**Agata Dobrasiewicz**

**Modele, metody i techniki w muzykoterapii.**

1. **Definicje muzykoterapii.**

Współczesna muzykoterapia podparta naukowymi badaniami jest dziedziną z wielkim potencjałem, rozwija się prężnie od połowy XX wieku. Z powodzeniem stosowana jest na zachodzie, natomiast w Polsce jeszcze dosyć mało rozpropagowana.

Czym jest współczesna muzykoterapia?

Podążając za myślą Tadeusza Natansona pioniera muzykoterapii polskiej (1979, s. 51) można rozumieć ją jako „metodę postępowania, wielostronnie wykorzystującej wieloraki wpływ muzyki na psychosomatyczny ustrój człowieka”. Inna definicja mówi, że muzykoterapia jest „procesem, w którym wykwalifikowany muzykoterapeuta posługuje się muzyką lub jej elementami w celu przywracania zdrowia, poprawy funkcjonowania lub wspierania rozwoju osób z różnorodnymi potrzebami natury emocjonalnej, fizycznej, umysłowej, społecznej lub duchowej” (Stachyra, 2012, s.27). W sesji muzykoterapii może uczestniczyć każda osoba, bez względu na poziom jej umiejętności muzycznych, stopień niepełnosprawności, czy rodzaj zaburzeń. Przeciwwskazania odnoszą się jedynie do osób cierpiących na tzw. *epilepsję muzykogenną* oraz w przypadkach ostrych stanów psychotycznych.

1. **Klasyfikacja działań muzykoterapeutycznych**

Muzykoterapię dzielimy na:

- behawioralną – w tym przypadku muzyka pełni rolę wzmocnienia, używana jest w celu wykształcania , modyfikowania, wzmacniania lub eliminowania pewnych zachowań;

- psychoterapeutyczną – ukierunkowaną na uzyskanie wglądu przez klienta, eksplorowanie jego problemów, myśli, uczuć i postaw;

- edukacyjną – związaną z procesem uczenia, rozwijania i wspomagania procesu dydaktycznego (Wigram, Pedersen. Bonde, 2004: w Konieczna-Nowak, 2013).

W Polsce E. Galińska wyodrębniła następujące obszary oddziaływań muzykoterapeutycznych:

- psychosomatyczny

- psychologiczny

- psychomotoryczny

- pedagogiczny (Konieczna-Nowak, 2013)

Tadeusz Natanson (1992, s. 50-51) wymienia następujące założenia i zadania
w muzykoterapii:

- wzbudzanie pożądanych emocji oraz kierowanie nimi;

- wzbudzanie gotowości do kontaktu oraz inspirowanie i ukierunkowane prawidłowej międzyludzkiej komunikacji;

- wzbogacanie osobowości pacjenta, pobudzanie postawy twórczej, pomnażanie zasobu jego doświadczeń emocjonalnych i intelektualnych;

- wpływanie na stan aktywności psychomotorycznej oraz napięcia emocjonalnego i mięśniowego;

- korzystne wpływanie na stan psychofizycznego samopoczucia;

- wzbogacanie oraz wspomaganie metod diagnostycznych;

1. **Modele, metody i podejścia w muzykoterapii.**

Podczas IX Światowego Kongresu Muzykoterapii w Waszyngtonie w USA w 1999 roku wyróżniono pięć głównych podejść i modeli muzykoterapeutycznych stosowanych na świecie (Stachyra, 2012, s.29). Są to:

- Muzykoterapia Kreatywna ( *Creative Music Therapy )–* twórcami są Paul Nordoff i Clive Robbins

- Muzykoterapia Analityczna *(Analytical Music Therapy)* według modelu Mary Pristley

- Muzykoterapia Behawioralna *(Behavioral Music Therapy) -* główny twórca Clifford Madsen

-Wizualizacja Kierowana Muzyką ( *Guided Imagery and Music*) według założeń Helen Bonny

- Muzykoterapia Benenzona ( *Benenzon Music Therapy)* – twórca Rolando Benenzon

Prezentowana lista nie obejmuje wszystkich stosowanych na świecie metod muzykoterapii, wyróżnia tylko te najważniejsze.

Krótkie omówienie założeń poszczególnych podejść i modeli:

Muzykoterapia Kreatywna ( *Creative Music Therapy )–* twórcami są Paul Nordoff i Clive Robbins

Twórcami muzykoterapii kreatywnej są Amerykanin Paul Nordoff – pianista i kompozytor oraz Clive Robbins – brytyjski pedagog specjalny. Model ten nazywany też Nordoff – Robbins powstał w latach 60. i 70. XX wieku. Jest szczególnie popularny w Wielkiej Brytanii, Niemczech, Stanach Zjednoczonych, Australii i Japonii. Wywodzi się z podejścia humanistycznego, jest to zatem model skoncentrowany na kliencie, aktywny i interaktywny, zbudowany na partnerstwie. W centrum zainteresowania muzykoterapeutów Nordoff – Robbins znajduje się potencjał twórczy człowieka, a nie jego deficyty. Współtworzenie muzyki, dialog muzyczny z klientem jest podstawową formą terapii. Wspólne muzykowanie ma na celu zbudowanie relacji, która stanie się podstawą wzajemnej komunikacji, a także będzie wspomagać klienta w jego indywidualnym rozwoju . Metoda ta znalazła zastosowanie zarówno w terapii niepełnosprawnych dzieci, jak i dorosłych (Bryndal, Procter, 2012).

