

Waleria Skiba

Techniki muzyczno-teatralne jako działania ludyczne i terapeutyczne

Studia Artystyczne nr 2, 84-90

2014

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.

Waleria Skiba
Akademia Muzyczna w Krakowie

Techniki muzyczno- -teatralne jako działania ludyczne i terapeutyczne

Istota niepełnosprawności

Definicje niepełnosprawności

„Niepełnosprawność” jest pojęciem wieloznacznym i wielopłaszczyznowym. Istnieje wiele jej definicji i klasyfikacji. Niepełnosprawność obok uszkodzenia (wymiar biologiczny, medyczny) i upośledzenia (wymiar społeczny) jest istotnym zagadnieniem w Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICIDH) opublikowanej przez Światową Organizację Zdrowia w 1980 roku.

Definicja niepełnosprawności zawarta w Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych mówi, że niepełnosprawnymi są „osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych, zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi”¹.

Natomiast Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych zawiera tę definicję: „Niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolności do wykonywania pracy zawodowej, jeśli uzyskały orzeczenie”².

W klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) wyróżniono trzy wzajemnie uwarunkowane wymiary powstawania niepełnosprawności organizmu:

- uszkodzenie narządów organizmu (*impairment*),
- niepełnosprawność biologiczna lub funkcjonalna organizmu (*disability*),
- upośledzenie, niepełnosprawność społeczna (*handicap*).

Według klasyfikacji ICIDH z 1980 roku, która przez lata stanowiła wzorzec międzynarodowy, pojęcia „uszkodzenie”, „niepełnosprawność”, „upośledzenie” zostały zdefiniowane następująco:

- uszkodzenie oznacza wszelki brak lub anormalność anatomicznej struktury narządów oraz brak lub zaburzenie funkcji psychicznych lub fizjologicznych organizmu

na skutek określonej wady wrodzonej, choroby lub urazu;

- niepełnosprawność funkcjonalna oznacza wszelkie ograniczenie lub brak, wynikający z uszkodzenia, zdolności wykonywania czynności w sposób i w zakresie uważanym za normalny dla człowieka;
- upośledzenie społeczne oznacza mniej uprzywilejowaną lub mniej korzystną sytuację danej osoby, wynikającą z uszkodzenia i niepełnosprawności funkcjonalnej, która ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie ról związanych z wiekiem jednostki, jej płcią oraz sytuacją społeczno-kulturową.

Pod koniec lat 90. XX wieku, w związku z krytyką klasyfikacji ICIDH jako zbyt medycznej, akcentującej głównie deficyty jednostki, uznano, że niepełnosprawność jest interakcją ograniczeń fizycznych lub/i psychicznych z czynnikami społecznymi i środowiskowymi. W 2001 roku sformułowano Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning Disability and Health – ICF), w której na nowo zdefiniowano pojęcie niepełnosprawności i ograniczeń związanych z udziałem jednostki w życiu społecznym. Niepełnosprawność została określona jako „wielowymiarowe zjawisko wynikające ze wzajemnych oddziaływań pomiędzy ludźmi a ich fizycznym i społecznym otoczeniem”³. Według nowej wersji klasyfikacji (ICF) „niepełnosprawność” (*disability*) określa trudności w zakresie działania oraz wypełniania ról, natomiast „upośledzenie” (*handicap*) lub „niepełnosprawność społeczna” odnosi się do ograniczeń uczestnictwa w życiu społeczeństwa i trudności w integracji społecznej. Do pojęcia niepełnosprawności wprowadzono także „czynniki wpływające” (środowiskowe i indywidualne), które mogą ułatwiać lub utrudniać funkcjonowanie osób niepełnosprawnych.

Kolejna definicja niepełnosprawności opiera się na biopsychospołecznej koncepcji⁴, zakładającej, że człowiek jest istotą biologiczną, ale również osobą wykonującą określone czynności i zadania życiowe oraz członkiem określonej grupy społecznej. Tak więc niepełnosprawność nie jest tylko właściwością osoby, lecz zespołem warunków środowiska społecznego i fizycznego, które powodują trudności i ograniczenia osoby niepełnosprawnej. Biopsychospołeczna koncepcja niepełnosprawności wskazuje wyraźnie na ograniczenie działania indywidualnego i uczestnictwa w życiu społecznym jako istotę niepełnosprawności, dając podstawę do odpowiednich interwencji w kierunku zmniejszenia tych ograniczeń.

Klasyfikacja niepełnosprawności

Niepełnosprawność można klasyfikować na różne sposoby, mając na uwadze różne kryteria.

