


Muzykoterapia online w czasie pandemii

Edyta Górka

 <https://orcid.org/0000-0003-0254-4186>

Uniwersytet Gdański

 <https://doi.org/10.18778/8220-739-2.11>

Streszczenie

W marcu 2020 r. z powodu pandemii i lockdownu zostały zawieszona do odwołania zajęcia terapeutyczne dla osób z niepełnosprawnością intelektualną w całej Polsce. Muzykoterapia online stała się więc niezbędna dla osób z niepełnosprawnością. Jest ona wyzwaniem zarówno dla prowadzących, jak i podopiecznych. Muzykoterapia online, będąca początkowo nowością, przeobraziła się w codzienny rytuał. Główny problem badawczy to idea prowadzenia muzykoterapii online. W procesie zmiany muzykoterapii stacjonarnej na muzykoterapię online zastosowałam innowacje, które obecnie utrwaliły się jako nowe metody. Uczestnikami były osoby dorosłe oraz dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, podopieczni ośrodka PSONI z województwa pomorskiego. Wypracowano niekonwencjonalne rozwiązania, nowe sposoby aktywności muzykoterapeutycznych. Muzykoterapia online okazała się skuteczną metodą terapii, mogącą z powodzeniem zastąpić muzykoterapię stacjonarną w sytuacji wyższej konieczności jaką jest pandemia.

Słowa kluczowe

internet, lockdown, muzykoterapia online, niepełnosprawność, terapia online.

Online music therapy during a pandemic

Abstract

In March 2020, because of the pandemic and lockdown, therapeutic activities for people with intellectual disabilities were suspended via revocation throughout Poland. Online music therapy became a necessity when switching to a remote form of music therapy for people with disabilities. It has become a challenge for both the leaders and the mentees. Online music therapy has turned into a daily ritual. The main research problem is the idea of conducting online music therapy. In the process of changing stationary music therapy to online music therapy, I applied innovations that have now become established as new methods. The participants were adults and children with intellectual disabilities from the PSONI center in the Pomeranian Voivodeship. This activity required the development of unconventional solutions, new methods and music therapy activities and it became one of the therapeutic measures in the period of isolation. Online music therapy has proven to be an effective method of therapy, which can successfully replace stationary music therapy in a situation of higher necessity, such as a pandemic.

Keywords

Internet, disability, online, lockdown, music therapy, online therapy.

POCZĄTKI ZAJĘĆ ZDALNYCH – NIEPOKOJE, STRESY I ZNAKI ZAPYTANIA

Kiedy w marcu 2020 r. we wszystkich szkołach zawieszono zajęcia dydaktyczne, zajęcia terapeutyczne Dziennego Centrum Aktywności oraz Warsztaty Terapii Zajęciowej Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną (PSONI) decyzją wojewody pomorskiego także zostały odwołane. Początkowo miały to być dwa tygodnie, jednak w miarę rozwoju pandemii były to kolejne miesiące (z przerwą w okresie sierpień–wrzesień 2020 r., kiedy obostrzenia dotyczące lockdownu zostały nieco poluzowane). Podopieczni uczestniczący w zajęciach DCA i WTZ w Ośrodku PSONI (województwo pomorskie) od początku kwietnia 2020 r. biorą zdalnie udział w zajęciach muzykoterapii. W zajęciach DCA uczestniczą niepełnoletni beneficjenci z niepełnosprawnością intelektualną, zaś w zajęciach WTZ, osoby dorosłe z niepełnosprawnością intelektualną. Różnica pokoleń między podopiecznymi z DCA i WTZ i związane z tym niedostatki technologiczne, czyli brak komputera, laptopa, tabletu czy smartfonu, nieumiejętność obsługi tych urządzeń sprawiają, że uczestnictwo dorosłych podopiecznych w zajęciach jest bardzo ograniczone lub w ogóle nie jest możliwe ze względu na brak komunikacji zdalnej. Rodzice tych podopiecznych to często zaawansowane wiekowo pokolenie, które nie jest wdrożone w nowoczesną technologię. Podopieczni niepełnoletni z DCA zaskakująco dobrze posługują się komputerem, tabletem lub smartfonem oraz komunikatorami typu Messenger. Wielu z nich samodzielnie obsługuje te urządzenia, więc bez problemu uczestniczy w zajęciach muzykoterapii. Osoby ze znaczną niepełnosprawnością intelektualną lub z niepełnosprawnością ruchową potrzebują w trakcie zajęć pomocy rodzica. Zaskoczeniem było, iż moi podopieczni rozumieją zaistniałą sytuację, przymus izolacji, konieczność zajęć zdalnych i uczestniczą w muzykoterapii online z pełną aprobatą.

Prowadząc muzykoterapię online, stosuję obserwację uczestniczącą. Czasem robię zdjęcia w trakcie zajęć, niekiedy nagrywam lub notuję. Jestem jednym z uczestników zdarzenia. Osoby niepełnosprawne traktują mnie nie tylko jako terapeutkę, ale kogoś dość bliskiego, z kim rozmawia się też na tematy związane z codziennością. Zakres poruszanych tematów nie zawsze dotyczy wyłącznie muzykoterapii, zaś nasze rozmowy i zajęcia stały się częścią ich codzienności, powszednim rytuałem.

Zawirowania spowodowane pandemią, zawieszenie muzykoterapii początkowo całkowicie, a po jakimś czasie przejście na formę zdalną, wymusiło zmianę dotychczasowych zwyczajów, metod, sposobów myślenia o muzykoterapii. Konieczne stało się wypracowanie nowych narzędzi, sposobów komunikacji, zadbania o atrakcyjność zajęć, zmierzenie się z nowymi wyzwaniem i także z różnego rodzaju lękami i stresem, wynikającym nie tylko z pandemii, ale i z przejścia na nową formę prowadzenia zajęć.

Na samym początku było wiele znaków zapytania, niepokojów, niepewności. Pojawiały się pytania typu:

- Czy zajęcia z muzykoterapii online mają sens?
- Czy da się je przeprowadzić z osobami z niepełnosprawnością intelektualną?
- W jakim stopniu będą owocne?

- Czy podopieczni będą w stanie skoncentrować się podczas zajęć na przewidziane pół godziny?
- Czy poradzą sobie z nowym rodzajem komunikacji, obsługą komputera, komunikatora?
- Jak będzie odbierana przez podopiecznych nowa sytuacja, która rodzi wiele stresu, niepokoju związanego z różnymi płaszczyznami życia?

Jednak przed tymi wszystkimi pytaniami pojawiały się inne, w tamtym momencie ważniejsze, egzystencjalne:

- Czy przeżyjemy pandemię?
- Czy zachorujemy?
- Czy stracimy pracę?
- Czy ośrodki terapii zostaną zamknięte?
- Czy to jest początek jakiegoś ogólnoświatowego końca?
- Czy wyjdziemy z tego bez szwanku?
- Kiedy to wszystko się skończy?
- Co mamy robić, aby uchronić siebie od choroby?
- Jak poradzić sobie z narastającym niepokojem, strachem, obawą o zdrowie, ogarniającą paniką?

Niepokoiliam się – jako terapeutka – nie tylko o sposób prowadzenia zajęć, ale także o dalsze losy terapii oraz istnienia ośrodka rehabilitacji dziennej, a także o dalsze losy terapeutów. Wątpliwości i niepokoje rozwiewał czas. Praktyka pokazała, iż możliwe jest stworzenie wielu nowych metod, wypracowanie nowych rozwiązań, które z biegiem czasu były weryfikowane według skuteczności, atrakcyjności, celowości. Część z wypracowanych sposobów weszło na stałe do repertuaru nowych środków terapeutycznych i dydaktycznych. Codzienne funkcjonowanie w innej rzeczywistości, zmiana zwyczajów, izolacja, stały się w końcu rutyną.

Podopieczni niepełnoletni mniej zdawali sobie sprawę z zaistniałej sytuacji i zagrożeń, zaś dorośli uczestnicy muzykoterapii bardziej byli świadomi, co się dzieje, co musimy robić, aby uchronić się przed zachorowaniem (jak zmienić swoje życie i rytuały dnia codziennego – nosić maseczki i często dezynfekować ręce oraz izolować się od innych).

Wiele aktywności proponowanych podczas muzykoterapii online z upływem czasu stało się codziennością, zdarzeniem oczekiwanym przez podopiecznych podczas niemal codziennych kontaktów, nowym sposobem spędzania przez nich czasu. Podopieczni przyswoili sobie nowy styl prowadzenia zajęć bez większych problemów.

Niemal codzienny kontakt przez Messenger Video z terapeutą stał się normą, oczekiwanym zdarzeniem. Wspólne granie online na instrumentach, śpiewanie, słuchanie muzyki, rozmowy, zagadki muzyczne, ćwiczenia słuchowe okazały się możliwe do przeprowadzenia także zdalnie. Stres związany z przewyciężaniem tremy przed zajęciami online także z biegiem czasu ustępował. Nie wszystkie osoby z niepełnosprawnością wzięły udział w muzykoterapii zdalnej, nie tylko z powodu braków technologicznych, ale też ze względu na pracę rodziców lub z powodów wynikających z ich niepełnosprawności, czyli na przykład dużych problemów z koncentracją. Dorośli podopieczni uczestniczyli w muzykoterapii zdalnej tylko w okresie od sierpnia do września 2020 r., kiedy zajęcia

dla nich odbywały się w ośrodku, a ja nadal prowadziłam je zdalnie. Mieli tam dostęp do komputerów i komunikatorów oraz potrzebną pomoc w ich obsłudze.

