

Psychiatria i Psychoterapia 2013; tom 9, numer 2: strony 17-28

wersja pierwotna - elektroniczna

Ludwika Konieczna-Nowak

MOŻLIWOŚCI STOSOWANIA MUZYKOTERAPII W LECZENIU OSÓB Z ZABURZENIAMI
PSYCHICZNYMI – PRAKTYKA I STAN BADAŃ

MUSIC THERAPY APPLICATIONS FOR INDIVIDUALS WITH MENTAL DISORDERS –
CLINICAL PRACTICE AND RESEARCH

Zakład Muzykoterapii, Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego w Katowicach

Kierownik Zakładu: dr Ludwika Konieczna-Nowak

Streszczenie

Muzykoterapia w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi rozumiana jest często jako forma działania jedynie rekreacyjnego. Przez środowiska medyczne i terapeutyczne traktowana bywa z pobłażaniem lub nieufnością. Jej obecność w placówkach tworzonych z myślą o tej populacji w Polsce nie jest częsta; jeśli nawet zajęcia muzykoterapeutyczne są realizowane, nierzadko prowadzą je osoby bez odpowiedniego wykształcenia i kompetencji. Jako dyscyplina łącząca praktykę kliniczną, wiedzę i badania naukowe oraz działalność artystyczną, ma specyficznie pomostowy charakter. Jednak refleksja naukowa ostatnich dekad doprowadziła do stworzenia spójnych definicji oraz podstaw teoretycznych dla rzetelnej praktyki. Najnowsze doniesienia badawcze wskazują na rzeczywisty potencjał kompetentnie prowadzonej muzykoterapii w zakresie poprawy funkcjonowania chorych w różnych obszarach. Artykuł prezentuje naukowe oblicze muzykoterapii, umocowując praktykę w ramach teoretycznych, przedstawia ogólnie wybrane formy interwencji oraz stan badań, przede wszystkim rezultaty eksperymentów i systematycznych przeglądów wraz z kilkoma studiami przypadków i analiz jakościowych. Jego celem jest przybliżenie muzykoterapii środowisku profesjonalistów pracujących z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Wydaje się, że świadomość rzeczywistych możliwości tej formy terapii przyczynić się może do holistycznej, lepiej zintegrowanej opieki proponowanej pacjentom.

Summary

Music therapy for people with mental disorders is frequently understood as recreational activity only. Lack of trust towards this form of therapy is present in professional medical environment. This intervention is not very popular in Polish facilities designed for the mentioned population; even if it is provided, persons who lead it often do not have adequate education and competencies.

As a discipline joining clinical practice, knowledge, research and artistic activity music therapy has a very specific character. However, scientific reflection of the last few decades has led to creating coherent definitions and theories as foundations for evidence-based practice. The newest research results suggest that professionally performed music therapy has a real potential in terms of improving functioning of clients with psychiatric problems in different areas. This article presents scientifically based perspective on music therapy, grounding practice in theoretical framework, briefly presenting chosen interventions and current research, especially results of randomized controlled trials, systematic reviews, as well as case studies and qualitative inquiries.

It aims to present music therapy to other professionals working with people with mental disorders. Awareness of the real potential of music therapy can contribute to better integrated, holistic care for patients.

Słowa kluczowe: muzykoterapia, praktyka kliniczna, badania

Key words: music therapy, clinical practice, research

Wprowadzenie

Muzykoterapia coraz częściej doceniana jest przez lekarzy i terapeutów pracujących z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Wciąż jednak jej stosowanie postrzegane jest głównie w kategoriach działań wyłącznie rekreacyjnych, wypełniających czas pacjentów, nie zaś jako faktyczne narzędzie mające potencjał do powodowania znaczących zmian w ich funkcjonowaniu. Jednocześnie pokutuje wiele mylnych przekonań dotyczących tej dyscypliny naukowej. Co więcej – na skutek braku odpowiednich regulacji w polskim prawie - mianem muzykoterapeuty mogą tytułować się osoby nie posiadające odpowiedniego wykształcenia i kompetencji, które prowadzą nie uzasadnioną naukowo praktykę, co w sposób zrozumiwały pogłębia brak zaufania innych środowisk, szczególnie środowiska medycznego.

Niewielka jest świadomość społeczna dotycząca rzeczywistej, naukowo rozumianej muzykoterapii, choć zarówno badania naukowe, jak i system edukacji w tym zakresie dynamicznie rozwija się (obecnie w Polsce studia wyższe na poziomie licencjackim, magisterskim i podyplomowym prowadzi kilka ośrodków, np. Akademie Muzyczne w Katowicach, Wrocławiu i Łodzi, UMCS w Lublinie; dwuletnie szkolenia prowadzone są przy Instytucie Neurologii i Psychiatrii w Warszawie, powstają także prace doktorskie i habilitacyjne skoncentrowane wokół działań muzykoterapeutycznych).

