

Szpital Neuropsychiatryczny w Lublinie

IWONA JĘDRZEJCZYK

*Zastosowanie elementów muzykoterapii w rehabilitacji
osoby z uszkodzeniem centralnego układu nerwowego –
studium przypadku*

The application of music therapy in the rehabilitation of a person with
a damaged central nervous system – case study

STRESZCZENIE

Niniejszy artykuł jest próbą przedstawienia działań z zakresu muzykoterapii, jakie zostały podjęte w rehabilitacji Jana, pacjenta z dysfunkcjami układu nerwowego. Muzykoterapia rozumiana jest jako zastosowanie różnorodnych technik i metod, które, odpowiednio dobrane, pozwalają na dotarcie do psychiki pacjenta i wspomaganie jego rehabilitacji. Jan od czasu uszkodzenia centralnego układu nerwowego (2005r.) bierze udział w różnorodnych zajęciach terapeutycznych; rozpoczęte w 2009 roku zajęcia muzykoterapeutyczne są uzupełnieniem oddziaływań neuropsychologicznych i rehabilitacji ruchowej. Pod wpływem działań muzykoterapeutycznych zauważalne są pewne zmiany w jego funkcjonowaniu: nie są one tak wyraźne i trwałe, aby można było mówić o powrocie do sprawności w zakresie konkretnych funkcji, natomiast są na tyle widoczne, że celowe wydaje się kontynuowanie muzykoterapii. Najważniejszy wydaje się fakt, że muzyka pozwala pacjentowi na zaangażowanie się w proces twórczy, odczuwanie radości i satysfakcji ze swoich działań, a zajęcia są dla niego atrakcyjne. Zakres niniejszej pracy nie wyczerpuje możliwości działań muzykoterapeutycznych stosowanych w terapii Jana. Przedstawione badania będą prawdopodobnie wstępem do dalszych rozważań i podejmowania kolejnych praktycznych przedsięwzięć.

Słowa kluczowe: muzykoterapia, terapia neuropsychologiczna, deficyty poznawcze i emocjonalne

WPROWADZENIE

Osoby z uszkodzeniem centralnego układu nerwowego są grupą o niejednorodnych potrzebach i możliwościach. Różnorodna etiologia chorób powoduje liczne, nieraz skrajnie odmienne, zaburzenia neuropsychologiczne. Celem terapii neuropsychologicznej powinno być maksymalne usprawnienie pacjenta, aby mógł on efektywnie podejmować zadania życia codziennego. Istotne jest zarówno ćwiczenie funkcji poznawczych, jak i terapia osobowości, zachowania i emocji (Pąchalska 2003). Kompleksowa rehabilitacja obejmuje też sferę motoryczną, społeczną i zawodową (Domańska, Zawadzka 2007). Obecnie istnieje wiele nowoczesnych metod medycznych, fizjoterapeutycznych czy psychologicznych, służących usprawnianiu pacjentów z chorobami układu nerwowego; coraz częściej w rehabilitacji tych osób wykorzystuje się także różne rodzaje sztuki – ogólnie określane jako arteterapia (Pąchalska 2007). Muzykoterapia jest zastosowaniem różnorodnych technik i metod, które, odpowiednio dobrane, pozwalają na dotarcie do każdego z pacjentów – także osób z głębokimi zaburzeniami.

W niniejszym artykule przedstawiono zastosowanie wybranych form muzykoterapii aktywnej i receptywnej w rehabilitacji osoby z uszkodzeniem centralnego układu nerwowego, na przykładzie trzyletniej pracy z 34-letnim mężczyzną (Janem) z dysfunkcją centralnego układu nerwowego (CUN).

CHARAKTERYSTYKA FUNKCJONOWANIA PACJENTA

W celu analizy zmian w funkcjonowaniu pacjenta Jana stosowano:

- obserwację zachowania chorego,
- rozmowy z osobami z rodziny pacjenta oraz terapeutami prowadzącymi zajęcia, w których pacjent uczestniczył (zajęcia grupowe oraz terapia neuropsychologiczna),
- analizę zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz opinii psychologicznych.

Materiał badawczy, gromadzony w trakcie opisywanej obserwacji, to głównie rejestracja zajęć audio i wideo oraz zapis poszczególnych podejmowanych działań i reakcji badanego na nie (mężczyzna wyraził zgodę na rejestrowanie zajęć, ale widoczna była jego dekoncentracja i mniejsze zaangażowanie w trakcie nagrywania wideo. Nagrywanie danych dźwiękowych nie powodowało tego typu rozkojarzenia i zmniejszania aktywności podczas zajęć).