Ze względu na stopień niezdolności do pracy wyróżnia się niepełnosprawność w:

- stopniu lekkim (osoby nią dotknięte nie wymagają pomocy innej osoby przy pełnieniu ról społecznych i zawodowych),
- stopniu umiarkowanym (osoby z tą niepełnosprawnością są zdolne do wykonywania pracy na stanowisku odpowiednio przystosowanym do ich potrzeb),
- stopniu znacznym (osoby z tym stopniem niepełnosprawności nie są w ogóle zdolne do pracy, czasami znajdują zatrudnienie w zakładach pracy chronionej lub podlegają aktywizacji zawodowo-społecznej; wymagają one stałej opieki i pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji).

W klasyfikacji na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym wyróżnia się:

- całkowitą niezdolność do pracy,
- częściową niezdolność do pracy.

Stosując kryterium spisowe⁵, wyróżnia się:

- osoby niepełnosprawne prawnie (mające prawne potwierdzenie niepełnosprawności w formie orzeczenia),
- osoby niepełnosprawne biologicznie (w wyniku choroby lub kalectwa subiektywnie odczuwają całkowite lub częściowe ograniczenie wykluczające je z życia społecznego):
 - osoby niepełnosprawne prawnie i biologicznie,
 - osoby niepełnosprawne tylko biologicznie.

Ze względu na rodzaj niepełnosprawności wyodrębnia się:

- niepełnosprawność sensoryczną (osoby głuche lub słabosłyszące oraz niewidome i słabowidzące),
- niepełnosprawność fizyczną i psychiczną (osoby o dysfunkcjach motorycznych, czyli o uszkodzeniach narządu ruchu, oraz osoby niepełnosprawne intelektualnie i chore psychicznie).

Ze względu na czas stania się niepełnosprawnym

wyróżnia się:

- niepełnosprawność od urodzenia,
- niepełnosprawność nabytą w ciągu życia.

Definicja niepełnosprawności intelektualnej

Według definicji WHO niepełnosprawność intelektualna to „istotne obniżenie ogólnego poziomu funkcjonowania intelektualnego oraz trudności w zachowaniu przystosowawczym, występujące przed 18. rokiem życia, gdzie znane są przypadki nieuleczalne”⁶.

Powszechnie uznawana i stosowana jest w Polsce definicja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM – IV). Według DSM – IV

„zasadniczą cechą upośledzenia umysłowego jest znacząco niższy poziom ogólnego funkcjonowania intelektualnego, któremu towarzyszą: obniżenie funkcjonowania przystosowawczego związanego z co najmniej dwoma obszarami zdolności: komunikacja, troska o siebie, życie w domu, zdolność nawiązywania kontaktów interpersonalnych na płaszczyźnie społecznej, kierowanie sobą, zdolność uczenia się i pracy, czas wolny, zdrowie oraz bezpieczeństwo. Ujawnia się przed ukończeniem 18. roku życia”⁷.

Najnowsza ogólnie przyjęta i stosowana w Polsce od 1997 roku definicja upośledzenia umysłowego zawarta jest w Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń (ICD – 10): „upośledzenie ujmowane jest jako zahamowanie lub niepełny rozwój umysłowy, wyrażający się przede wszystkim w upośledzeniu umiejętności, które ujawniają się w okresie rozwojowym i stanowią o ogólnym poziomie inteligencji, tzn. zdolności poznawczych, mowy, motorycznych i umiejętności społecznych. Może występować samodzielnie lub z innymi zaburzeniami psychicznymi i fizycznymi”⁸.

Klasyfikacja niepełnosprawności intelektualnej

Do najczęściej stosowanych kryteriów wpływających na różnorodność klasyfikacji jednostek niepełnosprawnych intelektualnie należą kryteria: pedagogiczne, psychologiczne, medyczne, ewolucyjne oraz społeczne.

W najnowszych klasyfikacjach niepełnosprawności intelektualnej (DSM – IV z 1994 roku oraz ICD – 10 z 1997 roku) uwzględniających wysokość ilorazu inteligencji wyróżnia się cztery stopnie niepełnosprawności umysłowej:

- upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim
 - według ICD – 10 II poziom 50–69
 - według DSM – IV IQ poziom 50–55 do ok. 70
- upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym
 - według ICD – 10 II poziom 35–49
 - według DSM – IV IQ poziom 35–40 do 50–55
- upośledzenie umysłowe w stopniu znacznym
 - według ICD – 10 II poziom 20–34
 - według DSM – IV IQ poziom 20–25 do 35–40
- upośledzenie umysłowe w stopniu głębokim
 - według ICD – 10 II poziom poniżej 20
 - według DSM – IV IQ poziom 20–25⁹.

Istnieją również podziały niepełnosprawności intelektualnej uwzględniające np. etiologię niepełnosprawności, czynniki osobowościowo-społeczne lub typy układu nerwowego. Obecnie odchodzi się od sztywnego podziału niepełnosprawności ze względu na stopień niepełnosprawności, przyjmując jedynie kryterium poznawcze. Diagnozowanie niepełnosprawności intelektualnej jest

sprawą niezwykle trudną, ale bardzo ważną z uwagi na potrzebę podjęcia wczesnej i właściwej interwencji terapeutycznej i edukacyjnej.