Niniejszy artykuł ma na celu przybliżenie środowisku medycznemu realnych możliwości naukowo pojętej muzykoterapii w stosunku do pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Przedstawione zostaną:

- wybrane definicje muzykoterapii wraz z podstawami teoretycznymi tejże,
- zwięzły opis praktyki muzykoterapeutycznej w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi,
- przegląd aktualnego stanu badań dotyczących wpływu muzykoterapii na pacjentów z konkretnymi zaburzeniami.

Definicje

Definiowanie muzykoterapii jest zadaniem niełatwym z kilku przyczyn, takich jak wewnętrzne zróżnicowanie dyscypliny, wrażliwość na kontekst kulturowy, szerokie spektrum możliwości stosowania w praktyce oraz graniczny, pomostowy charakter. Muzykoterapia łączy elementy wielu dziedzin naukowych (psychologia, pedagogika, medycyna, muzykologia, socjologia) z działalnością artystyczną (funkcjonującą z kolei na autonomicznych prawach sztuki).

Co więcej, choć jej korzenie sięgają Starożytności, rozważana w kontekście naukowym jest dyscypliną o niedługiej tradycji, wciąż ewoluującą, zmieniającą się (jej rozwój na świecie rozpoczął się w okresie międzywojennym, w Polsce aktywna działalność naukowa związana z tą dziedziną przypadła na lata 70' XX w.)

Dodatkowo, termin *muzykoterapia* używany jest w różnych znaczeniach; określa pewną praktykę (terapię z zastosowaniem muzyki), dziedzinę wiedzy – naukę o muzykoterapii praktycznej, wreszcie – profesję, działalność zawodową. Problem tej wieloznaczności dostrzegł Tadeusz Natanson, jeden z pionierów muzykoterapii polskiej. „Pod terminem *muzykoterapia* rozumieć można tak praktyczną działalność, jak też i wiedzę i naukę o niej, zajmującą się teorią muzykoterapii, w tym badaniem praw rządzących kształtowaniem się wzajemnych stosunków pomiędzy człowiekiem a muzyką” [1].

Mimo wspomnianych komplikacji liczni muzykoterapeuci – teoretycy, praktycy i badacze - podejmują próby skonstruowania możliwie pełnej definicji. Także organizacje i stowarzyszenia zrzeszające muzykoterapeutów proponują swoje objaśnienia tego terminu. Poniżej przytoczonych zostanie kilka z nich, najszerzej stosowanych.

W piśmiennictwie polskim najczęściej posługuje się jedną z definicji Natansona [1]. Według tej zwięzłej propozycji muzykoterapia jest „metodą postępowania, wielostronnie wykorzystującą wieloraki wpływ muzyki na psychosomatyczny ustrój człowieka”. Jest to objaśnienie bardzo ogólne i dzięki temu – pojemne. Bardziej szczegółowo ujęła problem Galińska [2], definiując muzykoterapię dla celów encyklopedycznych: „Muzykoterapia – systematyczne i metodyczne zastosowanie muzyki w procesie diagnozy, leczenia i rozwoju osobowości (...). W odniesieniu do głównych jej zakresów, tj. psychiatrii i pedagogiki specjalnej, muzykoterapia oznacza formę psychoterapii i reedukacji”. Takie postawienie sprawy wydaje się jednak nieco zawężone, uzasadnione dla wybranych form muzykoterapii, lecz nie obejmujące całej praktyki klinicznej (na przykład neuromuzykoterapii czy muzykoterapii w neonatologii i pediatrii). W literaturze światowej dostępne są inne jeszcze rozwiązania. Wigram, Pedersen i Bonde [3] przedstawili definicję, która precyzuje zarówno potencjalnych odbiorców, jak i możliwe okoliczności jej stosowania. Według nich muzykoterapia to „użycie muzyki w sytuacjach klinicznych, edukacyjnych i społecznych, w celu leczenia/wspomagania (*to treat*) klientów lub pacjentów z medycznymi, edukacyjnymi i psychologicznymi potrzebami”. Z kolei definicja Bruscia [4], stosowana szeroko przede wszystkim w Stanach Zjednoczonych, ukazuje muzykoterapię jako zjawisko bazujące przede wszystkim na relacjach, zależnościach: „muzykoterapia to usystematyzowany proces interwencji (*process of intervention*), w ramach którego terapeuta wspomaga klienta w osiąganiu/wspieraniu/promowaniu (*promote*) zdrowia, używając doświadczeń

muzycznych oraz relacji, które wykształcają się dzięki nim, jako dynamicznych sił umożliwiających zmiany”.

