

Krzysztof Samela

Muzykoterapia - teoria. Materiały dla studentów

Funkcje sztuki, badania psychologiczne percepcji muzyki	1
Szkoły i kierunki muzykoterapii	2
Paradygmaty naukowe w muzykoterapii (pozytywizm – postmodernizm)	3
Badania nad jakością życia	5
Cele, formy, metody muzykoterapii	7
Techniki muzykoterapii	9
Przykładowe techniki muzykoterapeutyczne	12
Medycyna muzyczna, refleksja o muzyce i definicja muzykoterapii	13
Choreoterapia	14

Część I**Ogólna refleksja nad sztuką**

Każda ze sztuk przemawia do nas innymi środkami wyrazu. Malarstwo – kształt i bogactwo barw; poezja – operuje słowem; muzyka – bogactwem brzmienia

Funkcje sztuki Które z nich można przypisać muzyce?:

- komunikatywna – dzieło sztuki jako przekaz różnych treści,
- poznawcza – dostarcza wiedzy o rzeczywistości,
- wychowawcza – kształtuje postawy odbiorców poprzez pobudzanie wyobraźni i głębokie zaangażowanie uczuciowe,
- integracyjna – sztuka jako wspólne dobro ludzkości, dzięki zdolności sublimowania postaw łagodzi przedziały narodowe i klasowe,
- ideologiczna – przekazuje odbiorcom postawy ideologiczne (szt. radziecka),
- adaptacyjna – rozszerza doświadczenia człowieka, ułatwia rozumienie tendencji społecznych występujących w określonej zbiorowości,
- przełamywania stereotypów – dzięki sztuce nie tylko poznajemy rzeczywistość, lecz nadto zyskujemy przeświadczenie, że świat jest inny, że rzeczywistość kryje w sobie możliwości, które nie zostałyby odkryte bez pomocy sztuki,
- terapeutyczna – sztuka wzbudza zainteresowania estetyczne, dzięki którym w procesie leczenia odwraca uwagę pacjenta od dolegliwości i ułatwia zwalczanie choroby,
- katartyczna – silne doznanie estetyczne uwalnia od natrętnych myśli i negatywnych stanów uczuciowych,
- humanizująca – nadaje wartość estetyczną na otaczającą rzeczywistość,
- ekspresyjna – sztuka rozumiana jest jako ekspresja twórczej osobowości.

Badania psychologii muzyki wykazały, że muzyka działa nie tylko na receptory słuchowe, ale również wywołuje różne impulsy motoryczne. U niektórych ludzi przeżyciu muzycznemu towarzyszy wyobrażenia wzrokowe, czasem węchowe, dotykowe lub smakowe. Można w tym przypadku mówić o polisensorycznym oddziaływaniu muzyki na człowieka (Maksymiuk - na niebiesko, kojarzenie smaku i zapachu „kurczaka z różną” z konkretną muzyką uwarunkowanie na muzykę w konkretnej sytuacji np. studencki sex przy muzyce). Wniosek: skoro tak jest, to można w terapii celowo uwarunkować pacjenta na muzykę [kołysanka dla dzieci].

Percepcja muzyki. 2 wymiary: podmiotowy [psychologiczny] (słuchacz) i przedmiotowy [muzykologiczny] (słuchana muzyka). W pierwszym gdy próbujemy identyfikować i opisywać czynniki składające się na ten wymiar, przychodzą nam z pomocą prawa i ustalenia psychologiczne, w drugim cała siatka pojęć i terminów teorii muzyki, a samą muzykę można badać na poziomie:

- akustycznym – dokładność przekazywania symboli dźwiękowych,

- semantycznym – określenie treści i znaczeń przekazywanych przez muzykę (znaczenie zawarte – treść sama w sobie muzyki traktowana autonomicznie; znaczenie desygnacyjne [wskazujące] odwołujące się do świata po za dziełem sztuki),
- estetycznym – dotyczy emocji wywoływanych przez muzykę.

Istnieje kilka koncepcji percypowania muzyki np. klasyfikacja 5 rodzajów przeżycia muzycznego Wierszyłowskiego):

- polisensoryczne – angażujące w trakcie słuchania muzyki szereg zmysłów (słuch, wzrok, węch),
- wyobrazeniowe – sięganie często obrazami w przeszłość i tworzenie nowych,
- interpretujące – szukanie symbolu w muzyce, próba uzyskania przy pomocy muzyki rozwiązanie własnych problemów,
- analityczno-formalne – oceniające strukturę utworu i wykonawstwo,
- awersyjne – przeciwne wszelkiej muzyce.

Przy analizie percepcji trzeba wziąć pod uwagę takie czynniki jak (na jakie czynniki ..)

- wiek i stan aparatu słuchowego odbiorcy (ludzie starzy – ubytek słyszalności zwłaszcza w zakresie tonów wysokich)
- właściwości [osobowościowe] temperamentu i charakteru (stosunek czynnika analitycznego i emocjonalnego)
- nawyki i doświadczenia słuchacza,

oraz:

- nastrój, samopoczucie, sytuacja poprzedzająca bezpośrednio słuchanie muzyki, stan psycho – fizyczny w momencie słuchania,
- wykształcenie i kompetencje muzyczne odbiorcy.

Podczas przeżycia muzycznego zmieniają się nastroje, samopoczucie mimika psychomotoryka, zachowanie się. Zmiany zachowania, mimikę, psychomotorykę można zaobserwować (jest weryfikowalna empirycznie [obserwowalna]).

Szkoły i kierunki muzykoterapii:

- kierunek psychopedagogiczny
 - koncepcja psychoanalityczna - oparta na założeniach psychoanalizy. Muzykoterapia pełni centralną rolę w terapii. Dzięki swym specyficznym właściwościami muzyka przenika do najgłębszych warstw osobowości, znacznie głębiej niż słowo mówione. Zdolna jest wyrazić to, co nie daje się wysławić, co wywodzi się z podświadomości. Zachodzi wtedy zjawisko tzw. psychorezonansu. Odpowiednio dobrana muzyka przywraca równowagę ciała i duszy. Stosowanie wyłącznie muzykoterapii biernej (wykorzystuje się najczęściej muzykę J. S. Bacha). Nazwiska: Haisch, A. Pontvik – Szkoła szwedzka.
 - koncepcja metafizyczna – leczenie muzyką jest terapią przeżyciową i odpowiada leczeniu duchowemu (logoterapia W. Frankla). Dążenie do poszukiwania sensu życia – odwołanie do zjawisk metafizycznych. Nazwiska: H. Giltay, L. Grote.
 - koncepcja antropozoficzna (pedagogika lecznicza R. Steina). Zał. w chorobie psychicznej istota duchowa człowieka zostaje zdrowa i należy upośledzonemu człowiekowi pomóc na dotarcie do niej. Uwrażliwianie chorego na muzykę spowoduje uzyskanie równowagi. K. König.
- kierunek psychofizjologiczny
 - energetyczna koncepcja muzyki – zał. w muzyce, jak i w emocjach ludzkich istnieje „dynamika strukturalna”. Zmiany w muzyce mogą powodować zmiany emocji. Muzyka spełnia funkcję albo leku farmakologicznego, albo czynnika wspomagającego leczenie farmakologiczne. Szkoła amerykańska o orientacji empiryczno – klinicznej (zw. farmakologią muzyczną). Dla tego kierunku podstawowe znaczenie mają badania wpływu muzyki na reakcje fizjologiczne (napięcie, odprężenie, funkcje wegetatywne [oddech tętno]). I. Taylor, Ch. Schwabe.
- kierunek psychoanalityczny
 - psychoanalityczna koncepcja katharsis i regresji. Zał. wydobywanie emocji i odreagowanie wypartych przeżyć (katharsis) oraz cofnięcie się do wcześniejszych etapów rozwoju psychicznego (regresja) może wyjaśnić niektóre pozytywne efekty muzykoterapii. W tej

koncepcji muzyka uspokajająca odgrywa rolę „matki” i powoduje odprężenie. Z kolei muzyka pobudzająca, silnie rytmizowana pomaga rozładować popędy (orgiastyczne) powodując odprężenie. H. Willms, H. Kohut.

