Pielęgniarstwo Polskie 2013, 2 (48), 121–127

MUZYKOTERAPIA SYSTEMOWA JAKO FORMA WSPIERANIA RODZINY

SYSTEM MUSIC THERAPY AS A FORM OF FAMILY SUPPORT

WOJCIECH STRZELECKI

Zakład Psychologii Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Ewa Mojs

Streszczenie

Rodzina jest pierwszym środowiskiem wychowawczym i społecznym człowieka. To właśnie rodzina jest podstawowym systemem, w którym zachodzi pierwotna socjalizacja oraz modelowane są zachowania jednostki. Dlatego też, że jej rola w kształtowaniu osobowości człowieka jest niezwykle istotna, również i wszelkie nieprawidłowości, w ramach systemu rodzinnego, szczególnie silnie wpływają na człowieka, będącego elementem tego systemu. Skutki egzystowania w rodzinie dysfunkcyjnej mają też charakter długotrwały i zakłócają funkcjonowanie człowieka również w życiu dorosłym.
Psychoterapia systemowa zakłada konieczność oddziaływania na cały system rodzinny w celu poprawy funkcjonowania poszczególnych jej członków. Celem może być albo zmiana struktury rodzinnej, albo poprawa relacji komunikacyjnych pomiędzy poszczególnymi podmiotami.
Założenia muzykoterapii systemowej opierają się na zasadach psychoterapii systemowej, jednak muzykoterapia jako forma terapii przez sztukę posługuje się metodami niewerbalnymi, co może znacząco poprawić jakość oddziaływań terapeutycznych, jako że w rodzinach dysfunkcyjnych system komunikacyjny jest nierzadko silnie zaburzony.

Słowa kluczowe: rodzina, terapia systemowa, muzykoterapia, zdrowie, komunikacja.

Abstract

The family is the first educational and social environment for all human beings. Family is the primary system in which initial socialization occurs and where behaviours of individuals are modeled. Therefore, due to the fact that its role in shaping the personality of a human being is extremely important, any irregularities in the family system have a particularly strong effect on the human being, who is an element of this system. The effects of living in a dysfunctional family also long – term character and disturb human functioning also in adulthood.
System psychotherapy involves the necessity to impact the entire family system in order to improve the functioning of its particular members. The aim may be either to change the family structure, or to improve communication relationships between specific individuals.
The aims of system music therapy are based on the rules of system psychotherapy, however, music therapy as a form of art therapy uses non-verbal methods, which may significantly improve the quality of therapeutic effects, as in dysfunctional families the system of communication is often strongly affected.

Key words: family, system therapy, music therapy, health, communication.

Rodzina jako system

Rodzina jest pierwszym środowiskiem wychowawczym i społecznym, jak również pierwszym nośnikiem wzorców zachowań i wzorców moralno-etycznych oraz „kolebką" osobowości człowieka. To właśnie w kontakcie z członkami rodziny człowiek rozwija swoje podstawowe funkcje psychiczne. Według Macvera i Page`a „(…) obejmuje ona uznany społecznie typ trwałego obcowania płciowego [dwojga ludzi]; obejmuje też określoną instytucjonalną formę małżeństwa; zawiera pewien system nomenklatury wyrażającej stosunki pokrewieństwa i dziedziczenia, jest jednostką gospodarującą, to znaczy zapewniającą swym członkom utrzymanie i opiekę, zaspokajającą ich potrzeby materialne i przygotowującą ich do samodzielnego życia; jest grupą mieszkającą wspólnie, tworzącą jedno gospodarstwo domowe, które może obejmować dwa a nawet trzy pokolenia" [1]. Rola rodziców to rola nie tylko żywicieli, ale także opiekunów i wychowawców.

Czasy współczesne niosą ze sobą liczne zagrożenia dla funkcjonowania rodziny. Z punktu widzenia niniejszego artykułu na szczególną uwagę zasługują zagrożenia natury społecznej. Patrząc z perspektywy czasów współczesnych zagrożeń tych jest więcej niż było np. 20 czy 50 lat temu. Przyniósł je ze sobą przede wszystkim postęp i rozwój cywilizacji, a także szybszy obieg informacji. Biologiczne i psychologiczne zagrożenia, z jakimi spotkał się człowiek końca XX i początku XXI wieku, nigdy dotychczas nie występowały tak powszechnie, z taką dynamiką i z tak ujemnymi skutkami. Cywilizację współczesną charakteryzuje gwałtowny rozwój techniki, urbanizacja, komputeryzacja, biurokratyzacja, spadek poziomu kultury, wzrost agresji, prymitywizm obyczajów i kontaktów interpersonalnych. W życiu codziennym obserwuje się lęki i obawy przed grożącymi zewsząd niebezpieczeństwami [2].