Muzykoterapia Analityczna *(Analytical Music Therapy)* według modelu Mary Priestley

Twórczynią modelu Muzykoterapii Zorientowanej Analityczne jest Mary Priestley (lata 70. XX wieku), brytyjska skrzypaczka i muzykoterapeuta. Model zasadza się na symbolicznie interpretowanej improwizacji, często łączonej z opowiadaniem bajek lub historii, oraz terapeutycznej roli zjawisk takich jak: przeniesienie i przeciwprzeniesienie, które ujawniają się w procesie terapeutycznym. Sesje, najczęściej indywidualne poprzedza rozmowa dotycząca tematów nad którymi klient chciałby pracować. Muzyczna eksploracja problemu pozwala na ekspresję emocji i konfrontację z postawionym problemem. Improwizacja przebiega zazwyczaj w duecie klient – terapeuta według ustalonych reguł, czasem z odegraniem pozamuzycznych, przydzielonych ról. Istotnym elementem sesji jest rozmowa po zakończeniu improwizacji, będąca uświadomieniem znaczenia jej przebiegu i podsumowaniem rezultatu muzycznego (Konieczna-Nowak, 2013).

Muzykoterapia Behawioralna *(Behavioral Music Therapy) –* systematycznego opisu dokonali amerykanie Clifford Madsen i Vanc Cotter.

 „U podstaw muzykoterapii behawioralnej leżą zasady uczenia się, a podejście to skupia się na ocenie oraz programach naprawczych opartych na monitorowaniu zachowania w danym środowisku. Zachowanie modyfikowane jest poprzez wyraźne zaaranżowanie skutków reakcji zgodnie z zasadami wzmocnienia” (Madsen, 2012, s.87). Behawioralne podejście w muzykoterapii koncentruje się na ocenie zachowania i podjęciu programu korekcyjnego, uwzględniającego wpływ środowiska. Muzyka pełni tu rolę środka, którego celem jest zmiana zachowania. Poprzez różne aktywności muzyczne wzmacnia się zachowania prawidłowe i eliminuje zachowania niepożądane. Muzyka stanowi więc ogniwo pośredniczące w relacji terapeutycznej, rozumianej jako interakcja między pacjentem a terapeutą i/lub otoczeniem.

W modelu tym mogą pojawiać się wszystkie rodzaje doświadczeń muzycznych, wzbogacone o metody wizualne (np. PECS, Makaton) i elementy arteterapii. Ważne jest też monitorowanie i odnotowanie postępów dziecka (Konieczna-Nowak, 2013).

Wizualizacja Kierowana Muzyką ( *Guided Imagery and Music*) według założeń Helen Bonny

Metoda opracowana przez amerykańską muzykoterapeutę Helen Bonny należy do muzykoterapii receptywnej bazującej na wyobrażeniach klienta. Nazywana jest klasyczną metodą GIM lub psychoterapią muzyczną, w której w przeciwieństwie do psychoterapii werbalnej, kierowanie odbywa się nie za pomocą słów lecz muzyki. W modelu tym terapeuta korzysta ze specjalnie przygotowanych programów opartych na muzyce z literatury klasycznej. „Muzyka nie tylko stymuluje wyobraźnię, emocje, ale również pomaga wydobyć z podświadomości treści wymagające przepracowania, a co najważniejsze – może wspierać ten proces, przyczyniając się do odzyskania równowagi psychicznej, poprawy jakości życia i rozwoju” (Stachyra, 2012 b, s.33) . Metodę najczęściej stosuje się w formie indywidualnej w pracy z osobami z zaburzeniami posttraumatycznymi, uzależnionymi, cierpiącymi na depresję, zaburzenia jedzenia, przy różnego rodzaju zaburzeniach psychosomatycznych. Metoda nie jest stosowana z osobami chwiejnymi emocjonalnie, czy też z niepełnosprawnością intelektualną (Stachyra, 2012 ).