Instytucje pomocy społecznej

W Polsce instytucjami uwzględnionymi w systemie pomocy społecznej są ośrodki pomocy społecznej, do których należą:

- Regionalny Ośrodek Pomocy Społecznej (ROPS) – celem jego działania jest realizacja zadań samorządu danego województwa w zakresie polityki społecznej, a w szczególności pomocy społecznej, przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu, przeciwdziałania przemocy, w zakresie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, wspierania rodziny i pieczy zastępczej, a także zadań powierzonych na podstawie przepisów, porozumień i umów,
 - Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR),
 - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej (MOPS),
 - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej (GOPS).
- Ośrodki te realizują zadania z zakresu pomocy społecznej zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz.U. 2004, nr 64, poz. 593) oraz zadania wynikające z Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997, nr 123, poz. 776 z późn. zm.)¹⁰.
- Domy Pomocy Społecznej – podstawowym celem działalności DPS-u jest zaspokojenie potrzeb opiekuńczych, bytowych, społecznych, zdrowotnych i religijnych w sposób i w stopniu umożliwiającym godne życie osobie niepełnosprawnej.
 - Ośrodki Wsparcia – ich celem jest kompleksowa rehabilitacja osób niepełnosprawnych. Służą one utrzymaniu osoby niepełnosprawnej w jej naturalnym środowisku. Zalicza się do nich Środowiskowe Domy Samopomocy i Kluby Samopomocy.
 - Środowiskowe Domy Samopomocy – realizują wiele zadań niezbędnych w powrocie osób niepełnosprawnych do życia w społeczeństwie.
 - Mieszkania chronione.

Jedną z wielu instytucji zajmujących się pomocą społeczną, choć nieuwzględnioną w „systemie pomocy społecznej” z uwagi na inne źródło finansowania, jest Warsztat Terapii Zajęciowej (lub Warsztaty Terapii Zajęciowej). WTZ jest wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo placówką stwarzającą osobom niepełnosprawnym niezdolnym do podjęcia pracy możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia¹¹.

Propozycje działań terapeutycznych dla osób niepełnosprawnych

Słowo „terapia” wywodzi się z greckich słów *therapeutikós* – ‘lecniczy’ i *therapeía* – ‘opieka’ (*therapeuín* – ‘troszczyć się, czcić, leczyć’, od *théraps* – ‘obsługujący’)¹². Tak więc terapia jest oddziaływaniem na człowieka (w sferze fizycznej i psychicznej) bez użycia środków farmakologicznych czy chirurgicznych. Jest procesem zaplanowanym, obejmującym różne płaszczyzny działania terapeuty, nakierowanym na jednostki z różnorodnymi zaburzeniami.

Spośród wielu propozycji działań terapeutycznych wspomagających rehabilitację osób niepełnosprawnych wymienić należy m.in.:

- Psychoterapię¹³ – leczenie zaburzeń psychicznych i emocjonalnych oraz chorób psychosomatycznych środkami psychologicznymi, bez użycia leków; leczenie polegające na oddziaływaniu na psychikę pacjenta przez osobę psychoterapeuty.
- Fizjoterapię – leczenie polegające na stymulowaniu organizmu bodźcami fizycznymi, zarówno naturalnymi, jak i sztucznie wytworzonymi. Celem fizjoterapii jest zapobieganie postępowi i nawrotom choroby, usuwanie różnych dolegliwości i przywracanie sprawności fizycznej. Wyróżniamy następujące działy fizjoterapii: balneoterapię, klimatoterapię, hydroterapię, kinezyterapię, terapię manualną, masaż leczniczy, fizykoterapię, ergoterapię.
- Sylwoterapię (drzewoterapię) – próba pobudzenia organizmu do samoleczenia przez przebywanie w obecności drzew i krzewów.
- Hortiterapię (ogrodoterapię) – leczenie za pomocą ogrodów. W hortiterapii wykorzystuje się pracę fizyczną w terapii osobowości i resocjalizacji. W Polsce hortiterapia nie jest oficjalnie uznaną przez ośrodki medyczne formą terapii i rehabilitacji, chociaż zajęcia ogrodnicze włączane są do programów ośrodków dysponujących zapleczem ogrodniczym, takich jak DPS-y, szpitale psychiatryczne, ośrodki odwykowe czy WTZ-y.
- Zooterapię (animaloterapię) – terapia przez kontakt ze zwierzęciem. Do animaloterapii zalicza się m.in.: hipoterapię (kontakt z koniem), dogoterapię (kontakt z psem), felinoterapię (kontakt z kotem), onoterapię (kontakt z osłem lub/i mułem), delfinoterapię (kontakt z delfinem) – z badań naukowych wynika, że ćwiczenia z delfinami nie tylko poprawiają sprawność fizyczną, lecz także kondycję psychiczną człowieka. Dzieje się tak dzięki ultradźwiękom kierowanym przez delfiny do organizmu człowieka. Pobudzają one m.in. wydzielanie endorfin – hormonów szczęścia odpowiedzialnych za poprawę samopoczucia psychicznego oraz zmniejszających odczuwanie bólu.