Rodzina jako podstawowy system społeczny, pełniący jednocześnie rolę środowiska modelującego zacho-

wania jak również i środowisko pierwotne socjalizacji jednostki jest systemem podstawowym dla kształtowania wszelkich postaci rozwoju jednostki. Zaburzenie tego systemu powodować może trudności w funkcjonowaniu poznawczym, emocjonalnym i społecznym człowieka. Przeprowadzone na gruncie teorii więzi emocjonalnej J. Bowlby`ego badania poszukują znaczenia więzi pierwotnej dla budowania doświadczeń emocjonalnych u dzieci. Wewnętrzne, stabilne poczucie bezpieczeństwa ma zasadniczy wpływ na to, jak dziecko będzie w przyszłości regulować swoje stany emocjonalne [3, 4]. Rodzina dysfunkcyjna naraża dziecko na zaburzenie poczucia bezpieczeństwa oraz sprzyja sytuacjom traumatycznym, silnie nasyconym emocjonalnie. Chaos, brak poczucia stałości i pozawerbalne, często aleksytymiczne zakazy ekspresji i odczuwania emocji prowadzić mogą w konsekwencji do wytworzenia się stałego, uogólnionego wzorca, symbolicznego manifestowania zalegających emocji w postaci objawu chorobowego. Rodzina dysfunkcyjna może zatem przyczyniać się do ukształtowania się zaburzeń psychosomatycznych [5]. W ujęciu systemowym choroba jednego z członków rodziny wskazuje na dysfunkcję całego systemu. Jednostkową odporność na stres i choroby można w tym ujęciu rozumieć jako wynik interakcji procesów psychicznych, rodzinnych i społecznych [4, 6].

Rodzina a zdrowie

Patrząc kategoriami rodziny jako systemu oraz rozpatrując zaburzenie tego systemu w kategoriach szeroko rozumianego pojęcia zdrowia można przyjąć, że rodzina dysfunkcyjna przynosi zagrożenia dla różnych poziomów zdrowia jednostki. Rozpatrywanie zdrowia jednostki na poziomie fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu odnosi się do Modelu Socjoekologicznego zdrowia. Model ten powstał na gruncie promocji zdrowia. Jest zbudowany w oparciu o metaforę mandali, symbolizującej wszechświat. W myśl założeń WHO „zdrowie to nie tylko brak choroby, ale pełnia dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego" [7]. Definicja ta oddaje założenia socjoekologicznego modelu zdrowia. Mandala zdrowia, która symbolizuje wszechświat i miejsce człowieka w tym wszechświecie, pokazuje, że zdrowie człowieka zależy od wzajemnie powiązanych kręgów: biosfery i kultury, naturalnych i materialnych środowisk człowieka (w tym systemu rodzinnego), zasobów biologicznych, psychicznych i społecznych człowieka oraz różnych form jego aktywności w ciągu całego życia [8]. Model socjoekologiczny ma swoje korzenie w Starożytności, a na jego obecny kształt miały wpływ doświadczenia praktyczne i teoretyczne osiągnięcia w epidemiologii biomedycznej, społecznej, medycynie społecznej i psychosomatycznej oraz socjologii medycyny.

W kontekście mandali, zdrowie człowieka podlega wielorakim wpływom. Duży wpływ przypisuje się tutaj czynnikom związanym z ludzkim dążeniem do samorealizacji, zaspokajania potrzeb i aspiracji, poczuciem odpowiedzialności za siebie i swoje zdrowie, a zatem świadomej aktywności podmiotu oraz czynnikom związanym z funkcjonowaniem człowieka w społeczeństwie, dotyczącym w głównej mierze pełnienia przez niego określonych ról społecznych. Role społeczne w dużej mierze wyznaczane są natomiast w systemach rodzinnych. Chcąc zachować zdrowie, samoregulujący się organizm musi utrzymać swą indywidualną autonomię i jednocześnie podjąć wysiłek harmonijnej współpracy z otoczeniem. W tym kontekście znaczenie szczególne odgrywa środowisko rodzinne, jako system pierwotny. Zdrowie oznacza, bowiem taki stan, w którym panuje synchronizacja fizyczna i umysłowa ze sobą samym i systemami w jakich jednostka funkcjonuje [9].

Rodzina dysfunkcyjna

Zaburzenia w funkcjonowaniu rodziny niosą ze sobą negatywne skutki nie tylko we wszystkich formach rozwoju jednostki, ale przynoszą również negatywne konsekwencje dla zdrowia na wszystkich jego wymiarach. Dodatkowo konsekwencje te mają niekiedy bardzo odległy charakter. Przykładem rodzin dysfunkcyjnych mogą być rodziny, w których istnieje problem alkoholowy. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych podaje, że w Polsce żyje około 1,5–2 mln dzieci alkoholików, z czego 500–600 tysięcy znajduje się w dramatycznej sytuacji zagrażającej ich zdrowiu i życiu. Dane szacunkowe wskazują na liczbę około 800 tysięcy osób uzależnionych od alkoholu oraz około 2–2,5 mln osób pijących szkodliwie. Dwie trzecie dzieci wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym doświadcza przemocy w domu [4]. Funkcjonowanie dzieci w rodzinach alkoholowych opiera się na kilku podstawowych zasadach: „nie ufaj", „nie mów", „nie czuj". Pierwsza z nich wyrasta z niekonsekwencji i nieprzewidywalności dorosłych opiekunów, rozczarowania i stałego niezaspokajania potrzeb rozwojowych dziecka. Druga wynika z chęci chronienia opinii uzależnionego rodzica oraz wyidealizowanego wizerunku rodziny, z drugiej strony dziecko obarczone jest wstydem i poczuciem odpowiedzialności za dorosłych, co umacnia mechanizm zaprzeczania prawdziwemu obrazowi rodziny. Ostatnia wiąże się z wadliwie funkcjonującym systemem rodzinnym na etapie dorastania i polega na założeniu, że bezpieczniej dla własnego ustroju jest odciąć się od własnych uczuć, zminimalizować odczuwanie w sytuacjach traumatycznych, których jest zbyt dużo, i zbyt ciężko jest je unieść [10]. Te wadliwe założenia dotyczące funkcjonowania człowieka, kształtujące się jeszcze w okresie dzieciństwa skutkują wadliwym funkcjonowaniem również w życiu dorosłym i są niczym innym jak wspomnianymi odległymi skutkami dorastania w rodzinie zaburzonej. Niezależnie od rodzaju dysfunkcji obecnej w rodzinie dziecko wzrasta w niej ze