Muzykoterapia Benenzona ( *Benenzon Music Therapy)* – twórca Rolando Benenzon

Koncepcja modelu ma na celu poprawę jakości życia oraz komunikacji między ludźmi. Muzykoterapia wg Benenzona ma zawsze formę aktywną. Model ten ma na celu umożliwienie klientom ukierunkowania ich energii twórczej tak, by otworzyli się na komunikację z innymi ludźmi – relacje te są budowane w kontekście niewerbalnym. Muzykoterapeuta pomaga osobom uwolnić się od przykrych doświadczeń, rozładować emocje poprzez dźwięki, muzykę, ruch, gesty, mimikę, gestodźwieki, ciszę, pauzę, jak również wykorzystując czas i przestrzeń. Model dostarcza odpowiedzi na pytania typu: Czy ludzie są w stanie wyrazić swoją osobowość bez używania słowa mówionego? Czy ludzie są w stanie przepracować i odtwarzać sytuacje, korzystając wyłącznie z dźwięków i pauz? Autor nazywa ten proces muzykopsychoterapią (Benenzon, 2012).

W Polsce powstały dwie udokumentowane metody muzykoterapii:

 Metoda Portretu Muzycznego autorstwa Elżbiety Galińskiej

Elżbieta Galińska – pianistka, muzykolog, muzykoterapeuta, psychoterapeuta, pracuje w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Metoda Portretu Muzycznego powstała w latach 70. XX wieku, opiera się na założeniach psychoterapii poznawczej. Celem metody jest uzyskanie integracji „ja”, czyli poczucia tożsamości klienta, przez konfrontacje własnego obrazu siebie z odbiorem terapeuty i grupy oraz przez uświadomienie sobie przemian, jakie zaszły na skutek leczenia. Konfrontacja ta odbywa się na skutek doświadczenia recepcji i improwizacji muzycznej, które stają się podstawą terapeutycznej dyskusji. Jest to model grupowy, ale koncentruje się na poszczególnych członkach grupy (Konieczna-Nowak, 2013).

Metoda Mobilnej Rekreacji Muzycznej Macieja Kieryła.

Twórcą metody jest lekarz i muzykoterapeuta, pracujący między innymi w Centrum Zdrowia Dziecka oraz Domu dla Dzieci Specjalnej Troski w Warszawie.

„Metoda MRM to uporządkowany zbiór ćwiczeń ruchowych, rytmicznych, oddechowych, wyobraźni plastycznej, poetyckiej i działań relaksacyjnych stymulowanych różnorodną muzyką” (Kierył, 2012, s. 117). Model zbudowany jest z kilku etapów:

Etap 0 – Zebranie informacji o pacjencie

Etap I – Uruchomienie

Etap II – Zrytmizowanie

Etap III – Odreagowanie

Etap IV – Uwrażliwienie

Etap V – Relaksacja

Etap VI – Aktywizacja łagodna

Etap VII –Aktywizacja dynamiczna

Etap VIII –Rozmowa

Przebieg i kolejność poszczególnych etapów nie jest sztywna, terapeuta dostosowuje ją do aktualnego stanu psychofizycznego oraz sposobów reagowania pacjentów. Ćwiczenia w każdym z etapów są proste, nastawione na integrację i odczuwanie przyjemności przez uczestników. Wśród nich znajdują się zabawy dźwiękonaśladowcze, elementy ruchu, ćwiczenia rytmiczne, elementy improwizacji, relaksacja i wizualizacja. Stałym elementem są natomiast ćwiczenia oddechowe po każdym z etapów.

1. **Formy pracy w muzykoterapii.**

Muzykoterapia może mieć formę sesji indywidualnej, kształtującej osobistą ekspresję, relację i własny kreatywny potencjał klienta oraz formę grupową, która rozwija wzajemne interakcje, korzystnie wpływa na rozwój empatii, a przede wszystkim doskonali umiejętności społeczne uczestników. Wybór formy zależy od diagnozy, objawów i celu terapii. Program i metody pracy są podporządkowane nadrzędnemu celowi terapii i możliwościom percepcyjnym dzieci.

1. **Techniki w muzykoterapii.**

Muzykoterapia oferuje wiele modeli i podejść, niemal zawsze jednak wykorzystuje takie formy doświadczania muzyki jak: śpiewanie, granie na instrumentach, improwizowanie, słuchanie, tworzenie, a także ruch z muzyką, taniec, zabawę. Stosować je można niemalże w każdym działaniu terapeutycznym oraz leczniczym.

Oprócz wymienionych technik aktywnychstosuje się także techniki bierne, receptywne, których podstawę stanowi słuchanie muzyki, relaksacja, wizualizacja. Muzykoterapia receptywna ma na celu stymulowanie wyobraźni pacjenta, emocjonalne wsparcie, osiągnięcie stanu relaksu i równowagi (Kronenberger, 2007, s.35). W praktyce, dobór aktywności muzycznych zależy od wyznaczonych przez terapeutę celów ich zastosowania. Dla muzykoterapeutów zaś niezwykle istotny już jest sam proces, czyli wszystko to, co dzieje się w trakcie dochodzenia do celu (Stachyra, 2012, s.47).

