

Kinga Lewandowska

Cele i działania zadań muzykoterapeutycznych wśród dzieci z astmą oskrzelową

Aspekty Muzyki 3, 165-177

2013

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



KINGA LEWANDOWSKA

Cele i zadania działań muzykoterapeutycznych wśród dzieci z astmą oskrzelową

W wyniku dokonanego przeglądu literatury oraz własnych doświadczeń¹ skłonna jestem twierdzić, że muzykoterapia osób chorych z astmą może mieć różnorodne zadania terapeutyczne do spełnienia w zależności od tego, czy choroba ta ujmowana jest z pozycji medycyny somatycznej, czy według koncepcji medycyny psychosomatycznej, czy wreszcie według ujęcia systemowego. Celem artykułu jest zwrócenie uwagi muzykoterapeutów na związek między kierunkiem i zakresem możliwych oddziaływań muzykoterapeutycznych na chorych a panującymi w medycynie koncepcjami co do genezy niektórych chorób.

Jeżeli w terapii będziemy koncentrowali się wyłącznie na dokuczliwych dla dziecka objawach astmy i dążyli do ich usunięcia, to działania lecznicze, także te z udziałem muzyki, powinny zmierzać w kierunku likwidacji ewentualnych dalszych zagrożeń ze strony słabej i pogarszającej się kondycji fizycznej i oddechowej dziecka. Działania muzykoterapeutyczne z udziałem ruchu, śpiewu i tańca powinny wówczas, wspólnie z gimnastyką leczniczą, zapewnić wzrost wydolności organizmu, dać poprawę siły mięśni, sprawności oddychania i krążenia krwi, wzmocnić zdolność do podejmowania trwałego wysiłku, powinny zmniejszać napięcie psychofizyczne.

¹ Autorka jest muzykoterapeutką z wieloletnim doświadczeniem w praktyce terapeutycznej, przede wszystkim wśród dzieci przedszkolnych i szkolnych. Opublikowała pracę *Muzykoterapia dziecięca* (Gdańsk 2007, wydanie trzecie, wraz z płytą DVD: *Warsztaty z muzykoterapii*), w której zaprezentowała szereg technik muzykoterapeutycznych, wykorzystywanych w systemie edukacji nauczycieli, psychologów i terapeutów osób niepełnosprawnych w ramach arteterapii. Obecnie prowadzi międzywydziałowe zajęcia z muzykoterapii dla studentów Akademii Muzycznej w Gdańsku (przyp. red.).

Jeśli przez terapię chcemy zmienić perspektywę przyszłego funkcjonowania psychicznego i społecznego tych dzieci, to powinniśmy dotrzeć do stłumionych, nie w pełni świadomych przeżyć urazowych z najwcześniejszego okresu rozwoju. W tym celu mogą być przydatne improwizowane gry muzyczne sięgające do podłoża zmiennych nastrojów i dialogi z terapeutą przy użyciu instrumentów muzycznych. W rezultacie powinna u dziecka nastąpić poprawa obrazu samego siebie i obrazu własnego ciała oraz wykształcić się nowa umiejętność różnicowania i przekazywania emocji innym osobom.

Jeżeli natomiast będziemy chcieli skorygować niewłaściwe relacje dziecka z rodzicami, to w terapii psychomuzycznej mogą być przydatne jeszcze inne techniki: zarówno muzyczna diagnoza systemu rodzinnego, jak i technika improwizacji oraz opowieści muzycznych korzystna dla uwolnienia chorej osoby od pełnych niepokoju emocji rodzinnych i stosowanych mechanizmów obronnych.

Definicja i opis astmy dziecięcej

Astma dziecięca należy do głównych chorób alergicznych wieku dziecięcego. Aż 90% przypadków tej choroby u dzieci ma związek z alergią na pospolite alergeny. Choć znana była już w starożytności i leczona inhalacjami ze spalanych ziół, to jej rozpowszechnienie bardzo wzrosło: obecnie na astmę choruje 10% populacji dzieci i 5% dorosłych. Astma oskrzelowa uważana jest aktualnie za przewlekłą chorobę zapalną². Podręcznikowa definicja astmy dziecięcej koncentruje się na takich objawach, jak napadowa lub stała duszność wydechowa, wywołana przez zwężenie oskrzelików i oskrzeli, w następstwie wystąpienia odczynu alergicznego w ich ścianie³. Napad duszności zjawia się nieoczekiwanie i na ogół szybko ustępuje. Nie zawsze daje się zauważyć związek napadu z kontaktem chorego dziecka z alergenem. Może on być związany ze zmianą pogody, zimnem, mgłą, wiatrem, wysiłkiem lub pojawić się pod wpływem rozdrażnienia sytuacją stresującą. Dziecko zaczyna oddychać z wysiłkiem, przerywa swoje zajęcia, słyhać świsty, pojawia się kaszel nie przynoszący ulgi. Równocześnie pojawia się przestraszenie, panika, silne pocenie się, zasinienie warg, rozszerzenie skrzydełek nosa, przyjęcie przymusowej pozycji, podparcie się rękami⁴.