zniekształconym obrazem siebie i otaczającego świata, zaznacza się brak prawidłowych wzorców do kształtowania własnej tożsamości [4, 11].

Typowy przykład odległych konsekwencji dorastania w rodzinie dysfunkcyjnej zaobserwować można w odniesieniu do rodzin, gdzie pojawia się zjawisko przemocy. Istnieją różne formy przemocy. Rzecz jasna najbardziej jednoznaczna jest przemoc fizyczna. Jej konsekwencje bezpośrednie i to zarówno somatyczne jak i emocjonalne, poznawcze i behawioralne są raczej oczywiste. Do skutków somatycznych zaliczyć można: zgon jako rezultat pobicia, obrażenia narządów wewnętrznych (np. wątroby, śledziony), wylewy krwawe do siatkówki bez złamania lub objawów stłuczenia głowy, mnogie złamania stwierdzone w obrazie rentgenowskim, kalectwo, wybite zęby, wyrwane włosy, ślady uderzeń, oparzeń, ugryzień, rany w różnych fazach gojenia, organiczne uszkodzenie mózgu; brak reakcji na ból (w rezultacie długotrwałej przemocy fizycznej), nietrzymanie kału i moczu, wymioty, uporczywe bóle i zawroty głowy, bóle żołądka, potliwość. Bezpośrednie skutki poznawcze, emocjonalne i behawioralne to przede wszystkim: zachowanie agresywne w stosunku do innych lub siebie, ucieczka w świat fantazji, brak reakcji na płacz innych, zaniżona samoocena, brak poczucia bezpieczeństwa, odrzucanie siebie – brak akceptacji własnej osoby, brak przynależności do osób bliskich, poczucie krzywdy i winy, koszmary nocne, zaburzenia koncentracji uwagi, pamięci, lęki, depresje, całkowita uległość – podporządkowanie się, gwałtowny unik (kulenie się) w odpowiedzi na próbę dotknięcia lub pogłaskania, słaby kontakt z otoczeniem [12, 13].

Mniej oczywiste są odległe skutki przemocy, nawet tej która zdaje się być najbardziej jednoznaczna – tj. przemocy fizycznej. Skutki somatyczne to: choroby somatyczne, trwałe uszkodzenia narządów wewnętrznych, organiczne uszkodzenia mózgu, trwałe kalectwo fizyczne, stałe napięcie mięśni ciała (drżenia, tiki); natomiast odległe skutki poznawcze, emocjonalne, behawioralne to: poczucie winy jako cecha osobowości, niska samoocena, duża potrzeba kontrolowania wszystkiego, stosowanie przemocy wobec innych, nerwice, uzależnienia – alkoholizm i narkomania [12, 13].

Zdecydowanie mniej jednoznaczną formą przemocy rodzinnej jest przemoc psychiczna. W tym przypadku szkody wyrządzone tą metodą są niewymierzalne. Znęcanie psychiczne jest nieuchwytną formą złego traktowania. Nie pozostawia widocznych śladów, trudno jest cokolwiek udowodnić w trakcie postępowania przygotowawczego. Nie można też precyzyjnie określić rozmiarów psychicznego krzywdzenia czy nawet wszystkich wymienić, nie da się również w sposób jednoznaczny sklasyfikować intensywności oraz stopnia dolegliwości. Pozostawia urazy w psychice na długie lata, a jednocześnie może być niezauważona przez wnikliwego obserwatora [14]. W przypadku przemocy psychicznej jej następstwa bezpośrednie somatyczne to: nietrzymanie kału i moczu, wymioty, bóle w okolicy serca, bóle mięśni, bóle żołądkowe, nadmierna potliwość, nawracające bóle głowy, stałe zawroty głowy, biegunka. Bezpośrednie skutki poznawcze, emocjonalne i behawioralne to: kłopoty z kontrolą emocji, poczucie alienacji, bezsensu, bezradności, wyobcowania, fobie, zaburzenia snu, poczucie winy i krzywdy, ucieczki, problemy szkolne, nerwice, lęki, zachowania agresywne w stosunku do innych i do siebie, nieufność wobec innych. Natomiast somatyczne odległe konsekwencje domowej przemocy psychicznej to: arytmia serca, stałe napięcie mięśniowe, choroby psychosomatyczne (choroba wieńcowa, zawał serca, wrzody żołądka, wrzody dwunastnicy, astma, choroby dermatologiczne, zaburzenia ciśnienia). Do skutków poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych zaliczyć można: niską samoocenę, tendencję do uzależniania się od innych, poczucie alienacji, dążenie do perfekcjonizmu, stosowanie przemocy emocjonalnej wobec innych, dążenie do kontroli innych, izolację, depresję, poczucie winy, przestępczość [12, 13].