- kierunek behawioralny
 - teoria uczenia się. Zał. zaburzenia w zachowaniu są reakcjami wyuczonymi i jako takie podlegają prawom uczenia się, a więc mogą zostać przeuczone i wygaszone. Muzyka występuje jako czynnik wzmocnienia pozytywnego lub negatywnego i w ten sposób modyfikuje zachowanie. Np. słuchanie ostrej muzyki ma za zadanie zmniejszyć lęk pacjenta w mających nastąpić trudnych dla niego sytuacjach. Inny przykład: słuchanie muzyki uspokajającej ma za zadanie stopniowe zmniejszanie ilości leku potrzebnego do zaśnięcia. Można to osiągnąć dzięki połączeniu treningu autogenego Schultza z muzyką. Takie połączenie zostało nazwane przez Ch. Schwabe – **muzykoterapią regulatywną**. W tym kierunku muzykoterapia ma znaczenie pomocnicze i intensyfikujące proces leczenia. A. Löwe, S. Cwynar. J. Aleksandrowicz.
- kierunek komunikacyjny
 - psychoterapia humanistyczna (model interakcyjny muzykoterapii). Utwór muzyczny to system znaków i sygnałów. Dzięki nim przekazuje odbiorcy określone informacje estetyczne i semantyczne. Muzyka jest środkiem niewerbalnej komunikacji i ma dużą wartość przy utrudnionym kontakcie słownym z pacjentem (np. autyzm wczesnodziecięcy, grupy alkoholików i narkomanów). Muzyka stanowi „trening uwrażliwienia”, wzbogaca życie duchowe. Poszerzanie systemu wartości doznaniowych jest celem muzykoterapii. A. Moles, O. Peru.
- kierunek poznawczy
 - kierunek muzykoterapii poznawczej kładzie duży nacisk na proces twórczy jako proces oddziaływania terapeutycznego za pomocą takich technik jak improwizacja instrumentalna czy wokalna. Sama percepcja muzyki jest również uważana jako proces kreatywny, bo wzbudza myślenie twórcze i metaforyczne. Zakłada się, że muzyka jest swoistym językiem mającym tzw. gramatykę muzyczną. Percepcja muzyki zbliżona jest to procesu „językowego (poznawczego)”. Muzykoterapia interesuje się znaczeniem „desygnacyjnym” muzyki, czyli odnoszącym się do świata pozostającego poza dziełem sztuki.
- kierunek analityczny – muzyka traktowana jest głównie jako narzędzie diagnostyczne. Sam proces muzykoterapeutyczny i jego przebieg jest mało istotny. W podejściu analitycznym istotny jest jedynie wynik, czyli poddany drobiazgowej analizie muzyczny produkt pacjenta.
- inne kierunki rozwoju i wyzwania dla współczesnej muzykoterapii
 - muzykoterapia konsolacyjna – muzykoterapia ukierunkowana na leczenie urazów wojennych (mało opisów w literaturze fachowej – fiński muzykoterapeuta i filozof muzyki Kimmo Lehtonen – analiza „Symfonii Fantastycznej” H. Berlioz z jego biografią i tą metodą pracował z pacjentem który przeżywał podobne problemy, co H. Berlioz. Stworzenie programu zajęć psychologiczno – muzycznych dla dzieci w byłej Jugosławii, hortikulturoterapia).

Wszystkie powyższe kierunki odpowiadają naukowemu paradygmatowi pozytywistycznemu [modernistycznemu – zakładającemu, że jedyną prawdą jest obiektywność] (polegającemu na empirycznej weryfikacji wyników badawczych – badania ilościowe). Jeśli przyjmemy, że postmodernizm jest wielką siłą kulturową, to musi nastąpić zwrot w pojmowaniu współczesnej muzykoterapii.

Założenia modelu badań pozytywistycznych (metodologia pozytywistyczna):

- **założenie ontologiczne**, istnieje jedna jedyna, namacalna rzeczywistość poza nami, którą można rozbić na wiele kawałków i badać oddzielnie, niezależnie od siebie. Całość jest prostą sumą swoich części poddanych obserwacji i pomiarom.
- **założenie epistemologiczne**, obserwator (badacz) jest oddzielony (odseparowany) od obiektu badanego i nie wpływa na proces badawczy.

- **założenie przewidywalności** i generalizacji, to co jest prawdą w określonym miejscu i czasie, może być prawdą w innym czasie i miejscu. Nacisk kładzie się na przewidywanie (prawdopodobieństwo), a nie na zrozumienie.
- **założenie przyczynowości liniowej**, nie ma skutku bez przyczyny i przyczyny bez skutku.
- **założenie aksjologiczne uznające wartość wolności**, pozytywizm twierdzi, że rezultaty badawcze są wolne od wpływów jakichkolwiek systemów wartości (badacza), który posługuje się kontrolowanymi procedurami, aby uniknąć wpływu na wyniki badań. Zatem multimodalny system badania emocjonalnego i terapeutycznego wpływu na organizm człowieka bada się na cztery sposoby:
 - **poznawczo – werbalny komponent zachowania** opisuje się stosując testy psychologiczne (np. test apercepcji tematycznej). Analizuje się też ekspresję werbalną.
 - **zachowania niewerbalne, psychomotoryczne** – analiza ekspresji twarzy, wiercenie się, obgryzanie paznokci itp.
 - **zachowania wegetatywno – fizjologiczne** – mierzy się monitorując parametry peryferyjne (puls, ciśnienie krwi, częstotliwość uderzeń serca i oddechu, temperatura skóry, zużycie tlenu itp.) i centralny układ nerwowy (np. poziom neurohormonów).
 - **uczucia subiektywne** (przed, w czasie i po leczeniu) – bada się przy pomocy kwestionariusza i wywiadu.

Te założenia badawcze kwestionuje postmodernizm, bo doświadczenie muzykoterapeutyczne (czyli wszystko to, co dzieje się z pacjentem podczas sesji muzykoterapeutycznej), jest zjawiskiem bardzo złożonym. Składają się na nie subiektywne przeżycia i odniesienia do związku (zachodzącego między klientem, muzyką i muzykoterapeutą na poziomie intra i interpersonalnym. Muzykoterapia jest procesem estetycznym, w którym zawiera się twórczość, intuicja, intencyjność i elementy duchowe związane z wewnętrznymi stanami człowieka (a jak to zbadać).

Arteterapia (muzykoterapia) na ogół opowiada się za modelem pozytywistycznym w badaniach nad procesem terapeutycznym. Wynika to z tego, że walcząc o swoją pozycję w świecie naukowym w latach jej rozkwitu (1940 – 1960) [to też jest rozkwit ruchu modernistycznego w nauce], musiała zrezygnować z idealistycznych koncepcji metafizycznych dotyczących muzyki, na rzecz badań opartych na pozytywistycznym paradygmacie naukowym (rzeczywistość można badać jedynie metodami empirycznymi, a wiedza naukowa jako wynik badań empirycznych musi opierać się na kryterium intersubiektywnej komunikowalności [ujęcie problemu w precyzyjnych pojęciach języka nauki] i intersubiektywnej kontroli [weryfikacja wyników badawczych]).

Przykład badań ilościowych w muzykoterapii

Badanie dotyczyło wpływu muzykoterapii na poczucie własnej wartości młodzieży z zaburzeniami emocji. Dwie grupy: 10 osób uczestniczyło w muzykoterapii grupowej, 9 w terapii werbalnej. W obu grupach zastosowano pretest i posttest (badając je Inwentarzem Poczucia Własnej Wartości). Wyniki: nie było znaczących różnic ani między grupami, ani między pr. i post. Wniosek – badania ilościowe nie wykazały istotnych różnic pomiędzy zastosowanymi terapiami. Jednak odczucia badanych zapisane przez badaczy wskazują na istotne różnice pomiędzy grupami. 1) Żaden z uczestników muzykoterapii nie skarżył się na przydział do tej grupy. W przeciwieństwie do tego wszyscy (po za jedną osobą) uczestnicy terapii werbalnej byli niezadowoleni z przydziału do tej grupy. Ta różnica w postawach wpływała na cały przebieg badań i wpływała na motywację badanych w ich grupach. 2) różnica wyrażała się też w problemach nurtujących osoby badane W grupie muzykoterapeutycznej były to przyjaźń, a raczej jej brak, samotność i heroizm. W grupie drugiej (werbalnej) tematem było rozczarowanie. Wniosek – badania ilościowe nie wykazały różnic, które jednak wystąpiły (poważne różnice w reakcjach osób badanych) w badaniach jakościowych.

Założenia metodologii interpretacyjnej (lub in. opisowej) opartej na teorii ugruntowanej.

- kluczową rolę odgrywa badacz (muzykoterapeuta), który w trakcie badań korzysta również z przeczuć, intuicji i nasuwających się myśli w celu zrozumienia (a nie przewidywalności) np. muzykoterapii jako procesu interakcyjnego,
 - badania jakościowe mają charakter opisowy [w języku werbalnym] (a nie statystyczny),
 - badacz koncentruje uwagę na procesie muzykoterapii (na samym przebiegu muzykoterapii), a nie tylko na jej wyniku,
 - analiza danych następuje na drodze indukcji, a nie dedukcji (epistemologia - metoda indukcji),
 - badania jakościowe skupiają się na wokół tego, co jest sednem procesu muzykoterapii, co się dzieje podczas wspólnego muzykowania w trakcie sesji muzykoterapeutycznej, refleksji nad znaczeniem jakie ma muzykoterapia dla uczestników, jak i muzykoterapeuty.
- Co raz więcej muzykoterapeutów przychyliła się do nowego podejścia - do badań jakościowych w muzykoterapii. Jednak znaczna ich część proponuje podejście eklektyczne, wykorzystujące zarówno badania jakościowe i ilościowe jako najbardziej przydatna kompilacja do badań muzyki i procesu muzykoterapeutycznego oraz wyników terapii. Te badania to np. badania jakości życia.

Jakość życia – wybrane koncepcje

Szczególną popularność w naukach społecznych w XX wieku zyskał obszar badawczy jakości życia. To nie jest nowa problematyka – filozofia starożytna (kim jest człowiek, czym jest życie i jaką ma wartość [ocena życia ludzkiego – zagadnienie na styku antropologii, aksjologii{etyki}] – eudajmonia i utylitaryzm). Wówczas zaczęto posługiwać się subiektywnymi kryteriami w ocenie.