Zajęcia muzykoterapeutyczne z Janem odbywały się zwykle raz w tygodniu od maja 2009 roku (z wakacyjnymi dwutygodniowymi przerwami oraz czterytygodniowymi przerwami – wyjazd rehabilitacyjny pacjenta – we wrześniu) do chwili obecnej (sierpień 2012). Jan dotychczas nie brał udziału w podobnych za-

jęciach, opartych na własnej aktywności muzycznej. Zajęcia trwają 60 minut; od czasu rozpoczęcia muzykoterapii przeprowadzono około 120 godzin zajęć.

Jan ma obecnie 34 lata. Ma wykształcenie wyższe humanistyczne; po studiach nie pracował w zawodzie. Przed chorobą jego pasją były obozy wędrowne, podróże – głównie rowerowe, oraz czytanie książek historycznych. Lubił polskie komedie. Jego zainteresowania muzyczne koncentrowały się wokół muzyki rockowej (był fanem Kazika i Kultu), ale lubił także twórczość Kaczmarskiego, Wysockiego, Gintrowskiego. W 2005 roku Jan doznał zatoru tętnicy podstawnej, w wyniku którego doszło do wieloogniskowego niedokrwienia mózgu i mózdzku. W karcie choroby z pierwszej hospitalizacji pacjenta uwzględniono takie rozpoznania, jak „ogniska niedokrwienne mózdzku i mózgu okolicy potylicznej obustronnie i skroniowej lewej, obrzęk mózdzku. W wyniku choroby nastąpiło wodogłowie ostre, które wymagało założenia zastawki komorowo-otrzewnowej, oraz niewydolność oddechowa, wymagająca tracheostomii. Dodatkowo utrzymywała się anartria oraz prawostronna hemipareza i hemiataksja”. Przy kolejnych hospitalizacjach zdiagnozowano „mnogie ogniska niedokrwienne w obu półkulach mózdzku, płatach ciemieniowych, skroniowych, lewym wzgórzu. Niedowład spastyczny prawostronny z ataksją lewostronną. Zespół depresyjny w przebiegu choroby”.

W opiniach psychologicznych z roku 2005 podkreślano, iż u pacjenta dominują zaburzenia funkcji wykonawczych w postaci deficytów w zakresie planowania i kontroli zachowania celowego. Utrzymywała się wyraźna adynamia, wzmożona męczliwość oraz zaburzenia w utrzymaniu dowolnej aktywności. Ograniczona była świadomość deficytów chorobowych.

Stan somatyczny i psychiczny mężczyzny uległ w ciągu lat poprawie, w czym istotny udział miała wszechstronna rehabilitacja psychofizyczna i zaangażowanie rodziny w terapię. Od początku choroby mężczyzna znajduje się pod stałą opieką rodziny, ponieważ wymaga pomocy w codziennym funkcjonowaniu.

Aktualnie w funkcjonowaniu mężczyzny dominują zmiany w sferze behawioralnej oraz emocjonalno-osobowościowej. Zaburzenia motywacji, adynamia, wzmożona męczliwość i obniżona inicjatywa powodują, że Jan wymaga ciągłej stymulacji zewnętrznej. Wyraźne zaburzenia dynamiki reakcji emocjonalnych przejawiają się w braku (lub nieadekwatnych formach) spontanicznego nawiązywania kontaktu, elementach zachowań prowokacyjnych i nieakceptowanych społecznie, osłabionej kontroli reakcji emocjonalnych oraz impulsywności i niecierpliwości. Zdarza się, że Jan w kontakcie terapeutycznym nie utrzymuje dystansu, okresowo ujawnia zachowania opozycyjne, ma obniżoną motywację do podejmowania wysiłku umysłowego. W grupie terapeutycznej utrzymują się trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu trwałych interakcji, a także obniżona motywacja do podejmowania zadań i współpracy.

Mężczyzna prezentuje nieskuteczne strategie rozwiązywania problemów – głównie wycofanie się, zaś w sytuacjach trudnych demonstruje drażliwość, re-

akcje buntownicze. Często odmawia wykonywania zadań, udziału w zajęciach, reaguje opozycyjnie na zachętę do jakiegokolwiek aktywności. Nawiązuje kontakt interpersonalny i uczestniczy w rozmowie w ograniczonym stopniu, przejawiając niekiedy właściwe sobie poczucie humoru, ale zwykle nie inicjuje i nie podtrzymuje dialogu. Wyrażanie emocji przez mężczyznę jest dość ograniczone – rzadko nawiązuje kontakt wzrokowy; przejawia niezadowolenie, kiedy jest znudzony pracą lub coś mu nie wychodzi; zdarzają się epizodyczne wybuchy śmiechu, których przyczyny pacjent nie wyjaśnia. Prezentuje bierny stosunek wobec obowiązków oraz obniżony krytycyzm w stosunku do swojego zachowania.

Sygnalizowanie niemożności wykonania zadania wyrażane jest przez Jana bardzo często, także bez zastanowienia się, czy rzeczywiście zadanie jest niemożliwe do wykonania.

W ograniczonym stopniu reaguje on na wskazówki ułatwiające przypomnienie i na ogół nie zadaje pytań, które mogłyby mu pomóc w wykonaniu zadania. Błędy poprawia głównie na polecenie. Wymaga powtarzania pytań, instrukcji. Konieczne są także wskazówki dotyczące adekwatnego zachowania w różnych sytuacjach społecznych; mimo to Jan nie zawsze koryguje swoje niewłaściwe zachowania. W sferze komunikacji mężczyzna ujawnia trudności związane z zaburzeniami dyzartrycznymi oraz pragmatycznymi. Na ogół wypowiada komunikaty informacyjne lub żądające. Poprawnie rozumie polecenia i wypowiedzi innych; ma bogaty słownik bierny, przy jednoczesnym zubożeniu mowy ekspresyjnej. Zazwyczaj nie zadaje pytań. Ma obniżoną motywację do tworzenia złożonych wypowiedzi, wymaga motywowania do podtrzymywania dialogu. W wypowiedziach Jana zdarzają się elementy dowcipne, z zamierzonym (?) i adekwatnym poczuciem humoru.

W funkcjonowaniu Jana silnie wyrażone są zaburzenia procesów uwagi: nasilona fluktuacja, zawężony zakres oraz niezdolność utrzymania procesu myślowego ukierunkowującego działanie. Ograniczona możliwość utrzymania uwagi dowolnej negatywnie wpływa na stan pozostałych czynności psychicznych. Powoduje także między innymi częste nieprawidłowe przypomnienie danych bieżących czy danych autobiograficznych aktualnych i sprzed choroby, co prowadzi do częstego zmyślenia i zgadywania lub konfabulacji. W dalszym ciągu widoczne w funkcjonowaniu Jana są zaburzenia funkcji wykonawczych. Dominującą cechą jest deficyt planowania i kontroli zachowań celowych, a także interpretowania sytuacji z udziałem procesów planowania i przewidywania. Widoczne są również zaburzenia dynamiki czynności psychicznych, powodujące spowolnienie procesu przetwarzania informacji. Mężczyzna prezentuje również liczne i częste zachowania niecelowe, niefunkcjonalne oraz elementy tzw. zachowania użytkownika – jest to bezcelowa reakcja na obecność przedmiotu leżącego w zasięgu rąk chorego; to automatyczny schemat działania, niezależny od kontekstu (Pąchalska 2007).

FORMY TERAPII Z UCZESTNICTWEM JANA

Mężczyzna systematycznie (co 2 tygodnie) uczestniczy w zajęciach w grupie, która została powołana z myślą o pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi i neurologicznymi. Na podstawie diagnozy neuropsychologicznej uczestników stworzony został program terapeutyczny, nastawiony na oddziaływania w sferze poznawczej (terapię pamięci, funkcji wykonawczych oraz funkcji językowych) oraz w sferze psychospołecznej (zawierające elementy psychoterapii, a także umożliwiające uczestnictwo w wydarzeniach kulturalnych i spotkaniach towarzyskich, które zmniejszają izolację społeczną i wzbogacają aktywność chorego, pozwalające na budowanie pozytywnego obrazu siebie, pogłębianie wglądu, wzbudzanie motywacji, przywracanie nadziei). Zajęcia te polegają na wykorzystaniu specjalnych metod terapii grupowej, które angażują wszechstronnie pacjentów, a zarazem są dostosowane do ich specyficznych trudności. Ich celem jest optymalna poprawa funkcjonowania każdego z uczestników, utrzymanie możliwości chorego na obecnym poziomie oraz zapobieganie pogłębianiu deficytów (Mroczo 2008, Uchańska 2008).

Jan w trakcie zajęć w niewielkim stopniu spontanicznie uczestniczy w zadaniach grupy, na ogół biernie je obserwuje. Stymulowany do podjęcia jakiegokolwiek aktywności, nie zawsze reaguje (przynajmniej nawiązaniem kontaktu wzrokowego). Wymaga wielokrotnej stymulacji w celu podjęcia aktywności, a także ukierunkowania, podtrzymania i kontrolowania działania. Nie jest zainteresowany efektywnością realizacji wykonywanych zadań. Wypowiedzi pacjenta zazwyczaj ograniczają się do potwierdzania lub zaprzeczania w odpowiedzi na pytania. Rzadko pojawiające się dłuższe wypowiedzi są ubogie, ale rzeczowe; z wyjątkiem sytuacji kiedy mężczyzna po prostu zgaduje odpowiedź. Często potrzebuje pomocy zewnętrznej; rzadko stosuje strategie wewnętrzne. Ukierunkowany, korzysta z zachowanych zdolności czytania, pisanie, mówienia, pamięci (Mroczo 2008, Uchańska 2008).

Od czasu zachorowania mężczyzna uczestniczy w indywidualnej terapii neuropsychologicznej, która prowadzona jest przez specjalistów i wolontariuszy. Zajęcia te ukierunkowane są na terapię w sferze poznawczej, w tym głównie terapię funkcji wykonawczych. Nacisk położony jest na: ćwiczenie pamięci dowolnej, trening procesów uczenia się nowych treści, ogólną aktywizację, ćwiczenie koncentracji i uwagi, wzmacnianie odporności na dystraktory. Zachowanie pacjenta podczas tych zajęć jest zmienne, natomiast na ogół mężczyzna wymaga ciągłego przypomnienia o wykonywanych czynnościach. Można przypuszczać, że wykonywanie poszczególnych zadań jest dla niego nieciekawe lub nużące, dlatego poszukuje on różnych wymówek, aby nie uczestniczyć w zajęciach. Motywacją dla niego są słodycze, obietnica odpoczynku lub niekiedy – co warto podkreślić

– uczestnictwo w zajęciach muzycznych. Unikanie aktywności przejawia się na ogół jako:

- odpowiedź wymijająca („nie wiem”),
- zdawkowa lub błędna odpowiedź bez zastanowienia, mimo iż pacjent na pewno zna właściwą odpowiedź,
- bunt, odmowa spełnienia prośby, polecenia,
- niereagowanie na polecenie, prośbę, pytanie, milczenie,
- wycofanie się aktywne („nie chcę”, „nie będę tego robił”),
- zaangażowanie się w zachowania niecelowe.

Oprócz zaburzeń motywacji wykonywanie zadań mogą utrudniać także zaburzenia dyzartryczne. Ze względu na dyzartrię Jan zmuszony jest niekiedy wielokrotnie powtarzać wypowiedzi, co może być dla niego czynnikiem frustrującym. Wydaje się, że podczas wykonywania większości zadań mężczyźnie nie zależy na osiągnięciu pozytywnego wyniku. Nie jest krytyczny wobec własnych wypowiedzi, ma ograniczoną świadomość swoich deficytów.

Jan ponadto korzysta z rehabilitacji fizjoterapeutycznej (codziennie), zajęć logopedycznych (nieregularnie), a raz lub dwa razy w roku wyjeżdża pod opieką rodziny na kilkutygodniowe turnusy rehabilitacyjne. Poniżej dokładnie omówione zostaną zajęcia muzykoterapeutyczne – ich cele, przebieg i rezultaty.

CELE I PRZEBIEG ODDZIAŁYWAŃ MUZYKOTERAPEUTYCZNYCH

W zakresie układu nerwowego oddziaływanie muzyki zaobserwowano w jej wpływie na emocje (poprzez wywoływanie różnorodnych przeżyć) oraz na procesy neurofizjologiczne (a, co za tym idzie, także na procesy poznawcze). Ustalenie celu muzykoterapii jest zawsze indywidualne; zależne od deficytu pacjenta i jego możliwości, czyli jego mocnych i słabych stron. Cylulko (2002) podkreśla, że zadaniami dla muzykoterapeuty są: korygowanie i kompensowanie zaburzonych funkcji organizmu pacjenta (poznawczych, orientacyjnych, komunikacyjnych, motorycznych itp.), pomoc w adaptacji do środowiska oraz ograniczonej i zmiennej przez chorobę sprawności. Cylulko (2003) wyszczególnia następujące ogólne cele muzykoterapii:

- 1) „motywowanie do aktywności poznawczej i ruchowej,
- 2) usprawnianie psychomotoryki,
- 3) korygowanie nieprawidłowej postawy ciała,
- 4) obniżanie napięcia psychofizycznego i emocjonalnego,
- 5) kanalizowanie i sublimowanie agresji,
- 6) doskonalenie mowy, wzroku, słuchu, dotyku, kinestetyki,
- 7) ćwiczenia autoorientacji i orientacji w przestrzeni,
- 8) nauczanie codziennych czynności,
- 9) rozwijanie twórczej ekspresji,

- 10) redukowanie lęku, niepokoju,
- 11) zwiększanie poczucia bezpieczeństwa,
- 12) ułatwianie i pogłębianie akceptacji samego siebie, a także akceptacji kalectwa i jego skutków,
- 13) podnoszenie samooceny, wpływanie na tworzenie lub wzmacnianie pozytywnego obrazu siebie oraz innych ludzi,
- 14) budzenie uczucia sprawności,
- 15) wzmacnianie wiary we własne siły i możliwości,
- 16) wyrabianie pewności w działaniu,
- 17) doskonalenie komunikacji interpersonalnej i współdziałania w grupie społecznej, podporządkowywania się jej normom,
- 18) dostarczanie przyjemności, radości i poczucia satysfakcji,
- 19) edukacja środowiska społecznego”.

Zajęcia muzykoterapeutyczne są w przypadku Jana wspomaganiami innych form terapii. Biorąc pod uwagę cele wyszczególniane przez Cylulko, w terapii Jana kluczowe są (według ważności):

- obniżanie napięcia psychofizycznego,
- wzmacnianie wiary we własne możliwości,
- motywowanie do aktywności poznawczej i motorycznej,
- pogłębianie akceptacji samego siebie,
- budzenie uczucia sprawczości,
- rozwijanie twórczej ekspresji,
- dostarczanie przyjemności, radości i poczucia satysfakcji,
- doskonalenie komunikacji interpersonalnej,
- doskonalenie mowy, wzroku, słuchu, dotyku, kinestetyki.

Ogólnym zadaniem zajęć prowadzonych z Janem jest jego aktywizacja i stymulacja psychomotoryczna. Cele szczegółowe są bardziej krótkotrwałe, zależne głównie od samopoczucia mężczyzny. Podstawowym celem jest odreagowanie emocjonalne i rozładowanie napięcia, a także poprawa samooceny pacjenta i wzrost poczucia własnej wartości. Muzykoterapia sprzyja ponadto ćwiczeniu uwagi i koncentracji na wykonywanych działaniach, a także wspomaga proces uczenia się. W trakcie zajęć starano się uwzględnić również ćwiczenie motoryki małej (gra na instrumentach). Śpiew ma korzystny wpływ na aktywizację oddechową, poprawę fonacji i artykulacji, co jest istotne w przypadku zaburzeń dyzartrycznych pacjenta. Dla chorego ważne jest również ćwiczenie współdziałania oraz dokonywania wyborów. Zajęcia muzyczne były wykorzystywane także jako element diagnozy, głównie procesów poznawczych – w tym szczególnie uczenia się – i motywacyjnych.

Zajęcia prowadzone z Janem obejmują zarówno muzykoterapię aktywną, jak i bierną. Biorąc pod uwagę zaburzenia mężczyzny i wynikające z nich po-

trzeby i możliwości, częściej stosowane są ćwiczenia opierające się na muzykoterapii aktywnej. Przebieg zajęć jest zróżnicowany, dostosowywany elastycznie do nastroju i zaangażowania pacjenta oraz jego fluktuującej uwagi. Główne elementy to:

- śpiew z towarzyszeniem instrumentu (gitara),
- śpiew z towarzyszeniem półplaybacku z linią melodyczną,
- samodzielny śpiew bez akompaniamentu,
- zabawy słowno-muzyczne,
- słuchanie nagrań (głównie muzyka rozrywkowa, klasyczna, filmowa),
- oglądanie teledysków,
- oglądanie prezentacji multimedialnych lub zdjęć z towarzyszeniem muzyki,
- improwizacje instrumentalne z wykorzystywaniem instrumentarium Orffa.

Jan w trakcie zajęć muzycznych jest dość przedsiębiorczy – spontanicznie sięga po kartki z piosenkami lub śpiewnik, bierze dyktafon lub laptop i przyciska naciski, stara się też pomagać w strojeniu gitary stroikiem elektronicznym. Potrafi świadomie decydować o wyborze piosenek, często również zdecydowanie sprzeciwia się zmianom w ustalonym trybie zajęć. Wspomaganie zewnętrzne, jakiego wymaga w trakcie zajęć, to zapisany tekst piosenki oraz pomoc w rozpoczęciu lub kontynuacji śpiewu. Jan ma trudności z posługiwaniem się śpiewnikami – nie korzysta ze spisu treści, więc przeszukuje je przypadkowo; zniechęca się, jeżeli przez dłuższy czas nie może natrafić na znaną mu piosenkę. U mężczyzny widoczna jest ograniczona zdolność identyfikowania znanych utworów – często nie rozpoznaje on samego tekstu, a rozpoznaje go po zanuceniu mu melodii. Wyraża intensywne, ale krótkotrwałe zainteresowanie zabawami słowno-muzycznymi. W reakcjach Jana widoczne są nasilone zaburzenia rytmu, co powoduje chaotyczność, niepewność przy samodzielnym (bez akompaniamentu) wykonywaniu utworu. Podobnie samodzielna gra na instrumentach jest nieuporządkowana, bezcelowa i – co za tym idzie – prowadząca do odrzucenia tej formy aktywności.

Przy samodzielnym śpiewie pacjent korzysta z zapisanego tekstu, natomiast piosenki ważne dla niego emocjonalnie lub bardzo dobrze mu znane potrafi częściowo odtworzyć z pamięci. (Ciekawy jest fakt, że mężczyzna dobrze radzi sobie z podawaniem tytułu i wykonawcy odsłuchiwanych piosenek, ale tylko w przypadku utworów znanych mu sprzed zachorowania; na ogół nie potrafi podać tytułów i artystów wykonujących nowsze utwory, mimo wielokrotnego przypominania mu uczenia tych informacji.) Jan chętnie śpiewa sam, ale lubi także śpiewać na zmianę z terapeutą. Kiedy nie ma ochoty podjąć śpiewu, zazwyczaj skutecznym zabiegiem jest pomijanie przez terapeutę kilku słów w tekście – pacjent zazwyczaj daje się wciągnąć w taką „zabawę” i uzupełnia brakujące słowa. Mężczyzna reaguje również na dysonanse i zmiany melodii. Sposób ten przynosi

efekty jednak tylko w przypadku bardzo dobrze znanych mu piosenek. Bywa, że pacjent zaczyna spontanicznie śpiewać piosenkę – czasami całkiem mu nieznaną, wtedy wymyśla do niej melodię, co bez wątpienia można uznać za przejawy improwizacji.

Jan zapytany, co chciałby usłyszeć, niemal zawsze odpowiada, że Kult. Bywa, że perseweracyjnie wybiera tę samą piosenkę lub wielokrotnie śpiewa tę samą zwrotkę (nie pamięta, które piosenki już śpiewał na zajęciach). Początkowo mężczyzna miał ograniczony wybór piosenek; później dołączano ich coraz więcej, ale w większości były to piosenki znane mu sprzed zachorowania. Z czasem włączano także piosenki dla niego nowe – nagrywane już po jego zachorowaniu, a więc takie, których musiał się nauczyć. Upodobania muzyczne pacjenta częściowo zmieniły się w trakcie choroby – obecnie najchętniej śpiewa on piosenki popularne, które przypuszczalnie często słyszy w radiu lub telewizji. Jan zdecydowanie bardziej woli słuchać utworów mu znanych niż nowych.

Próba aktywnego wykorzystania instrumentów nie została zakończona sukcesem – mężczyźnie proponowano uderzanie w struny gitary oraz użycia instrumentów perkusyjnych Orffa. Kilkakrotnie podjął on próbę wykorzystania instrumentów perkusyjnych, ale, mimo zachęcania, nie chciał kontynuować takiej aktywności. Co pewien czas propozycje te są ponawiane, ale pacjent jedynie krótkotrwale podejmuje tego typu zadania muzyczne.

WNIOSKI

Jan ma ograniczoną zdolność wglądu oraz werbalizacji emocji, tak więc zachodzące zmiany są dostrzegalne głównie w zakresie jego aktywności i uwagi. Istotne jest to, że:

– mężczyzna potrafi obecnie skoncentrować się na zajęciach nawet do kilkunastu minut,

– aktywność badanego na zajęciach muzycznych jest relatywnie wysoka (w porównaniu z zaangażowaniem w inne formy terapii):

a) chory na widok instrumentu reaguje pozytywnie, pamięta, jakie działania łączą się z instrumentem. Gdy rozpoczynano zajęcia muzyczne (spotkania cotygodniowe) Jan nie pamiętał, na czym one będą polegać – za każdym razem wymagał przypomnienia, że będziemy zajmować się muzyką. Po pewnym czasie zaczął kojarzyć wygląd instrumentu z konkretną aktywnością, która jest dla niego interesująca;

b) zaangażowanie pacjenta jest widoczne od pierwszych chwil zajęć muzycznych – bez ociągania próbuje zająć swoje miejsce (podczas gdy w innych przypadkach samo dotarcie do stałego miejsca przy stoliku wymaga namawiania go), sięga po śpiewniki, przegląda je;

c) na ogół Jan wymaga wielokrotnego przypominania o kontynuowaniu zadania i stałego monitorowania jego aktywności – muzykoterapia jest dla niego na tyle zajmująca, że mężczyzna chętnie sam dąży do „pokonywania” kolejnych etapów zajęć;

d) podczas zajęć mężczyzna szybko podejmuje celowe działanie, nie wymaga ciągłych wskazówek (np. sam sięga po kartki z piosenkami lub spontanicznie stara się przeszukiwać śpiewnik);

e) wielokrotnie ujawnia niewerbalnie pozytywne emocje (adekwatnie), natomiast werbalizuje jedynie emocje negatywne ;

f) zazwyczaj w mniejszym stopniu, niż w trakcie innych zajęć, ujawnia czynności niecelowe oraz zakłócające przebieg zajęć. Widoczny jest wzrost zainteresowania po przerwie w zajęciach (np. wakacyjnej).

Muzykoterapia wymusza bezpośrednie zaangażowanie chorego w proces terapeutyczny, dostosowanie się do sygnałów zwrotnych, rozpoznawanie i przypominanie utworów. Zniechęcenie mężczyzny wobec poszczególnych form zajęć wynika często z trudności, jakie niosą za sobą jego deficyty motoryczne i poznawcze. Jego podenerwowanie przy próbach śpiewu z towarzyszeniem nagranych półplaybacku (bez linii melodycznej) wynika z faktu, że ma on trudności z utrzymaniem prawidłowej ciągłości śpiewu i zachowaniem odpowiednich pauz. Trudności te wynikają po części z zaburzeń uwagi i koncentracji, a poza tym mogą być spowodowane zaburzeniami dyzartrycznymi. W przypadku śpiewu bez pomocnej linii melodycznej Jan gubi się i nie potrafi odnaleźć prawidłowej struktury utworu, dlatego akompaniament nagrany wraz z linią melodyczną i prezentowany z wyświetlanym tekstem piosenki (karaoke), jest dla niego dużym ułatwieniem. Przy korzystaniu z instrumentów perkusyjnych Orffa Jan zwykle tworzył przypadkowe, pojedyncze, chaotyczne dźwięki i rytmy. Wydaje się, że potrzebuje on względnie ustalonej struktury działania, wzmacniania zadań celowych, o przewidywalnym wyniku. Można przypuszczać, że znaczne trudności w zakresie motoryki małej (głównie prawej ręki), nie pozwalają choremu na wykonywanie sprawnych, zamierzonych ruchów.

1. Główny cel, jakim było zmotywowanie Jana do aktywności poznawczej, emocjonalnej i motorycznej, został zrealizowany na poziomie, który jest relatywnie wysoki (biorąc pod uwagę uszkodzenia układu nerwowego pacjenta oraz jego codzienne funkcjonowanie).

2. Na podstawie reakcji niewerbalnych mężczyzny można stwierdzić, że w trakcie zajęć udaje się obniżenie jego napięcia emocjonalnego, a także podniesienie jego samooceny (trwałość efektu tych działań jest trudna do oceny). Muzykoterapia jest dla badanego przede wszystkim źródłem pozytywnych emocji – przyjemności, radości i możliwości wyrażenia siebie, a wiąże się z tym uzyskiwanie satysfakcji ze swoich osiągnięć.

3. Zajęcia muzykoterapeutyczne miały ograniczony wpływ na doskonalenie komunikacji interpersonalnej Jana.

4. Z diagnostycznego punktu widzenia istotne jest spostrzeżenie, iż u chorego zostały zachowane procesy uczenia się.

Aby rehabilitacja nie była jedynie zbiorem niezwiązanych ze sobą ćwiczeń, musi mieć nadrzędny cel – jest nim poprawa jakości życia pacjenta (Pąchalska 2007). Istotą podejścia muzykoterapeutycznego jest nastawienie na proces, nie na efekt twórczy (wykonanie) (Cylulko 2003). To pacjent jest sprawcą i podmiotem wszystkich działań. Proces twórczy jest zmianą – postaw, reakcji, nawyków. W obecnej chwili niemożliwe jest prognozowanie, w jakim stopniu stan zdrowia chorego ulegnie dalszej poprawie. Jednakże istotne jest stymulowanie pacjenta do wszechstronnej aktywności, gdyż pozwala to na zachowanie i wykorzystywanie jego umiejętności. Uwzględniając zasadę psychosomatycznej jedności człowieka, można więc przypuszczać, że muzyka korzystnie oddziałuje na cały ustrój.

Zakres niniejszej pracy nie wyczerpuje możliwości działań muzykoterapeutycznych, stosowanych w terapii Jana. Przedstawione badania będą prawdopodobnie wstępem do dalszych rozważań i podejmowania kolejnych praktycznych przedsięwzięć.

BIBLIOGRAFIA

- Cylulko P. (2002), *Wybrane zagadnienia z muzykoterapii osób niepełnosprawnych wzrokowo*, „Muzykoterapia Polska”, nr 1–2 (s. 19–32).
- Cylulko P. (2003), *Rola muzykoterapii w procesie usprawniania niepełnosprawnych pacjentów*, „Muzykoterapia Polska”, nr 1(5), s. 15–25.
- Domańska L., Zawadzka E. (2007), *Zasady organizacji procesu rehabilitacji neuropsychologicznej*, „Annales UMCS”, sec. J, vol. XX (s. 123–135), Lublin: UMCS.
- Pąchalska M. (2003), *Zaburzenia neurobehawioralne a jakość życia pacjentów po urazach czaszkowo – mózgowych*, [w:] A. Herzyk, B. Daniluk, M. Pąchalska, B. D. MacQueen (red.), *Neuropsychologiczne konsekwencje urazów głowy*, Lublin: UMCS.
- Pąchalska M. (2007), *Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu*, t. 1,2, Warszawa: PWN.
- Mroczo B. (2008), *Doświadczenia terapeutyczne w pracy z grupą osób z dysfunkcjami mózgu. Zachowania komunikacyjne w grupie*, niepublikowana praca dyplomowa w ramach podyplomowych studiów w zakresie Diagnostyki i Terapii Neuropsychologicznej, Lublin: UMCS.
- Uchańska A. (2008), *Analiza zachowania osób z dysfunkcjami mózgu podczas grupowych zajęć terapeutycznych*, niepublikowana praca dyplomowa w ramach podyplomowych studiów w zakresie Diagnostyki i terapii neuropsychologicznej, Lublin: UMCS.

SUMMARY

This article is an attempt to show music therapy actions undertaken in the therapy of Jan – a person with dysfunctional nervous system. Music therapy is understood as the application of various techniques and methods which, while suitably chosen, can reach the patient's psyche and

aid his rehabilitation. Since the damage to his central nervous system (in 2005) Jan participates in multiple therapy classes. Music therapy started in 2009 and it is a supplement to the effects of neuro-psychological and physical treatment. Under the influence of music therapy treatment one can perceive some changes in Jan's functioning; they are not as distinct and long-lasting as to talk about a return to a fitness of specific functions, yet they are distinct enough to perceive the continuation of music therapy as desirable. The most important seems to be the fact that music lets the patient get involved in creative process and feel joy and satisfaction from his actions – the therapy classes are attractive to him. The scope of this paper does not exhaust the possibilities of music therapy actions used in the treatment of Jan. The following research may be an introduction to subsequent deliberations and an inspiration to start more practical ventures.

Key words: music therapy, neuropsychological therapy, cognitive and emotional deficits