Kolejne typy przemocy – seksualna, zaniedbanie oraz przemoc ekonomiczna również przynoszą ze sobą zarówno bezpośrednie, jak i odległe skutki [15]. Szczególnie w odniesieniu do zjawiska przemocy seksualnej można mówić o poważnym niedoszacowaniu tego zjawiska, czyli o tzw. zjawisku „ciemnej liczby". Jest to liczba przestępstw, o których nie są powiadamiane organa ścigania. W przypadku przestępstw seksualnych może ona oscylować nawet w granicach 80%. Zjawisko to wiąże się z występowaniem u ofiar wstydu, strachu oraz braku wiary w skuteczność swojego działania. Szczególnie rzadko ujawniany jest fakt stosowania przemocy seksualnej wobec dzieci. Bezpośrednią przyczyną tego stanu rzeczy jest to, że dzieci rzadko informują o zjawisku molestowania [16, 17, 18, 19].

Terapia systemowa

Rozpatrywanie rodziny jako systemu, będącego źródłem pierwotnej socjalizacji, w którym kształtuje się w dużej mierze tożsamość jednostki, pozwala postawić tezę, że dla poprawy funkcjonowania systemów rodzinnych nierzadko niezbędne jest oddziaływanie na cały system, a nie jedynie na jego elementy. System rodzinny jak wykazano powyżej odgrywa również znaczącą rolę w kształtowaniu wzorców nieprawidłowych i prowadzić może do zaburzeń natury somatycznej, emocjonalnej, poznawczej i behawioralnej. Zaburzona równowaga systemu rodzinnego wpływa bezpośrednio na zdrowie jednostki w rodzinie oraz szeroko rozumiane zdrowie całej rodziny.

Początki systemowego nurtu w psychoterapii (zwanego również interakcyjnym) sięgają lat czterdziestych i pięćdziesiątych. Nurt ten zaczął rozwijać się w Stanach Zjednoczonych, a najistotniejszą przemianą jaką przy-

niósł było przesunięcie zainteresowania klinicystów z zaburzonej jednostki na jej interakcje społeczne, w które jest ona uwikłana (małżeńskie, rodzicielskie, towarzyskie, zawodowe itp.). Traktując rodzinę jako grupę społeczną o decydującym wpływie na rozwój jednostki, od samego początku objęto ją szczególną uwagą [20].

W psychopatologii jednostka traktowana jest jako element różnych systemów (rodziny, kręgu towarzyskiego, zawodowego itp.). Przykładowo nawiązując w relacjach rodzinnych interakcje ze współmałżonkiem, tworzy podsystem „para małżeńska", z kolei w kontaktach z dziećmi wchodzi w zakres podsystemu „rodzice", w relacjach z własnymi rodzicami stanowi element subsystemu „dzieci", itd. Wzajemne oddziaływania wewnątrz każdego z podsystemów odbywają się za pośrednictwem zachowań komunikacyjnych i mają cyrkularny charakter, co oznacza, że zachowanie podmiotu jest reakcją na uprzednie zachowanie partnera interakcji wewnątrz danego podsystemu i stanowi jednocześnie jego wzmocnienie i bodziec dla kolejnych reakcji. W celu zrozumienia zachowania jednostki konieczne jest więc rozpatrywanie ich w kontekście społecznym. W podejściu systemowym zasadnicza jest więc koncentracja na procesie komunikacji przebiegającej między ludźmi. Celem terapii systemowej jest zmiana systemu, a nie zmiana „zaburzonej" jednostki – człowieka określanego mianem „zaburzonego". Istnieją dwie podstawowe szkoły w ramach podejścia systemowego: szkoła komunikacyjna (tutaj nacisk kładziony jest przede wszystkim na sposób komunikowania się osób wchodzących w interakcję) oraz szkoła strukturalna (której celem jest zmiana struktury systemu, a dokładnie — zasad określających jego równowagę) [20].

Muzykoterapia – definicja i podział

Muzykoterapia zajmuje się wpływem muzyki na zdrowie człowieka. Istnieje szereg definicji muzykoterapii, jednak za obecnie obowiązującą przyjmuje się definicję Światowej Federacji Muzykoterapii. Według niej „jest [ona] wykorzystaniem muzyki i/lub jej elementów (dźwięk, rytm, melodia i harmonia) przez muzykoterapeutę i pacjenta/klienta lub grupę w procesie zaprojektowanym dla i/lub ułatwienia komunikacji, uczenia się, mobilizacji, ekspresji, koncentracji fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej i poznawczej w celu rozwoju wewnętrznego potencjału oraz rozwoju lub odbudowy funkcji jednostki tak, aby mogła ona osiągnąć lepszą integrację intra- i interpersonalną, a w konsekwencji lepszą jakość życia" [21]. W zależności od nastawienia na określone choroby bądź trudności funkcjonalne wyodrębniono w muzykoterapii światowej podstawowe nurty, które różnią się od siebie przede wszystkim wyznaczonym celem oraz pojmowaniem muzyki [22]. Wyróżnić można: nurt psychologiczny, psychofizjologiczny, analityczny, behawioralny, komunikacyjny i poznawczy [23, 24, 25].