Czym jest eudajmonizm i utylitaryzm? To systemy etyczne. Eudaimonia to (dla starożytnych Greków) doskonałość jednostki ludzkiej, to „osiągnięcie takiego optimum, jakie człowiek przy swojej naturze może osiągnąć”. Współcześnie eudaimonia tłumaczona jest jako szczęście. Dla przykładu: u Sokratesa dobrem (i szczęściem) nadrzędnym była *wiedza*. Według niego człowiek wiedzący czym jest dobro, nie może czynić zła świadomie, bo jeśli czyni zło, to dlatego, że nie wie, czym jest dobro i szczęście; Arystoteles przekonywał w swojej eudajmonistycznej koncepcji, że dobro i szczęście jest umiarkowaniem (niczego zbyt wiele ani zbyt mało); stoicy upatrywali dobro i szczęście w opanowaniu ludzkich namiętności (życie szczęśliwe, wolne i doskonałe to takie, w którym człowiek potrafi panować nad własnymi namiętnościami). W przeciwieństwie do nich epikurejczycy uważali, iż sens ludzkiego dobrego i szczęśliwego życia polega na unikaniu cierpienia i dążeniu do przyjemności. Ogólnie rzecz przyjmując w starożytności eudajmonizm to, to w jaki sposób osiągać szczęście i unikać cierpienia. Z czasem osiąganie szczęścia przestało być priorytetem, a problemem nadrzędnym stało się zagadnienie, które można określić w pytaniu: *co zrobić (lub też czego nie robić), aby innym ludziom było dobrze*. Starożytni mówili sporo o wyrzeczeniu lecz wyrzeczeniu jakiegoś mniejszego, osobistego dobra na rzecz większego, ale również osobistego dobra. W etyce nowożytnej wyraźnie uwidoczniła się nutka społeczna. Nie chodzi już o wyrzeczenia w imię osobistych celów lecz o wyrzeczenia na korzyść innych – to (w uproszczeniu) jest utylitaryzm. Inaczej: utylitaryzm to eudajmonizm [ale] z sankcją społeczną.

Z czasem problematykę jakości życia podjęły nauki społeczne:

- ekonomia i socjologia – zwrócenie uwagi na materialne warunki bytu człowieka (traktowane jako obiektywne parametry j.ż.)
- psychologia – uprościła filozoficzną kwestię szczęścia i przekształciła ją w zagadnienia satysfakcji życiowej, postawy życiowej, wartościowania życia itd.

Na początku lat 70 za sprawą A. Campbell'a nastąpiło gwałtowne zainteresowanie problematyką j. ż. A. Campbell zajął się pomiarem zadowolenia z własnego życia populacji mieszkańców USA. Wykorzystując wiedzę [parametry] ekonomiczne, socjologiczne i psychologiczne stworzył skalę do pomiaru j. ż. I wyróżnił 15 sfer życia podlegającej ocenie: małżeństwo, rodzina, zdrowie, sąsiedzi, przyjaciele i znajomi, praca zawodowa, prace domowe, czas wolny, miejsce zamieszkania, życie w kraju, standard mieszkania, wykształcenie zarobki i

posiadane oszczędności. (zakres oceny od 1 [bardzo duże niezadowolenie] – 7 [bardzo duże zadowolenie]). Globalny wskaźnik jakości życia wychodził po zsumowaniu punktów.

W latach 90 jakością życia zainteresowali się również medycy wprowadzając do ogólnych badań nad j.ż. parametry medyczne takie jak np. zdrowie, mobilność, sprawność. D. Felce i J. Perry zaproponowali koncepcję j. ż., w której (j.ż.) rozpatrywana jest na 3 poziomach:

- poziom wartości osobistych (dobry stan fizyczny [parametry medyczne], materialny, społeczny, emocjonalny i możliwości rozwoju),
- poziom osobistej satysfakcji życiowej,
- poziom obiektywnych warunków życia.

Ob. War. Życia umożliwiają lub nie umożliwiają człowiekowi realizację wartości osobistych w zakresie fizycznym, materialnym, społecznym, emocjonalnym i możliwości rozwoju. Z kolei ocena własnego położenia w w/w wymiarach wpływa na poziom odczuwanej satysfakcji życiowej (sub. sat. życiowej). Czyli: Ob. War. Życia i poziom wartości (i zarazem celów ludzkich dążeń) osobistych składa się na jakość życia człowieka (subiektywną).

Jakość życia w aspekcie promocji zdrowia rozumiany jako subiektywny stan radości

Jedna z najbardziej ogólnych koncepcji j.ż. związana z promocją zdrowia została opracowana przez M. Raeburna i I. Rootmana (1996). Zawiera ona również idee istotne dla procesu usprawniania (rehabilitacji) osób niepełnosprawnych.

Ta koncepcja wynika z tezy przyjętej w trakcie I Międz. Konferencji Promocji Zdrowia w Kanadzie [Ottawa] (1986). Stwierdzono tam, że: „jeśli jednostka lub grupa jest zdolna do rozpoznania, określenia i realizowania własnych aspiracji, a także może w zadawalający sposób zaspokajać własne potrzeby oraz dokonywać wyboru środowiska życiowego zgodnie z własnymi preferencjami, wówczas dochodzi do uzyskania w pełni dobrostanu fizycznego, umysłowego i społecznego” – oddźwięk def. WHO. Oznacza to, że j.ż. (lub dobre samopoczucie) możliwe jest do uzyskania poprzez:

- doświadczenie niezależności (j.ż. rozpatrywana na poziomie intrapersonalnym – BYCIE),
- posiadanie swobody dokonywania wyboru (j.ż. ``/`` interpersonalnym – STAWANIE SIĘ),
- nieskrępowany dostęp do dóbr znajdujących się w otoczeniu (j.ż. ``/`` społecznym – PRZYNALEŻNOŚĆ),

(9 czynników wpływających na poziom radości; kalectwo – jest poważnym zagrożeniem do czerpania radości z bycia; to samo można powiedzieć o wymiarze stawania się [istnieje zagrożenie odrzucenia społecznego]. Z kolei rehabilitację można w tym modelu potraktować jako umożliwienie człowiekowi niepełnosprawnemu coraz lepszego bycia, stawania się i przynależności, co w konsekwencji powinno doprowadzić do zwiększenia poziomu odczuwanej radości [przez rehabilitację następować może większy dostęp do dóbr społecznych, zwiększenie niezależności osobistej i swoboda w decydowaniu o własnym życiu].

Jakość życia jako stan świadomości społecznej, czyli jako zbiór przekonań podzielanych przez większość ludzi. M. Bach, M.H. Rioux.

Zał. stan świadomości społecznej może sprzyjać lub utrudniać realizację możliwości rozwojowych członkom społeczeństwa. Inaczej: w zależności od powszechnie przyjętych przekonań, jednostka może znaleźć dla siebie łatwiejsze lub trudniejsze warunki rozwojowe. Wysoki poziom społecznej jakości życia może zostać osiągnięty, gdy zostanie powszechnie zaakceptowany system przekonań odnoszący się do 3 obszarów: samostanowienia, demokratyzacji życia i równości społecznej:

- samostanowienie – prawo jednostki do autonomicznych wyborów życiowych; bez narażenia na represje ze strony innych; ważne jest tu przygotowanie jednostki do samodzielności dzięki oddziaływaniu otoczenia (głównie rodziny) i procesowi wychowania, w trakcie którego jednostka powinna uzyskać wiedzę o własnych możliwościach rozwojowych, powinna być przygotowana do stanowienia samodzielnych planów życiowych, powinna mieć wreszcie stworzone warunki do ćwiczenia się w realizowaniu swych aspiracji.
- demokratyzacji – wzajemne poszanowanie wzajemnych aspiracji, możliwość zaprezentowania własnego punktu widzenia i własnych interesów (gdy tak się stanie nie

dojdzie do ujawnienia procesu alienacji społecznej), – to gwarantuje integrację społeczną i zadowolenie z życia w społeczeństwie,

- równość – uzyskanie dobrej jakości życia maksymalnie dla wielu ludzi sprzyja wzajemnemu poszanowaniu, usuwaniu barier społecznych – równość społeczna przyczynia się do niwelowania procesu naznaczania społecznego różnych jednostek i grup, stworzenie równych szans dla wszystkich członków społ. eliminuje frustracje, alienacje, odczuwanie krzywdy, a w konsekwencji niezadowolenia z życia.

Jak to jest z tą koncepcją w naszym społeczeństwie z perspektywy np. niepełnosprawnych?

Jakość życia i problematyka niepełnosprawności. R.L. Schalock (1996) Zwraca uwagę, że przypadku ludzi chorych i niepełnosprawnych istotne znaczenie dla odczuwanej j.ż. ma jakość zabezpieczenia jakie oferuje im społeczeństwo – co mogą otrzymać, w jakim czasie, jakie jest prawdopodobieństwo otrzymania pomocy i jaka jest pewność, że jej potrzeby będą realizowane również w przyszłości. Dostarczane zabezpieczenie (pomoc) dotyczy 3 wymiarów: zdrowia, domu i pracy lub szkoły.

Jeśli osoba niepełnosprawna uzyska pewność, że: podejmowane są wszelkie dostępne działania w celu przywrócenia jej utraconej sprawności; sytuacja rodzinna, zabezpieczenie materialne, wsparcie emocjonalne, możliwość kształcenia i pracy zawodowej są zapewnione, to jej poczucie wartości i jakości życia będzie wyższe, niż wynikałoby to z rzeczywistego stanu zdrowia.

Narzędzie badawcze do oceny jakości życia - WHOQOL – Bref. Ankieta dla studentów.

Część II. Cele, formy, metody muzykoterapii

Cele muzykoterapii (spróbujcie określić cele)

- motywowanie do aktywności poznawczej i ruchowej,
- ćwiczenie sprawności lokomocyjnej i manipulacyjnej,
- korekta nieprawidłowej postawy ciała,
- doskonalenie zmysłów (głównie słuchu, dotyku i kinestetyki),
- obniżanie poziomu lęku i niepokoju,
- ułatwianie akceptacji siebie i swojego kalectwa,
- wzmacnianie samooceny,
- budzenie wiary we własne siły, możliwości i pewności w działaniu,
- wyrabianie zaradności i samodzielności,
- nauka współdziałania w grupie i podporządkowanie się normom,
- naukę nawiązywania i podtrzymywania prawidłowych kontaktów interpersonalnych,
- doskonalenie zmysłu estetycznego,
- rozwijanie zainteresowań i zdolności muzycznych,
- edukacja środowiska społecznego.