Muzykoterapia online trwa już niemal rok. Czas pokazał, iż okoliczności, które wymusiły nowe rozwiązania, nie zmieniają się, że czeka nas długa droga w sytuacji pandemicznej. Choć wydawało się na początku, że nowe rozwiązania są dość ekstremalne, z czasem nawet najbardziej „szalone” pomysły stały się nową metodą, która całkiem dobrze sprawdza się podczas zajęć zdalnych i przynosi oczekiwane, pozytywne efekty.

W nielicznych przypadkach działania te były nawet bardziej owocne niż podczas terapii stacjonarnej ze względu na obecność i pomoc rodzica podczas zajęć. Podopieczni całkowicie zaakceptowali nową sytuację. Przywykli do zajęć online. Jest to dla nich codzienność. Wyczekują spotkań z terapeutą, proszą o dodatkowe zajęcia albo o przedłużanie zajęć ponad planowane 30 minut. W niektórych przypadkach przedłużam zajęcia do godziny, półtorej, w zależności od możliwości.

Wszystko, co wydawało się oczywiste i niezmiennie, zmieniło się radykalnie. Nasze życie we względnej stabilizacji, bez wielkich niepokojów, z wieloma codziennymi aktywnościami niczym niezakłóconymi, dostępnością wszystkiego, dawało nam poczucie bezpieczeństwa i pewności tego, co nas dotyczy i otacza. Trudno było – jeszcze niedawno – wyobrazić sobie tak abstrakcyjną sytuację, która spowodowałaby zmianę życia milionów osób, zmianę ich pracy i przyzwyczajzeń.

UCZESTNICY MUZYKOTERAPII – DZIECI I DOROŚLI

Uczestnikami muzykoterapii online, którą prowadzę, są głównie beneficjenci terapii zajęciowej Dziennego Centrum Aktywności (niepełnoletni), Stowarzyszenia Koło PSONI, a także w mniejszym zakresie członkowie Warsztatów Terapii Zajęciowej (dorośli). Dzielne Centrum Aktywności prowadzi zajęcia od ponad 20 lat dla dzieci z różnego rodzaju dysfunkcjami i z różnym stopniem niepełnosprawności intelektualnej. Uczestnicy DCA i WTZ to łącznie około stu osób.

Uczestnicy muzykoterapii mają wiele schorzeń i dysfunkcji w różnym stopniu zaawansowania. W większości przypadków jest to niepełnosprawność intelektualna w stopniu znacznym, niepełnosprawność sprzężona, także niepełnosprawność narządu ruchu. Sporą grupę stanowią uczestnicy z DPM (dziecięcym porażeniem mózgowym), także zespołem Aspergera, autyzmem, zespołem Downa oraz mniejszą z zespołem Turnera, zespołem Lejeune’a, zespołem Pradera-Williego, a także kwasicą glutarową.

Mój sposób komunikacji z podopiecznymi podczas zajęć zdalnych jest zależny od możliwości odbiorczych danego uczestnika, od jego predyspozycji komunikacyjnych, a także – w kilku przypadkach – od stopnia pomocy opiekuna/rodzica. W komunikacji z podopiecznym duże znaczenie odgrywa jego staż w zajęciach z muzykoterapii, rodzaj relacji, a także stopień zaufania i przywiązania do terapeuty. W przypadku podopiecznych, którzy mają zaburzenia mowy lub są obciążeni porażeniem czterokończynowym (tetraplegią), najważniejszą rolę w komunikacji odgrywa obserwacja. Mimika, spojrzenie, drobne gesty podopiecznego pozwalają odczytać w przybliżonym stopniu jego reakcje i życzenia.

Nadrzędną zasadą, którą przyjąłem w pracy muzykoterapeuty, jest równe traktowanie wszystkich podopiecznych. Nie rozgraniczam ich ze względu na stopień, zaawansowanie niepełnosprawności, nie rozgraniczam w posługiwaniu się bardziej skomplikowanym lub przesadnie uproszczonym językiem. Wszyscy podopieczni otrzymują podobne komunikaty w sprawie zadań, zajęć, aktywności, dostosowane do swoich możliwości. Komunikaty są wyrażane zrozumiałym językiem, prostymi, krótkimi zdaniami.

Informacja zwrotna jest już zależna od stopnia niepełnosprawności, jednak zawsze jest to dialog. Mogę powiedzieć, że w większości przypadków dialog ten oparty jest na komunikacji werbalnej, jednak w znaczącym stopniu poszerzony jest także o pozawerbalne czy intuicyjne rozumienie podopiecznego, polegające na wnikliwej obserwacji reakcji osoby z niepełnosprawnością intelektualną.

ZAJĘCIA Z MUZYKOTERAPII – NOWE INSTRUMENTY, NOWE AKTYWNOŚCI

Zajęcia z muzykoterapii dla każdego podopiecznego przewidziane są raz w tygodniu po pół godziny, jednak często na życzenie osoby z niepełnosprawnością lub rodzica przedłużam je lub prowadzę dwa lub trzy razy w tygodniu, jeśli istnieje taka możliwość. Wydaje się, że izolacja spowodowała u podopiecznych zwiększone zapotrzebowanie na uczestniczenie w zajęciach, chęć częstego kontaktu z terapeutą, zawiązanie ściślejszej relacji. Podopieczni podczas zajęć znajdują się przeważnie w swoich pokojach, więc bardziej wkraczam w ich prywatną przestrzeń mieszkalną. Podopieczni chętnie pokazują mi swoje mieszkanie czy własny pokój, osobiste przedmioty, instrumenty, zabawki lub zwierzęta. Opowiadają też o sprawach szkolnych, osobistych, domowych, często bardzo emocjonalnie przeżywając każdą rozmowę. Wydaje się, że dzięki szczerym rozmowom znajdują sposób na wyzalenie się, ujęcie różnorodnych emocji nie tylko poprzez muzykę. Muzykoterapia online bardziej rozwinęła osobiste relacje z podopiecznymi, nie ograniczając się tylko i wyłącznie do aktywności ściśle muzykoterapeutycznych.

Podczas zajęć stosuję muzykoterapię bierną i czynną w zależności od możliwości i dyspozycji uczestnika, a także od zapotrzebowania. Posługuję się głównie metodą Carla Orffa, czyli grą na prostych instrumentach (głównie perkusyjnych), polegającą na improwizacji, gdzie dominującym czynnikiem jest rytm. Używam także syntezatora. W muzykoterapii stacjonarnej zajęcia odbywają się w sali wyposażonej w fortepian oraz wiele instrumentów perkusyjnych niemelodycznych i melodycznych, a także w inne pomoce, jak szarfy, pompony, przydatne podczas ruchu przy muzyce, intuicyjnym tańcu.

W muzykoterapii online podstawowym narzędziem jest komputer oraz komunikator wideo, czyli Messenger lub Skype. Używam także syntezatora muzycznego oraz kilku instrumentów perkusyjnych, jak turecki bębenek darbuka, kastaniety, janczary, kalimbę, marakasy, okaryny. Posługuję się także odtwarzaczem CD czy nagraniami z YouTube (często wykorzystując Messengera oglądamy wspólnie). Tak jak podczas zajęć stacjonarnych posługuję się podobnymi instrumentami i pomocami dydaktycznymi. W trakcie zajęć zdalnych gram i śpiewam piosenki dziecięce czy popularne z towarzyszeniem syntezatora. Wprowadzam podstawy zasad muzyki, korzystam z nagrań prezentujących licz-

ne gatunki muzyki, od popularnej czy dziecięcej, po muzykę klasyczną z różnych epok. Szczególnie korzystne działanie na podopiecznych wydaje się mieć muzyka poważna z okresu klasycyzmu, romantyczna, barokowa, a także z początku dwudziestego wieku, impresjonistyczna oraz neoromantyczna. Wykorzystuję też odtwarzacz CD do prezentowania nagranych dźwięków otoczenia, odgłosów przyrody, ptaków, zwierząt w formie zagadek dźwiękowych. Używam też różnorodnych zdjęć, plansz z obrazami lub wydruków, a także ręcznie tworzonych konterfektów. W mniejszym stopniu mogę angażować podopiecznych do zadań muzyczno-taneczno-ruchowych ze zrozumiałych względów.

Ponieważ niewielu podopiecznych posiada w domu jakiejkolwiek instrumenty muzyczne, postanowiłam zaproponować aktywność polegającą na tworzeniu tych instrumentów z przedmiotów codziennego użytku lub z odpadów. Tak więc stworzyliśmy instrumenty z plastikowych butelek, wypełnionych makaronem, ryżem, grochem. Instrumenty z pudełek po lodach, które spełniały rolę marakasów. Instrumenty z kieliszków wypełnionych wodą, które imitowały szklaną harfę w uproszczonej wersji. Zadania te bardzo podobały się podopiecznym. W większości przypadków byli bardzo zaangażowani podczas zajęć, traktowali je też jako zabawę.

Owocne okazało się także stworzenie przeze mnie strony muzykoterapeutycznej na FB (o nazwie Muzykoterapia), na której umieszczałam pomoce oraz inspiracje dla rodziców i podopiecznych. Strona dawała wiele możliwości prezentowania różnorodnych zadań, zdjęć, koncertów na żywo transmitowanych przez instytucje kultury (szczególnie przydatne do moich celów okazały się produkcje Filharmonii Szczecińskiej), różnego rodzaju nagrań. Na potrzeby tej strony nagrałam kilka filmików edukacyjnych oraz autorskich audycji muzycznych (w formie bajek muzycznych). Filmiki te oraz bajki są też dostępne na stronie internetowej ośrodka PSONI.

Można pokusić się o stwierdzenie, że przymusowa izolacja wyzwoliła większą kreatywność na potrzeby zdalnych zajęć oraz przyczyniła się do szerszego wykorzystania różnorodnych mediów do prezentowania stworzonych materiałów.

TEORIE, METODY, NARZĘDZIA, SPOSÓB ZDOBYWANIA INFORMACJI

Bazując na teorii ugruntowanej i wynikających z niej następstw, w badaniach zastosowałam metody jakościowe: obserwację uczestniczącą niejawną (zdarzenia rejestrowałam robiąc zdjęcia, sporadycznie nagrywając krótki obraz wideo, sporządzając notatki); metodę porównawczą wobec aktualnych i wcześniej gromadzonych obserwacji w postaci notatek (między innymi ubiegłorocznej oceny postępów podopiecznych, sprzed pandemii). Zastosowałam też elementy auto-etnografii, analizując osobiste notatki związane z własnymi odczuciami, przemyśleniami na temat danej sytuacji – pandemii, muzykoterapii online i wątpliwościami związanymi z muzykoterapią online czy niepokojami związanymi z pandemią.

Według koncepcji teorii ugruntowanej A. Straussa i B. Glasera, która była bazą moich badań, rzeczywistość społeczną najlepiej rozumieją zaangażowani w nią aktorzy. Metodologia teorii ugruntowanej koncentruje się na uzyskiwaniu hipotez i teorii z pozyskiwa-

nych danych, zaś badanie to proces, w którym po analizie danych badacz stawia kolejne pytania i powraca do ponownego zbierania danych. W trakcie procesu powtarzanego wielokrotnie dane są kodowane, opracowywane, analizowane aż do osiągnięcia nasycenia kategorii, z której wynika, że można daną kategorię opracowywać pojęciowo.

Termin „teoria ugruntowana” po raz pierwszy został sformułowany przez B. Glasera i A.L. Straussa w książce „The Discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research” (Glaser, Strauss, 1967). „Większość publikacji na temat metody socjologicznej dotyczyła problemu, w jaki sposób uzyskiwać ściśle fakty oraz jak sprawić, by teoria mogła być bardziej dokładnie sprawdzana. W niniejszej książce podejmujemy zadanie równie istotne: w jaki sposób odkrycie teorii na podstawie danych – uzyskiwanych systematycznie i analizowanych w badaniu społecznym – może być realizowane. Jesteśmy przekonani, że odkrycie teorii na podstawie danych – co nazywamy teorią ugruntowaną – jest głównym zadaniem stojącym przed współczesną socjologią” (Glaser, Strauss, 1967, s. 1).

Badania swoje zakończyłam po roku prowadzenia obserwacji, ponieważ procesy muzykoterapeutyczne i zachowania podopiecznych zaczęły być powtarzalne. Muzykoterapia online, która była początkowo nowością, przeobraziła się w codzienny rytuał. Cechą wspólną zachowań beneficjentów było też częściowe rozumienie sytuacji, jaka zaistniała, a tym samym wymusiła na nich pozostawanie w domu i odbywanie zajęć zdalnych. Cechą wspólną było także przyswojenie rytmu czasowego zajęć, oczekiwanie na zajęcia zdalne, pozytywny ich odbiór, traktowanie po upływie kilku miesięcy jako codziennej praktyki, rytuału.

Główny problem badawczy to idea prowadzenia muzykoterapii online, zaś pytaniami badawczymi, które pojawiały się stopniowo, były następujące zagadnienia: Czy jest możliwe skuteczne prowadzenie muzykoterapii online? Czy przyniesie ona wymierne efekty? Czy osoby niepełnosprawne zaakceptują zmienioną formę muzykoterapii? Czy będą potrafiły uczestniczyć w zajęciach zdalnych? Czy muzykoterapia online może skutecznie zastępować muzykoterapię stacjonarną?

Potrzebne informacje zdobywałam podczas prowadzenia zajęć zdalnych, stosując obserwację uczestniczącą niejawną. Prowadziłam dokumentację w formie zdjęć i notatek, posługując się aparatem fotograficznym. Prowadziłam zajęcia, jednak nie ujawniałam się ze swoimi celami badawczymi, aby nie powodować sztuczności przebiegu zajęć lub nie wzbudzać nieufności opiekunów. W późniejszym etapie opracowywania materiałów opisywałam kolejno zdarzenia z poczynionych notatek: czynności podopiecznych, ich otoczenie i osoby znajdujące się we wnętrzu, w którym przebywali. Analizowałam w podobny sposób zdjęcia i filmiki. Ze względu na potrzebę zachowania anonimowości podopiecznych podczas opisywania przebiegu zajęć zmieniałam ich imiona, także lokalizację ośrodka terapeutycznego zawężyłam do podania województwa.

W procesie zmiany muzykoterapii stacjonarnej na muzykoterapię online zastosowałam innowacje, które obecnie utrwaliły się jako nowe metody prowadzenia muzykoterapii. Do nowych potrzeb zostało dostosowane medium – przekaz zdalny za pomocą komputera i komunikatora wideo. Został zachowany walor terapeutyczny i edukacyjny, co pozwala wymiernie ocenić postępy podopiecznych. Nowe metody zostały dostosowane do grupy docelowej – beneficjentów muzykoterapii, osób z niepełnosprawnością intelektualną,

zaspokajając ich potrzeby na muzykoterapię w sposób zadowalający. Muzykoterapia online – według mojej oceny – daje także możliwości zastosowania jej w innych grupach odbiorców muzykoterapii, na przykład u osób bez niepełnosprawności. Mogłaby być zastosowana bez szczególnych modyfikacji z wykorzystaniem odpowiednich aktywności, dostosowanych do potrzeb odbiorców. Innowacje muzykoterapeutyczne przyniosły wymierne korzyści beneficjentom z niepełnosprawnością intelektualną, poprawiając ich nastrój, samopoczucie, częściowo niwelując poczucie osamotnienia, dając możliwość zdobycia nowych umiejętności poprzez grę, śpiew, twórczość.

W kwestii innowacji mogę odnieść się do koncepcji P. Sztompki, który pisze: „Innowacje społeczne wiążą się ze zmianą społeczną, określaną jako różnica między stanem systemu społecznego, grupy, organizacji w jednym momencie czasu, a stanem tego samego systemu w innym momencie czasu. Różnice te mogą dotyczyć składu systemu, jego struktury lub zmiany funkcji wypełnianych przez społeczeństwo oraz zmiany granic systemu i zmian w otoczeniu” (Sztompka, 2002, s. 437–438). „Konsekwencją innowacji społecznych są nie tylko nowe rozwiązania zaspokajające konkretne potrzeby lecz także zmiana postaw społecznych, zachowań, działań, stylu życia, codziennej praktyki” (Sztompka, 2002, s. 432). „Innowacje społeczne poprzez udział wielu podmiotów w ich tworzeniu zaliczane są do innowacji otwartych. W tworzeniu innowacji społecznych konieczna jest współpraca wielu podmiotów z różnych sektorów: publicznego, prywatnego czy społecznego” (Sztompka, 2002, s. 437–438).

Zmiana muzykoterapii z formy stacjonarnej na zdalną dokonała się w ciągu kilku tygodni, od marca do początku kwietnia 2020 r., a trwała ponad rok – od marca 2020 r. do maja 2021 r. Muzykoterapia online dedykowana jest grupie beneficjentów dorosłych i niepełnoletnich z niepełnosprawnością intelektualną. Zaspokaja ich oczekiwania i potrzeby względem muzykoterapii. Zmiana warunków zajęć/pracy, spowodowana pandemią, spowodowała przemianę tradycyjnie ustalonych metod i sposobów myślenia o muzykoterapii, a także jej medium, sposób nadawania i odbioru – przez internet, komunikatory wideo. Wymusiła zmianę zachowania podopiecznych, ich opiekunów, terapeutów.

Innowacja wynikająca z sytuacji, która w sposób trwały odmieniła metody prowadzenia muzykoterapii, tradycyjne podejście do muzykoterapii jako bezpośredniej interakcji podopieczny/terapeuta, tradycyjne myślenie o niej jako o bezpośrednim kontakcie terapeutycznym, potrzebę osobistej obecności, przeprowadzania zajęć stacjonarnie w ośrodku. Muzykoterapia jako dyscyplina, która posługuje się muzyką albo jej elementami, aby przywrócić zdrowie, poprawić funkcjonowanie osób z problemami emocjonalnymi, fizycznymi czy umysłowymi w formie online zachowała swoje terapeutyczne właściwości. Uczestnicy zostali podporządkowani nowym działaniom, metodom, rygorom, które zaakceptowali. Zmiany te w ciągu roku przyniosły zadowalające efekty terapeutyczne, a uczestnicy dostosowali się do nowego porządku.

Innowacje prowadzenia zajęć online dotyczyły: zmiany miejsca, wielość miejsc odbioru (ten sam czas nadawania, inna przestrzeń, wiele miejsc); rozproszenia grupy, zmiany sposobu komunikacji na zdalną, zmiany metod muzykoterapii – tradycyjne metody prowadzone zdalnie, a także włączenie innych aktywności, nie tylko ściśle muzykoterapeutycznych, również z zakresu plastyki czy prac manualnych; zmiany otoczenia na domowe.

Szczególnie zmiana dotycząca przebywania podopiecznych w przestrzeni mieszkalnej spowodowała, że czynności takie jak jedzenie, przemieszczanie się po pokoju czy mieszkaniu, rozmowy z rodzicami, leżenie na tapczanie, rysowanie, również stały się tłem zajęć.

W czasie zajęć zdalnych pojawiają się emocje, które raczej nie manifestują się podczas stacjonarnych: tęsknota za terapeutą, radość z zobaczenia znajomej twarzy na monitorze, możliwość bardziej otwartej rozmowy, podzielenia się codziennymi sprawami, wspólnego grania i śpiewania mimo odległości; odczucia smutku z powodu osamotnienia przekazywane werbalnie terapeutcie; potrzeba częstszego kontaktu z terapeutą – z powodu izolacji, poczucia samotności, wyobcowania, chęci urozmaicenia codzienności. Dokonała się zmiana praktyk społecznych, zachowań, zwyczajów, codziennych rytuałów. Pojawiło się korzystne rozwiązanie, korzystna metamorfoza, mimo niekorzystnej sytuacji społecznej, konieczności długotrwałej izolacji, odosobnienia nie tylko z powodu czasowego zamknięcia ośrodków terapeutycznych z powodu pandemii, ale także odbywanej przez wielu podopiecznych kwarantanny.

Do 12.03.2020 r. była to grupa stacjonarna, biorąca udział w zajęciach z muzykoterapii w ośrodku terapeutycznym, mająca wyznaczone miejsce terapii, dni, godziny, czas trwania zajęć. W krótkim czasie zmieniła się na grupę rozproszoną (zespoły rozproszone), przebywającą w różnych miejscach województwa pomorskiego, w przestrzeniach domowych, którą połączyły zajęcia w wirtualnej przestrzeni. Obszar wspólny tej grupy, czyli ośrodek terapii (miejsce publiczne), przestał tymczasowo istnieć jako środowisko fizycznie skupiające beneficjentów. Funkcjonuje w ich pamięci w charakterze przestrzeni wspólnej terapii w przeszłości. Miejszem łączącym obecnie stał się internet. Jak się okazało, nie ma konieczności gromadzenia uczestników w wyznaczonej przestrzeni publicznej, koncentrowanie ich w jednym miejscu (ośrodku), aby przeprowadzić skuteczną muzykoterapię. Dzięki rozproszeniu uczestników możliwe jest zachowanie bezpieczeństwa zdrowotnego. Ta zmiana praktyk społecznych w okresie pandemii okazała się skutecznym i bezpiecznym rozwiązaniem.

Różnicą podczas prowadzenia zajęć online a zajęciami stacjonarnymi jest brak wspólnych doświadczeń, wynikających z możliwości spotkania się podopiecznych w realnej przestrzeni. Doświadczenia i wspomnienia powstają w relacjach uczestnik/terapeuta/rodzic z wykluczeniem innych uczestników i wzajemnych relacji między nimi. Rzeczywistość uczestników muzykoterapii zmieniła się, między innymi dzięki technologii, która spowodowała zatomizowanie ich świata, rozproszenie w różnych miejscach w obszarze województwa. Łączy ich jedynie instytucjonalne określenie – uczestnicy muzykoterapii – bez fizycznego, bezpośredniego kontaktu. Odnosząc się do idei innowacji społecznych należy też przypomnieć Ryszarda Praszkierra i Andrzeja Nowaka (2005, s. 140), określających innowację społeczną jako „nowe idee, mające rację bytu i pozwalające na osiągnięcie celów społecznych, które odróżniają innowacje od ulepszeń. Przejawiają się tylko stopniowo w zmianach społecznych oraz różnią się też od kreatywności i inwencji tworzeniem i wdrażaniem nowych idei w zakresie organizowania działalności lub stosunków społecznych w celu osiągnięcia wspólnych celów” (Praszkierr, Nowak, 2005, s. 140–157).

MUZYKOTERAPIA – DEFINICJE I KONCEPCJE

Muzykoterapia to dziedzina terapii posługująca się muzyką lub jej elementami (rytmem, melodią, dynamiką, agogiką, harmonią), mająca na celu przywracanie zdrowia oraz poprawę funkcjonowania osób z różnorodnymi problemami emocjonalnymi, fizycznymi, umysłowymi (np. zaburzenia depresyjne, zaburzenia nerwicowe, zaburzenie osobowości). Muzykoterapię stosuje się coraz częściej nie tylko w ośrodkach terapii dziennej osób z niepełnosprawnościami, ale także na oddziałach neonatologii, położnictwa, w gabinetach dentystrycznych, sanatoriach.

Muzykoterapię można podzielić na dwie kategorie, czyli muzykoterapię aktywną, w której wykorzystuje się techniki oparte na improwizacji, angażujące fizycznie poprzez grę na instrumentach, śpiew. Druga kategoria to muzykoterapia receptywna, gdzie bazą jest słuchanie odpowiednio i celowo dobranych utworów muzycznych, często wzbogacone o techniki projekcyjne, uruchamiające procesy wyobrażeniowe (Koniczna, 2007).

W ciągu minionych lat powstało bardzo wiele koncepcji muzykoterapii, jak i jej definicji. Dla Edith Lecourt, muzykoterapia zbliża się do psychoanalizy. „Muzykoterapia to forma psychoterapii, rehabilitacji lub pomocy psychologicznej, która wykorzystuje dźwięk oraz muzykę jako środek wyrazu, komunikacji, strukturyzacji oraz analizy relacji. Stosowana jest zarówno indywidualnie, jak i grupowo, w pracy z dziećmi i osobami dorosłymi” (Lecourt, 2008, s. 6).

Kennet E. Bruscia, profesor muzykoterapii, określił tę dziedzinę jako „wiedzę i praktykę, hybrydę dwóch dziedzin, muzyki i terapii, z których obie posiadają niejasne granice i same w sobie są trudne do zdefiniowania; jako fuzja muzyki i terapii jest jednocześnie sztuką, nauką i procesem interpersonalnym; jako forma terapeutyczna jest zróżnicowana w zastosowaniach, celach, metodach i orientacjach teoretycznych; jako światowa tradycja pozostaje pod wpływem różnic kulturowych; jako dyscyplina i profesja posiada podwójną tożsamość; jako młoda dziedzina jest wciąż w procesie stawania się” (Bruscia, 1998, s. 6). Maciej Kierył, muzykoterapeuta i lekarz anestezjolog, sformułował kolejną definicję muzykoterapii: „ukierunkowane, wielofunkcyjne, kompleksowe, systematyczne wykorzystanie muzyki jako uzupełnienie leczenia zabiegowego, farmakologicznego, rehabilitacyjnego, psychoterapii i pedagogiki specjalnej” (Kierył, 1996, s. 24). Najbardziej skrótową definicję muzykoterapii zaproponował polski kompozytor i muzykoterapeuta, Tadeusz Natanson: „Muzykoterapia jest metodą postępowania, wielostronnie wykorzystującą wieloraki wpływ muzyki na psychosomatyczny ustrój człowieka” (Natanson, 1979, s. 51).

Koncepcji muzykoterapii jest więcej. Janina Stadnicka (1998) proponuje muzykoterapię w formie połączenia muzyki, ruchu i mowy dostosowanych do możliwości odbiorczych pacjentów, szczególnie dzieci niemających warunków do prawidłowego rozwoju.

Wspomniany muzykoterapeuta Maciej Kierył (1996) zaleca również profilaktykę muzyczną w postaci ćwiczeń rytmicznych, ruchowych, oddechowych, perkusyjnych, wyobrażeniowych i relaksacyjnych, dzięki którym zredukuje się wzmożone napięcie psychofizyczne, nastąpi poprawa komunikacji i integracji w grupie, usprawniona zostanie koordynacja ruchowa, codzienne czynności będą podlegać zrytmizowaniu, nastąpi poprawa postawy ciała, oddechu, mowy, wrażliwości muzycznej, rozwinął się zdolności twórcze.

Niemiecki muzykoterapeuta, muzyk i malarz Christof Schwabe jest autorem metody muzykoterapii stosowanej podczas leczenia nerwic i zaburzeń czynnościowych. Można wyróżnić w niej cztery aspekty: emocjonalną aktywizację osobowości, pobudzenie aktywności i umiejętności interpersonalnych podczas nawiązywania kontaktu, osiągnięcie wpływu nad zaburzeniami psychovegetatywnymi, likwidacja nawyków nerwicowych oraz rozwój zainteresowań, co łączy się z rozwojem osobowości. Według autora tej metody jej skuteczność pod względem terapeutycznym powiązana jest przede wszystkim z osobowością pacjenta.

Metoda Carla Orffa – niemieckiego kompozytora i pedagoga – nad którą pracował od lat 20, dwudziestego wieku, pobudza aktywność twórczą, ma przynosić radość i satysfakcję, uczyć przez zabawę. Początkowo stworzona była jako forma wychowania muzycznego dzieci. Improwizacja muzyczna odgrywa w tej metodzie podstawową rolę. Aktywność muzyczna – która ma także nieść zadowolenie z kontaktów z innymi – opiera się głównie na rytmie, grze na prostych instrumentach perkusyjnych niemelodycznych i melodycznych, które nie wymagają wieloletnich ćwiczeń, tylko umożliwiają grę bez specjalnych przygotowań, nawet amatorom. Podstawą są też różne formy tańca, śpiewu, pantomimy.

Metoda Emila Jacquesa-Delcroze'a ma walory zarówno edukacyjne, jak i terapeutyczne. Delcroze proponował wychowanie muzyczne oparte na rytmicznej gimnastyce, gdzie każdy ruch ma określony cel, czas trwania wyznacza muzyka, a wykonanie obrazuje charakter samej muzyki. Naturalna potrzeba ruchu zostaje zaspokojona, a zaproponowana aktywność jest w atrakcyjnej dla podopiecznych formie.

Muzyka może być także środkiem do zwiększania i poszerzania świadomości ukierunkowanej na poznanie własnej osoby, innych osób oraz przedmiotów. Taką koncepcję muzykoterapii stworzyła E. Hillman Boxill (1985), która wytyczyła trzy strategie, czyli odzwierciedlanie, identyfikację i piosenkę wzajemnego kontaktu.

Tadeusz Natanson – twórca polskiej szkoły muzykoterapii – w „Programowaniu muzyki terapeutycznej”, wyznacza kilka celów dla muzykoterapii: wzbudzanie pożądaných emocji (uczuć, stanów afektywnych, nastrojów); gotowość do kontaktu oraz inspirowanie i odpowiednio ukierunkowane rozwijanie prawidłowej międzyludzkiej komunikacji; wzbogacanie osobowości pacjenta, głównie poprzez doznania estetyczne; wyrabianie postawy twórczej, wzbogacanie jego doświadczeń emocjonalnych i intelektualnych; wpływanie na stan pobudzenia psychomotorycznego oraz napięcia emocjonalnego i mięśniowego; wywieranie korzystnego wpływu na stan psychofizyczny; wzbogacanie oraz wspomaganie metod diagnostycznych; uruchamianie określonych reakcji fizjologicznych (przede wszystkim wegetatywnych) oraz wpływanie na przemiany biochemiczne zachodzące w ustroju (Natanson, 1992, s. 50–51, 57).

Według Światowej Federacji Muzykoterapii „muzykoterapia jest wykorzystaniem muzyki lub jej elementów (dźwięk, rytm, melodia i harmonia) przez muzykoterapeutę i pacjenta/klienta lub grupę w procesie zaprojektowanym dla ułatwienia komunikacji, uczenia się, mobilizacji, ekspresji, koncentracji fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej i poznawczej w celu rozwoju wewnętrznego potencjału oraz rozwoju lub odbudowy funkcji jednostki tak, aby mogła ona osiągnąć lepszą integrację intra i interpersonalną, a w konsekwencji lepszą jakość życia”.

Grzegorz Całek oraz Halina Łuszczak w publikacji *Mam dziecko z niepełnosprawnością – poradnik dla rodziców* (2016) na temat muzykoterapii piszą: „Szczególną formą arteterapii jest muzykoterapia. Poprzez wspólne muzykowanie dziecko nabywa umiejętności społecznych (integracja w grupie), uczy się czekania na swoją kolej, respektowania ustalonych norm. Zajęcia mają również na celu rozładowanie niepożądanych emocji, wyciszenie, zwiększenie poczucia bezpieczeństwa, obniżenie poziomu lęku. (...) Oprócz aspektu psychoterapeutycznego muzyka może przyspieszać przemianę materii, wpływać na szybkość pulsu, regulować oddychanie, zmieniać szybkość krążenia krwi” (Całek, Łuszczak, 2016).

W publikacji *Mam dziecko z zespołem Aspergera – poradnik dla rodziców* autorzy – w rozdziale „Arteterapia” – wyjaśniają: „Zazwyczaj zajęcia odbywają się 1–2 razy w tygodniu. W zależności od rodzaju sztuki będą miały różny przebieg. Muzykoterapia zawierać w sobie będzie zarówno element biernego słuchania muzyki, grania na instrumentach, jak również wspólne tworzenie *dzieła muzycznego*” (Całek, Łuszczak, Jankowska, 2014).

Podczas zajęć z muzykoterapii z podopiecznymi Warsztatów Terapii Zajęciowej oraz Dziennego Centrum Aktywności bazuję głównie na metodzie Carla Orffa, której uniwersalność powoduje, iż ma zastosowanie zarówno w muzykoterapii dzieci, jak i dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną. Wykorzystywanie metody Orffa podczas zajęć przynosi zadowalające efekty. Metoda ta opiera się na przenikaniu muzyki, ruchu oraz słowa, rytmie i intonacji mowy. Bardzo ważną rolę ogrywa improwizacja. Podstawą jest też gra na prostych instrumentach perkusyjnych, łatwych do opanowania podczas gry nie tylko dla osób zdrowych, ale także dla osób z niepełnosprawnością intelektualną. Są to różnego rodzaju bębny, których wielość pozwala na odpowiedni dobór według potrzeb (kongo, darbuka, djembe), pudełka akustyczne, sztabki, ksylofony, marakasy, janczary, tamburyna, trójkąty, kotły. Instrumentarium można wzbogacać, kierując się – podczas wyboru instrumentu – barwą brzmienia lub nieskomplikowaną budową. Do gry dla osób z niepełnosprawnością intelektualną podczas zajęć z muzykoterapii zastosowałam także instrumenty etniczne: kalimbę, kij deszczowy, kastaniety, gliniane udu drum (rodzaj dzbana glinianego z dwoma otworami, wydającego dźwięk podobny do odkorkowywanej butelki), tank drum, okaryny, bębny ceramiczne, dzwonki, grzechotki.

Muzykoterapię według metody Carla Orffa łączę z zajęciami muzycznymi dla osób z niepełnosprawnością, podstawami umuzykalnienia, kształcenia słuchu, podstawami zasad muzyki, emisji głosu i śpiewu, relaksacji z wykorzystaniem muzyki. W pracowni muzycznej celem jest rozbudzenie zainteresowania różnego rodzaju gatunkami muzycznym, uwrażliwienie na dźwięki otoczenia (dźwięki natury, odgłosy codziennego otoczenia), pobudzenie do działań w zakresie twórczości muzycznej, ruch przy muzyce, śpiew, działania aktywizujące wyobraźnię ogólną i dźwiękową. Rozwój poprzez wykorzystanie elementów muzyki, takich jak: melodia (nauka piosenek), rytm (gra na prostych instrumentach perkusyjnych – trójkąty, grzechotki, pudełka akustyczne, bębničky djembe, darbuka), tempa (określanie tempa utworu, granie w zmiennym tempie), dynamiki (zróżnicowanie głośności dźwięków w grze, określanie głośności dźwięków), harmonii (rozwój wrażliwości na akordy w tonacjach dur–moll), tonacji (rozpoznawanie tonacji dur–moll oraz ogólnego nastroju utworów muzycznych).

Zajęcia z muzykoterapii pomagają wyciszyć się i rozluźnić (zmniejszyć napięcie mięśni), wyzwalać pozytywne emocje podczas gry oraz innych aktywności muzycznych, przyczyniają się do nawiązywania współpracy w zespole osób grających, rozwijają odpowiedzialność poszczególnych członków grupy, umożliwiają poznanie stylów muzycznych, poznawanie siebie nawzajem, poznawanie elementów kultury muzycznej. Muzyka przyczynia się także do wyciszenia emocji, mających również wpływ na procesy fizjologiczne, na łagodzenie bólu, łagodzenie chorób psychosomatycznych, jest także pomocna w rehabilitacji narządów ruchu (usprawnianie manualne poprzez grę). Muzykoterapię przewidzianą dla osób z niepełnosprawnościami podzielić można na naturalną – podstawowym materiałem muzycznym są dźwięki natury, np. szum potoku górskiego, śpiew ptaków, szum morza. Spontaniczną, która wyraża emocje, np. wystukiwanie rytmu, nucenie, klaskanie. Adoptowaną – wykorzystującą przypadkowy materiał muzyczny, np. nadawaną przez radio muzykę. Profilaktyczną – korzystającą z odpowiedniego materiału muzycznego w celu zaktywizowania lub uspokojenia uczestników zajęć. Uczestnictwo w muzykoterapii może być bierne i czynne. Bierny udział polega na słuchaniu muzyki. Czynny – na aktywnym udziale, grze na instrumentach, improwizacji, śpiewie. Sposób prowadzenia zajęć, dobór utworów i ich zastosowanie zależny jest od potrzeb i predyspozycji uczestników.

W muzykoterapii można wykorzystywać bardzo różnorodne rodzaje muzyki. Muzykę aktywizującą – utwory instrumentalne lub piosenki w umiarkowanym czy żywym tempie, a także utwory o wyraźnym rytmie. Muzyka relaksacyjna to utwory przede wszystkim instrumentalne w tempie wolnym z wyraźną melodią, łagodnym brzmieniem, z mało zróżnicowaną dynamiką. Przykładem mogą być kompozycje klasyczne, romantyczne, barokowe, zaliczane do nurtu muzyki poważnej. Także pomocne będą utwory muzyki popularnej, czy elektroniczne w zbliżonym do poprzednich nastroju. Z muzykoterapią można też łączyć elementy choreoterapii, terapię muzyczno-ruchową – taniec w grupie, ćwiczenia muzyczno-ruchowe, improwizacje ruchowe do wybranej muzyki. Wartość takich zajęć to przede wszystkim: społeczny charakter tańca, różnorodność form oraz możliwość oddziaływania na psychikę poprzez ruch, muzykę i kontakt z innymi ludźmi. Stosować te metody można w pracy z uczestnikami cierpiącymi na zaburzenia psychomotoryczne, upośledzenia fizyczne, zaburzenia psychiczne, mającymi trudności w kontaktach interpersonalnych. Podczas zajęć wykorzystane są różnorodne metody pracy, jak np. nauka piosenek ilustrowanych gestem i ruchem adekwatnym do treści, zabawy ruchowe przy muzyce, taniec, gra na prostych instrumentach perkusyjnych. Takie formy zajęć są bardzo lubiane i atrakcyjne dla uczestników, ponieważ biorą oni w nich aktywny udział, uczą się nowych rzeczy, wyzwalać pozytywne emocje, podnoszą wiarę we własne możliwości. Także tworzenie prostych instrumentów, wykonanych samodzielnie z przedmiotów codziennego użytku lub z surowców wtórnych – przez uczestników warsztatów – daje bardzo korzystne efekty.

POZYTYWNE ODDZIAŁYWANIE – PRZEDSTAWIENIE WYBRANYCH PRZYPADKÓW

Przy wyborze przedstawionych przypadków, kierowałam się tym, aby były to osoby z różnymi dysfunkcjami, takie, z którymi pracuję od wielu lat i mam z nimi dobry kontakt. Opisałam zajęcia z Michałem, lat 18, obarczonym zespołem Downa, z Olgą, lat 16, obciążoną zespołem Pradera-Willego oraz Wandą, lat 12, mającą autyzm. Imiona podopiecznych zostały zmienione.

Zajęcia z Michałem, lat 18, schorzenie: zespół Downa

Zajęcia z Michałem są dla mnie pozytywnym przeżyciem. Jest to osoba bardzo pogodna, wesoła. Michał prawi komplementy, żartuje. Są czasem problemy w komunikacji wynikające z zaburzeń mowy u Michała albo wynikające z niepoprawnej dykcji, jednak nie jest to bariera nie do pokonania.

Michał bardzo lubi muzykę, posiada także predyspozycje muzyczne: słuch muzyczny, poczucie rytmu. Lubi uczyć się gry na różnych instrumentach. Jego gra jest intuicyjna, ze słuchu, nie ma przełożenia na profesjonalną naukę gry. Podopieczny nie posiada też wystarczających umiejętności manualnych. Michał bardzo chętnie śpiewa. Jego śpiew, pod względem sposobu wydobywania głosu oraz właściwych wysokości dźwięków, jest poprawny. Ma w swoim repertuarze dużo piosenek, najwięcej z gatunku popularnych, disco polo, kościelnych, dziecięcych, także kolędy (bez względu na porę roku). Od dłuższego czasu jest fanem zespołu „Golec Orkiestra”. Zna wszystkie piosenki tej grupy, posiada płyty, koszulki, a nawet instrumenty, na których grają członkowie zespołu: puzon i trąbkę. Próbuje na nich grać w sposób intuicyjny. Inne instrumenty, na których Michał gra, to: ukulele, instrumenty perkusyjne, syntezator, fortepian. Chłopiec bardzo dużo czasu poświęca na słuchanie, śpiewanie, oglądanie teledysków. Robi to podczas zajęć, ale także i poza zajęciami.

Michał bardzo chętnie komunikuje się z terapeutą. Chętnie opowiada krótkimi zdaniami, mało zrozumiale o zespole Golec. W czasie zajęć nie jest łatwo narzucić mu do wykonania wcześniej zaplanowane zadania. Dużą trudność stanowi zachęcenie go do innych aktywności niż jego ulubione. Muszę niejednokrotnie długo go namawiać, aby uzyskać zamierzony cel.

Przykładowe zajęcia z Michałem, z dnia 16 lutego 2021 r. Michał wita się, mówiąc po imieniu do terapeuty. Potem kilka minut spędza na wyszukiwaniu piosenki, którą chce zaprezentować. Zabawa polega na zgadywaniu, co to za piosenka, raz podopieczny, raz terapeuta. Kilkakrotnie Michał odchodzi od komputera, aby zagrać na instrumencie. Kilkakrotnie też przerywa słuchanie, aby zaśpiewać solo lub razem z odtwarzaną na YouTube piosenkę, czasem akompaniuje sobie na syntezatorze. Michał chętnie przedłuża zajęcia do godziny lub półtorej, jeśli jest taka możliwość.

Zawsze wprowadzam inne aktywności, aby podopieczny nie skupiał się wyłącznie na jednej czynności, słuchaniu i śpiewaniu muzyki Golców. Na przykład zagadki: piosenki w tonacjach dur–moll (do odgadnięcia, smutne czy wesołe), w tempie szybkim i wolnym,

w rejestrach niskich i wysokich. Podopieczny jest w stanie stwierdzić, w jakiej tonacji jest dana piosenka czy utwór, a także w ograniczonym zakresie, czy jest grana szybko, czy wolno, nisko czy wysoko. Wprowadzam też zagadki, np. polegające na rozpoznawaniu instrumentów z plansz czy po ich brzmieniu. Kiedy Michał jest zmęczony zajęciami online, po prostu kładzie się na tapczanie w swoim pokoju i zasypia. Kończę wtedy zajęcia.

Michał to nonkonformista, który bardzo lubi wprowadzać własne pomysły do zajęć, postępować w zgodzie ze swoim wewnętrznym „ja”. Kiedy Michał był jeszcze dzieckiem, a terapeuta nie był mu dobrze znany, nie przejawiał wiele inicjatywy ani śmiałości podczas zajęć stacjonarnych. Był raczej wycofany i mało aktywny. Z upływem czasu bardzo się to zmieniło. Do osoby znajomej Michał podchodzi z dużym zaufaniem i śmiałością. Z chłopcem pracuję już 6 lat. Obserwuję jego postępy w śpiewie, pamięciowym opanowywaniu słów piosenek, melodii, spontanicznym tańcu, grze na instrumentach, aktywności i przebojowości. To wszystko dzieje się, kiedy ma dobre samopoczucie, ponieważ bywa i tak, że podopieczny nie chce współpracować z mało znanych terapeutów powodów (podczas zajęć w ośrodku). Można się domyślać, że jest to gorsze samopoczucie, ale czasem i zabawa w „nie chcę, bo nie”, rodzaj buntu, droczenie się, odwlekanie zajęć, żarty lub ostentacyjny sprzeciw polegający na spędzaniu większości czasu przeznaczonego na zajęcia w zamkniętej toalecie. W czasie zajęć online nie obserwuję u podopiecznego ostentacyjnie wyrażanego buntu.

Zajęcia z Olgą, lat 16, schorzenie: niepełnosprawność sprzężona, zespół Pradera-Willego

Olga jest indywidualistką. Niełatwo i nie zawsze poddaje się propozycjom terapeuty. Lubi samodzielnie planować aktywności na zajęciach. Jednak podczas zajęć online są mniejsze problemy z narzuceniem jej rodzaju aktywności, może ze względu na obecność matki. Zdarza się jednak, że podczas zajęć zdalnych Olga robi jednocześnie coś innego, na przykład rysuje, od czasu do czasu spoglądając na ekran i słuchając, co mówi lub gra terapeuta. Olga posiada dużą umiejętność słuchania, dobrą koncentrację i podzielność uwagi. Lubi muzykę poważną instrumentalną ze szczególnym upodobaniem fortepianu (Karol Szymanowski, Chopin, Bach), a także muzykę wokalną. Zajęcia trwają przepisowe pół godziny i Olga zawsze przestrzega czasu ich trwania. Przykładowe zajęcia z Olgą, z dnia 12 lutego 2021 r. Witam się z Olgą. Dziewczynka nie odpowiada od razu, ale dopiero po dłuższej chwili namysłu. Kiedy kontaktuję się z nią przez Messenger, często jest jeszcze zajęta innymi czynnościami: rozmową z matką, sprzeczką, śniadaniem. Próby radykalnego przerwania tych czynności kończą się często gwałtownym wybuchem złości.

W zależności od tematu zajęć przechodzimy do przygotowania materiałów, przyborów do pisania, instrumentów. Jeśli Olga ma brać czynny udział i aktywnie uczestniczyć w muzykoterapii, oczywiście wykluczone są dodatkowe aktywności typu rysowanie. Jeśli temat przewiduje większą aktywność terapeuty, możliwe są inne czynności podopiecznej w trakcie zajęć. W przypadku najnowszego tematu o Karolu Szymanowskim podopiecz-

na cały czas rysowała. Opowiadałam jej o życiu kompozytora, o jego rodzinie i o tym, jakie utwory pisał, ilustrując opowieść zdjęciami z książki „Serce w płomieniach” J. Waldorffa, a także prezentując na Messengerze fragmenty IV Symfonii Koncertującej na fortepian z orkiestrą, Preludia na fortepian, Pieśni kurpiowskie na głos i fortepian, arię Roksany z opery „Król Roger”. Podopieczna potrafiła skupić się na słuchaniu muzyki i wyrażać swoją opinię na jej temat, typu: podoba mi się lub nie, ładna lub nieładna. W przypadku muzyki Szymanowskiego powiedziała, że muzyka ta bardzo jej się podoba. Jednak nie wszystkie zajęcia przebiegają bezproblemowo. Czasem podopieczna jest pobudzona emocjonalnie i przez część zajęć nie może się uspokoić. Czasem chce rozmawiać, opowiadać zupełnie o czymś innym niż muzyka, np. o parzeniu kawy, pokazując jednocześnie, jaką kawę najbardziej lubi. Czasem dokończenie śniadania jest ważniejsze niż zajęcia, które mają się rozpocząć.

Kiedy udział dziewczynki w zajęciach ma być aktywny, na przykład ma ona grać na „instrumencie”, który skonstruowałyśmy podczas zajęć online, to znaczny na butelce wypełnionej ryżem, spełniającą rolę marakasu, przerywanie tej aktywności dodatkowymi czynnościami jest oczywiście wykluczone i niemożliwe. Kiedy terapeuta gra na syntezatorze i śpiewa, Olga akompaniuje do muzyki na recyklingowym instrumencie.

Kiedy budowałyśmy recyklingowe instrumenty, wyjaśniałam jej, że instrumentem wydającym dźwięki może być wiele przedmiotów codziennego użytku, jakie mamy w domu. Także przedmiotom, które są odpadami, możemy dać drugie życie, przynajmniej na chwilę. Tak samo starym rzeczom, które już nie są używane, możemy przydzielić inne funkcje. Także naczynia kuchenne mogą służyć jako instrumenty. Mogą to być garnki, drewniane łyżki, pokrywki garnków, plastikowe butelki. Wystarczy je tylko czymś wypełnić: ryżem, grochem, suchym makaronem, piaskiem, a nawet wodą. Podobnie można w prosty sposób stworzyć szklaną harfę, do której wystarczą kieliszki napełnione wodą i zwilżone wodą palce, by można było wydobywać dźwięki. Takie naczynia można też odpowiednio „nastroić”, wypełniając je różną ilością wody, by wykonać jakiś utwór muzyczny.

Olga przez wiele lat uczestniczenia w zajęciach muzykoterapii stacjonarnej, rozwinęła się pod kątem wrażliwości muzycznej i umiejętności słuchania. Nie posiadała umiejętności gry, ale interesuje się instrumentami, szczególnie fortepianem, próbując grać pojedyncze dźwięki. Bardziej śmiało używa różnych instrumentów perkusyjnych.

Zajęcia z Wandą, lat 12, schorzenie: autyzm

Wanda skończyła 12 lat. Jako muzykoterapeutka pracuję z nią od 5 lat. Zaczęła powtarzać pojedyncze słowa i krótkie zdania około roku temu, jednak jej mowa to głównie mowa echolaliczna. Wcześniej jej „sposób mówienia” polegał na sporadycznym wydawaniu nieartykułowanych dźwięków, nie mających logicznego znaczenia. Wanda nie wykazuje inicjatywy w mówieniu, ani nie reaguje spontanicznie na reakcje innych osób, nie podtrzymuje konwersacji. Wydaje się też, że w wielu przypadkach nie rozumie znaczenia słów, które wypowiada.

Podczas zajęć online z muzykoterapii, kiedy łączymy się przez Messenger Video, zawsze na początku witam się z Wandą. Mówię: – Cześć Wanda! – I macham do niej ręką. Wanda uśmiecha się i też macha do mnie ręką. Często towarzyszy jej matka, ojciec lub młodszy, pięcioletni brat (bez niepełnosprawności). Po około pięciu latach terapii dziewczynka naśladuje czynności, które wykonuje terapeuta i powtarza poszczególne słowa lub gesty na zasadzie odbicia w lustrze. Wydaje się, że robi to z satysfakcją, reagując uśmiechem na pochwały lub brawa terapeuty.

W pracy z Wandą często wykorzystuję piosenki dziecięce, które są ilustrowane gestem. Polegają na wskazywaniu części ciała, strony prawej i lewej, góry i dołu. Wymienianiu dni tygodnia, pór roku. Wykorzystuję też proste instrumenty perkusyjne, np.: klawesy, marakasy, kastaniety, tamburyno, bębenki. Wanda niekiedy – nakierowana przez terapeuta lub rodzica – używa tych instrumentów prawidłowo i zgodnie z przeznaczeniem, jednak nie zawsze się tak dzieje. Czasami skupia się na oglądaniu instrumentu, przekładaniu go na różne strony lub wykonywaniu jakiegoś ruchu, który nie ma nic wspólnego z grą na tym instrumencie.

Kontakt z Wandą jest ograniczony do dość mechanicznego powtarzania gestów i słów. Pomoc brata podczas zajęć jest bardzo cenna, ponieważ jako zdrowe dziecko spontanicznie reaguje na dźwięki, gesty, intuicyjnie gra na prostych instrumentach. Kiedy gram i śpiewam, Wanda i jej zdrowy brat akompaniują na sztabkach, klawesach, marakasach, w rytm piosenki. Próbuję też innych aktywności jak: słuchanie i rozpoznawanie utworów w tonacjach durowych i mollowych (z różnym skutkiem), rozpoznawanie instrumentów na rysunku czy na zdjęciu, słuchaniu ich brzmienia, pamięciowej nauce słów piosenek czy melodii. Na kilku ostatnich zajęciach Wanda zaczęła powtarzać głosem grane przeze mnie dźwięki, interwały, a nawet śpiewać fragmenty melodii.

Stosuję często z Wandą metodę niedokończonych zdań, zachęcając ją w ten sposób, aby samodzielnie kończyła wypowiedź lub słowo. Dziewczynka z pomocą rodzica potrafi wytrwać pół godziny na zajęciach. W momencie, kiedy jest pobudzona, zaczyna trzepotać rękoma, lub „fiksuje się” na wertowaniu gazet lub kartek książek. Wanda jest niepełnosprawna intelektualnie w stopniu głębokim.

OPIS PRZYKŁADOWYCH ZAJĘĆ Z MUZYKOTERAPII ONLINE

Jest to deskrypcja krótkiego filmu nagranych podczas zajęć z Wandą, a także relacja zdarzenia opisanego na podstawie moich notatek.

16 lutego 2021. Początek zajęć. Witam się z Wandą. Wanda uśmiecha się. Macham ręką, wtedy Wanda też macha do mnie ręką. Pytam dziewczynkę co robiła dziś, chwalebę jej fryzurę, pytam o brata. Podopieczna uśmiecha się, nie odpowiada. Pomaga jej matka, która siedzi w pokoju obok dziewczynki. Odpowiada za nią. Opowiadam dziewczynce, co dziś będziemy robiły na zajęciach. Mówię jej, że poćwiczymy piosenki ilustrowane gestem, będziemy też grać na instrumentach perkusyjnych (klawesach, marakasach), odgadywać instrumenty z ilustracji, a także posłuchamy, jak brzmią dane instrumenty. Na zakończenie posłuchamy utworów, które mają różne tonacje – dur i moll, wesołą i smutną.

Rozpoczynam od pokazywania planszy z ilustracjami instrumentów. Kolejno pokazuję: bębenek, cymbałki (sztabki), harfę, trąbkę, saksofon, skrzypce, kontrabas. Zadaję pytanie – Co to jest? Wanda odpowiada i reaguje prawidłowo – To jest bębenek. To jest trąbka. To są cymbałki. To są skrzypce. – Matka siedząca obok domaga się, aby dziewczynka wypowiadała się głośno i wyraźnie. Wanda denerwuje się i w ogóle przestaje odpowiadać.

Zaczynamy ćwiczenia z piosenkami ilustrowanymi gestem. Nadaję tempo piosenki (raz, dwa, trzy, cztery) „Zgodna para”, polegające na wskazywaniu naprzemiennie prawej i lewej ręki. Grając, jednocześnie sama ilustruję gestami piosenkę. Wanda powtarza gesty, jednak robi to jakby powtarzała coś, co widzi w lustrze. Zamiast prawej ręki podnosi lewą i odwrotnie. Matka siedząca obok dziewczynki, poprawia ją. Na koniec piosenki pokazuję podopiecznej, że było super i biję jej brawo. Wanda śmieje się.

Kolejna piosenka to „Twoje ciało, moje ciało”, polegająca na pokazywaniu wybranych części ciała: uszy, oczy, usta, nos, łydki, uda, łokcie. Przed zagranieniem piosenki przypominam dziewczynce, gdzie są wybrane części ciała. Wanda naśladuje mnie. Zaczynam grać, a podczas grania także przerywam ilustrując poszczególne fragmenty piosenki gestami. Wanda powtarza po mnie. Znowu chwałę dziewczynkę za poprawnie wykonane zadanie.

Kolejna piosenka to „Dni tygodnia”. Na początek powtarzamy słowa bez muzyki: poniedziałek, wtorek, środa, czwartek, piątek i sobota, a potem niedziela. Wanda powtarza po mnie kolejne słowa, zmieniając trochę tonację wypowiedzi i nie zawsze dokładnie powtarzając poszczególne słowa, czasem tylko ich końcówkę. Zaczynam grać i śpiewam piosenkę „Dni tygodnia”. Wanda nie śpiewa ze mną, słucha. Kolejna piosenka to „Pory roku”. W słowach piosenki zawarte są poszczególne pory: zima, wiosna, lato, jesień. („Zima, wiosna, lato, jesień, co ta zima nam przyniesie? Będzie słońko i wiaterek, lepiej zawsze mieć sweterek. Zima, zima”). Na początku powtarzam z Wandą słowa piosenki. Wanda powtarza, ale niezbyt dokładnie. Mimo to chwałę ją, biję jej brawo. Wanda uśmiecha się, ale spogląda w inną stronę niż monitor. Matka strofuje dziewczynkę. Wanda denerwuje się, wydobywa z siebie wysokie i głośne, nieartykułowane dźwięki, i macha rękoma.

Na rozładowanie atmosfery gram jej piosenkę „Poczytaj mi babciu, poczytaj mi dziadku” B. Kolago (w tonacji durowej). Teraz trzeba będzie akompaniować do piosenki na instrumentach perkusyjnych. Matka podaje Wandzie klavesy, zachęca ją do grania, wkładając je w jej dłonie. Wanda jest już mniej pobudzona. Zaczynam grać, wcześniej pokazawszy dziewczynce jak ma używać klavesów i marakasów. W następnej kolejności gram piosenkę „Dinozaury” (w tonacji mollowej), wcześniej pokazując, jak będziemy tworzyć akompaniament do piosenki. Stukam jednym patyczkiem o drugi, w metrum dwudzielnym. Wanda powtarza, ale niezbyt dokładnie rytmicznie. Zaczynam grać, Wanda też gra, prawidłowo używając klavesów. Matka jest obok, w tym samym pokoju, stara się kontrolować dziewczynkę. Kończy się piosenka. Chwałę Wandę, mówię jej, że bardzo ładnie grała. Dziewczynka uśmiecha się, wydaje się zadowolona. W kolejnej piosence „Lecą żurawie” Wanda używa marakasów. Zaczynam grać, wcześniej przypominając podopiecznej, jak używać instrumentów. Wanda gra prawidłowo. Na zakończenie zajęć słuchamy jeszcze dwóch utworów z YouTube. Jeden jest w tonacji durowej, utwór

amerykańskiego zespołu wokalnego Pentatonix, drugi w tonacji molowej, tego samego zespołu. Chodzi o uchwycenie różnicy w nastroju utworów. Na zakończenie zajęć biję brawo, chwałę dziewczynkę za prawidłowo wykonane zadania i żegnam się, machając do niej ręką. Matka nie do końca jest zadowolona z pracy Wandy, nie obiecuje jej nagrody w postaci używania tabletu (gry). Wanda w odpowiedzi na mój gest macha ręką na pożegnanie.

WNIOSKI, PODSUMOWANIE

Muzykoterapia zdalna rodziła początkowo wiele znaków zapytania, jednak z biegiem czasu okazała się być skuteczną metodą terapeutyczną, nieodbiegającą w dużym stopniu od sposobu prowadzenia zajęć stacjonarnych. Okazało się, że można skutecznie wykorzystywać znane metody, łącząc je z nowymi pomysłami i aktywnościami.

Termin muzykoterapia zdalna czy muzykoterapia online nie pojawia się na razie w żadnych opracowaniach dotyczących muzykoterapii. Nazwę tę odnoszę do tradycyjnie pojmowanej muzykoterapii, ale prowadzonej przez komunikatory wideo typu Messenger, Skype lub inne.

Są to zajęcia indywidualne, czyli terapeuty z jednym podopiecznym, okazjonalnie przy pomocy rodzica podopiecznego. Muzykoterapia zdalna spełnia więc swoją tradycyjną rolę dość zadowalająco i efektywnie. Do wniosków tych doszłam w czasie prowadzenia zajęć zdalnych, czyli od marca 2020 do maja 2021 r. na podstawie obserwacji podczas wielu godzin pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną oraz wyników ich pracy.

Cechą wspólną osób biorących udział w muzykoterapii jest to, iż wszystkie rozumieją, czym są zajęcia zdalne i chętnie biorą w nich udział. To, co różni beneficjentów muzykoterapii, to całkowicie indywidualne podejście każdego z nich do zajęć, a także indywidualne traktowanie każdego z nich przeze mnie. Podopiecznych cechują skrajne zachowania, umiejętności, talenty, reakcje, emocje, sposób komunikacji. Wszyscy podczas zajęć przebywają w swoich domach, łącząc się przez komputer lub smartfon, najczęściej z użyciem komunikatora Messenger z funkcją wideo.

Główną różnicą między muzykoterapią zdalną a stacjonarną, oprócz odległości między terapeutą i podopiecznym, innego miejsca prowadzenia i odbioru oraz wirtualnego kontaktu, jest fakt, iż bardzo dużą rolę odgrywa zmienna dynamika zajęć, szybka zmienność narracji, zróżnicowana tonacja głosu terapeuty, zachęta do pracy w postaci pochwał, oklasków. W większym stopniu niż stacjonarnie „małe przedstawienie” przyciąga uwagę uczestników. Szybko zmieniająca się akcja na ekranie, wiele aktywności, wydaje się bardziej skupiać uwagę podopiecznych. Także możliwość podtrzymywania kontaktu z podopiecznymi i rodzicami dzięki formie zdalnej wydaje się cenna, a jest możliwa dzięki takiej właśnie formie zajęć.

Nowością podczas zajęć zdalnych jest obecność niektórych rodziców. Udział ich może być bardzo potrzebny przy sterowaniu sprzętem komputerowym, przy organizowaniu i podawaniu instrumentów podopiecznym lub innych potrzebnych materiałów. Jednak ich obecność może działać także hamująco na podopiecznego, być destrukcyjna i stresująca. Na przykład kiedy rodzic wywiera na dziecku presję, oczekuje, iż będzie reagowało zgodnie z jego wymaganiami, stawia bardzo wysoką poprzeczkę nieadekwatną do predyspozycji lub zachowuje się wobec dziecka napastliwie.

Efekty muzykoterapii zdalnej na pewno będzie można lepiej ocenić z dłuższej perspektywy czasowej, kiedy zajęcia przejdą ponownie w formę stacjonarną. Na pewno ujawnią się wtedy jej pozytywne i negatywne strony, braki lub zalety.

BIBLIOGRAFIA

- Bogdanowicz, E. (2015). *Rytmika Emila Jaques – Decroze'a w edukacji i terapii dzieci z symptomami nadpobudliwości psychoruchowej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Boxill, E.H. (1985). *Music Therapy for the Developmentally Disabled*. Aspen Systems Corporation.
- Bruscia, K. (1998). *Defining music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Całek, G., Łuszczak, H. (2016). *Mam dziecko z niepełnosprawnością. Poradnik dla rodziców*. Polskie Towarzystwo Zespołu Aspergera.
- Całek, G., Łuszczak, H., Jankowska, H. (2014). *Mam dziecko z zespołem Aspergera. Poradnik dla rodziców*. Polskie Towarzystwo Zespołu Aspergera.
- Glaser, B.G., Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine Publishing Co.
- Kierył, M. (1996). *Elementy terapii i profilaktyki muzycznej*. Wydawnictwo Żak.
- Konieczna, E.J. (2007). *Arteterapia w teorii i praktyce*. Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Lecourt, E. (2008). *Muzykoterapia, czyli jak wykorzystać siłę dźwięków*. Videograf II.
- Natanson, T. (1979). *Wstęp do nauki o muzykoterapii*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Natanson, T. (1992). *Programowanie muzyki terapeutycznej*. Akademia Muzyczna im. K. Lipińskiego we Wrocławiu.
- Praszkiec, R., Nowak, A. (2005). Zmiany społeczne powstałe pod wpływem działalności przedsiębiorców społecznych. *Trzeci Sektor*, 2, 140–157.
- Schwabe, C. (1972). *Leczenie muzyką chorych z nerwicami i zaburzeniami czynnościowymi*. PZWL.
- Stadnicka, J. (1998). *Terapia dzieci muzyką, ruchem i mową*. Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
- Sztompka, P. (2002). *Socjologia. Analiza społeczeństwa*. Wydawnictwo Znak.