Muzyka nie wymaga tłumaczenia, komentarza, jest najbardziej komunikatywna i działa bezpośrednio. W związku z tym szczególnie użyteczna jest tam, gdzie często trudno zastosować werbalne techniki psychoterapeutyczne. Ma tu miejsce prewerbalny sposób komunikowania się z wczesnego dzieciństwa. Bezpośredniość oddziaływania muzyki pozwala na wyobrażeniowe przenoszenie się w sferę przeżyć drugiego człowieka, przejmowanie ról innych ludzi, co pozwala na lepsze ich rozumienie. Ponadto muzyka dzięki swej „bezznaczeniowości" redukuje znacznie udział czynnika racjonalnego „omija" bowiem *ego*, unikając kontroli intelektualnej przez co dociera w głąb ukrytych konfliktów oraz aktywizuje emocje [26]. Tym, co wyróżnia muzykoterapię jest również specyficzny język, którym posługuje się muzyka. Według Natansona język muzyki posługuje się kodem swobodnym, który zakłada z góry brak uzgodnień między nadawcą a odbiorcą co do „dosłowności" znaczenia zawartego w komunikacie. Tak więc miast mówić o specyficznym charakterze znaczenia muzycznego, można mówić raczej o „wieloznaczeniu" [26, 27].

Podział muzykoterapii związany jest z założonymi celami terapeutycznymi oraz z organizacją działań leczniczych. W muzykoterapii indywidualnej zasadnicze jest stworzenie właściwej relacji pomiędzy terapeutą a klientem i od tej właśnie relacji zależy postępowanie lecznicze [28]. Natomiast muzykoterapia grupowa opiera się na zasadach psychoterapii grupowej, która wykorzystuje właściwości grup społecznych do oddziaływania na ich członków. Interakcje zachodzące między członkami mają wartość stosunków społecznych, a czynniki oddziaływujące leczniczo to: uczestnictwo w grupie, emocjonalne podtrzymanie, pomaganie innym, informacja zwrotna czy uzyskiwanie nowych umiejętności społecznych [26].

Inny podział muzykoterapii odnosi się do zastosowanych form oddziaływania terapeutycznego. W tym przypadku dzielimy muzykoterapię na receptywną i aktywną. Muzykoterapia receptywna polega na wysłuchiwaniu celowo i odpowiednio zestawionych programów muzycznych w sposób swobodny lub zadaniowy, to znaczy taki, który określa temat wyobrażeń i ukierunkowuje je. Obejmuje też ona dyskusję psychoterapeutyczną związaną z zaistniałymi odczuciami [26, 28]. Muzykoterapia aktywna polega natomiast na wykonywaniu muzyki przez klienta bądź klientów. Stosuje się tu m.in. grę na instrumentach. Najczęściej stosowane jest instrumentarium Orffa, w którym różnorodność elementów pozwala na możliwość wyboru w zależności od preferencji i stanu psychicznego pacjenta [29].

W stronę muzykoterapii systemowej

Walor komunikacyjny muzykoterapii nawiązuje do potrzeb terapeutycznych naświetlonych przez psychoterapię systemową, szczególnie przez szkołę komuni-

kacyjną, w której, jak wspomniano nacisk kładzie się przede wszystkim na sposób komunikowania się osób wchodzących w interakcję. Przy pomocy muzykoterapii grupowej, głównie opierającej się o techniki aktywne (np. przy wykorzystaniu instrumentarium Orffa) możliwe jest stworzenie relacji komunikacyjnej, opierającej się na zasadach języka muzycznego. Relacja ta może być o tyle unikatowa, że omija zablokowane formy werbalne. Jeżeli kontakt werbalny w grupie społecznej jest zaburzony, możliwe staje się porozumiewanie poprzez środki artystyczne – jak np. muzyka. Szczególne znaczenie odgrywa tu podejście odwołujące się do nurtu komunikacyjnego, gdzie muzyka jest traktowana jako środek komunikacji niewerbalnej z drugim człowiekiem, szczególnie w sferze emocjonalnej. Muzyka jest w tym ujęciu systemem znaków i sygnałów, zbudowanym według praw muzycznych, przekazującym określone informacje semantyczne i estetyczne [30].

W przypadku rodzin dysfunkcyjnych, w których zasada „nie ufaj" obniża wartość komunikatu werbalnego, zasada „nie mów" wręcz go zakazuje, a zasada „nie czuj" uczy blokowania emocji na znane i wielokrotnie analizowane werbalne środki wyrazu, posługiwanie się językiem muzyki, oddziaływującym bezpośrednio na emocje człowieka może okazać się niezwykle skuteczną formą terapeutyczną.

To właśnie z uwagi na posługiwanie się metodami niewerbalnymi muzykoterapia, pomimo coraz szerszego zastosowania w kompleksowym leczeniu chorób różnych specjalności, wciąż najczęściej jest stosowana w lecznictwie psychiatrycznym. Przyczyn takiego stanu rzeczy szukać należy w specyfice zaburzeń psychicznych, ich etiopatogenezy, obszaru klinicznego, przebiegu oraz następstw społecznych [31]. Z uwagi na to, że muzykoterapia wyrosła w zasadzie na gruncie lecznictwa psychiatrycznego, to właśnie w tej dziedzinie jej metodyka, mając najdłuższą tradycję jest najbardziej różnorodna, rozwinięta i dopracowana [32].