Formy muzykoterapii

Ze względu na organizację seansów muzykoterapeutycznych wyróżniamy:

- muzykoterapię indywidualną (leczenie muzyką osobno każdego pacjenta [przez dłuższy lub krótszy czas. Postępowanie lecznicze uzależnione będzie od wzajemnych stosunków t/p, celów i doboru środków]) – 1. muzykoterapia indywidualna powierzchniowa – metoda oddziaływania ogólnego, niedyrektywna, bezpośrednia o charakterze podtrzymującym (bierne słuchanie muzyki); 2. muzykoterapia indywidualna bezpośrednia – łączona z technikami werbalnymi (perswazja, sugestia, techniki treningu autogenego) jest najczęściej tzw. muzykoterapią głęboką;

- muzykoterapia grupowa (leczenie muzyką grupy pacjentów. Postępowanie lecznicze uzależnione będzie od wzajemnych stosunków t/g, celów i doboru środków i relacji personalnych w grupie. Wymaga przeprowadzenia doboru grupy co do ilości osób [zwykle od 6 – 12], często płci, wykształcenia, wieku, zdolności i kultury muzycznej, diagnozy cech osobowości itd.); 1. muzykoterapia grupowa nieukierunkowana – niedyrektywna forma muz. (audycje i programy muzyczne z prelekcją na temat muzyki, muzyków, koncerty recitale dla

pacjentów itp.); 2. muzykoterapia ukierunkowana – forma zadaniowa i dyrektywna muz. Praca w grupie, nad grupą oraz nad konkretnym problemem. Jest przeważnie stosowana w leczeniu psychiatrycznym, w postępowaniu rehabilitacyjnym i resocjalizacyjnym wykorzystuje techniki ruchowe, aktywizujące oraz techniki werbalne (perswazja, sugestia, techniki treningu autogennego). Jej atutem jest tworzenie się społeczności terapeutycznej (wykorzystuje się interakcję w grupie, która zwiększa skuteczność działania w zakresie oddziaływania np. wychowawczego i resocjalizacyjnego. Celem jest korzystne wpływanie na psychosomatyczny ustrój człowieka, wpływanie na zachowanie i przywracanie zdrowia w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym. Zakres oddziaływania muzykoterapeutycznego obejmuje działania profilaktyczne, leczenie i postępowanie rehabilitacyjne oraz tzw. działania zbliżone.

Działania profilaktyczne w muz. skoncentrowane są na:

- usuwaniu lub łagodzeniu napięć emocjonalnych (które mogą się przerodzić w sytuacje konfliktowe w stosunkach międzyludzkich)
- kształtowanie prawidłowych reakcji obronnych przeciw (środowiskowym) czynnikom stresorodnym (które może doprowadzić do zagrożeń schorzeniami nerwicowymi i psychosomatycznymi)
- wzmacnianie psychicznej odporności człowieka, intensyfikacji jego wypoczynku, wzmocnienie koncentracji.

Działania lecznicze (i postępowanie rehabilitacyjne). W zakresie leczenia celem postępowania muzykoterapeutycznego jest niesienie pomocy człowiekowi cierpiącemu i w tym znaczeniu cel muzykoterapii nie jest inny niż pozostałych metod leczniczych. Działanie skierowane jest na niesieniu pomocy cierpiącym na schorzenia psychiczne, psychosomatyczne i somatopsychiczne.

1. Schorzenia psychiczne – psychopatie i psychozy; 2. psychosomatyczne – schorzenia psychogenne (głównie nerwice); 3. schorzenia somatopsychiczne – wszystkie pozostałe. Przy 1 muzykoterapia traktowana jest jako jedna z metod postępowania psycholeczniczego; przy 2 – jako jedna z metod postępowania psychokorekcyjnego; przy 3 pełni rolę pomocniczą obok podstawowych metod leczniczych.

Działania zbliżone. Postępowanie muzykoterapeutyczne w zakresie stanów będących na pograniczu stanu zdrowia i choroby np. dzieci i młodzież sprawiająca poważne trudności wychowawcze, młodociani przestępcy, ludzie wykazujący nieprawidłowe postawy społeczne, których przyczyną nie musi być choroba. Stan ich wymaga postępowania resocjalizacyjnego, w którym muzykoterapia pełni rolę jednej z metod psychokorekcyjnych. Muzykoterapię w DPS też można zaliczyć do działań zbliżonych, bo mają w zasadzie charakter działań psychoprofilaktycznych.

Ze względu na wybór formę aktywności pacjenta działania muzykoterapeutyczne dzielimy na:

- muzykoterapię percepcyjną (bierną) – opartą na mechanizmie percepcji muzyki. Polega na słuchaniu muzyki i przekazywaniu odczuć muzycznych przez pacjentów oraz obejmuje dyskusję terapeutyczną związaną z tymi odczuciami i zaistniałymi w trakcie sytuacjami.
- muzykoterapię receptywną (aktywną, wykonawczą) – opartą na ekspresji dźwiękowej pacjenta z pomocą instrumentów muzycznych lub głosu ludzkiego (śpiewoterapia), a ponadto z użyciem ruchu ciała w rytm muzyki (choreoterapia) (np. rozluźniające ćwiczenia oddechowe).

Ze względu na wiek rozróżniamy np. geromuzykoterapię, muzykoterapię dziecięcą.

Muzykoterapię jako naukę i formę terapeutyczną można podzielić na muzykoterapię specjalną (oligofrenomuzykoterapię, surdomuzykoterapię, tyflomuzykoterapię) teoretyczną i stosowaną (z racji na deficyt w stanie zdrowia) oraz muzykoterapię ogólną [teoretyczną i stosowaną] (zakres oddziaływania muzykoterapeutycznego obejmujący działania profilaktyczne, działania zbliżone (również edukację i resocjalizację).

Dawniej dzielono muzykoterapię również na:

- muzykoterapię kliniczną - rodzaj psychoterapii traktujący muzykę jako narzędzie terapeutyczne i środek leczniczy. Cel - leczenie zaburzeń psychosomatycznych oraz rehabilitacja ludzi chorych oraz muzykoterapię rozwojową - muzyka jest środkiem komunikacji i

porozumienia służącym korygowaniu postaw społecznych, kładąca nacisk na ekspresję twórczości, samopoznanie oraz samorealizację twórczych zainteresowań.

Dziś jednak ten podział jest niestosowany i zupełnie nie potrzebny, bo ten zakres odpowiada obecnie podziałowi ze względu na organizację seansów muzykoterapeutycznych.

Metody muzykoterapii (Lewandowska 1996., s. 50 – 51)

- odreagowująco - wyobrażeniowe oraz aktywizujące emocjonalnie (przy wykorzystywaniu takich technik jak np. wizualizacja)
- treningową (nauczanie ludzi usuwania napięcia psychofizycznego, oparte np. na różnych wariantach treningu autogennego Schultza),
- relaksacyjną (działającą odprężająco na stan psychiczny),
- komunikatywną (uczącą nowych zachowań społecznych i emocjonalnych),
- kreatywną (realizacja przez ludzi prostych form muzycznych opartych na improwizacji instrumentalnej lub wokalne np. wg metody Orffa),
- psychodeliczną, estetyzującą, kontemplacyjną (muzyka może wywoływać intensywne przeżywanie piękna).

Część III. Techniki muzykoterapii

W muzykoterapii najczęściej wykorzystuje się następujące techniki: 1. śpiewoterapię (meloterapię), 2. muzykowanie elementami dźwiękonaśladowczymi, 3. gra na instrumentach perkusyjnych, 4. ćwiczenia słuchowe, 5. słuchanie muzyki, 6. zabawy muzyczno – ruchowe, 7. taniec, 8. ćwiczenia poczucia rytmu, 9. ćwiczenia mowy, 10. ćwiczenia dotykowe, 11. improwizacje wokalne, 12. improwizacje instrumentalne, 13. improwizacje muzyczno – ruchowe, 14. psychodrama i pantomima, 15. interpretacje słowne i plastyczne muzyki, 16. relaks z podkładem muzycznym, 17. audycje muzyczne, 18. dyskusje terapeutyczne.