² Katarzyna Schier, *Bez tchu i bez słowa. Więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową*, Gdańsk 2005, s. 51.

³ Bolesław Zaremba, *Lekarski poradnik domowy*, Warszawa 1967, s. 691.

⁴ Janusz Hałuszka, *Jak pomóc dziecku choremu na astmę oskrzelową, by mogło się czuć tak*

Astmę określa się jako chorobę nawracającą, o uciążliwym przebiegu, trudną w leczeniu i kosztowną, z negatywnymi skutkami fizycznymi i społecznymi dla dziecka i całej rodziny. Choroba ta obarcza dziecko wieloma rygorami, a od rodziców wymaga przejawów szczególnej troski: zapewnienia odpowiednich warunków mieszkaniowych, diety uzależnionej od rodzaju uczulenia i sprzętu rehabilitacyjnego (inhalatora). Wpływa destabilizująco na funkcjonowanie rodziny, w związku z tym może być przyczyną konfliktów wewnątrzrodzinnych, a nawet rozpadu rodziny. Obrazuje to przykładowy przypadek: 10-letni Paweł choruje na astmę na tle alergicznym od 2 roku życia. Wychowuje go samotnie matka. Chłopiec spędza w szpitalu przeciętnie pół roku. Powraca do domu dopiero wtedy, kiedy napady duszności udaje się opanować bez podawania kroplówek i tlenu. Atak astmy może zacząć się każdej chwili, więc chłopiec nie rozstaje się z inhalatorem. Wymaga nieustannego dozoru bliskiej osoby. Ponieważ matka musiała zrezygnować z pracy, żyją bardzo skromnie z renty, alimentów i niewielkiego zasiłku pielęgnacyjnego⁵.

Poglądy na genezę astmy są różnorodne i ciągle się zmieniają, ostatnio są modyfikowane pod wpływem rozwoju pojęcia alergii i badań immunologicznych. Niektórzy badacze uważają, że jej etiologia jest wieloczynnikowa, choć sami lekarze zwracają głównie uwagę na alergeny jako czynniki środowiskowe zagrażające choremu na astmę⁶.

Astma oskrzelowa może być rozpatrywana z punktu widzenia trzech ujęć w medycynie: jako choroba somatyczna, psychosomatyczna i w ujęciu systemowym.

I. Astma jako choroba somatyczna

Podejście biomedyczne w medycynie akcentuje patologię somatyczną i nakazuje leczyć chory narząd, co oznacza w przypadku astmy, że należy usunąć objawy i dolegliwości w drogach oddechowych przez podawanie leków przeciwzapalnych, dążyć do wyeliminowania alergenu z otoczenia dziecka, zwalczać ogniska zakażenia (zapalenia zatok i migdałków), przeprowadzić leczenie odczulające, kuracje klimatyczne, dbać o wzmocnienie odporności. Wiedza o ro-

dobrze, jak jego rówieśnicy? Praktyczne porady dla rodziców, Poznań [b.r.], s. 3.

⁵ Jolanta Gromadzka-Anzelewicz, *Pomóżmy im wyjechać. Wakacje alergików*, „Dziennik Bałtycki”, 19.06.1998.

⁶ Katarzyna Schier, *Geneza i formy leczenia astmy oskrzelowej: perspektywa psychoanalityczna*, „Psychoterapia” 2000, nr 1, s. 61.

dzajach alergenów jest coraz powszechniejsza dzięki popularyzacji informacji na ten temat. Najczęściej dzieli się je na pokarmowe, oddechowe, kontaktowe, lekowe i wewnętrzne.

Jak podkreśla Katarzyna Schier, w Polsce w odniesieniu do astmy dziecięcej dominuje wśród lekarzy podejście somatyczne⁷. Odzwierciedla ono także podejście do leczenia tych dzieci w szpitalach alergologicznych i sanatoriach.