Swoiste podsumowanie wątków pojawiających się w różnych definicjach dostępne jest w wyjaśnieniu sugerowanym przez World Federation of Music Therapy. „Muzykoterapia jest profesjonalnym/zawodowym stosowaniem muzyki i jej elementów jako interwencji w medycznych, edukacyjnych i naturalnych/codziennych (*everyday*) środowiskach z klientami indywidualnymi, grupami, rodzinami i społecznościami poszukującymi możliwości zoptymalizowania jakości życia i poprawy fizycznego, społecznego, emocjonalnego, intelektualnego i duchowego zdrowia oraz dobrostanu. Badania, praktyka i edukacja oraz trening kliniczny w muzykoterapii oparte są o profesjonalne standardy, odpowiednie dla kontekstu kulturowego, społecznego i politycznego” (WFMT, 2011). Takie ujęcie zwraca uwagę na kilka istotnych elementów: odpowiednie przygotowanie prowadzącego, kontekst prowadzenia terapii, jej format oraz ogólne cele.

Prezentowanie innych jeszcze propozycji nie wydaje się w tym miejscu celowe. Nawet powyższy, skromny wybór definicji uświadamia, iż dopiero odpowiednio zaplanowane działanie, ukierunkowane na osiągnięcie szczegółowo określonego celu, wykorzystujące muzykę równie często w formie aktywnej gry jak i jej odbioru oraz niezwykle istotny element relacji z terapeutą może mieć realny wpływ na funkcjonowanie klientów/pacjentów w różnych obszarach.

Podstawy teoretyczne

Muzykoterapia jako dziedzina naukowa ma niewątpliwie pomostowy charakter. W tym kontekście fakt, że uzasadnienia dla jej stosowania wywodzą się w różnych paradygmatów nie może dziwić. Wśród podstaw teoretycznych muzykoterapii znaleźć można zarówno argumentacje przedstawicieli neuronauk jak i odwołania do koncepcji estetycznych, filozoficznych, o głęboko humanistycznym charakterze. Mając na uwadze obszar zaburzeń psychicznych, najbardziej adekwatne wydają się rozważania z zakresu neuronauk oraz te ugruntowane w psychologii i psychoterapii.

Odwołując się do neuronauk stwierdza się, że czynności muzyczne mają na tyle złożony charakter, że działają holistycznie, aktywizując odległe obszary mózgu [5]. W tej perspektywie Hillecke [6] wskazał na pięć czynników, przyczyniających się do efektywności muzykoterapii.

Są to:

- zdolność muzyki do automatycznego przykuwania uwagi (tym samym do przekierowywania jej z rejonów niepożądanych w pożądane),
- zdolność muzyki do wpływania na emocje, widoczna w zmianach aktywności układu limbicznego i obszaru paralimbicznego,
- wpływ muzyki na procesy poznawcze, szczególnie pamięć,

- możliwość warunkowania zachowań poprzez bodźce muzyczne (z uwzględnieniem zjawisk wynikających z obecności neuronów lustrzanych),
- komunikacyjny potencjał muzyki.

Zarówno z perspektywy neuronaukowej jak i biologicznej istnieją liczne powody by przypuszczać, że muzyka i muzykoterapia mogą przynosić korzystne efekty dla szeroko pojętego zdrowia [7]. Znane są możliwości wpływu słuchanej i wykonywanej muzyki na wskaźniki psychofizjologiczne jak rytm serca, ciśnienie krwi, respiracja, reakcja skórno-galwaniczna [8]. Wymienione reakcje mają znaczenie przy tworzeniu i aplikowaniu niektórych muzykoterapeutycznych oddziaływań.

W perspektywie psychologicznej rysują się możliwości uzasadniania działań muzykoterapeutycznych w różnych nurtach. W perspektywie psychodynamicznej wykorzystuje się intrygującą polisemantyczność muzyki; jej wieloznaczność pozwala na bogate symboliczne, metaforyczne interpretacje materiału improwizowanego czy słuchanego. Stosując muzykę z punktu widzenia behawioralnego zadaniom i ćwiczeniom muzykoterapeutycznym nadaje się strukturę, która wymusza pożądane zachowanie bądź uniemożliwia realizację zachowania niepożądanego. Dodatkowo, element muzyczny, wiążący się z przyjemnością, stosuje się w charakterze wzmocnienia pozytywnego. W muzykoterapii wynikającej z założeń poznawczych po realizacji działań muzycznych różnego typu omawia się treści myślowe leżące u ich podstaw. W perspektywie humanistycznej twórczość muzyczna staje się polem do realizacji potencjału naturalnie tkwiącego w kliencie, jego samoaktualizacji (samorealizacji).