Właśnie z uwagi na trudności posługiwania się językiem werbalnym w przypadku wielu zaburzeń psychicznych, to właśnie w psychiatrii muzykoterapia, niosąc ze sobą bezpieczne postaci komunikacji zyskała największą popularność. Np. możliwość komunikowania się za pośrednictwem dźwięku jest niezwykle istotnym elementem muzykoterapii w schizofrenii. Na szczególną uwagę zasługuje tu technika dialogu instrumentalnego, w której stosuje się dźwięk instrumentów perkusyjnych w miejsce słów, których wypowiadanie może stanowić dla chorego trudność, jako że nierzadko jego język werbalny jest bardzo osobisty, a poczucie niezrozumienia zniechęca do otwartego wypowiadania się za pomocą słów. Technika ta nawiązuje do wspomnianego już nurtu komunikacyjnego w muzykoterapii. Dźwięk instrumentu jest abstrakcyjny, zatem nie niesie ze sobą znaczeń jakie niosą słowa. Zwiększa to poczucie bezpieczeństwa pacjenta. Za pomocą dźwięku instrumentu w bezpieczny i niezagrażający dla klienta sposób można swobodnie wyrazić emocje. Można zatem posłużyć się dźwiękiem w budowaniu dialogów z osobą, z którą kontakt werbalny jest z różnych powodów utrudniony [32, 33, 34].

To samo dotyczy funkcjonowania grup rodzinnych, w których relacje są zaburzone, a zatem kontakt werbalny obłożony jest ryzykiem braku szczerości i wzajemnego niezrozumienia. W grupie rodzinnej, poddanej terapii muzycznej w ujęciu systemowym dialog instrumentalny ma najczęściej charakter kierowany. Następuje przenoszenie zachowań z życia codziennego na płaszczyznę zachowań muzycznych. Odbywa się to poprzez odgrywanie ról oraz wyrażanie uczuć poprzez grę na instrumentach. W grupie każdy klient ma okazję zobaczyć siebie w relacji z pozostałymi członkami rodziny [34]. Mogą też „powiedzieć" sobie rzeczy, których przy zastosowaniu komunikatu werbalnego być może nie powiedzieliby nigdy.

W kontekście muzykoterapii systemowej na uwagę zasługuje również nurt analityczny. Opiera się on głównie na założeniach psychoanalitycznych, mimo że początki współpracy pomiędzy psychoanalizą a muzykoterapią nie były najlepsze, co wynikało głównie z postawy Freuda wobec muzyki, którą on sam określał jako obojętną, a siebie samego jako całkowicie niemuzykalnego [35]. Podobno twórca psychoanalizy nigdy nie słuchał muzyki dobrowolnie i nic o niej nie pisał, pomimo że mieszkał w Wiedniu – ówczesnej stolicy świata muzycznego [36]. Sam Freud pisał, że przy muzyce rzadko odczuwał jakąkolwiek przyjemność. Twierdził, że jakaś racjonalna część jego osoby wzdraga się przed wzruszaniem się z powodu czegoś czego nie rozumie i nie zna znaczenia tego czegoś [37]. Jednak pomimo trudnych początków, to właśnie opierając się na założeniach psychoanalitycznych stworzony został jeden z najistotniejszych nurtów w światowej muzykoterapii. Według jego założeń istnieje podobieństwo między popędowo-dynamiczną strukturą życia uczuciowego człowieka i muzyki. Stąd wysunięto przypuszczenie, że poprzez muzykę można oddziaływać na emocje i docierać do nieświadomej warstwy psychiki [23, 24, 25].

Słuchanie muzyki to również słuchanie komunikatu – niejednoznacznego komunikatu. Muzyka to niemal jedyny środek niewerbalnej komunikacji międzyludzkiej, a jej specyficzny język uruchamia wrażliwość na sygnały symboliczne i pobudza do czynności wyobrażeniowych i ekspresywnych. Dzięki temu możliwy dla członków zaburzonego systemu rodzinnego staje się wgląd w ich wzajemny wewnętrzny stan. Tak więc bezpośredniość oddziaływania muzyki jest istotnym warunkiem dla procesów rozumienia, albowiem pozwala na wyobrażeniowe przejmowanie różnych ról, co również ułatwia ich rozumienie [27]. Muzyka przez brak znaczenia redukuje istotnie udział czynnika racjonalnego. Według Taylora i Papertsa: „Muzyka z powodu swej abstrakcyjnej natury omija *ego*, unika kontroli intelektualnej, dociera

w głąb do ukrytych konfliktów oraz wydobywa i aktywizuje emocje (…). Muzyka przenika jakoś przez samokontrolę człowieka i przyspiesza proces wyobrażeniowy, pobudza łatwo fantazjowanie" [38]. Te niewerbalne elementy komunikatu, a przecież i muzyka jest taką właśnie formą, przybierają postać komunikatywną bardzo wcześnie. Krzyk dziecka przykładowo wzywa do uwagi i kontaktu. Stąd też kołysanki z ich powolnym rytmem, mogą przyczyniać się do poczucia jedności z matką i służyć tworzeniu trwałego poczucia bezpieczeństwa. Oznacza to, że zdolność odczytywania sygnałów opierających się na wieloznaczeniowym kodzie muzycznym uzyskujemy bardzo wcześnie na drodze rozwoju. Według Steina muzyka nie jest jedynie dźwiękiem, ale *staje się* czymś więcej. Zadaniem terapeuty jest usłyszenie nie tego co jest dane, ale właśnie tego, co jest ukryte. Istotą jest więc dekodowanie prezentacji dźwiękowej, mogącej opowiadać archaiczne doświadczenia, a co za tym idzie usłyszenie uczuć a nie dźwięków [39].