Omówienie wybranych technik aktywnych i receptywnych oraz ćwiczeń stosowanych

w czasie sesji muzykoterapii dla dzieci:

*Śpiewanie i słuchanie piosenek* - śpiew z uwzględnieniem ćwiczeń oddechowo – emisyjnych, słuchowych, poczucia rytmu ma ogromne znaczenie dla rozwoju mowy i komunikacji. Teksty piosenek zwiększają także zasób słownictwa. Śpiewanie czy słuchanie piosenek rozwija percepcję słuchową, muzykalność, sprawność wokalną. Piosenka kształtuje pozytywny stosunek dziecka do otaczającego świata.

*Słuchanie muzyki* – wpływa regulująco na emocjonalną sferę aktywności. Przynosi uspokojenie, zadowolenie, odprężenie. Prezentacja utworów o zróżnicowanym nastroju charakterze, tematyce i formie rozwija wrażliwość emocjonalną i wyobraźnię. Często stosowane techniki wizualizacji i techniki relaksacyjne sprzyjają skupieniu uwagi i wprowadzają w stan fizycznego i umysłowego odprężenia.

*Gra na instrumentach perkusyjnych –* wpływa pozytywnie na sprawność manualną dziecka w tym: szybkość, dynamikę i precyzję ruchów, koordynację wzrokowo – słuchowo – ruchową. Kształci słuch i poczucie rytmu dziecka.

*Ćwiczenia mowy –* działaniom tym towarzyszą ćwiczenia artykulacji, dykcji, właściwej postawy ciała, oddechu.

*Ćwiczenia percepcji słuchowej -* których celem jest wyrabianie umiejętności różnicowania słyszanych odgłosów, ich siły, regularności, szybkości, natężenia oraz stopniowe wyczulanie słuchu dziecka na różne dźwięki, ich wysokość, czas trwania i barwę.

*Ćwiczenia rytmiczne -* porządkujące dźwięki w określonym czasie. Celem tych ćwiczeń jest wprowadzenie wewnętrznego ładu i uporządkowania we wszystkich rodzajach aktywności.

*Improwizacje instrumentalne* – rozwijają ekspresję twórczą i pomagają w uzewnętrznieniu stanów emocjonalnych, mogą sprzyjać nawiązaniu dialogu muzycznego i specyficznej komunikacji niewerbalnej. Nawiązanie relacji stanowi bazę do stworzenia atmosfery zaufania i bezpieczeństwa. Brak oceniania i świadomość, że nie można zagrać „źle”, wpływa na wzmocnienie pewności siebie i własnej samooceny.

*Improwizacje ruchowe* - doskonalą motorykę dużą dziecka, rozwijają orientację w przestrzeni, wyobraźnię i kreatywność.

*Zabawy muzyczno – ruchowe -* kształtują wyobraźnię, usprawniają motorykę, doskonalą pamięć i koordynację wzrokowo – słuchowo – ruchową.

*Relaksacja –* trening w postaci wizualizacji z muzyką, sprzyja osiąganiu odprężenia fizycznego i psychicznego, może łączyć się z elementami masażu czy arteterapii.

Muzykoterapia może przyczyniać się do rozwoju i usprawnienia niemal wszystkich obszarów funkcjonowania dziecka, stanowiąc jeden ze skutecznych środków wspomagających proces jego edukacji i rehabilitacji.

 Agata Dobrasiewicz

 muzykoterapeuta

Bibliografia:

Bryndal A., Procter S.(2012), *Muzykoterapia Nordoff-Robbins,*(w:) Stachyra.K.(red.) *Modele,*

 *metody i podejścia w muzykoterapii,* Lublin.

Konieczna – Nowak L. (2013), *Wprowadzenie do muzykoterapii,* Kraków.

Kronenberger, M. (2007). Muzykoterapia. Podstawy teoretyczne do zastosowania w profilaktyce stresu. Łódź.

Madsen C. K.(2012), *Muzykoterapia behawioralna,* (w:) Stachyra.K.(red.) *Modele,*

 *metody i podejścia w muzykoterapii,* Lublin.

Natanson, T. (1979). Wstęp do nauki o muzykoterapii. Wrocław – Warszawa – Kraków – Gdańsk: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.

Nordoff P., Robbins C.(2013). *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi,*

Kraków.

Rivera N. Powers M. (2012), *Muzykoterapia a spektrum zaburzeń autystycznych: działania o*

 *charakterze interdyscyplinarnym w Stanach Zjednoczonych* (w:) Stachyra K. (red.)

 *Podstawy muzykoterapii*, Lublin.

Stachyra K. (2012), *Podstawy muzykoterapii,* Lublin.

Stachyra K. (red.), (2012), *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii,* Lublin.