Muzykoterapia osób z zaburzeniami psychicznymi – klasyfikacja, przegląd technik

Nawiązując do klasyfikacji działań psychoterapeutycznych dokonanej przez Wolberga [9] podziału praktyk muzykoterapeutycznych związanych z psychoterapią, adekwatnych w pracy z pacjentami z zaburzeniami psychicznymi dokonała Wheeler [10]. Na poziomie najniższym umieściła *muzykoterapię w formie terapii aktywnej*¹; tu klient uczy się pożądanych, adaptacyjnych zachowań oraz ma możliwość wielokrotnego ich trenowania, zaś „osiągnięcie lepszego zrozumienia przyczyn występowania danych zachowań nie jest uznawane za ważne”. Terapia odbywa się zatem poprzez sam udział w ćwiczeniach, a nie wgląd osiągnięty dzięki nim.

Kolejny poziom to *muzykoterapia wglądowa o celach reedukacyjnych* – do ćwiczenia zachowań dołącza pogłębiony element werbalny, muzyka wywoływać ma refleksję dotyczącą uczuć i stanów emocjonalnych. Walorem muzyki, który ma w tym kontekście rolę pierwszoplanową jest zdolność do stymulowania niedostępnych zazwyczaj pokładów emocji;

¹ Termin „aktywna” nie odnosi się w tym przypadku do stosowanych technik (jak to ma miejsce w popularnym podziale muzykoterapii na aktywną i receptywną, czy percepcyjną), lecz do oczekiwań wobec pacjenta, w tym przypadku „aspekt terapeutyczny zajęć związanych z muzyką polega na zaangażowaniu pacjenta w zajęcia terapeutyczne, a nie na rozmawianiu o tym zaangażowaniu” [10].

terapia zmierza do odkrycia przyczyny napięć oraz ma na celu pomoc w zrozumieniu w jaki sposób sam klient/pacjent utrwała własne zaburzenia i wzorce nieadekwatnych zachowań.

Poziom ostatni - *muzykoterapia wglądowa o celach rekonstrukcyjnych* ma za cel wydobywanie pokładów nieuświadomionych treści oraz przepracowanie ich prowadzące do reorganizacji struktury osobowości. „Celem jest tu przepracowanie sytuacji, które nie zostały właściwie przeżyte/rozwiązane na etapie dorastania. Muzyka zastosowana w tym typie zajęć często wywołuje obrazy i uczucia związane z terażniejszością lub przeszłością. Jednym z założeń jest tu osiągnięcie wglądu odnośnie tego, w jaki sposób dana osoba stała się tym, kim jest obecnie”.

Odwołując się do tej klasyfikacji Crowe [11] przedstawiła typy aktywności mieszczące się na kolejnych poziomach oraz rodzaje zaburzeń, w których przedstawione działania wydają się najbardziej uzasadnione². Na poziomie pierwszym - muzykoterapii w formie terapii aktywnej – znalazły się ćwiczenia odpowiednie dla osób z aktywną psychozą. Czynności, na których są oparte wymagają koncentracji na zadaniu a konkretne werbalne i fizyczne instrukcje terapeuty wspomagają utrzymanie uwagi klientów na działaniu i ograniczają urojenia czy omamy, poprzez wymuszanie zaangażowania.

Ćwiczenia mieszczące się w tej kategorii to na przykład:

- nauka gry na instrumentach,
- opracowywanie i ćwiczenie gotowych utworów,
- stworzenie zespołu muzycznego i praca nad jego repertuarem,
- ruch przy muzyce, z wysokim stopniem organizacji, formy taneczne,
- śpiew w grupie,
- ćwiczenia rytmiczne: krąg bębniarski (wspólna gra w oparciu o stały puls).

Takie zadania trenują między innymi: koncentrację uwagi, zachowania społeczne i wchodzenie w relacje z innymi, planowanie i wytrwałość, bez głębszej interwencji psychoterapeutycznej.

Kolejny poziom, muzykoterapia wglądowa o celach reedukacyjnych, jest według Crowe [11] odpowiedni dla pacjentów z depresją, zaburzeniami nerwicowymi, lękami i zaburzeniami osobowości. Wśród proponowanych działań wymienia między innymi:

- tworzenie piosenki,
- rozmowa o treści piosenek,
- dowolny ruch przy muzyce,
- ilustrowanie muzyką wiersza lub prozy,

² W niektórych przypadkach to samo zaburzenie wymienione jest na dwóch poziomach; oznacza to, że praca może przybrać różny charakter, w zależności od celów określonych przez zespół terapeutyczny

- kierowane (w sposób swobodny bądź poprzez instrukcje słowne) wyobrażenia przy muzyce, stymulowane samą muzyką lub tekstem o charakterze relaksacyjnym lub wizualizacyjnym,
- rysowanie przy muzyce,
- improwizacja referencjalna (odnosząca się do sfery pozamuzycznej, jak na przykład obraz, bieżąca pogoda, konkretne wydarzenie itd.).

Ważnym elementem terapii w tym przypadku jest – obok muzyki – rozmowa dotycząca uczuć i skojarzeń, pojawiających się w procesie twórczym i podczas jego interpretacji. Wszystkie wymienione wyżej aktywności dostarczają inspiracji i kontekstu dla takiej wymiany doświadczeń.

Na poziomie najgłębszym, muzykoterapii wglądowej o celach rekonstrukcyjnych, zalecanym dla pacjentów z zaburzoną osobowością, fobiami oraz zaburzeniami adaptacyjnymi Crowe [11] sugeruje stosowanie aktywności takich jak:

- improwizacja instrumentalna i wokalna, czasem z zastosowaniem słów (np. *free associative singing* – gdzie śpiewany spontanicznie tekst tworzy się intuicyjnie, na podstawie przeniesienia i przeciwprzeniesienia), połączona z rozmową,
- psychoterapeutyczna praca z głosem (*Vocal Psychotherapy*, definiowana przez autorkę modelu Diane Austin jako zastosowanie głosu: dźwięków, mowy, śpiewu, improwizacji w terapii procesów intra-psychicznych i interpersonalnych),
- techniki wyobrazeniowe (stymulujące wspomnienia, emocje obecne w przeszłości czy nieświadomione treści).

W Polsce ogólnej klasyfikacji oddziaływań muzykoterapeutycznych, podjęła się Galińska wyodrębniając metody: odreagowująco-wyobrazeniowe oraz aktywizujące emocjonalnie, treningowe, relaksacyjne, komunikatywne, kreatywne, psychodeliczne/ekstazyjne/estetyzujące/kontemplacyjne oraz muzyczny trening uwrażliwienia [12]. Galińska jest także autorką modelu muzykoterapeutycznego skonstruowanego z myślą o osobach z zaburzeniami psychicznymi na podstawie wieloletniej praktyki i badań [13-16]. W tym grupowym modelu, zwanym Portretem Muzycznym muzyka pełni funkcję nośnika „z naczeń i emocji służących do poznawania, dawania wzorców i przekształcania człowieka. Celem PM jest diagnoza i terapia zaburzonej tożsamości, polegająca na regulacji treści i struktur Ja” [13]. W praktyce sesje prowadzone w tym modelu skoncentrowane są wokół wybranego członka grupy i składają się z następujących elementów:

- grupa improwizuje na instrumentach „lustro” danego pacjenta,
- sam pacjent instrumentalnie prezentuje siebie,
- terapeuta odtwarza przygotowany wcześniej kolaż muzyczny, będący zestawieniem utworów ilustrujących Ja pacjenta na poziomie jawnym, ukrytym oraz potencjalnym,
- diagnostyczna rozmowa dotycząca preferencji muzycznych pacjenta,

- psychodrama Morenowska z zastosowaniem instrumentów muzycznych.

Stan badań

Piśmiennictwo dotyczące praktyki i teorii muzykoterapii w zaburzeniach psychicznych jest stosunkowo szerokie. Dostępne są zarówno całościowe opracowania o charakterze praktycznym [17-18], teoretycznym i badawczym [19], jak i artykuły badawcze różnego typu, dotyczące efektywności muzykoterapii, zastosowania poszczególnych technik czy prezentujące wybrane przypadki. Poniżej wymieniono jedynie wybrane, najnowsze doniesienia, przede wszystkim (choć nie tylko) będące rezultatem standaryzowanych badań ilościowych, stanowiących podstawę tzw. evidence-based practice. Poniższym przeglądem nie objęto sprawozdań z badań prowadzonych na gruncie polskim (większość z nich dotyczy najlepiej udokumentowanej badawczo praktyki, jaką jest wspomniany model Portretu Muzycznego), ponieważ są one łatwo dostępne w fachowym piśmiennictwie polskojęzycznym.

Rozpoczynając od systematycznych przeglądów wspomnieć warto rezultaty metaanalizy dokonanej przez Golda, Voracka i Wigrama [20], dotyczącej muzykoterapii dzieci i młodzieży z objawami psychopatologicznymi (ADHD, autyzm, zaburzenia zachowania, niepełnosprawność intelektualna). Poddawszy analizie statystycznej rezultaty 11 badań (uwzględniono jedynie eksperymenty z grupą kontrolną i quasi-eksperymenty) wykazali oni, że muzykoterapia może być efektywną metodą oddziaływania szczególnie w przypadku zaburzeń zachowania oraz niepełnosprawności intelektualnej, zaś największy potencjał w tym zakresie wykazuje podejście eklektyczne, łączące techniki właściwe różnym modelom i podejściom muzykoterapeutycznym. Sugerują oni, że potencjał muzykoterapii tkwi w czynniku motywacyjnym jakim jest wspólne muzykowanie oraz w elastyczności działań.

Analiza dostępnych randomizowanych badań eksperymentalnych (dokonana w formie przeglądu systematycznego dla Biblioteki Cochrane), przeprowadzona przez Golda i in. [21] wykazała, że muzykoterapia, stanowiąc dodatkowy element standardowej opieki medycznej (na którą składa się farmakoterapia i psychoterapia), poprawia ogólny stan oraz funkcjonowanie osób ze schizofrenią gdy prowadzona jest odpowiednio długo.

W badaniu Pavlicevic, Trevarthen i Duncan [22] wzięto pod uwagę grupę osób dorosłych ze schizofrenią. Wszyscy badani uczestniczyli w muzykoterapeutycznej sesji rozpoznawczej, podczas której dokonano pomiaru za pomocą autorskiego narzędzia – Music Interaction Rating for Schizophrenia (MIRS), następnie z uczestników uformowano grupę eksperymentalną i kontrolną. Z osobami należącym do grupy eksperymentalnej przeprowadzono 10 sesji w modelu Muzykoterapii Kreatywnej (gdzie główną rolę pełni spontaniczna improwizacja z terapeutą, umożliwiająca pozawerbalną komunikację). Wreszcie na zakończenie eksperymentu znów przeprowadzono sesje z wszystkimi badanymi. Muzykoterapia okazała się przynosić korzystne zmiany wykazane za

pomocą Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS – szeroko stosowane narzędzie, diagnozujące między innymi obecność i nasilenie urojeń, omamów, formalnych zaburzeń myślenia) oraz MIRS – odnotowano statystycznie istotny spadek wyników BPRS oraz wzrost zaangażowania w muzyczną interakcję w MIRS w grupie eksperymentalnej.

Silverman [23] na podstawie przeprowadzonej metaanalizy, w której ujęto 19 eksperymentalnych badań ilościowych stwierdził, że muzyka ogranicza obecność objawów psychotycznych. Zmienne zależne, pojawiające się w analizowanych badaniach podzielił na 3 kategorie: symptomy ogólne (urojenia, omamy słuchowe, spłycony afekt), zachowania katatoniczne, symptomy poznawcze (zdolność do wglądu i racjonalnego myślenia). Wśród zmiennych niezależnych znalazły się ujęte zbiorowo techniki muzykoterapeutyczne oraz samo słuchanie muzyki. Na podstawie wyników metaanalizy autor sformułował pogląd, że większy potencjał w tym zakresie posiada muzyka popularna (w odróżnieniu od tzw. poważnej), ponieważ – jako zazwyczaj preferowana i znana - silniej motywuje, angażuje i utrzymuje uwagę chorych³.

Maratos i in. [24], podsumowując eksperymenty badające efektywność muzykoterapii w pracy z klientami z depresją stwierdzili, że posiada ona potencjał w zakresie poprawy nastroju, wymaga jednak dalszych badań spełniających najwyższe metodologiczne standardy. W odpowiedzi na taką sugestię Erkkilä i in. [25] przeprowadzili eksperyment, w którym udział wzięło 79 osób dorosłych ze zdiagnozowaną depresją, losowo przypisanych do 2 grup. Osobom włączonym do grupy eksperymentalnej zaproponowano po 20 indywidualnych sesji muzykoterapeutycznych, prowadzonych przez 10 muzykoterapeutów. Głównym elementem sesji było aktywne muzykowanie, improwizacja instrumentalna, omawiana następnie w perspektywie psychodynamicznej, z odwoływaniem się do emocji, obrazów czy metafor jakie łączyły się z muzycznym doświadczeniem. Uczestnicy należący do grupy kontrolnej otrzymywali standardową opiekę medyczną, na którą w tym przypadku złożyła się farmakoterapia, krótkotrwała psychoterapia oraz konsultacje z psychiatrą. Pomiarów dokonano za pomocą Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale oraz Global Assessment of Functioning i wykazano duże, pozytywne, statystycznie istotne zmiany potwierdzone przez wymienione narzędzia w grupie eksperymentalnej. Autorzy, skłaniający się ku orientacji psychoanalitycznej sugerują, że zastosowanie improwizacji prowadzić może do przełożenia nieświadomych treści na grunt prewerbalnej komunikacji, jaką jest symboliczna ekspresja muzyczna, a następnie w sferę refleksji werbalnej.

³ Wśród muzykoterapeutów nie ma zgody, co do tego jaka muzyka posiada największy potencjał terapeutyczny; niektórzy zwolennicy perspektywy psychoanalitycznej w muzykoterapii opowiadają się za muzyką poważną, zaś muzykoterapeuci kształceni w podejściu behawioralnym i poznawczym (najpopularniejszych w Stanach Zjednoczonych) zdecydowanie widzą prymat stosowania muzyki preferowanej przez klienta, czyli w większości przypadków różnych gatunków pop); wyniki badań nie są jednoznaczne.