Podsumowanie

Przyjmując więc założenie, że rodzina jest najistotniejszą z punktu widzenia rozwoju jednostki grupą społeczną, a ewentualne trudności w funkcjonowaniu rodziny jako systemu mogą znacząco zaburzać funkcjonowanie jednostki, będącej tego systemu częścią należy przyjąć, że oddziaływanie o charakterze systemowym jest jak najbardziej uzasadnione. Rodzina dysfunkcyjna zaburza bowiem rozwój emocjonalny i społeczny osoby, będącej jej częścią, a skutki owego zaburzenia mogą mieć charakter długotrwały bądź trwały. Oznacza to, że dla ochrony systemu zdrowia rodziny, we wszystkich tego zdrowia wymiarach należy poświęcić jak najwięcej uwagi, choćby z racji roli jaką pełni ona dla socjalizacji jednostki.

Rodziny dysfunkcyjne, gdzie z różnych powodów zaburzony zostaje kontakt pomiędzy członkami niejednokrotnie mają duże trudności z wyrażaniem emocji w sposób werbalny. To właśnie werbalny sposób komunikowania jest obłożony największymi blokadami w zaburzonym systemie. Dla poprawy funkcjonowania jednostki w rodzinie, jak również i rodziny jako całości konieczne jest niekiedy wprowadzenie pracy o charakterze systemowym.

Zastosowanie muzykoterapii systemowej, w której to formie terapeutycznej posługujemy się głównie metodami niewerbalnymi, omija się wadliwy system zaburzonej komunikacji i doprowadza się do wzrostu szczerości pomiędzy członkami rodziny, będącymi elementami systemu.

Stosuje się tu formę muzykoterapii grupowej, najczęściej opierającej się na technikach aktywnych, w których przy pomocy prostych środków, takich jak instrumentarium Orffa możliwe jest uzyskanie wzajemnego porozumienia oraz wyrażenie nierzadko zablokowanych emocji. Działania te koncentrują się wokół muzykoterapeutycznego nurtu komunikacyjnego, którego głównym celem jest w tym przypadku poprawienie relacji komunikacyjnej i nawiązuje on do komunikacyjnej szkoły psychoterapii systemowej, opierając się na tych samych zasadach. Drugi istotny nurt muzykoterapeutyczny – nurt analityczny, opierający się na założeniach psychoanalitycznych koncentruje się na aspektach emocjonalnych, co w odniesieniu do rodziny dysfunkcyjnej, w której zazwyczaj zaburzone są relacje emocjonalne – choćby w myśl wspomnianej zasady „nie czuj" – może mieć kluczowe znaczenie dla poprawy funkcjonowania całego systemu rodzinnego oraz poszczególnych jej członków.

Innymi słowy muzykoterapia systemowa pozwala na wyrażenie emocji oraz wypowiedzenie treści, które przy pomocy środków werbalnych niezwykle trudno jest wypowiedzieć zwłaszcza w ramach systemu, który właśnie tę komunikację werbalną zaburzył.

Forma muzykoterapii systemowej jest póki co formą mało rozpowszechnioną, i odbywa się raczej na zasadzie warsztatów dla par lub rodzin, których celem jest poprawa wzajemnych relacji. Jednak wzrost popularności muzykoterapii jako dziedziny terapeutycznej pozwala mieć nadzieję, że również i w odniesieniu do pracy nad systemami stanie się ona metodą bardziej docenianą, i częściej stosowaną.

PIŚMIENNICTWO

1. Świtacz V., Niektóre współczesne zagrożenia dla rozwoju życia rodzinnego, Biblioteka Zespołu Szkół Medycznych, Grudziądz 2001.
2. Cekiera C., Człowiek wobec biologicznych i psychologicznych zagrożeń końca XX wieku, [w:] Dzieci i młodzież wobec zagrożeń dzisiejszego świata, M. Dudzikowa, T. Borowska (red.), Eruditus, Poznań 1999.
3. Schier K., Bez tchu i bez słowa. Więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową, GWP, Gdańsk 2005, 9-17.
4. Strzelecka M., Strzelecki W., Zaburzenia regulacji emocjonalnej u osób pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych, [w:] Psychologia w naukach medycznych. Część II, Strzelecki W., Czarnecka-Iwańczuk M., Cybulski M. (red.), Wydaw. Nauk. Uniw. Med. im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2012, 21-33.
5. Schier, K., Zalewska, M. Krewni i znajomi Edypa. Kliniczne studia dzieci i ich rodziców, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2002, 24.
6. Namysłowska I., System rodzinny a zaburzenia psychosomatyczne, [w:] Zaburzenia psychosomatyczne i dzieci i młodzieży, Szewczyk L., Skowrońska M. (red.), EMU, Warszawa 2003, 35-49.
7. Sokołowska M., Granice Medycyny, Wydawnictwo Wiedza Powszechna, Warszawa 1980.
8. Czabała Cz. J., Sęk H., Pomoc psychologiczna, [w:] Psychologia-podręcznik akademicki t. III, J. Strelau (red.), GWP, Gdańsk 2000, 605-621.