- Arteterapię (łac. *arte* – ‘sztuka’, gr. *therapeía* – ‘opieka, leczenie’).

Do arteterapii (w szerokim tego słowa znaczeniu) należą:

- estezjoterapia będąca zastosowaniem sztuk plastycznych: rysunku, malarstwa, rzeźby, w terapii chorych psychicznie¹⁴. Jej celem jest pomoc w likwidacji napięcia, w odreagowaniu negatywnych emocji, doświadczeń, dotarcie głębiej do światu myśli, pragnień,
- plastykoterapia wykorzystująca wszelkiego rodzaju techniki plastyczne w terapii,
- biblioterapia¹⁵ – terapia przez głośne czytanie, słuchanie fragmentów lub całości książki, wybranego tekstu poezji oraz dyskusję na poruszane w literaturze tematy. Celem biblioterapii jest wykorzystanie książek i czasopism dla regulacji systemu nerwowego i psychiki człowieka. Przykładem tego typu terapii jest bajkoterapia¹⁶, której celem jest obniżenie lęku, dowartościowanie, budowanie pozytywnych emocji, przekazywanie odpowiedniej wiedzy o sytuacji lękowej i wskazanie sposobów radzenia sobie z nią¹⁷,
- filmoterapia – forma terapii wykorzystująca jako narzędzie projekcję filmu wraz z dyskusją po seansie oraz sam fakt tworzenia dzieła, jakim jest film. Celem filmoterapii jest kształtowanie inteligencji emocjonalnej, dążenie do estetycznego wychowania jednostki poprzez kontakt ze słowem i obrazem,
- teatroterapia, czyli terapia przez sztukę teatralną. Celem teatroterapii jest wychowanie przez teatr, wzbogacanie osobowości, zdobywanie samowiedzy, rozwijanie wyobraźni, poczucia sprawstwa, pomoc w uwolnieniu się od wspomnień oraz niepokojów, lepsze zrozumienie siebie, uwalnianie ekspresji silnych emocji, pogłębienie odczuć emocjonalnych oraz rozwoju osobowości, pobudzenie otwartej postawy wobec społeczeństwa. Przykładami teatroterapii są: pantomima, drama, psychodrama,
- choreoterapia – wykorzystująca w działaniach terapeutycznych ruch, improwizacje ruchowe, taniec. Celem choreoterapii jest dotarcie do uczuć, doświadczeń, schematów, które z różnych przyczyn nie są i/lub nie mogą być zwerbalizowane; kształtowanie świadomości i usprawnianie własnego ciała, uświadamianie istnienia przestrzeni oraz dzielenia jej z innymi, nauka współpracy, intensyfikacja procesów grupowych,
- muzykoterapia (łac. *musica*, gr. *mousike* – ‘sztuka, zwłaszcza śpiewu i gry na instrumentach’, gr. *therapeía* – ‘opieka, leczenie’).

Definicja muzykoterapii według twórcy polskiej muzykoterapii Tadeusza Natanson¹⁸ mówi, że jest ona „jednym spośród działań zmierzających

w kierunku rehumanizacji współczesnego życia przez wielostronne wykorzystanie wielorakich walorów substancji muzycznej w celu ochrony i przywracania ludzkiego zdrowia oraz w celu korzystnego wpływania na współkształtowanie zarówno środowiska, w którym człowiek żyje i działa, jak i panujące w nim stosunki międzyludzkie”¹⁹.

Współcześnie obowiązująca w Polsce, a wprowadzona w 1993 roku przez Światową Federację Muzykoterapii, definicja muzykoterapii brzmi następująco:

„Muzykoterapia jest wykorzystaniem muzyki i/lub jej elementów (dźwięk, rytm, melodia, 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, aby mogła ona osiągnąć lepszą integrację intra- i interpersonalną a w konsekwencji lepszą jakość życia”²⁰.

Nie istnieje jednolita klasyfikacja metod i technik muzykoterapeutycznych. Według K. Stachyry²¹ współcześnie na świecie funkcjonuje kilka głównych modeli muzykoterapii:

- model muzykoterapii behawioralnej,
- model muzykoterapii zorientowanej analitycznie,
- model muzykoterapii P. Nordoffa i C. Robbinsa²² – muzykoterapia kreatywna²³/kreatywna,
- model muzykoterapii improwizacyjnej,
- model Wizualizacji Kierowanej z Muzyką (Guided Imagery and Music).

Do metod/technik muzykoterapeutycznych zalicza się:

- metody odreagowująco-wyobrażeniowe – wykorzystujące metodę katatymicznych wyobrażeń według H. Leunera oraz muzyczny dramat symboliczny według K. Nerenza. Muzyka traktowana jest tu jako środek katalizujący i intensyfikujący proces wyobrażeniowy oraz wyzwalaający proces projekcji;
- metody aktywizujące emocjonalnie – zachodzące na drodze wyobrażeń i skojarzeń pozamuzycznych przy udziale wartości emocjonalnych samej muzyki;
- metody wizualizacyjne;
- metody treningowe – wykorzystujące m.in.: trening autogeny według H. Schultza, trening relaksacyjny według E. Jacobsona, muzykoterapię regulatywną według Ch. Schwabego. Metody te często stosowane są w terapii behawioralnej;
- metody relaksacyjne – stosowane w różnych dziedzinach medycyny, np.: w psychosomatyce, gdzie muzyka traktowana jest jako środek działający kojąco, relaksująco, odprężająco na stan psychiczny, ale także jako środek np. obniżający ciśnienie tętnicze;

- metody komunikacyjne, komunikatywne – związane z uczeniem komunikacji społecznej;
- kreatywne, do których zaliczane są: metoda elementarnego muzykowania według C. Orffa, improwizacja instrumentalna, wokalna i ruchowa, psychodrama muzyczna, portret muzyczny, malarstwo dźwiękowe. Metody te eksponują wpływ na jednostkę przez aktywizowanie jej do zachowań twórczych;
- receptywne;
- psychoakustyczne;
- psychodeliczne, kontemplacyjne, ekstatyczne²⁴.

Często stosowanymi w Polsce metodami są portret muzyczny autorstwa E. Galińskiej oraz mobilna rekreacja muzyczna M. Kieryła.

Ze względu na sposób organizacji działań leczniczych wyróżniamy muzykoterapię indywidualną oraz grupową, która może przybierać formę ukierunkowaną (tzw. dyrektywną) lub nieukierunkowaną (tzw. niedyrektywną). Ponadto muzykoterapię dzieli się na receptywną (bierną) i aktywną (czynną).

Jednymi z podstawowych celów, jakie muzykoterapia sobie stawia, są:

- ujawnianie i odreagowywanie emocji,
- aktywizacja oddechowa, psychiczna i ruchowa,
- pomoc w diagnozowaniu i ustalaniu dalszego kierunku leczenia przez obserwację zachowania się pacjenta (potwierdzenie lub korekta),
- wyzwianie potrzeby ekspresji,
- obniżanie poziomu lęku, obniżanie wzmożonego napięcia mięśniowego,
- uzyskiwanie postawy korespondencyjnej między ciałem a muzyką,
- poprawa komunikacji, integracja grupy, rodziny, chorych i zdrowych,
- uwrażliwianie kulturowe, poszerzanie zainteresowań muzycznych wzbogacone innymi formami sztuki,
- umuzykalnianie na poziomie podstawowym,
- nauczanie wspomaganym muzyką form rekreacji, zarówno aktywności, jak i relaksu,
- stymulacja rozwoju psychoruchowego dzieci i młodzieży,
- zmiana nieprawidłowych zachowań psychofizycznych (poprawa samopoczucia, zaspokojenie potrzeb emocjonalnych, pozytywne wzmocnienia własnej wartości, wzrost wewnętrznej siły, poprawa wydolności oddechowo-kръżeniowej, wzrost siły mięśniowej, redukcja zmęczenia),
- przygotowanie do profilaktycznego wykorzystania muzyki w okresie zdrowia.

Jak można zauważyć, nie wszystkie z wymienionych zadań mają charakter terapeutyczny, co wskazuje na ogromne możliwości zastosowania muzykoterapii.

Wyliczone różnorodne formy działań terapeutycznych bywają łączone, np. biblioterapia z muzykoterapią, hortiterapia z muzykoterapią itd. Również w obszarze samej muzykoterapii często stosuje się eklektyczne formy (łączenie kilku elementów z różnych metod/technik muzykoterapeutycznych na potrzeby terapii dla konkretnego pacjenta/klienta).

Znaczenie zabawy dla rozwoju

Zabawa jest jedną z głównych form (obok pracy i nauki) działalności człowieka, której podstawowym motywem jest przeżywanie przyjemności związanej z jej wykonywaniem. Podejmowana bezinteresownie i dobrowolnie, spełnia różnorodne i istotne funkcje psychologiczne. Jest podstawową i typową działalnością wieku dziecięcego, w tym okresie ma największe znaczenie, gdyż kształci i wychowuje, sprzyja rozwojowi fizycznemu i psychicznemu dziecka oraz zaspokaja jego potrzebę ruchu i działania. Osoby dorosłe podejmują zabawę głównie w celach rekreacyjnych.

W psychologii istnieją różne teorie wyjaśniające genezę i funkcje zabawy. Do najbardziej znanych należą:

- teoria nadmiaru energii H. Spencera – dziecko podejmuje zabawę dla wyładowania energii;
- teoria wytchnienia po działalności niezabawowej (teoria rekreacji i relaksacji) M. Lazarusa – zabawa jest formą aktywnego wypoczynku, regeneracji sił;
- teoria ćwiczeń przygotowawczych K. Grossa – zabawa dzieci, tak jak młodych osobników u zwierząt, przygotowuje je do działalności w życiu dorosłym;
- teoria katartyczna H. Carra – traktująca zabawę jako sublimację dążeń antyspołecznych;
- teoria społeczna – według której zabawa spełnia funkcje socjalizacyjne;
- teoria atawizmu (rekapitulacji) G. Stanleja – w zabawach dzieci pojawiają się czynności analogiczne do podejmowanych przez ludzkość w toku historycznego rozwoju;
- teoria funkcji zastępczej – zabawa stanowi ćwiczenie przygotowawcze, rozwijające myślenie, spostrzeganie;
- teoria przyjemności funkcjonalnej – zasadniczym motywem działalności zabawy jest przyjemność.

Wyróżnia się zabawy: manipulacyjne, konstrukcyjne, tematyczne, dydaktyczne, ruchowe.

Cechy zabawy:

- Zabawa to aktywność podejmowana spontanicznie, z własnej woli, pobudzana motywem „chcę”, często wbrew aktualnym oczekiwaniom otoczenia.
- To aktywność bezinteresowna, bezproduktywna, nie jest nastawiona na realizowanie zadań, osiąganie celów, ważny jest proces, a nie jego rezultat, dziecko się bawi dla samego bawienia, nie bawi się po coś.

- W prawdziwej zabawie dziecko przebywa w innym czasie i innym miejscu, czas przestaje istnieć, zdarza się, że trudno się z nim wówczas porozumieć.
- W prawdziwej zabawie dziecko przeżywa wiele różnorodnych i silnych emocji, nie jest to tylko radość i wesołość, które to emocje kojarzą się dorosłym ze słowem zabawa. Dziecko samo sobie stwarza sytuacje wywołujące te emocje, samo napędza sobie strachu, wymyśla różne niebezpieczeństwa, a wszystko po to, by zapanować nad sytuacją – jednocześnie dla niego realną i na niby.
- W prawdziwej zabawie panują ład i porządek, skoncentrowanie, skupienie dziecka.

Funkcje zabawy:

- ludyczna, rozrywkowa,
- edukacyjna, informacyjna,
- kształcąca funkcje poznawcze,
- dostarczająca stymulacji,
- rozwijająca motorykę,
- kształcąca funkcje emocjonalno-motywacyjne (odreagowująca, rozładowująca napięcie, katarska, ekspresyjna, dowartościowująca, wzmacniająca samoocenę, przekonanie o samoskuteczności, wzmacniająca wewnątrzsterowność, dystrykcyjna),
- uspołeczniająca,
- aksjologiczna.

Znaczenie zabawy dla rozwoju muzycznego dostrzegali m.in. E. Jaques-Dalcroze, C. Freinet, C. Orff, Z. Kodály²⁵. W metodzie Sh. Suzuki, polegającej na wczesnym rozpoczęciu edukacji, każda lekcja ma charakter zabawy; „zabawkami” są np.: instrumenty, metronom, apaszki, kolorowe ołówki, dźwięczące przedmioty, przedmioty codziennego użytku itd. Rodzice w domu odgrywają rolę drugiego nauczyciela, a domowe ćwiczenie ma także charakter zabawowy²⁶.

Zgodnie z koncepcją E.E. Gordona kontaktowanie dziecka z muzyką rozpoczyna się jeszcze w okresie prenatalnym i trwa do zakończenia audiacji wstępnej (ok. 6. – 7. roku życia). Jest to tzw. kierowanie muzyczne. Dopiero po zakończeniu audiacji wstępnej (etapy: akulturacja, imitacja, asymilacja) dziecko jest gotowe do rozpoczęcia edukacji muzycznej związanej z audiacją właściwą. Zajęcia w okresie niemowlęcym i poniemowlęcym mają charakter zabawowy, dziecko uczestniczy w nich wraz z rodzicami. Przez zabawowy kontakt z muzyką dzieci przyswajają sobie pojęcie toniki, niektórych interwałów, podstaw rytmów dwudzielnych i trójdzielnych²⁷.

Osobiste doświadczenie zawodowe autorki w zakresie stosowania technik muzyczno-teatralnych w pracy z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie pozwala na stwierdzenie, że działaniami muzykoterapeutycznymi

jesteśmy w stanie regulować zachowanie ludzkie. Każde działanie osób niepełnosprawnych intelektualnie, niekiedy znających się na muzyce, wykorzystujące muzykę jest doświadczeniem pozostawiającym wiele śladów w postaci przeżywanych, niekiedy bardzo intensywnie, uczuć. Pobudzone, często dopiero co odkryte i nazwane stany emocjonalne są przepracowywane i odreagowywane podczas np. improwizacji ruchowej. Sztuki teatralne, będące efektem końcowym pracy (niekiedy kilkuletniej) całej grupy, są komunikatem dającym innym wyraźne przesłanie o przeżywanych emocjach, stanach, zainteresowaniach artystów. Tak więc praca technikami muzyczno-teatralnymi ma ogromny wpływ również na komunikację międzyludzką, na poszerzanie zainteresowań (nie tylko muzycznych), na naukę pojmowania i odczuwania czasu, przestrzeni oraz pojęć abstrakcyjnych.

Realizacja sceniczna, obecność i reakcja publiczności, brawa dla wykonawców, a także ewentualne nagrody i wyróżnienia za przygotowanie spektaklu dostarczają niepełnosprawnym uczestnikom satysfakcji, podnoszą poczucie wartości, pozwalają im poczuć się osobami ważnymi. Niepełnosprawni są tutaj współtwórcami niektórych pomysłów, współrealizatorami, a przede wszystkim wykonawcami. Ma to duże znaczenie terapeutyczne i w pełni godne jest polecenia.

Na koniec warto jeszcze dodać, że wraz z grupą Świetliki w latach 2003–2012 autorka artykułu przygotowała następujące spektakle: *Ptasie radio* (2003), *Piotruś i wilk* na podstawie bajki muzycznej S. Prokofiewa (2004), *Tak to z Gaudium było...* (2004), *Dwa wiatry* (2005), *Ufo* (2005), *Anioł* (2006), *Nawiedzony skarb* (2007), *Tańcem przez czas* (2008), *Romeo i Julia* na podstawie dramatu W. Szekspira (2009), *Cracovia urbs celeberrima...* (2010), *Deszcz* (2010), *Historia kobiet* na podstawie *Ballady* J. Słowackiego (2011), *Sen cyrku* (2012).

Wysiłki związane z działaniami teatralnymi zostały docenione np. na: Krakowskich Spotkaniach Artystycznych *Gaudium*, na Ogólnopolskim Festiwalu Twórczości Teatralno-Muzycznej Osób Niepełnosprawnych Intelektualnie „Albertiana”, na VIII Spotkaniach Aktorskich Osób Niepełnosprawnych Ruda Śląska; przez uhonorowanie nagrodami oraz wyróżnieniami (w 2004 roku – III miejsce, w 2005 roku – III miejsce, w 2006 roku – I miejsce, w 2007 roku – II miejsce, w 2009 roku – grand prix, w 2011 roku – III miejsce, w latach 2012 i 2013 – I miejsce). Niepełnosprawni uczestnicy mieli okazję czuć się laureatami, odbierać nagrody, słuchać przeznaczonych dla nich braw. Pozostawia to każdorazowo niezatarty, pozytywny ślad w ich psychice, jest z pewnością wspomnieniem, do którego się wraca.

- ¹ Karta Praw Osób Niepełnosprawnych. „Monitor Polski” 1997, nr 50, poz. 475, § 1. Zob. <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/karta-praw-osob-niepelnosprawnych>; Uchwała Sejmu RZP z dnia 1 sierpnia 1997 r.
- ² <http://www.niepelnosprawni.pl/>; Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dz.U. 1997, nr 123, poz. 776.
- ³ E. WAPIENNIK, R. PIOTROWICZ: *Niepełnosprawny – pełnosprawny obywatel Europy*. Warszawa 2002, s. 22.
- ⁴ T. MAJEWSKI: *Biopsychospołeczna koncepcja niepełnosprawności*. „Szkoła Specjalna” 1997, nr 3.
- ⁵ E.M. KULESZA, B. MARCINKOWSKA: *Definicje, skala i dynamika zjawiska nie-pełnej sprawności*. W: *Pedagogika specjalna dla pracowników socjalnych*. Red. D.M. PIEKUT-BRODZKA, J. KUCZYŃSKA-KWAPISZ. Warszawa 2004.
- ⁶ International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (1980), WHO, Geneva.
- ⁷ R.J. KUJAK: *Niepełnosprawność intelektualna – między diagnozą a działaniem*. Seria poświęcona klientom pomocy społecznej. <http://irss.pl/2012/09/niepelnosprawnos-intelektualna-miedzy-diagnoza-a-dzialaniem/> (data dostępu: 15.12.2013), s. 19–20.
- ⁸ Ibidem, s. 20.
- ⁹ B. CYTOWSKA: *Drogi edukacyjne dzieci niepełnosprawnych intelektualnie*. Wrocław 2002, s. 10.
- ¹⁰ <http://www.niepelnosprawni.pl/>; Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (data dostępu: 15.12.2013).
- ¹¹ www.bip.krakow.pl (data dostępu: 15.12.2013).
- ¹² W. KOPALIŃSKI: *Słownik wyrazów obcych*. www.sloownik-online.pl (data dostępu: 15.12.2013).
- ¹³ *Słownik pojęć z zakresu psychologii*. [www.http://www.psychologia.apl.pl](http://www.psychologia.apl.pl) (data dostępu: 15.12.2013).
- ¹⁴ W. SZULC: *Arteterapia czy kulturoterapia? W: Arteterapia. Sesja naukowa w Radziejowicach k. Warszawy w dniach 16–18.III.1989 r.* Wrocław 1989.
- ¹⁵ *Biblioterapia w praktyce. Poradnik dla nauczycieli, wychowawców i terapeutów*. Red. E.J. KONIECZNA. Kraków 2006.
- ¹⁶ A. ŁABA: *Bajki rymowane w biblioterapii*. Kraków 2008.
- ¹⁷ M. MOLICKA: *Bajki terapeutyczne dla dzieci*. Cz. 1, 2. Poznań 2002.
- ¹⁸ T. NATANSON: *Wstęp do nauki o muzykoterapii*. Wrocław 1978.
- ¹⁹ T. NATANSON: *Muzyczna profilaktyka w procesie nauczania-wychowania – wybrane refleksje teoretyczne*. W: „Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu”. Nr 45. Red. Z. HORA, M. PASSELLA. Wrocław 1988, s. 123.
- ²⁰ [www.w.amuz.wroc.pl/muzykoterapia/Muzykoterapia](http://www.amuz.wroc.pl/muzykoterapia/Muzykoterapia) (data dostępu: 15.12.2013).
- ²¹ K. STACHYRA: *Muzykoterapia i wizualizacja w rozwijaniu kompetencji emocjonalnych studentów pedagogiki*. Lublin 2009.
- ²² P. NORDOFF, C. ROBBINS: *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi. Historia, metoda i praktyka*. Kraków 2008.
- ²³ W. SKIBA: *Muzykoterapia kreacyjna autorstwa Paula Nordoffa i Clive’a Robbinsa*. „Sztuka Leczenia” 2010, nr 3–4.
- ²⁴ T. NATANSON: *Wstęp do nauki o muzykoterapii...*
- ²⁵ E. KLIMAS-KOSTUCHOWA: *Elementy ludyczne w wybranych koncepcjach wczesnego nauczania muzyki*. W: „Zeszyty Wszechnicy Świętokrzyskiej”. T. 7. Red. M. ADAMCZYK. Kielce 1998, s. 41–52.

- ²⁶ E. KLIMAS-KOSTUCHOWA: *Shinichi Suzuki koncepcja wychowania i kształcenia muzycznego*. „Studia o Sztuce dla Dziecka” 1988, z. 3.
- ²⁷ E.E. GORDON: *Umuzycznianie niemowląt i małych dzieci*. Kraków 1997.

Waleria Skiba

Music and Drama Techniques as Ludic and Therapeutic Activities

Summary

The article presents basic definitions, classifications, divisions concerning disabilities, including intellectual disability. The author outlines forms of rehabilitation available to people with disabilities, particularly music therapy which is part of art therapy. The author also discusses the role of play in general human development. Apart from that, she emphasizes the role of drama techniques applied in therapy, as well as their relation to art therapy and play. The author makes references to her own experience in the field, that is application of these forms of therapy in working with people with disabilities.

Keywords: music therapy, education, theater, people with intellectual disabilities

Waleria Skiba

Hudebně-divadelní techniky jako ludické a terapeutické činnosti

Shrnutí

V příspěvku byly představeny základní definice, klasifikace, rozdělení týkající se zdravotního postižení, včetně mentálního postižení. Autorka prezentuje dostupné formy rehabilitace postižených osob, zvláště muzikoterapeutické formy, které jsou obsaženy v obecném odvětví, jakým je arteterapie. Rovněž se věnuje roli, jaká je připisována hrám při obecném rozvoji člověka. Podtrhuje význam divadelních technik při terapii a jejich souvislost s arteterapií i hrou. Autorka také popisuje vlastní zkušenosti z činností tohoto typu se zdravotně postiženými.

Klíčová slova: muzikoterapie, vzdělání, divadlo, osoby mentálně postižené