1. **Śpiewoterapia, (meloterapia, wokalterapia, leczenie śpiewem, śpiewanie piosenek)**
Leczenie śpiewem to najważniejsza technika muzykoterapii grupowej. Śpiewanie jest najbardziej lubianą i najdostępniejszą formą muzykowania. Śpiewanie rozwija muzykalność, poprawiają wymowę, pobudzają wyobraźnię, wpływają korzystnie na funkcjonowanie układów narządowych (oddechowego, krążenia, trawiennego itd.), rozwija słuch i sprawność głosową, budzi radość i aktywność. Śpiewanie jest także sposobnością do korekty nieprawidłowej postawy ciała (łatwiej przyjmuje się krytyczne uwagi pod swoim adresem, jeśli mają na celu np. poprawianie jakości wykonywanej piosenki). Śpiewanie integruje i mobilizuje grupę. Jest okazją do przyswajania pozytywnych wzorców zachowań. Śpiewanie może odbywać się z akompaniamentem instrumentów klawiszowych, instrumentów perkusyjnych (instrumentarium Orffa), lub a`cappella (bez akompaniamentu), z interpretacją dotyczącą zmian agogicznych (zmian tempa), dynamicznych (zmian głośności), artykulacyjnych (legato, staccato, portato itd.), zmianą nastroju, z podziałem na partie solowe i tutti (zespołowe).
2. **Muzykowanie elementami dźwiękonaśladowczymi.** To wydobywanie różnych dźwięków z przedmiotów codziennego użytku (butelki, wieszaki, papier itd.), dziecięcych zabawek (piszczalki, pozytywki, klocki, piłki itd.), gestodźwięków (klaskanie, tupanie, uderzanie w uda, pstrykanie itd.), lub instrumentów własnej konstrukcji (grzechotki, brzękadełka itd.). Technika ta stwarza okazję do ćwiczenia wrażliwości słuchowej.
3. **Gra na instrumentach perkusyjnych.** Polega początkowo na nauczaniu obsługi instrumentów perkusyjnych (trzymanie i wydobywanie dźwięku), następnie na nauczaniu właściwej gry (z uwzględnieniem różnic i możliwości agogicznych, dynamicznych itd.). Akompaniamenty tworzone tą techniką, to zwykle akompaniament burdonowy, lub ostinatowy, lub zmienny (np. w zależności od tekstu rytmicznego piosenek, ruchów, zabaw lub utworów instrumentalnych). Dzięki tej technice można doskonalić małą motorykę (ruchy dłoni i nadgarstka). Umiejętności te są przydatne w nauce czynności

samoobsługowych (ubieranie, jedzenie, mycie itd.). Stanowi też doskonałą sposobność do kształcenia słuchu, poczucia rytmu (rondo, kanon, łańcuch rytmiczny).

4. **Ćwiczenia słuchowe.** Polegają na nauczaniu spostrzegania, analizowania, rozpoznawania i naśladowania odgłosów z otoczenia (głosów ludzkich, ptaków, zwierząt, zjawisk przyrody, brzmień efektów dźwiękonaśladowczych, instrumentów perkusyjnych oraz profesjonalnych instrumentów muzycznych). W ramach tych ćwiczeń można rozpoznawać melodie znanych piosenek lub innych utworów muzycznych, określając cechy dźwięku (wysokość, barwę, siłę, kierunek linii melodycznej itd.), ilość słyszalnych dźwięków oraz rozpoznając zmiany dynamiki, tempa, artykulacji, itd.
5. **Słuchanie muzyki.** Słuchanie polega na percypowaniu piosenek lub innych utworów muzycznych (instrumentalnych, wokalnie – instrumentalnych i wokalnych) niezależnie od tego, czy są wykonywane wokalnie lub instrumentalnie (przez terapeutę lub pacjentów/klientów seansu muzykoterapeutycznego), czy też mechanicznie odtwarzane przez urządzenie audio. Ta technika może wpływać regulująco na funkcjonowanie vegetatywne organizmu oraz na emocjonalną strefę aktywności powodującą uspokojenie, rozluźnienie psychofizyczne, zadowolenie, radość, aktywizację, mobilizację psychoruchową, wywołując reakcje katartyczne. Muzyka (głównie o charakterze ilustracyjno – programowym) pobudza wyobraźnię. Z czasem ta technika wykształcić może umiejętność świadomego korzystania z literatury muzycznej.
6. **Zabawy muzyczno – ruchowe (techniki ruchu).** Celem techniki jest osiągnięcie za pomocą odpowiednio dobranych ćwiczeń określonego poziomu sprawności ruchowej. Obowiązujące w zabawie przepisy oddziałują wychowawczo wpajając poczucie ładu i porządku, podporządkowując jednostkę zespołowi. Ruch ciała może być reakcją na takie elementy muzyki, jak: tempo, dynamika, artykulacja, wysokość, barwa i czas wybrzmiewania dźwięku. Ruch ciała może być także wyrażaniem treści emocjonalnych zawartych w muzyce. Poprzez zabawy muzyczno – ruchowe można poprawić harmonię, estetykę, precyzję ruchów oraz korygować wady postawy ciała. Techniki ruchu wyrabiają zdolność koncentracji uwagi na zjawiskach akustycznych, ćwiczą nawyki kierowania się słuchem. W muzykoterapii można stosować zabawy zaczerpnięte z wychowania fizycznego: ćwiczenia orientacyjno – porządkowe, skoczne, na czworakach, zabawy z elementami celowania, rzutu, toczenia piłki, pokonywanie przeszkód itd.
7. **Taniec (choreoterapia, terapia tańcem).** Choreoterapia doskonali kompensacyjne współdziałanie wszystkich zmysłów, wzbogaca sferę doznań estetyczno – poznawczych, dostarcza rozrywki i zabawy w grupie, doskonali koordynację ruchów, ich gibkość, elegancję i swobodę, wyrabia prawidłową postawę ciała, oddziałuje korzystnie na wyobraźnię czasowo – przestrzenno – ruchową tańczącego. Podwyższa samoocenę, polepsza samopoczucie i zmniejsza nieśmiałość tańczącego. Taniec jest sposobem nawiązania i podtrzymywania kontaktów towarzyskich.
8. **Ćwiczenia poczucia rytmu.** Do ćwiczeń poczucia rytmu w ramach rehabilitacji poprzez muzykę należy zaliczyć: echo rytmiczne (rytmizowanie sylab, słów zdań, muzykowanie elementami dźwiękonaśladowczymi, gra na instrumentach perkusyjnych, improwizacje ruchowe) rozpoznawanie i wykonywanie rytmów znanych piosenek i tańców, tworzenie własnych rytmów, łańcuch i kanon rytmiczny.
9. **Ćwiczenia mowy (usprawnianie aparatu mowy).** Ćwiczenia polegają na rytmizowaniu sylab, słów, zdań, przysłów, porzekadeł, wyliczanek itd. ze zróżnicowaniem ze względu na dynamikę (głośno, średnio, cicho), tempo (wolne, umiarkowane, szybkie), artykulację (legato, staccato), wysokość dźwięku. Są to również ćwiczenia usprawniające motorykę narządów artykulacyjnych. Ćwiczenia mowy wyrabiają właściwy nawyk otwierania ust podczas mówienia.
10. **Ćwiczenia dotykowe.** W ramach ćwiczeń dotykowych dzieci z upośledzeniem wzroku otrzymują do rozpoznania za pomocą dotyku rąk różnorodne rzeczy (przybory szkolne, naczynia itp.), części garderoby, kwiaty owoce, warzywa, opakowania. Percypowana

podczas ćwiczeń muzyka jest wyznacznikiem czasu na wykonanie polecenia, czynnikiem integrującym grupę, a przede wszystkim pobudzającym dodatkowo wyobraźnię. Ćwiczenia dotykowe dobrze jest stosować również w celu pobudzania receptorów stóp. Ta technika polega na chodzeniu bosą i rozpoznawaniu rodzajów podłoża oraz rozmieszczonych na niej niewielkich przedmiotów. Ta technika może być stosowana w rehabilitacji diabetyków, u których zakłócenia w krążeniu krwi w kończynach dolnych prowadzić może do zgorzeli stóp.

11. **Improwizacje wokalne.** Celem improwizacji (czyli twórczości spontanicznej) jest głównie ekspresja uczuć i własnych wyobrażeń muzycznych. Służy również rozładowaniu napięć emocjonalnych. Improwizowanie głosem polega na wykonywaniu melodycznych odpowiedzi, melodii do podanego tekstu, znanej piosenki z uwzględnieniem zmian artykulacji, tempa, rytmu, podziału na wykonawców, naśladowanie odgłosów ptaków, zwierząt, wyróżnianiu samopoczucia i nastroju, improwizowaniu na zadany temat pozamuzyczny, na temat treści obrazów, rzeźb itd. Improwizacje wokalne mogą być dialogami głosowymi w formie rozmów, dyskusji, kłótni.
12. **Improwizacje instrumentalne.** Improwizacja instrumentalna w sensie swobodnej, niekierowanej gry pobudza twórcze zachowania daje możliwość wspólnych przeżyć. Polega na wydobywaniu różnych efektów akustycznych, tworzeniu melodii, improwizowaniu na zadany temat (np. wycieczka do lasu, w góry, wspólny wróg), tworzeniu akompaniamentów, improwizowaniu rytmów z uwzględnieniem zmian dynamiki, tempa, interpretowaniu obrazów, układanek, rzeźb itd.
13. **Improwizacje muzyczno – ruchowe.** Improwizacja muzyczno – ruchowa jest źródłem wszelkiego rodzaju kombinacji ćwiczeniowych kształtujących wszystkie cechy motoryczne, dzięki czemu znajduje różnorodne zastosowanie w rehabilitacji ruchowej. Celem techniki jest doskonalenie wyobraźni ruchowo – przestrzennej, spontaniczności ruchów oraz rozwijanie ekspresji twórczej. Za pomocą Improwizacji muzyczno – ruchowej można doskonalić dużą motorykę (chodzenie, maszerowanie, bieganie, skakanie, chodzenie z woreczkiem (lub pudełkiem) na głowie. Technika polega na improwizowaniu ruchem: zachowania się zwierząt, ptaków, zjawisk przyrody (szum morza, padający deszcz), tekstów piosenek, elementów utworów muzycznych (artykulacja, tempo, rytm, kierunek linii melodycznej, rejestru instrumentów), treści pozamuzycznych utworów instrumentalnych (np. lot trzmiela, taniec pajaca), treści obrazów, rzeźb itd.
14. **Psychodrama i pantomima (drama).** To parateatralne techniki, które wykorzystywane są w muzykoterapii. Towarzysząca im muzyka buduje odpowiedni nastrój, zmniejsza napięcie psychofizyczne, pomaga w wykonywaniu ruchów. Najczęściej w ramach zajęć terapeutycznych, grane są etiudy psychodramatyczne na tematy: w kawiarni, w parku, podczas klasówki, na zabawie itd. Zabawy inscenizacyjne stanowią, ruchową, wokalną, instrumentalną psychodramę do percypowanej muzyki. Są najczęściej przygotowane na podstawie tekstów literackich, piosenek lub utworów instrumentalnych o charakterze ilustracyjno – programowym. Technika pantomimiczna polega na określaniu gestem, ruchem, mimiką przedmiotów i zjawisk przyrody, interpretowaniu utworów instrumentalnych, odgrywaniu scenek z codziennego życia, graniu ról społecznych i wyrażaniu emocji.
15. **Interpretacje słowne i plastyczne muzyki (obrazy inspirowane muzyką).** Interpretacje słowne i plastyczne to techniki projekcyjne polegające na ilustracji plastycznej treści słownej lub nastroju piosenki, interpretacji słownej lub plastycznej treści programowej miniatury instrumentalnej, słownym lub plastycznym wyrażaniu przeżyć i skojarzeń powstałych podczas słuchania muzyki. Powstające podczas percypowanej muzyki odczucia, wyobrażenia, myśli, skojarzenia pozamuzyczne są niejednokrotnie obrazowymi projekcjami przeżyć psychicznych, problemów i pragnień.

Interpretacja tych wytworów psychicznych służy diagnozie osobowości i stosunków panujących w rodzinie, klasie itd.

16. **Relaks z podkładem muzycznym (trening autogenny, relaksacja, wizualizacja).** Ćwiczenia relaksacyjne (trening autogenny J. H. Schultza, relaksacja stopniowana E. Jacobsona) i wizualizacyjne, polegają m.in. na wyobrażeniu sobie ciepła, ciężkości, napięcia, odprężenia lub czegoś przyjemnego, wesołego, miłego, bezpiecznego i przyjemnego. Wpływają korzystnie na pamięć, uwagę, samopoczucie, zmniejszają napięcie emocjonalne i mięśniowe, zwiększają samoocenę i poczucie własnej wartości. Muzyka podczas relaksów intensyfikuje proces wyobrazeniowy, izolując od niepotrzebnych zewnętrznych i wewnętrznych bodźców, które działają na świadomość.
17. **Audycje muzyczne.** Audycje słowno – muzyczne stanowią dobrą formę aktywizacji psychicznej oraz mają wpływ na ogólny stan psychofizyczny grupy. Przekazywane informacje powinny być przedstawiane w sposób przystępny, zilustrowane anegdotkami oraz najlepiej znanymi kompozycjami muzycznymi. W omawianiu historii życia najznakomitszych twórców świata szczególny nacisk należy położyć nie na omawianie stylu kompozytorskiego lecz na historię ich życia. Celem nadrzędnym powinno być ukazanie artystów od strony czysto ludzkiej, pokazywanie ich pragnień, szczęścia, smutków, przywar i tragedii. Ci wielcy artyści, tak jak każdy z nas, borykali się przecież z trudami życia codziennego i poszukiwali własnych dróg radzenia sobie z otaczającą ich rzeczywistością. Z czasem ta technika wykształcić może umiejętność świadomego korzystania z literatury muzycznej oraz aktywne uczestnictwo w życiu kulturalnym (muzycznym).
18. **Dyskusje terapeutyczne.** Dyskusje terapeutyczne prowadzone w ramach seansów muzykoterapeutycznych służą uzyskaniu informacji zwrotnych od pacjentów. Najczęściej poruszane są w nich tematy związane z preferencjami muzycznymi, ujawnionymi podczas zajęć odczuciami, przeżyciami, skojarzeniami i reakcjami. Dyskusje przyjmują formę rozmów swobodnych lub kierowanych przez terapeutę w zależności od potrzeb, celów rehabilitacyjno – terapeutycznych oraz przebiegu zajęć. Werbalne określenie preferencji muzycznych, wrażeń i asocjacji pozamuzycznych powstałych podczas percypowania muzyki jest łatwiejszym i bezpieczniejszym sposobem wypowiedzania się osób nieśmiałych i zahamowanych wobec całej grupy.

Część IV. Przykładowe techniki muzykoterapeutyczne

1. **Śpiewoterapia (meloterapia).** a) Wspólne zaśpiewanie piosenki w grupie a`cappella z interpretacją dotyczącą zmian agogicznych (zmian tempa), dynamicznych (zmian głośności), artykulacyjnych (legato, staccato, portato itd.), zmianą nastroju, z podziałem na partie solowe i tutti (zespołowe).
2. **Muzykowanie elementami dźwiękonaśladowczymi.** a) Kartka papieru (długopis, linijka) jest instrumentem muzycznym. Jak wiele różnych dźwięków można z niej wydobyć? Pukanie, powiewanie, potrząsanie, gniecenie, rwanie, zwijanie itd. Podawajcie ją sobie z rąk do rąk i niech każda osoba wydobędzie z niej inny dźwięk. Przegrywa ten, co powtórzy już usłyszany wcześniej dźwięk, po czym znajduje inny instrument dźwiękonaśladowczy i podaje kolejnej osobie itd. b) Człowiek jako instrument. Ile różnych dźwięków może wydobyć z siebie człowiek. Można utrudnić ćwiczenie wprowadzając zakaz używania narządu mowy.
3. **Gra na instrumentach perkusyjnych.** a) Zabawa w dyrygenta. Dyrygent ustala kto, jak głośno i w jakim tempie gra, wprowadzając do zabawy co raz więcej instrumentów. Dyrygent pamięta o interpretacji dotyczącej zmian agogicznych (zmian tempa), dynamicznych (zmian głośności), artykulacyjnych (legato, staccato, portato itd.), zmian nastroju, z podziałem na partie solowe i tutti (zespołowe). Potem następuje zmiana dyrygenta.

4. **Ćwiczenia słuchowe.** a) Zgaduj zgadula. Co to za piosenka, kto to śpiewa? b) Jak długo można pamiętać wysokość dźwięku. Podany dźwięk kamertonowy sprawdzany jest w odstępach czasowych. Czy można zapamiętać (i na jaki czas) konkretną wysokość dźwięku. c) Krajobraz dźwiękowy wciąż się zmienia. Jak wiele dźwięków z twojej młodości, których już się nie słyszy w dzisiejszym świecie dźwiękowym możesz sobie przypomnieć i przedstawić?
5. **Słuchanie muzyki.** a) W czasie słuchania muzyki odbieramy ją nie tylko aparatem słuchowym. Drgania i wibracje wychwytywane są przez ciało. Musimy tylko świadomie zwrócić na to uwagę. *Usiądź wygodnie lub połóż się (ok. 10 sek.). Zamknij oczy. Dostosuj najwygodniejszą dla siebie pozycję ciała. Uświadom sobie, w których miejscach twoje ciało styka się z podłożem. Ułóż dłonie wewnętrzną stroną od siebie i zrób z nich miseczkę. Tą miseczką wyłapujesz wszystkie dźwięki muzyki. Spróbuj odbierać wszystkie dźwięki za pomocą miseczki z dłoni (ok. 30 sek.). Spróbuj teraz odbierać muzykę klatką piersiową i brzuchem. (ok. 30 sek.) Teraz otwórz całe ciało na odbiór muzyki (ok. 30 sek.). Muzyka zaczyna wibrować w całym ciele. Wypływa z ciebie i obejmuje całe ciało. Pod koniec utworu: Niech muzyka wybrzmi w tobie. Poruszaj palcami, zegnij ręce, przeciągnij się i otwórz oczy.* (do muzyki J.M. Jarre)
6. **Zabawy muzyczno – ruchowe.** a) Zabawa głosem dla czterech grup. Grupa pierwsza to koty, druga – konie, trzecia – psy, czwarta koguty. Przemierzajcie się. Z zawiązanymi oczami każda grupa musi zlokalizować wszystkich swoich członków wydając odpowiedni głos. Znalazłszy się, niech członkowie własnego gatunku trzymają się za ręce i szukają dalszych.
7. **Taniec (choreoterapia).**
8. **Ćwiczenia poczucia rytmu.** a) Nauka wystukiwania wartości rytmicznych. Narysuj na tablicy diagram wartości rytmicznych (od całej nuty, aż po ósemki). Podziel uczestników na grupy i wskazując odpowiednie grupy wartości rytmicznych włączaj i wyłączaj poszczególne grupy. Pozostali słuchacze mogą w takt poszczególnych grup wyklaskiwać rytmy wskazane przez terapeutę.
9. **Ćwiczenia mowy.** a) Język. Wysuwanie, wahadełko (między kącikami warg), unoszenie do nosa, broda – nos, szorowanie górnych zębów, liczenie górnych zębów, łopata (szeroki język), grot (wąski język), łopata – grot (na zmianę), masowanie wałka dziąsłowego (na boki). b) Wargi. Uśmiech obustronny, uśmiech jednostronny, wysuwanie, cmokanie, zakładanie wargi dolnej na górną, zakładanie wargi górnej na dolną, parskanie.
10. **Ćwiczenia dotykowe.** (patrz wyżej ust. 10, s.10)
11. **Improwizacje wokalne.** (patrz wyżej ust. 11, s.10)
12. **Improwizacje instrumentalne.** a) Improwizacja bez dyrygenta. Każdy z grających włącza się ze swoim instrumentem w (jego zdaniem) najlepszym momencie utworu. Każdy słucha siebie i innych grających i próbuje dopasować się do tej wspólnej improwizacji.
13. **Improwizacje muzyczno – ruchowe.** (patrz wyżej ust. 13, s.11)
14. **Psychodrama i pantomima.** (patrz wyżej ust. 14, s.11)
15. **Interpretacje słowne i plastyczne muzyki.** a) Ilustracja plastyczna do muzyki. Narysuj to, co wyobrażasz sobie słuchając muzyki. b) Interpretacja słowna. Jakiego rodzaju emocje towarzyszą ci w trakcie słuchania muzyki?
16. **Relaks z podkładem muzycznym.**
17. **Audycje muzyczne.**
18. **Dyskusje terapeutyczne.**

Część V. Medycyna muzyczna, refleksja o muzyce i definicja muzykoterapii

Różnica pomiędzy **muzykoterapią** a **medycyną muzyczną** polega m. in. na strategii wykorzystania muzyki w medycynie. Medycynę muzyczną stosuje personel medyczny jako

środek pomocniczy do redukcji stresu lub bólu przy różnych zabiegach medycznych, wykorzystując naturalne właściwości muzyki. Muzykoterapia natomiast w odniesieniu do pacjentów szpitalnych, obejmuje znacznie szerszy zakres działań terapeutycznych i jest prowadzona przez wykwalifikowanego muzykoterapeutę. Muzykoterapeuta stosuje wszelkie możliwe metody pomocy korzystając zarówno z zakresu terapeutycznego działania muzyki, jak i metod psychoterapii. Wchodzi w związek terapeutyczny z pacjentem, który to związek już sam w sobie jest również (obok muzyki) zdrowotnym składnikiem leczenia.

Muzyka towarzyszyła człowiekowi od początku istnienia gatunku ludzkiego. Pewne hipotezy upatrują powstanie muzyki w epoce plejstoceńskiej, a więc w czasie, kiedy to powstał gatunek zwany *homo sapiens* (około 80.000 lat temu). Pierwszym niezaprzeczalnym elementem muzycznym towarzyszącym ludzkości w epoce kamiennej był rytm¹, pomagający w pracy oraz prymitywnych obrzędach magicznych i uzdrowicielskich. Oczywiście trudno mówić o istnieniu w tamtych zamierzchłych czasach kultury muzycznej. Jednakowoż elementy muzyki towarzyszyły człowiekowi od zawsze. Po upływie wielu, wielu wieków rozwinęły się załączki muzyki. Z rytmicznego tupania, klaskania i uderzania powstała muzyka instrumentalna; z modulowanych okrzyków – melodyjny śpiew; z rytualnych obrzędów – taniec. Dwa pierwsze wymienione elementy są podstawowymi składnikami wykorzystywanymi w muzykoterapii. Trzeci jest podstawą w choreoterapii. Można więc uznać, że muzyka (a przynajmniej jej składowe) jest matką wszystkich sztuk.

Muzyka ma ogromny wpływ na ludzką wyobraźnię, pozwala odreagować stres i lęk, usuwa napięcia psychofizyczne, działa aktywizująco i relaksująco, ma wpływ na naukę nowych zachowań społecznych, pomaga w pozytywnej kreacji jednostki oraz wywołuje intensywne emocjonalnie przeżywanie piękna. Z przeprowadzonych badań medycznych jasno wynika, że muzyka wywołuje zmiany w czynnościach organizmu. Poprawia przemianę materii, poprawia krążenie krwi, szybkość i siłę pulsu, zmienia napięcie mięśni, obniża próg wrażliwości zmysłów itd. Z połączenia muzyki i prostych, nieinwazyjnych technik psychoterapeutycznych, takich jak np. wizualizacja oraz autogenny trening relaksacyjny Schultza powstaje muzykoterapia, stosująca wszelkie możliwe metody pomocy, korzystając zarówno z zakresu terapeutycznego działania muzyki, jak i metod psychoterapii. Osoba muzykoterapeuty powinna posiadać duże umiejętności w komunikacji interpersonalnej z pacjentem oraz powinna posiadać łatwość we wchodzeniu w związek terapeutyczny, który to związek już sam w sobie jest również (obok muzyki) zdrowotnym składnikiem leczenia.

Muzykoterapia to oparte na naukowych podstawach² zastosowanie kliniczne muzyki i jej elementów (głównie dźwięku i rytmu) w celu usunięcia objawów chorobowych, spowodowania zmian w sposobie funkcjonowania pacjenta lub poprawy kontaktu z otoczeniem. Największe zastosowanie w muzykoterapii ma oczywiście rytm i melodia, lecz błędem byłoby uznać, że tylko te elementy mają moc zdrowotnego oddziaływania na człowieka. Harmonia, uważana jako podstawowy element muzyki (obok melodii i rytmu), także posiada olbrzymią moc wpływania na nastrój emocjonalny. Pozostałe, wtórne czynniki muzyki czyli dynamika, artykulacja, kolorystyka brzmieniowa, agogika (zmiany tempa w utworze) oraz architektonika utworu również nie pozostają bez wpływu na odczucia ludzkie. Pamiętać jednak należy, że z

¹ W latach osiemdziesiątych XX wieku została obalona hipoteza prakrzyku, upatrująca głos ludzki jako pierwszy instrument służący przekazywaniu informacji za pomocą niewerbalnych lecz modulowanych prakrzyków. Naukowcy angielscy udowodnili, że człowiek pierwotny miał bardzo prymitywną budowę narządu mowy, a więc mógł jedynie wydawać dźwięki zbliżone zwierzęcym. Śpiew jako kolejny element pradawnej muzyki pojawił się parę tysięcy lat później.

² Powszechnie znany jest uzdrawiający wpływ muzyki, lecz jak do tej pory nie udało się stworzyć teoretycznie ugruntowanego systemu metod muzykoterapeutycznych oraz podstaw określania właściwego materiału muzycznego dla określonych potrzeb muzykoterapeutycznych - programowanie muzyki terapeutycznej.

wiekem człowieka zmniejsza się zakres wrażliwości na dźwięki wysokie, sonorystykę (brzmienie, barwa) oraz dynamikę utworu.³

Głównym celem muzykoterapii jest oczywiście aktywizacja lub relaksacja lecz ponadto muzykoterapia spełnia również inne cele, takie jak np. uprzyjemnianie pobytu, organizacja czasu wolnego, nauka relaksu przy muzyce czy pogłębianie wrażliwości muzycznej oraz poszerzanie zainteresowań związanych z muzyką.

Część VI. Choreoterapia

Choreoterapia to technika muzykoterapeutyczna oparta na tańcu wzbogaconym ćwiczeniami muzyczno – ruchowymi i improwizacją ruchową w rytm muzyki. Może być stosowana również do rehabilitacji osób niepełnosprawnych zarówno ruchowo, jak i psychicznie. Oddziałuje na zmysły i różne sfery aktywności np. na sferę kontaktów społecznych, motoryczną, poznawczą, emocjonalną, fizjologiczną, estetyczną i erotyczną. Jej potencjał tkwi w społecznym charakterze tańca i jego wartościach motorycznych, jak również w możliwości oddziaływania muzyki na psychikę. Terapię przez taniec i ćwiczenia taneczne można traktować jako:

- ćwiczenia ogólnokondycyjne (ćwiczenia angażujące w zależności od potrzeb określone grupy mięśniowe),
- ćwiczenia sprawnościowe (układy taneczne wyrabiające koordynację słuchową, wzrokową i ruchową oraz ćwiczenia wyrabiające równowagę i zręczność),
- ćwiczenia specjalne (ćwiczenia dla osób z dysfunkcją narządu ruchu).

Ćwiczenia choreoterapeutyczne powinny być prowadzone (jak każde zajęcia terapeutyczne) regularnie w równych odstępach czasowych. Długość tych zajęć uzależniona jest od progu zmęczenia i znużenia ćwiczących oraz od stopnia trudności ćwiczeń. Zajęcia powinny przebiegać według określonego schematu:

- spokojne ćwiczenia rozgrzewające (przygotowujące organizm do wysiłku fizycznego),
- ćwiczenia główne (ćwiczenie określonych przez terapeutę celów terapeutycznych),
- ćwiczenia relaksujące i oddechowe.

Zajęcia powinny rozpoczynać się od spokojnych i niezbyt obciążających fizycznie ćwiczeń. Mogą to być najprostsze ćwiczenia ruchów palców, rąk, głowy, klaskanie i tupanie w rytm muzyki. Można korzystać z różnych przyborów (np. piłek, kółek, woreczków z piaskiem itp.). Mały stopień trudności tych pierwszych ćwiczeń ma na celu przygotowanie organizmu ćwiczącego do większego wysiłku fizycznego, oswajanie człowieka z nową formą terapii oraz przekonanie go do ukazania własnych możliwości fizycznych. Stopniowo przechodzimy do realizacji określonych celów terapeutycznych za pomocą ćwiczeń muzyczno – ruchowych lub improwizacji ruchowej przy muzyce czy wreszcie tańca.

1. Ćwiczenia muzyczno ruchowe (przykład **a**) – forma rehabilitacyjnych ćwiczeń leczniczych nazwana kinezyterapią. Kinezyterapia w połączeniu z muzyką traktowana jest jako choreoterapia kliniczna. Jest to taki proces leczenia, który pomaga w akcie naturalnej regeneracji organizmu oraz zmniejsza następstwa ustrojowe i psychiczne spowodowane chorobą, kalectwem czy starością. W zależności od potrzeb mogą to być ćwiczenia wybranych grup schorzeń np. narządu ruchu, układu krążenia, układu nerwowego, układu oddechowego lub ćwiczenia korekcyjne np. w wadach postawy i skrzywieniach bocznych kręgosłupa, w chorobie zwyrodnieniowej i zmianach reumatoidalnych stawów.

³ Wiąże się to z podwyższeniem dynamicznego progu słyszalności u osób starszych. Proponując zajęcia muzykoterapeutyczne dla osób w tej grupie wiekowej pamiętać należy, że wykorzystywana muzyka nie może być ani za cicha (piano), ani też za głośna (forte). Przyjmując terminologię muzyczną, natężenie muzyki powinno utrzymywać się w okolicach mezzo forte (średnio głośno). Jest to bardzo ważna uwaga, gdyż przy zbyt cicho lub zbyt głośno prezentowanej muzyce nasze zajęcia mogą nie przynieść pożądanego efektu terapeutycznego, a wręcz spowodować rozdrażnienie u starszych osób.

2. Improwizacja ruchowa przy muzyce (przykład **b**) – forma choreoterapii rozwojowej. Rodzaj ekspresyjnego wypowiedziania się za pomocą gestu i ruchu ciała. Jest to środek wyrazowy umożliwiający uzewnętrznienie różnych stanów emocjonalnych, prowadzony w atmosferze relaksu i zabawy. Improwizacja muzyczna – ruchowa daje podopiecznym poczucie swobody wypowiedzi i własnych możliwości. Polega na nadaniu konkretnego tematu ćwiczeniom np. pieczenie ciasta, wyjście na spacer po lesie, kierowanie samochodem itd. Po analizie materiału muzycznego i propozycjach gestów i ruchów ciała zaproponowanych przez ćwiczących, choreoterapeuta wraz z grupą dokonują wyboru zaproponowanych pomysłów ruchowych i zestawiając je w całość tworzą szkielet scenariusza zaimprovizowanego układu. Wykonanie układu wymaga zapamiętania całego zestawu ruchów, co sprzyja doskonaleniu koncentracji, kształci pamięć słuchową i ruchową.

3. Ćwiczenia taneczne (przykład **c**) – forma choreoterapii rozwojowej czerpiąca potencjał terapeutyczny ze społecznego charakteru tańca. Spełnia ogromną rolę nie tylko w zakresie rehabilitacji ruchowej, ale również psychologicznej i społecznej. Pomaga ludziom starszym w nabraniu wiary we własne siły i umiejętności, jednocześnie wytwarzając silną więź społeczną w grupie. Zajęcia te oparte są na wykorzystaniu elementów standardowego tańca towarzyskiego. Ćwiczenia taneczne można wykonywać solo (z przysłowiową szcztką) lub w parze. Praca w parach wymaga bliskiego kontaktu z drugą osobą. Sam kontakt fizyczny (dotyk) jest jednym z leczących elementów choreoterapii.

Każde zajęcia choreoterapeutyczne, niezależnie czy są to ćwiczenia muzyczno – ruchowe, improwizacja przy muzyce czy taniec, z powodu obciążenia fizycznego muszą zakończyć się ćwiczeniami relaksującymi i oddechowymi (przykład **d**).

W tym miejscu należy zastanowić się nad doбором materiału muzycznego do celów terapeutycznych. Odpowiednio dobrana muzyka jest jednym z najistotniejszych czynników terapeutycznych w choreoterapii. Właściwy dobór materiału muzycznego powinien być rozpatrywany nie tylko pod względem wysokości, brzmienia czy głośności dźwięku, ale przede wszystkim pod względem tempa i rytmu utworu. Rytm oraz tempo muzyki są podstawowymi elementami wykorzystywanymi w tej terapii i muszą być idealnie dopasowane do szybkości i czasu wykonywanych ćwiczeń przez pacjentów. Oczywiście nie jest sprawą łatwą zaprogramowanie muzyki służącej określonej potrzebie choreoterapeutycznej⁴. Te działania niosą piętno indywidualności terapeuty i stanowią wypadkową następujących, równorzędnych czynników:

- wiedzy teoretycznej,
- doświadczenia własnego,
- znajomości literatury muzycznej oraz podstawowych umiejętności muzycznych,
- oceny stanu psychofizycznego pacjenta.

Przykład a

Przykładowe ćwiczenia w chorobie zwyrodnieniowej i zmianach reumatoidalnych stawów barkowych. Muzyka spokojna np. I koncert fortepianowy e – moll (cz. 2 Romance - larghetto) Fryderyka Chopina.

1. Leżymy na plecach, ręce wyprostowane wzdłuż tułowia. Przesuwamy ramiona na podłożu w bok do kąta 90°, a następnie powracamy do pozycji wyjściowej.
2. Kładziemy się na plecach, ręce wysuwamy w bok, pod kątem prostym do tułowia. Łokcie zginaemy pod kątem 90°. Na raz zewnętrznymi powierzchniami dłoni dotykamy podłoża, na dwa – wewnętrznymi.

⁴ Mimo powszechnie znanego uzdrawiającego wpływu muzyki na organizm ludzki, nie udało się do tej pory stworzyć (i chyba nigdy się to nie uda) teoretycznych podstaw określania właściwego materiału muzycznego dla określonych potrzeb muzykoterapeutycznych, czyli programowania muzyki terapeutycznej.

3. Kładziemy się na brzuchu. Ręce kładziemy na pośladki. Na *raz* przesuwamy dłonie wzdłuż kręgosłupa starając się dotknąć łopatek. Na *dwa* przenosimy ręce do pozycji wyjściowej.

Przykładowe ćwiczenia korekcyjne w wadach postawy i bocznych skrzywieniach kręgosłupa.

1. Maszerujemy z umieszczoną na głowie książką. W marszu utrzymujemy sylwetkę wyprostowaną, a wzrok kierujemy przed siebie.
2. Przechodzimy do klęku podpartego. Na *raz* siadamy na piętach, jednocześnie nie odrywając rąk od podłogi wciągamy brzuch. Na *dwa* wracamy do pozycji wyjściowej.
3. Kładziemy się na plecach, ręce układamy na karku. Na *raz* zginamy kolana jednocześnie przyciągając stopy do pośladków. Na *dwa* wracamy do pozycji wyjściowej.

Przykład b

Improwizacja przy muzyce⁵. Temat: nagła zmiana pogody. Muzyka w rytmie parzystym, żywe tempo, forma utworu A, B (zwrotka, refren).

1. Wykonujemy gest spadania deszczu obiema rękami licząc do *czterech*.
2. Wykonujemy gest naśladujący gałęzie drzew poruszanych wiatrem x4.
3. Powtarzamy punkt 1 i 2.
4. Klaszczemy w dłonie na *raz* imitując błyskawicę.
5. Tupiemy nagą na *raz* i *dwa* imitując uderzenie pioruna.
6. Powtarzamy punkt 4 i 5.
7. Zataczamy rękoma okrąg imitujący tęczę licząc do *czterech*.
8. Podnosimy obydwie ręce do góry w geście pokazania świecącego słońca licząc na *cztery*.

Całość ćwiczenia powtarzamy kilkakrotnie.

Przykład c

Ćwiczenie taneczne. Elementarny krok walca angielskiego. Muzyka w rytmie $\frac{3}{4}$, tempo powolne (walc angielski).

1. (*raz*) Tancerz prawą nogą w przód, tancerka lewą nogą w tył, z jednoczesnym lekkim ugięciem kolan.
2. (*dwa*) Tancerz lewą nogą w bok, tancerka prawą nogą w bok, z jednoczesnym lekkim uniesieniem na palcach. Kolana pozostają w ugięciu.
3. (*trzy*) Tancerz dosuwa nogę prawą do lewej, tancerka lewą nogę do prawej. Kolana zostają wyprostowane.
4. (*cztery*) Tancerz lewą nogą w tył, tancerka prawą nogą w przód, z jednoczesnym lekkim ugięciem kolan.
5. (*pięć*) Tancerz prawą nogą w bok, tancerka lewą nogą w bok, z jednoczesnym lekkim uniesieniem na palcach.
6. (*sześć*) Tancerz dosuwa nogę lewą do prawej, tancerka prawą nogę do lewej. Kolana zostają wyprostowane.

Przykład d

Relaksujące ćwiczenie oddechowe⁶. Muzyka spokojna np. sonata fortepianowa nr 14 cis – moll, Księżycowa, część I (op. 27, nr 2) Ludwiga van Beethovena

⁵ Opisany przykład jest właściwie zabawą muzyczno – ruchową, którą wykonujemy w pozycji siedzącej lub stojącej. Różnica pomiędzy zabawą muzyczno – ruchową a improwizacją przy muzyce polega na tym, że scenariusz ćwiczenia ustalony jest przez terapeutę. W improwizacji sami ćwiczący są autorami gestów i ruchów ciała, które później wybierane są wspólnie i zestawiane w jednolitą całość tworzącą szkielet scenariusza zaimprovizowanego układu. Jednakowoż konstrukcja przedstawionego przykładu w przypadku improwizacji muzyczno – ruchowej może przyjąć podobną formę.

⁶ Uwaga. Głęboki wdech powinien trwać cztery sekundy, natomiast wydech pięć sekund.

1. Kładziemy się na plecach, nogi zgięte w kolanach, kolana razem. Kładziemy dłonie na brzuch. Wykonujemy głęboki wdech nosem tak, żeby dłonie wypchnąć brzuchem. Wydech ustami.
2. Kładziemy się na plecach, nogi zgięte w kolanach, kolana razem. Przenosimy ramiona do góry za głowę wykonujemy wdech (nosem). Wraz z wydechem przesuwamy ręce do pozycji wyjściowej.

Zajęcia choreoterapeutyczne są zajęciami grupowymi, gdzie muzyka dopinguje do wykonywania ćwiczeń ruchowych. Pacjenci/klienci dzięki choreoterapii stają się aktywniejsi życiowo, rozbudzają swoje zainteresowania.