Miejsce i zadania muzykoterapii dziecięcej w sanatorium lub szpitalu alergologicznym

Dla dzieci astmatycznych zalecana jest systematyczna gimnastyka lecznicza, która zmierza do poprawy kondycji fizycznej i psychicznej ciężko chorych dzieci oraz korekty już powstałych zniekształceń klatki piersiowej i kręgosłupa. Jestem przekonana, że szereg ćwiczeń grupowych może być zaplanowanych przez kinezyterapeutę przy współpracy z muzykoterapeutą, który nie tylko dobierze odpowiednie tło muzyczne do ćwiczeń ruchowych i oddechowych, ale zaprojektuje zabawy słuchowo-ruchowo-muzyczne realizujące równocześnie zadania rozwojowe i rehabilitacyjne. W tym przypadku szczególnie ważne są ćwiczenia muzyczno-twórcze.

Gimnastyka lecznicza dla dzieci astmatycznych obejmuje:

1. ćwiczenia rozluźniające — celem zmniejszenia napięcia mięśni i uzyskania pełnej ruchomości klatki piersiowej;
2. ćwiczenia oddechowe — celem wzmocnienia mięśni oddechowych, głównie przepony, mięśni międzyżebrowych zewnętrznych i brzusznych;
3. ćwiczenia ogólne wzmacniające — dotyczą zwiększenia sprawności całego organizmu, zwłaszcza mięśni tułowia i kończyn;
4. ćwiczenia korekcyjne — są to ćwiczenia poprawiające postawę, likwidujące już powstałe zniekształcenia klatki piersiowej i kręgosłupa⁸.

⁷ Katarzyna Schier, *Bez tchu i bez słowa...*, op. cit., s. 51.

⁸ Andrzej Korsak, Tadeusz Gieysztor, *Nie dajmy się astmie*, Warszawa 1971.

Do grupy ćwiczeń rozluźniających dodałabym wszystkie znane typy ćwiczeń i treningów relaksacyjnych, które mają bogatą literaturę i przykłady, m.in. według Henry'ego Wintreberta⁹, Barbary Kai¹⁰, Anny Polender¹¹, Kingi Lewandowskiej¹².

Swobodne poruszanie się do improwizowanych motywów rytmicznych to ćwiczenie angażujące wyobraźnię ruchową. Jedno z dzieci na dowolnie wybranym instrumencie perkusyjnym improwizuje zmienne motywy rytmiczno-dynamiczne. Na przykład gra raz głośniej, raz ciszej, a raz bardzo cicho, ilustrując szum wiatru, trzepotanie chusty na wietrze, szarpanie się poluzowanego żagla, unoszenie się morskiej fali. Pozostałe dzieci, w pozycji siedzącej lub stojącej, reagują gestami rąk uniesionymi do góry, ilustrując to, co słyszą. Swobodnie i luźno unoszą ramiona do góry i opuszczają na dół, przechylają głowę i szyję, raz w jedną, raz w drugą stronę. Dźwięki instrumentu mogą uruchamiać wyobraźnię ruchową, jeśli ćwiczenia te będą wykonywane przez dzieci z zamkniętymi oczami.

Muzyczno-gimnastyczny alfabet to szereg ćwiczeń muzyczno-ruchowych, które mogą służyć podniesieniu sprawności i koordynacji ruchowej dzieci, doskonaleniu orientacji kierunkowej, rozwojowi wyobraźni słuchowej. Proponujemy dzieciom, aby do tła muzycznego — przy pomocy ruchów całego ciała — przedstawiły w przestrzeni lub na płaszczyźnie poznane litery alfabetu. Na początku sam prowadzący może zademonstrować kilka przykładów, potem dzieci tworzą poszczególne litery wykorzystując swoją sylwetkę, a następnie grupy 4–6-osobowe opracowują wyrazy cztero- lub sześcioliterowe do odgadnięcia przez pozostałych uczestników. Do charakterystyki liter wykorzystuje się też części własnego ciała. Można również wykorzystywać dodatkowe rekwizyty zabawowe, sprzęty i instrumenty muzyczne znajdujące się w najbliższym otoczeniu, a także ilustrować kształty liter, wyrazów, figur poprzez struktury rytmiczne i melodyczne. Ćwiczenia powyższe pochodzą z repertuaru znanych zabaw, a także z książki autorki węgierskiej Rozsy Demeter¹³ oraz Ireny Styczek¹⁴.

⁹ Jadwiga Markiewicz, *Metoda relaksacji według H. Wintreberta*, „Zdrowie Psychiczne” 1967, t. VIII/1, s. 42–47.

¹⁰ Barbara Kaja, *Zarys terapii dziecka*, Bydgoszcz 1995, s. 43–54.