9. Kasperek E., Zachowania prozdrowotne nauczycieli, Oficyna Wydawnicza G&P, Poznań 1999, 13-49,
10. Filipiak M., Waszyńska K., Aktywność seksualna osób z rodzin alkoholowych www.seksuologia.med.pl 10.09.2012r.
11. Mcdougall J., Theatres of the body, Free Association Books, Londyn 1989.
12. Kmiecik-Baran K., Młodzież i przemoc, Mechanizmy socjologiczno-psychologiczne, PWN, Warszawa 1999.
13. Papież J., Płukis A., Przemoc dzieci i młodzieży, Adam Marszałek, Gdańsk 2007.
14. Gierowski J.K., Lew-Starowicz Z., Melibruda J., Psychopatologia zjawisk społecznych, [w:] Psychologia-podręcznik akademicki t. III, Strelau J. (red.), GWP, Gdańsk 2000.
15. Mojs E., Przemoc wobec dzieci i jej konsekwencje dla zdrowia, [w:] Zagrożenia zdrowotne dzieci i młodzieży, Głowacka M.D., Mojs E. (red.), Urząd Miasta Poznań, Poznań 2008.
16. Beisert M., Kazirodztwo. Rodzice w roli sprawców, SCHOLAR, Warszawa 2009.
17. Russel D.E.H., Sexual exploitation: rape, child sexual abuse, and sexual harassment, Sage, Bevery Hills, Ca 1984.
18. Dąbkowska M., Psychiatryczne następstwa przemocy domowej, Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej 2005; 3 (5), 103-108.
19. Polanowski J., Przemoc seksualna, Niebieska Linia, nr 1 / 2002.
20. Grzesiuk L., Psychoterapia, PWN, Warszawa 2002, 41-47.
21. Szulc W., Muzykoterapia jako przedmiot badań i edukacji, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2005.
22. Galińska E., Z zagadnień muzykoterapii, [w:] Wybrane zagadnienia z psychologii muzyki, Manturzewska M. (red.), WSiP, Warszawa 1991, 215-237.
23. Galińska E., Podstawowe kierunki teoretyczne muzykoterapii, Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu, 1990, (52), 32-44.
24. Stachyra K., Muzykoterapia i wizualizacja w rozwijaniu kompetencji emocjonalnych studentów pedagogiki, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2009.
25. Strzelecki W., Cybulski M., Opieka muzykoterapeutyczna, [w:] Wybrane obszary opieki. Konteksty historyczne i współczesne, Skrzypczak J., Żołądź-Strzelczyk D., Cylkowska-Nowak M. (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań 2009, s. 199-210.
26. Strzelecki W.: Terapeutyczne zastosowanie muzyki, [w:] Psychologia w naukach medycznych, Cybulski M., Strzelecki W., (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań 2010, 105-124.
27. Natanson T., Wstęp do nauki o muzykoterapii, Ossolineum, Wrocław 1979.
28. Lewandowska K., Muzykoterapia dziecięca, OPTIMA, Gdańsk 2001.
29. Olszewska I., Ewolucja w muzykoterapii ze szczególnym uwzględnieniem metody Karla Orffa, Post. Rehab., 1992, (3), 61-68.
30. Galińska E., Poglądy na lecznicze działanie muzyki, Albo, Albo – Inspiracje jungowskie, 1992, (1), 41-57.
31. Janicki A., Muzykoterapia w lecznictwie psychiatrycznym, Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu, 1983, (34), 7-27.
32. Strzelecki W., Zastosowanie muzykoterapii w psychiatrii [w:] Psychologia w naukach medycznych Część 2, Strzelecki W., Czarnecka-Iwańczuk M., Cybulski M. (red.), Wydaw. Nauk. Uniw. Med. im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2012, 140-155.
33. Cesarz H., Dialog w muzykoterapii chorych psychicznie, Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu, 1998, Moc muzyki – pro memoria Tadeusz Natanson (73), 39-49.
34. Cesarz H., Muzykoterapeuta dźwiękiem mówiący, czyli kilka refleksji na temat komunikacji za pomocą instrumentu, Muzykoterapia Polska, 2003, 2 (6), 7-12.
35. Freud S., Letter to M. Bonaparte, 06.12.1936, [w:] Letters of Sigmund Freud, 1873-1939.
36. Sacks O., Muzykofilia. Opowieści o muzyce i mózgu, Zysk i S-ka, Poznań 2008.
37. Strzelecki W., Muzykoterapia a psychoanaliza, [w:] Podmiot. Sztuka - terapia - edukacja. Rozwijanie potencjału twórczego, Cylkowska-Nowak M., Imielskiej J., Kasperek-Golimowskiej E. (red.), Wydaw. Nauk. Uniw. Med. im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2012, 11-31.
38. Galińska E., Podstawy teoretyczne muzykoterapii, Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu, 1978, (17), 81-98.
39. Stein A., Well-Tempered bagatelles – a meditation on listening in psychoanalysis and music."Amer.Imago", 1999, nr 56 (4), 389-416.

Adres do korespondencji:
dr Wojciech Strzelecki
Zakład Psychologii Klinicznej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu