabinet (jego umeblowanie i wyposażenie), pomoce.

Muzykoterapeuta w swym działaniu posługuje się z jednej strony sztuką muzyczną o najwyższych walorach artystycznych i estetycznych, z drugiej zaś pozwala pacjentom na działania twórcze w sferze akustycznej i muzycznej aktywności, niejednokrotnie na elementarnym poziomie ich umiejętności i możliwości. Przyczynia się to do tego, że na materiał dźwiękowy stosowany w tyflomuzykoterapii składa się sztuka muzyczna (np. piosenki, pieśni, utwory instrumentalne, wokalne, wokalnie-instrumentalne, akompaniamenty, tańce) oraz inne zjawiska akustyczne

będące odgłosami przyrody (ożywionej i nieożywionej), komunikacji, pracy maszyny, urządzeń lub wykonywanych czynności (np. szумы, szmery, szelesty, trzaski, stuki).

Z uwagi na występujące u pacjentów z niepełnosprawnością wzrokową różne rodzaje nieprawidłowości, m.in. takie jak opóźnienia rozwoju psychoruchowego, zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowo-słuchowej, niedokładny odbiór lub zupełny brak wrażeń wzrokowych, znaczne deficyty w zakresie autoorientacji, orientacji przestrzennej – w zajęciach muzykoterapeutycznych stosuje się techniki muzykoterapeutyczne i psychoterapeutyczne. Prócz tego wykorzystuje się także wybrane formy aktywności muzycznej zaczerpnięte z systemów wychowania muzycznego (np. E. Jaques-Dalcroze'a, C. Orffa, Z. Koday'a) oraz innych metod rewalidacyjno-terapeutycznych, m.in. takich jak: „Metody dobrego startu”, „Metody ruchu rozwijającego” W. Sherborne, „Twórczej wizualizacji” J. Day, „Programu aktywności świadomość ciała, kontakt i komunikacja” M. i Ch. Knillów, programu „Dotyk i komunikacja” Ch. Knilla, metody Montessori. Do technik stosowanych w tyflomuzykoterapii należą m.in.: ćwiczenia oddechowe, słuchowe, dotykowe, mowy, poczucia rytmu, śpiewanie piosenek, muzykowanie gestodźwiękami, przedmiotami codziennego użytku, na instrumentach własnej konstrukcji, na instrumentach perkusyjnych, improwizacje wokalne, instrumentalne, muzyczno-ruchowe, ćwiczenia naturalnych form lokomocji, wykonywanie ruchów naśladujących czynności dnia codziennego, zabawy muzyczno-ruchowe, tańce, pantomima, psychodrama, słuchanie muzyki, plastyczne interpretacje muzyki, masaż relaksacyjny, trening autogeny J.H. Schultza, relaksacja stopniowana E. Jacobsona, wizualizacja, rozmowy terapeutyczne.

Zadaniem gabinetu (w tym m.in. jego umeblowania i stałego wyposażenia) oraz stosowanych w terapii rekwizytów jest pomoc w realizowaniu celów muzykoterapeutycznych poprzez zapewnienie prawidłowego przebiegu zajęć. Gabinet terapeutyczny powinien być przestrzenny (lecz niezbyt obszerny), zapewniający uczestnikom swobodne wykonywanie ruchów oraz poruszanie się. Winien on posiadać niemęczącą akustykę (bez nadmiernego pogłosu), co ułatwia wypowiedanie się, wzajemne słuchanie i percypowanie muzyki. Dobrze jest, gdy wywołuje on u pacjentów miły, intymny nastrój. Najlepiej, gdy jest on oświetlony światłem dziennym (chodzi o to, by nie było w nim odbić światła lub półcieni). W celu odpowiedniego dozowania natężenia światła dziennego w pomieszczeniu na oknach powinny znajdować się żaluzje, rolety lub grube zasłony. Jeżeli używa się w nim sztucznego oświetlenia, to dobrze, gdy będzie ono jednocześnie sufitowe i kinkietowe, o regulowanym natężeniu oraz kierunkach padania promieni.

Bardzo ważne jest, by gabinet był dobrze znany osobom biorącym udział w spotkaniach terapeutycznych. Punktem odniesienia w ich orientacji przestrzennej

w tym pomieszczeniu winien być np. fortepian (pianino) lub kolumny głośnikowe, których miejsce usytuowania jest zawsze niezmiennie (stałe). Właściwie przygotowane pomieszczenie działa uspokajająco i kojąco na pacjenta, m.in. redukując u niego lęk, niepokój, tworząc miły, przyjemny nastrój.

W skład stałego wyposażenia gabinetu przeznaczonego do prowadzenia muzykoterapii powinny wchodzić następujące elementy: fortepian (pianino), elektroniczny instrument klawiszowy (syntezator, organy lub elektryczne pianino), instrumentarium Orffa, sprzęt elektroniczny odtwarzający i nagrywający muzykę oraz obraz, komputer multimedialny, fotele, pufy, poduszki, gąbki, koce, karimaty, materace gimnastyczne itp. Warto w tym miejscu dodać, że zajęcia muzykoterapeutyczne nie muszą zawsze odbywać się w gabinecie, sali lekcyjnej czy świetlicy. Mogą mieć one również miejsce w plenerze, np. w parku, na boisku, łące, plaży lub w lesie.

Wykorzystywane w muzykoterapii rekwizyty (pomoce) powinny się nadawać do pracy z dziećmi zarówno pełnosprawnymi, jak i niepełnosprawnymi. Zły stan wzroku nie stanowi przeszkody w posługiwaniu się pomocami muzycznymi, bazującymi głównie na wrażeniach słuchowych i słuchowo-dotykowo-kinestetycznych. W zależności od stopnia i rodzaju niepełnosprawności wzrokowej uczestników udział poszczególnych pomocy jest odpowiednio dobierany i dawkowany. Pierwszeństwo wśród nich (poza muzycznymi) mają te, które mogą oni usłyszeć, dotknąć, wąchać, a nawet lizać czy ugryźć. Do pracy z omawianą grupą pacjentów należy wybierać te rekwizyty, które najlepiej odpowiadają ich możliwościom percepcyjnym i poznawczym pod względem wydawanych dźwięków, wielkości, kształtu, faktury, koloru itp. W tym celu tyflomuzykoterapeuta wykorzystuje niektóre pomoce powszechnie stosowane w pracy z pacjentami widzącymi. Dzięki swoim rozmiarom, kształtom, a przede wszystkim wydawanym dźwiękom pomoce te są przydatne zarówno dla osób pełnosprawnych, jak i niepełnosprawnych. Wspólne posługiwanie się nimi jednoczy wszystkich uczestników. Inne pomoce, takie jak np. gry, układanki (dostępne w powszechnej sprzedaży i nieoznakowane pismem Braille'a), terapeuta modernizuje na potrzeby prowadzonej terapii. Czyni to np. poprzez naklejanie na nich symboli powiększonego czarnodrukowego pisma lub barwnych naklejek, koralików, pomalowanie „puchnącymi” farbami itp. Innym razem tworzy on całkiem nowe na potrzeby prowadzonej terapii. Również pacjenci mogą sami projektować i wykonywać nowe pomoce do zajęć.

W zajęciach muzykoterapeutycznych zastosowanie mają m.in. instrumenty muzyczne (np. akordeon, gitara, mandolina, flety proste, melodyki, fletnia Pana), zestaw dziecięcych instrumentów perkusyjnych, fonoteka, wideoteka, zabawki, gry świetlicowe, artykuły papiernicze, gazety, bibułki, tektura, celofan, woreczki,

folia, piłki, balony, chusty, szarfy, płótna, sznury, kwiaty, liście, owoce, warzywa, rzeźby, obrazy.

Proces terapeutyczny

Muzykoterapeuta swoje działania w placówce specjalistycznej dla niewidomych i słabo widzących pacjentów (np. szkolnej, wychowawczej, leczniczej, rehabilitacyjnej, rekreacyjnej) realizuje na pięciu płaszczyznach: zajęcia indywidualne, grupowe, współdziałanie z kadrą placówki, współpraca z domem rodzinnym lub opiekuńczym pacjenta, edukacja środowiska społecznego (szeroko rozumianego). Prowadzona wielopłaszczyznowo terapia pozwala na zwiększenie możliwości oddziaływań wychowawczych i rewalidacyjnych prowadzonych przez placówkę.

Muzykoterapia prowadzona metodą grupową polega na pracy z kilkoma pacjentami. Uczestnikami grup terapeutycznych są najczęściej osoby z lżejszym stopniem niepełnosprawności, sprawniejsze, zdrowsze, niejednokrotnie lepiej orientujące się w przestrzeni i poruszające się samodzielnie, bardziej uspołecznione. Muzykoterapeuta pracując z całą grupą stara się uwzględniać indywidualne możliwości, ograniczenia poszczególnych pacjentów, ich dyspozycje i potrzeby, realizując cały czas cele grupowe. W terapii grupowej dla osiągnięcia zamierzonych celów wykorzystuje się relacje i interakcje pomiędzy uczestnikami grupy oraz między terapeutą a grupą. Rodzące się w ten sposób związki emocjonalno-społeczne ułatwiają realizację zamierzonych zadań oraz przyczyniają się do lepszej integracji uczestników spotkań. Są one często przenoszone przez pacjentów na codzienne relacje interpersonalne. Grupy terapeutyczne mogą składać się z czterech do ośmiu osób. Z grupami liczniejszymi (8-12 osób) można wówczas pracować, gdy terapeuta ma do pomocy osoby wspierające jego działania, np. rehabilitantów, terapeutów, wychowawców, rodziców, studentów lub wolontariuszy. Z pacjentami niepełnosprawnymi wzrokowo o sprzężonym kalectwie (np. z dodatkową głuchotą, upośledzeniem umysłowym, epilepsją) najlepiej pracuje się w grupie 2-4-osobowej.

Zajęcia grupowe mogą być prowadzone w formie segregacyjnej lub integracyjnej (czasem częściowo integracyjnej). Brak jest w polskiej literaturze opisanych badań empirycznych dotyczących problematyki integracji niewidomych i słabo widzących pacjentów z widzącymi osobami poprzez działania muzykoterapeutyczne, trudno więc jest dziś jednoznacznie opowiedzieć się tylko i wyłącznie za segregacyjnym lub tylko i wyłącznie integracyjnym nastawieniem muzykoterapii tej populacji osób. Muzykoterapia integracyjna (niejako młodsza od segregacyjnej) w żadnym wypadku nie oznacza krytyki, a tym bardziej negacji terapii segregacyjnej, gdyż może być ona w szczególnych wypadkach najskuteczniejszą i jedyną możliwą formą pracy z niepełnosprawnym pacjentem (zwłaszcza z małym dzieckiem). Mając

powyższe na uwadze, można się odważyć na twierdzenie, iż tyflomuzykoterapia jest formą terapii pomiędzy integracją a segregacją. Działania prowadzone w obu tych rozwiązaniach równoprawnych, równowartościowych, współistniejących i wspierających się wzajemnie (integracyjnych i segregacyjnych), mogą przynieść najlepsze rezultaty.

Na podstawie własnych doświadczeń twierdzę, iż korzystnie jest łączyć w pracy muzykoterapeutycznej podejście segregacyjne z integracyjnym, przy czym takie eklektyczne nastawienie pozwala możliwie jak najpełniej uwzględniać realne możliwości, ograniczenia, dyspozycje, potrzeby, oczekiwania wszystkich uczestników spotkań, niezależnie od ich stanu zdrowia (osób niewidomych, słabo widzących i widzących). Grupy terapeutyczne należy mimo istniejących indywidualnych różnic pomiędzy uczestnikami postrzegać jako jeden zespół, wobec którego stawia się zróżnicowane oczekiwania i zadania.

W zajęciach indywidualnych uczestniczą na ogół osoby o poważniejszym stopniu niepełnosprawności, bardziej niesprawne, poważniej chore, mniej uspołecznione. W przypadku tych zajęć mamy do czynienia przede wszystkim z działaniami bazującymi na więzi emocjonalnej pomiędzy terapeutą a pacjentem. Dla niektórych osób indywidualna muzykoterapia jest jedyną możliwą formą usprawniania, gdyż ze względu na ciężkie schorzenia, defekty i deficyty rozwojowe nie mogą one uczęszczać do placówek masowych, integracyjnych czy nawet specjalnych. Prócz tego terapia indywidualna pozwala na aktywne włączanie w proces muzykoterapeutyczny rodziny pacjenta (rodziców, małżonków, rodzeństwo, dzieci, dziadków). Muzykoterapia indywidualna pozwala na gruntowne poznanie pacjenta, skoncentrowanie się wyłącznie na nim, poświęcenie mu całej uwagi i aktywności terapeuty, a dzięki temu możliwie optymalne dostosowanie programu i środków oddziaływania terapeutycznego do indywidualnych jego potrzeb, możliwości i ograniczeń. Mimo tych wszystkich zalet indywidualna forma terapii wpływa na zmniejszenie kontaktów pacjentów niepełnosprawnych z pełnosprawnymi.

Wiele złożonych problemów związanych z rehabilitacją, terapią lub wychowaniem niewidomych i słabo widzących osób możliwe jest do rozwiązania dopiero przy współdziałaniu różnych specjalistów, w tym m.in. muzykoterapeuty. Z tych to m.in. względów terapeuta muzyczny jako etatowy pracownik ośrodka leczniczego, rehabilitacyjnego, rekreacyjnego lub szkolno-wychowawczego współpracuje z lekarzem okulistą, psychologiem, pedagogiem, neurologiem, nauczycielem wychowania muzycznego, fizycznego, logopedą, rehabilitantem ruchu, instruktorem orientacji i poruszania się w przestrzeni, pracownikiem kulturalno-oświatowym, instruktorem widzenia oraz innymi specjalistami i pracownikami placówki (np. działu administracyjnego, socjalnego, gospodarczego). Cały czas konsultuje on

program prowadzonej terapii ze specjalistami, a przede wszystkim przestrzega ich zaleceń i sugestii odnośnie do pracy z pacjentem.

Oddziaływania muzykoterapeutyczne prowadzone bezpośrednio z pacjentem są tym bardziej skuteczne, im bardziej towarzyszy im kształtowanie świadomości środowiska społecznego na temat korzystnego oddziaływania sztuki muzycznej oraz zastosowania terapii i jej efektów. Osoba prowadząca zajęcia terapeutyczne oddziałuje na środowisko społeczne w celu łagodzenia negatywnego lub obojętnego stosunku do osób niepełnosprawnych, zmiany stereotypowych postaw ludzi widzących w stosunku do nich oraz wytworzenia wokół nich życzliwej atmosfery. W tym celu może posługiwać się takimi środkami, jak pokazowe zajęcia, warsztaty, koncerty, pokazy, wystawy, rozmowy, pogadanki, wywiady, referaty, audycje radiowe i telewizyjne, nagrania audio i wideo, publikacje książkowe i czasopiśmiennicze, reportaże, sprawozdania i doniesienia.

Ćwiczenia z muzykoterapii niewidomych i słabo widzących dzieci

Praktycznego zastosowania tyflomuzykoterapii uczą się słuchacze magisterskich i podyplomowych studiów muzykoterapii Akademii Muzycznej im. K. Lipińskiego we Wrocławiu w ramach praktycznych zajęć o nazwie ćwiczenia z muzykoterapii niewidomych i słabo widzących dzieci. Przedmiot ten realizowany jest nieprzerwanie od roku akademickiego 1993/94, na II roku studiów przez dwa semestry (0,5 godz. tygodniowo na każdego studenta). Prowadzony jest na bazie Ośrodka Szkolno-Wychowawczego Dzieci Niewidomych im. M. Grzegorzewskiej we Wrocławiu. Ponadto niektórzy słuchacze ostatniego roku studiów dziennych i zaocznych piszą prace dyplomowe z zakresu tyflomuzykoterapii. Od samego początku mam przyjemność prowadzić ten przedmiot na wszystkich rodzajach studiów muzykoterapii wrocławskiej uczelni (magisterskich, pozawydziałowych i podyplomowych).

Celem przedmiotu jest nauczanie studentów posługiwania się działaniami muzykoterapeutycznymi w pracy z dziećmi z niepełnosprawnością wzrokową, w tym m.in.: opanowanie umiejętności planowania i przygotowania zajęć, opracowywania programów muzykoterapeutycznych, sporządzania konspektów (scenariuszy) potrzebnych do realizowania spotkań, doboru i zastosowania odpowiednich środków oddziaływania, prowadzenia sesji tyflomuzykoterapeutycznych i czuwania nad ich prawidłowym przebiegiem.

Zakończenie

Chciałbym jeszcze raz podkreślić, iż specyfika percepcji i funkcjonowania niepełnosprawnych wzrokowo pacjentów, a w związku z tym swoje funkcje, cele terapii muzycznej i środki oddziaływania przyczyniły się do wyodrębnienia z nauk muzykoterapeutycznych tyflomuzykoterapii jako odrębnego, samodzielnego działu. Zaprezentowane w niniejszym artykule przemyślenia, spostrzeżenia i doświadczenia dotyczące tej formy muzykoterapii mogą stanowić podstawę do pracy tyflomuzykoterapeutycznej z pacjentami i inspirację do poszukiwań coraz to nowszych rozwiązań w tym względzie.