¹¹ Anna Polender, *Zastosowanie treningu autogennego do dzieci w wieku przedszkolnym i dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu umiarkowanym*, Warszawa 1980.

¹² Kinga Lewandowska, *Muzykoterapia dziecięca*, Gdańsk 2007, s. 74–76.

¹³ Rozsa Demeter, *Wesołe ćwiczenia: gimnastykujemy się z naszymi dziećmi*, Warszawa 1973, s. 2–4.

¹⁴ Irena Styczek, *Zarys logopedii*, Warszawa 1970, s. 171.

Ćwiczenia oddechowe mogą być dopasowane do tła muzycznego odtwarzanego z nagrania lub do uderzeń w sztabki metalowe. Cykl ćwiczeń ruchowych zazwyczaj poprzedzają ćwiczenia oddechowe w pozycji leżącej, a świadomie pogłębiony i rytmiczny oddech może być wykorzystany podczas chodzenia i biegów. Ćwiczenia mogą być przeprowadzone na świeżym powietrzu lub w pomieszczeniu przy otwartym oknie, jednak nie dopuszczając do przewiania czy oziębienia uczestników terapii.

Prawidłowe oddychanie jest podstawą dobrej wymowy. Umiejętność oddychania typem brzuszny jest korzystna w wypadkach wad wymowy i ekspresji krzyku. Ćwiczenia powinno się wykonywać systematycznie raz lub dwa razy w ciągu dnia po 5 minut. Długość wydechu zwiększa się stopniowo do 5–8–10 sekund i dłużej. Oddychania brzuszno-przeponowego najłatwiej nauczyć się w pozycji leżącej. Ruchy brzucha i klatki piersiowej można kontrolować trzymając położoną rękę na brzuchu. Przydatna jest też obserwacja falistych ruchów górnej i dolnej części klatki piersiowej w czasie spokojnego oddychania. Można ją przeprowadzić zarówno u siebie, jak i u drugiej osoby, np. u instruktora. Jedna ręka powinna spoczywać na brzuchu, a druga — na klatce piersiowej.

Ćwiczenia oddechowe w pozycji stojącej można łączyć z ruchami rąk i tułowia, dzięki czemu pogłębia się oddychanie, zwiększa się pojemność płuc i wszystkie ich partie biorą udział w czynności oddychania.

- Zabawy ruchowo-oddechowe z unoszeniem ramion przodem, bokiem, skłony w przód, w bok:

— *zrywanie owoców*: dzieci stoją wyprostowane, unoszą ramiona wysoko do góry, jakby sięgając po owoc zawieszony wysoko na gałązce drzewa, i równocześnie wykonują głęboki wdech. Następnie pochylają się swobodnie do przodu uginając kolana i głośno wydmuchując powietrze z płuc. Głowa i ręce są zwieszane.

— *rozciągająca się harmonia*

Dzieci stoją w rozkroku, ręce na biodrach, wdech, wydech. Wykonują skłon w lewo i głęboki wdech, powrót do pionu i głośno wydychają powietrze. Następnie wykonują skłon w prawą stronę, rozciągając harmonię i wciągając powietrze. Wyprostowując się, znów głośno wydychają powietrze.

— *naśladowanie drwala*

Dzieci stojąc w rozkroku unoszą splecione ręce wysoko nad głową równocześnie wciągają powietrze. Opuszczają ręce, jakby rąbiąc siekierą kłoc drewna i głośno wydmuchują powietrze.

— *ruch skrzydeł wiatraka*

Dzieci stoją wyprostowane, wykonują wdech z jednoczesnym szybkim wzniesieniem rąk bokiem w górę, a następnie wolno opuszczają ręce aż do ich skrzyżowania przed sobą i stopniowo wypuszczają powietrze.

- Ćwiczenia oddechowe w pozycji siedzącej:

— *podziwianie pięknego nieba i pokłon w stronę słońca*

Dzieci siedzą ze skrzyżowanymi nogami, ręce kładą na karku, głowę odchylają ku tyłowi, wzrok unoszą do góry i wciągają głęboki wdech uwypuklając klatkę piersiową. Następnie pochylają się do przodu wykonując pokłon i wydmuchując powietrze z płuc.

— *harmonia w pozycji siedzącej*

Siad skrzyżny, ręce na karku, skłon w lewo, dzieci rozciągają prawą stronę tułowia i wykonują głęboki wdech. Wyprostowują się i głośno wydmuchują powietrze z klatki piersiowej. Skłon w prawo i głęboki wdech, następnie wyprost i wydech.

— *gruby i chudy*

Siedzimy na piętach, wciągamy powietrze starając się wypinać brzuch do przodu, policzki napęlamy powietrzem — wyglądamy jak grubasy. Wypuszczamy powietrze i równocześnie wciągamy brzuch starając się, żeby był płaski jak deska i przyklejony do kręgosłupa. Kręgosłup robi się łukowaty jak u chudej, pochylonej osoby.

— *ćwiczenie oddechowe w parach*

Dzieci dobierają się w pary, siadają na dywanie tyłem do siebie stykając się plecami. Pierwsze 3 oddechy wykonują każde we własnym tempie. Stopniowo zaczynają odczuwać rytm oddechu swojego towarzysza i powinny zharmonizować rytm swoich oddechów. Ćwiczenie to lepiej wykonuje się przy zamkniętych oczach.

- Zabawy oddechowe połączone z dmuchaniem:

zabawy naśladowcze głosów zwierząt, maszyn, urządzeń, a także z onomatopiejami; zabawy muzyczne i wokalne.

- Tworzenie własnej partytury na głosy i instrumenty oraz jej wykonanie.

Dzieci tworzą własne zapisy różnych czynności oddechowych i okrzyków przy pomocy umownych symboli rysunkowych, potem je wykonują głosem lub na instrumentach. Równomierność siły wydechu można ćwiczyć wymawiając

np. głoskę „s” lub „f”, imitując głosem różne cechy akustyczne przedmiotów i zdarzeń (turkot pociągu, pracę maszyny, syk węża, szum wody). Długie głoski „ssss” czy „ffff” mogą być wymawiane w sposób ciągły z jednakowo nasiloną głośnością lub jak najciszej, bądź raz głośniej a raz ciszej. Mogą być także wymawiane wielokrotnie, z rytmicznymi przerwami, bez dobierania oddechu.

Wydmuchiwane ustami powietrze można kierować na falujące w powietrzu drobne przedmioty, np. płomień zapalanej świeczki, wąski pasek papieru trzymany tuż przed ustami. Dzieci powinny obserwować wszelkie odchylenia płomienia czy paska papieru i starać się, aby były one przez cały czas jednakowe, co jest dodatkowo ćwiczeniem koncentracji uwagi.

W grupie dziecięcej można urządzić zawody w dmuchaniu na lekkie przedmioty poruszające się po stole np. kłębek waty, nasiona klonu, piórko czy piłeczki pingpongowe posuwane podmuchem powietrza.

- Ćwiczenia oddechowe powiązane z zabawą wodą i parą oraz zharmonizowane z muzyką.

Dzieci bardzo lubią dmuchać bańki mydlane przez rurkę i utrzymywać je długo w powietrzu, chuchać parą z ust na zamrożoną szybę czy lustro. Inne ćwiczenia to posuwanie papierowych łódeczek po tafli wody, wydmuchiwanie ustami powietrza pod powierzchnią wody.

- Zabawy przy użyciu zabawek i instrumentów dętych.

Dzieciom astmatycznym zaleca się gwizdanie, a także grę na instrumentach dętych, na flecie, piszczałce, grzebieniu, okarynie, harmonijce ustnej.

- Chór bez dyrygenta — ćwiczenia oddechowe i emisyjne.

Podczas zajęć grupowych poleca się, aby każde z dzieci wybrało sobie w wyobraźni jakiś pojedynczy dźwięk i go zaintonowało — może to być też rodzaj mruczenia, syczenia, kłaskania, może być dźwięk trzymany długo lub powtarzany wiele razy, jeśli jest krótki. Na umowny gest wszystkie dzieci intonują swoje dźwięki i utrzymują ich brzmienie przez dłuższą chwilę dobierając nowy oddech, kiedy potrzeba. Gdy oswoją się z nową sytuacją, zaczynają wsłuchiwać się w tło złożone z dźwięków pozostałych osób. Mogą przemieszczać się w sali, zbliżać do osób nucących swój dźwięk i wsłuchiwać się w harmonię dźwięków.

- Zabawy rytmiczne — inicjowanie prostego motywu rytmicznego grane- go przez różne grupy instrumentów i jego naśladowanie, przekształcanie i wzbo- gacanie. Celem jest rozwój koncentracji uwagi słuchowej, dyscyplina ruchowa, udział w działaniu grupowym, rozluźnienie psychiczne.

II. Astma jako choroba psychosomatyczna

Drugie ujęcie etiologii chorób reprezentuje medycyna psychosomatyczna — uwzględnia w genezie choroby oprócz czynników fizykochemicznych także czynniki psychologiczne i społeczne, które wpływają na stan pacjenta i dopro- wadzają do zmian morfologicznych lub fizjologicznych w tkance słabego na- rządu. Ujęcie to — jako podejście holistyczne — można nazwać biopsychos- społecznym.

III. Astma w ujęciu systemowym

Pełne ujęcie systemowe ujmuje objawy chorobowe u pacjenta w powiązaniu z najbliższym otoczeniem chorego, przede wszystkim w związku z relacjami między członkami rodziny. W tym przypadku działania lecznicze obejmują, oprócz samych dolegliwości i zmian fizycznych u pacjenta, całokształt jego sytuacji psychologicznej, tzw. interwencję systemową¹⁵. Najczęściej spotykane choroby psychosomatyczne to właśnie astma oskrzelowa, a także np. nadciśnienie samoistne, owrzodzenie dwunastnicy i anoreksja.

Zachodzi związek między negatywnymi doświadczeniami emocjonalnymi dziecka astmatycznego a funkcjonowaniem jego układu oddechowego. Uważa się, że u chorych na astmę praktycznie zawsze spotyka się obok nadwrażliwości oskrzelowej także nadwrażliwość psychiczną. Czynniki psychologiczne są niespecyficzne i oddziałują zazwyczaj przez dłuższy czas — mogą to być lęki egzystencjalne i konflikty emocjonalne¹⁶.

W badaniach zapoczątkowanych przez psychoanalityka, pioniera medycyny psychosomatycznej, Franza Alexandra, próbowano rozstrzygnąć spór na temat tego, czy istnieje odrębna „osobowość psychosomatyczna”¹⁷. Lekarze często

¹⁵ Przemysław Budzyna-Dawidowski, Bogdan de Barbaro, Mariusz Furgał, *Podejście syste- mowe w diagnozie i leczeniu chorób psychosomatycznych. I. Systemowe rozumienie chorób psy- chosomatycznych*, „Psychoterapia” 2000, nr 3, s. 42.

¹⁶ Za: Katarzyna Schier, *Geneza i formy leczenia...*, op. cit., s. 62.

¹⁷ Por. Franz Alexander, *Psychosomatic medicine. Its Principles and Applications*, London 1952.

charakteryzują pacjentów astmatycznych jako niecierpliwych, egocentrycznych i roszczeniowych. W chwili obecnej można stwierdzić jedynie, że w tej grupie chorych możemy spotkać wszelkie rodzaje zaburzeń psychicznych — od nerwic, przez stany *borderline*, po psychozy włącznie. Wiemy, że niektóre silne przeżycia psychiczne powiązane są z funkcjonowaniem dróg oddechowych, co odzwierciedla język potoczny, gdy np. mówimy, że ktoś ze strachu wstrzymał oddech, kogoś „zatkało” z wrażenia, ktoś głęboko westchnął i rozplakał się rzewnie¹⁸. W ostatnich latach wykazano też, że pewne stany psychiczne, m.in. pesymizm, bezradność, poczucie beznadziejności, depresja, mają niekorzystny wpływ na system immunologiczny i mogą zwiększać podatność na zachorowanie.

Według badaczy ze szkoły francuskiej osoby z dolegliwościami psychosomatycznymi charakteryzuje szczególny, to znaczy konkretny, pragmatyczny, tzw. operacyjny sposób myślenia oraz pozbawiony emocji sposób przeżywania zdarzeń¹⁹.

W badaniach podjętych w Stanach Zjednoczonych opisano występujące wśród ludzi chorych psychosomatycznie zjawisko aleksytymii, polegające na braku zdolności do opisu własnych emocji, gdzie zaburzona jest też ekspresja emocji — werbalna i niewerbalna. Trudności tych osób polegają na tym, że nie są one świadome swych uczuć albo nie potrafią odróżnić stanów emocjonalnych, np. lęku od depresji czy też pobudzenia od zmęczenia²⁰.

Katarzyna Schier podaje, że w badaniach warszawskich w latach 2001–2005 stwierdziła wyższy poziom aleksytymii u osób chorych na astmę, co oznacza, że w porównaniu do osób zdrowych mają one mniejszy subiektywny kontakt ze swoimi emocjami oraz częściej występują u nich emocje negatywne²¹.

Zofia Lohn badała młodych adolescentów, pacjentów Kliniki Astmy w Rabce²². Badani odpowiadali na zestaw ankietowych pytań, które dotyczyły przeżyć związanych z chorobą i leczeniem, przeprowadzono też wywiady

¹⁸ Zob. Katarzyna Schier, *Geneza i formy leczenia ...* op. cit.

¹⁹ Ibidem, s. 64.

²⁰ Cytuję za: Katarzyna Schier, *Geneza i formy leczenia ...*, passim. Badania prowadzili: Graeme J. Taylor, James D. Parker, *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*, Cambridge, 1999.

²¹ Za: Katarzyna Schier, *Bez tchu i bez słowa...*, op. cit., ss. 190, 201, 205.

²² Zob. Zofia Lohn, Tadeusz Ostrowski, Janina Wyczesany, *Przeżywanie sytuacji zdrowotnych przez dzieci chore na astmę i alergię i ich rodziców*, w: *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec zagrożenia i wyzwań cywilizacyjnych współczesnego świata*, Łódź 1996.

z ich rodzicami. Chore dzieci wyrażały krytyczny stosunek do własnego ciała np. w związku z otyłością, niskim wzrostem, brakiem sprawności fizycznej. Były świadome trudności dotyczących wyboru zawodu, ograniczeń spowodowanych chorobą, obaw w zakresie planowania życia rodzinnego. Wypowiedzi ujawniły silne emocje i lęki przed atakami, przed częstym pobytom w szpitalu, złą atmosferą w rodzinie. U niektórych osób najsilniejsze było uczucie osamotnienia. Miały też poczucie, że nie mogą pomagać w pracach porządkowych w domu, a także, że są odbierane jako „inne” wśród kolegów szkolnych. U ankietowanych rodziców stwierdzono słabą umiejętność obserwacji własnego dziecka w sferze jego przeżyć (tego, czym naprawdę ono żyje) oraz małą efektywność komunikacji dotyczącą spraw emocjonalnych.

Badania Władysławy Pileckiej pokazały, że dzieci chore na astmę w pisanym przez siebie autocharakterystykach są, w większym stopniu niż dzieci zdrowe, skłonne do autorefleksji i autoanalizy²³. Być może, prowokowane częściej do odpowiednich zadań pisemnych, mogłyby uwolnić się od złych myśli, lęku trudnego do zniesienia i negatywnych emocji. Sądzę, że ta okoliczność przemawia za stwarzaniem okazji do terapeutycznego wypowiedzania się na różne symboliczne tematy w improwizowanej, swobodnej grze na instrumentach muzycznych.

Postawy rodziców wobec dziecka astmatycznego

Badania Melitty Sperling pokazują, że dzieci astmatyczne częściej niż dzieci zdrowe nie doświadczają empatii ze strony matki, co powoduje w efekcie, że częściej czują się samotne²⁴. Opieka rodzicielska jest w danej sytuacji albo niewłaściwa albo nieadekwatna. W okresie choroby matka przejawia postawę nadopiekuńczą, co uniemożliwia dziecku rozwój autonomii i zainteresowań poza terenem domu. Natomiast w okresie zdrowia komunikacja matek jest jednostronna, z tendencją do dominowania, narzucania dziecku własnego zdania, a także skierowana przeciwko dziecku — czyli brak jest podejścia uwzględniającego partnerstwo obu stron, brak komplementarności ról.

Dzieci z astmą mają postawione przez rodziców znaczne, często nierealne oczekiwania, co czyni je zależnymi od pragnień swoich najbliższych opiekunów.

²³ Władysława Pilecka, *Dynamika rozwoju psychicznego dzieci chorych na astmę i mukowiscydozę*, Kraków 1990, s. 271.

²⁴ Melitta Sperling, *Psychosomatic Disorders in Childhood*, New York-London 1978. Podaję za: Katarzyna Schier, *Bez tchu i bez słowa...*, op. cit., s. 56.

Przy takich postawach rodziców tworzą się u dzieci przekonania, że mają jakiś defekt psychiczny, co wpływa na ich obraz samego siebie. Dochodzić może wtedy do parentyfikacji, co oznacza swoistą zamianę ról społecznych pełnionych przez dziecko i rodziców. U chorego dziecka pojawia się „troska o innych” w miejsce zdolności do uspokojenia swoich własnych niepokoїв. Taka opiekuńczość dziecka jest niewłaściwa, patologiczna. Dziecko zamiast miłości i harmonii, której poszukuje, rekompensuje sobie tę stratę i troszczy się o rodziców w warunkach groźby porzucenia, czy to rzeczywistej, czy tylko wyobrażonej. Młode dorastające osoby chore na astmę wyrażały silny lęk przed przyszłością. Wypowiedzi takie jak: „przyszłość mnie przeraża” albo „staram się o niej nie myśleć”, „czuję, że dużo jeszcze przede mną” — można rozumieć jako unikanie konfrontacji z trudną sytuacją.

W muzykoterapii wobec chorych psychosomatycznie główne znaczenie przypisuje się improwizacji muzycznej, która, według Ole Tejchman-Mackenroth, pozwala przetworzyć wewnętrzne przeżycia i doświadczenia na brzmiące przesłanie o tym, co ważnego dla osoby wydarzyło się, co ją poruszyło, „co wybiło ją z naturalnego rytmu”²⁵.

W improwizowanych brzmieniach można znaleźć dźwięki zniszczenia, przemocy, upadku, śmierci, nowego początku. Każda samodzielna wypowiedź muzyczna powiązana z celem terapeutycznym pozwala zrozumieć, że podczas gry wzrasta wiedza o dolegliwościach i ich emocjonalnym pochodzeniu. Może zostać na nowo odkryta zdolność odczuwania, przepracowania cielesno-psychicznych konfliktów z przedwerbalnego okresu rozwoju psychiki. Wszelkie emocjonalne fakty z okresu przedwerbalnego zostają na nowo przeżyte mimo, że były wcześniej odsuwane. Teraz można spróbować o nich rozmawiać, nie muszą już być ukryte pod postacią mechanizmów obronnych, takich jak zaprzeczanie. W ekspresjach muzycznych rozpoznaje się je ukryte pod postacią harmoniczną i metrycznie poprawnej gry instrumentalnej. Improwizacje, które na początku są niewyraźne, rozmyte, z czasem przy wsparciu ze strony wrażliwego terapeuty stają się rozbudowane i są niezbędne dla ukształtowania poprawnego obrazu ciała. Rola terapeuty jest niezwykle ważna, gdyż towarzyszy on osobie w ponownym przechodzeniu wczesnych, bolesnych etapów rozwoju.

Twórcza działalność muzyczna wyzwalana u dzieci astmatycznych może spełniać leczniczą funkcję prowadząc do wyrażania własnych uczuć w nowej

²⁵ Ole Tejchman-Mackenroth, „Psychosomatik”, hasło w: *Lexikon Musiktherapie*, red. Hans-Helmut Decker-Voigt, Paolo Knill, Eckhard Weymann, Göttingen (u.a.) 1996, s. 312–315.

formie. Może też i zmniejszyć tendencję do wypierania niechcianych myśli, może wpływać na poprawę nastroju i stanu zdrowia²⁶.

Praca z rodziną pacjenta astmatycznego może obejmować muzyczną diagnozę systemu rodzinnego. Psychoanalityczne podejście do gier muzycznych w muzykoterapii może być powiązane z teorią systemową, która akcentuje zachodzące współzależności między wszystkimi członkami rodziny. Jednym z wymiarów funkcjonowania rodziny jest triangulacja czyli proces, kiedy dziecko — jako trzecia osoba — zostaje włączone w istniejące już relacje między małżonkami, np. harmonijne albo konfliktowe. W ćwiczeniu improwizacji instrumentalnej proponuje się podjęcie muzycznej rozmowy — najpierw dotyczącej samej pary małżonków, a potem następuje wejście dziecka ze swoim problemem emocjonalnym, na przykład dziecko będzie demonstrować w grze na instrumencie swoje silne emocjonalne przywiązanie do jednego z rodziców.

W interakcjach rodzinnych ważna jest intensywność reagowania, która jest silnie powiązana z podatnością na zranienie. Obserwacja przebiegu gry może informować o tym, jak poszczególne osoby reagują na siebie. Gra może pokazać aktywność procesu chorobowego, wzajemne reagowanie na siebie, pewne wzorce rodzinne, jak np. wyłączenie zajmowanie się problemem chorego dziecka pod postacią nadmiernej troski o ciepły ubiór, czyste mieszkanie, a jednocześnie brak zainteresowania jego sferą uczuć. W okresach zdrowia dziecka, ważne i przydatne jest poznawanie poprzez muzyczne opowieści, w jaki sposób rodzina wspólnie spędza wolny czas, jak wygląda udzielanie sobie pomocy, jak w okresie dorastania pokonywane zostają obawy młodego astmatyka przed utratą bliskich osób.

Muzykoterapia dostarcza zatem nie tylko możliwości diagnozowania — na podstawie gry muzycznej — sposobu przeżywania relacji dziecka z jego otoczeniem rodzinnym, ale pozwala na uwolnienie chorego dziecka od wielu wcześniej niesprecyzowanych, nękających go mglistych obaw i odczuć.

²⁶ Porównaj z propozycjami Katarzyny Schier w: eadem, *Bez tchu i bez słowa...*, op. cit., s. 209–220.