Eksperyment Castillo-Perez i in. [26] wskazał na możliwą przewagę muzykoterapii w stosunku do psychoterapii prowadzonej w perspektywie behawioralnej u tej grupy pacjentów. W eksperymencie tym zastosowane działanie muzykoterapeutyczne było oparte na percepcji kompozycji z repertuaru barokowego i klasycznego (J. S. Bacha, A. Corellego oraz W. A. Mozarta) zaś pomiaru postępów terapii dokonywano za pomocą Skali Depresji Becka.

Carr i in. [27] w eksperymencie przeprowadzonym w Wielkiej Brytanii wykazali, że grupowa muzykoterapia zmniejsza nasilenie objawów ostrego zaburzenia stresowego pourazowego. W tym przypadku podczas sesji wykorzystywano przede wszystkim dowolną improwizację a zmiany ujawniono dzięki zastosowaniu Impact of Event Scale.

Artykuły dotyczące stosowania muzykoterapii w zaburzeniach związanych z odżywianiem się mają bardziej praktyczny lub kazuistyczny charakter. Bauer [28] prezentuje studium przypadku interpretując proces terapeutyczny w odniesieniu do psychoanalitycznego pojęcia konfliktu oraz działań mających na celu zaspokojenie takich potrzeb jak: potrzeba więzi, potrzeba poczucia kontroli, potrzeba wzrostu poczucia własnej wartości, potrzeba dążenia do przyjemności. Opisu wybranych technik stosowanych w odniesieniu do konkretnych symptomów zaburzeń odżywiania dokonała Justice [29]; bazując na doświadczeniach praktycznych zasugerowała, że techniki relaksacyjne (jak ćwiczenia oddechowe czy progresywna relaksacja mięśni) połączone z muzyką oraz interpretowane metaforycznie wyobrażenia ewokowane przez słuchane utwory mogą zwiększyć świadomość siebie klientów, a także pomóc w ujawnieniu mechanizmów będących przyczyną zaburzenia.

Jakościowa, idiograficzna perspektywa jaką w swym opartym na wywiadach badaniu przyjęli Ansdell i Meehan [30] potwierdziła obecność korzyści płynących ze stosowania muzykoterapii w indywidualnej perspektywie przewlekle chorych psychicznie dorosłych (z różnymi zaburzeniami). Sesje prowadzone w modelu Muzykoterapii Kreatywnej, zakorzenionej w nurcie humanistycznym, omawiane były w swobodny sposób a następnie pozyskane treści poddano interpretacji fenomenologicznej. Główną kategorią, która ujawniła się na skutek analizy, była nadzieja, jaka rodzi się w klientach w doświadczeniu wspólnego muzykowania.

Podsumowanie

Niniejszy artykuł miał na celu przedstawienie możliwości oddziaływania muzykoterapii we wspomaganiu funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przybliżenie środowisku medycznemu realnych korzyści wynikających z jej stosowania. Wydaje się oczywistym, że możliwie globalna, holistyczna opieka posiada największy potencjał w zakresie poprawy szeroko pojętego zdrowia oraz jakości życia osób zmagających się z chorobą psychiczną. Na podstawie badań naukowych stwierdzić można, że rola muzykoterapii w procesie zdrowienia jest istotna – choć zazwyczaj nie pierwszoplanowa, to i nie marginalna. Rzetelnie prowadzona praktyka,

wspierająca się na coraz szerszym zapleczu badań eksperymentalnych może przyczynić się do faktycznych zmian w funkcjonowaniu chorych. Warto zatem włączać ją we wszelkie programy wspomagające, mając jednak na uwadze iż jedynie prowadzona kompetentnie znajduje uzasadnienie i posiada nie tylko wymiar rekreacyjny, lecz również pełnoprawnie terapeutyczny.

Piśmiennictwo

1. Natanson T. Wstęp do nauki o muzykoterapii. Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk: Zakład Narodowy im. Ossolińskich; 1979.
2. Galińska E. Muzykoterapia. W: Chodkowski A. red. Encyklopedia muzyki. Warszawa: PWN; 1995
3. Wigram T, Pedersen IN, Bonde LO. A comprehensive guide to music therapy. Londyn i Filadelfia: Jessica Kingsley Publishers; 2004.
4. Bruscia K. Defining music therapy. Gilsum: Barcelona Publishers; 1998.
5. Levitin D, Tirovolas A. Current Advances in the Cognitive Neuroscience of Music. *The Year in Cognitive Neuroscience*. Ann. N.Y. Acad. Sci. 2009; 1156: 211–231.
6. Hillecke T, Nickel Bolay A. Scientific perspectives on music therapy. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 2005; 1060: 271–282.
7. Koelsch S. A Neuroscientific Perspective on Music Therapy. *The Neurosciences and Music III—Disorders and Plasticity*. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2009; 1169, s. 374–384.
8. Hodges D. Psycho-physiological measures. W: Juslin P, Soboda J. red. *Handbook of Music and Emotion*, Oxford: Oxford University Press; 2012.
9. Wolberg LR. *The technique of psychotherapy*, wyd.3. New York: Grune & Stratton, 1977.
10. Wheeler B. Psychoterapeutyczna klasyfikacja praktyk muzykoterapeutycznych – kontinuum procedur. *Terapia przez sztukę*. 2010; 1(2): 3-9.
11. Crowe B, Justice R. Music therapy interventions for individuals with mental disorders: an overview. W: Crowe BJ, Colwell C. red. *Music Therapy for Children, Adolescents, and Adults with Mental Disorders. Using Music to Maximize Mental Health*. Silver Spring: American Music Therapy Association; 2007.
12. Galińska E. Psychoterapeutyczne założenia muzykoterapii i ich realizacja. *Muzykoterapia*. Biuletyn Grupy Roboczej „Muzykoterapia”. 1992; 2(2).
13. Galińska E. Portret Muzyczny jako forma psychoterapii. W: Stachyra K. red. *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*. Lublin: UMCS; 2012, s. 64-78.
14. Galińska E, Aranowska E. Metodologiczne podstawy analizy stylu komunikacji muzycznej. *Przegl. Psych.* 2004; 4: 327-344.
15. Galińska E. Rola struktur i form muzycznych w psychoterapii. *Muzyka*. 2008; 4: 45-74.
16. Galińska E. Muzyka jako nośnik cech człowieka – Muzyczny Test Tożsamości MTT. *Przegl. Psych.* 2008; 4: 423-441.
17. Crowe BJ, Colwell C. red. *Music Therapy for Children, Adolescents, and Adults with Mental Disorders. Using Music to Maximize Mental Health*. Silver Spring: American Music Therapy Association; 2007.
18. Cassity M, Cassity J. *Multimodal Psychiatric Music Therapy for Adults, Adolescents, and Children: A Clinical Manual*. Londyn/Filadelfia: Jessica Kingsley Publishers; 1998.
19. Unkefer R, Thaut M. *Music therapy in the treatment of adults with mental disorders: theoretical bases and clinical interventions*. Gilsum: Barcelona Publishers; 2005.
20. Gold C, Voracek M, Wigram T. Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: A meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004; 45(6):1054-63.

21. Gold C, Haldal TO, Dahle T, Wigram T. Music Therapy for Schizophrenia or Schizophrenia-like Illnesses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Apr. 18;(2): CD004025.
22. Pavlicevic M, Trevarthen C, Duncan J. Improvisational music therapy and the rehabilitation of persons suffering from chronic schizophrenia. *J. Music Ther.* 1994; 31(2): 86-104
23. Silverman M. The Influence of Music on the Symptoms of Psychosis: A Meta-Analysis. *J. Music Ther.* 2003; 40(1): 27-40.
24. Maratos A, Gold C, Wang X, Crawford M. Music therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008; 23(1) CD004517. doi: 10.1002/14651858.CD004517.pub2.
25. Erkkilä J, Punkanen M, Fachner J, Ala-Ruona E, Pöntiö I, Tervaniemi M. i wsp. Individual music therapy for depression: randomized controlled trial. *Br. J. Psychiatry,* 2011; 199(2): 132-139.
26. Castillo-Perez S, Gomez-Perez V, Calvillo M, Perez-Campos E, Mayoral M. Effects of music therapy on depression compared with psychotherapy. *The Arts in Psychotherapy.* 2010; 37: 387–390.
27. Carr C, d'Ardenne P, Sloboda A, Scott C, Wang D, Priebe S. Group music therapy for patients with persistent post-traumatic stress disorder – an exploratory randomized controlled trial with mixed methods evaluation. *Psychol. Psychother.* 2012; 85(2): 179–202.
28. Bauer S. Music Therapy and Eating Disorders. A Single Case Study about the Sound of Human Needs. *Voices.* 2010: 2.
29. Justice R. Music Therapy Interventions for people with Eating Disorders in an Inpatient Setting. *Music Ther. Persp.* 1994; 12(2): 104-110.
30. Ansdell G, Meehan J. "Some Light at the End of the Tunnel": Exploring Users' Evidence for the Effectiveness of Music Therapy in Adult Mental Health Settings. *Music and Medicine.* 2010; 2 (29): 29-38.