

Ks. Robert Zapotoczny*
Monika Wichmann**

WSPÓŁCZESNE METODY I TECHNIKI RELAKSACYJNE STOSOWANE W RÓŻNYCH RODZAJACH MUZYKOTERAPII

WSPÓŁCZESNE METODY I TECHNIKI RELAKSACYJNE STOSOWANE W RÓŻNYCH RODZAJACH MUZYKOTERAPII

Abstract: Due to the constant rush and the huge amount of stimuli we are exposed to in today's world, stress is becoming an inseparable companion of our lives. Relaxation methods and 24 techniques used in various types of music therapy can become a low-cost and easy-to-use remedy. However, they are not widespread enough in Polish culture. Therefore, it is worth getting to know them, learning how to use them and promoting them in society.

Keywords: music therapy, relaxation, stress, health.

W dzisiejszym świecie otacza nas ogromna ilość bodźców. Życie wymaga od nas wielozadaniowości, a jego nieodłącznym towarzyszem staje się stres. Jest to problem, z którym w większym lub mniejszym stopniu mierzy się każdy człowiek.

Przegląd proponowanych definicji stresu pozwala wyróżnić trzy zasadnicze stanowiska w tej sprawie. Pierwsze mówi o stresie jako o pewnego rodzaju sytuacji czy bodźcach zewnętrznych o określonych właściwościach (stresory). Drugie stanowisko odnosi to pojęcie do stanu osoby, która znalazła się w sytuacji trudnej – do jej reakcji wewnętrznych, a zwłaszcza reakcji emocjonalnych. Najnowsze ujęcia godzą te dwa stanowiska i ujmują stres jako relację między czynnikami

* Ks. Robert Zapotoczny – doktor habilitowany, Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu, ORCID 0000-0001-5742-6895.

** Monika Wichmann – absolwentka Papieskiego Wydziału Teologicznego we Wrocławiu (pedagogika), terapeutka zajęciowa.

zewnątrznymi a właściwościami człowieka¹. Stres jako czynniki zewnętrzne ujmują T. Holmes i R. Rahe. Sporządzili oni listę stresorów, które z uwagi na różnorodne kryteria można podzielić na psychospołeczne i fizyczno-biologiczne, na krótkotrwałe i przewlekłe, na pochodzące ze świata zewnętrznego, z wnętrza człowieka (ciała lub psychiki) lub z relacji człowiek – otoczenie. Można pogrupować je również na codzienne utrapienia i krytyczne wydarzenia życiowe².

Drugi nurt pojmowania stresu mówi o nim jako o pewnej reakcji. Jego reprezentantem jest H. Selye. Według niego stres to odpowiedź organizmu na wszelkie szkodliwe bodźce (stresory). Stresory mogą powodować specyficzne zmiany w miejscu, na które działają, co określane jest mianem lokalnego zespołu adaptacyjnego. Wywołują one również, niezależnie od swej natury, zmiany niespecyficzne, globalne, nazywane ogólnym zespołem adaptacyjnym. Zespół ten przebiega w trzech stadiach: reakcji alarmowej, odporności i wyczerpania³.

Przedstawicielem trzeciej koncepcji jest R. Lazarus. Według niego stres psychologiczny nie jest umiejscowiony ani w samej sytuacji, ani w osobie (choć jest warunkowany przez te czynniki), lecz wynika z interakcji między nimi. Jest to proces, który podlega ocenie poznawczej podmiotu. Stres to taka relacja między człowiekiem a otoczeniem, która postrzegana jest przez niego jako obciążająca lub przekraczająca jego zasoby i zagrażająca jego dobrostanowi. Transakcja stresująca może być ujęta w kategoriach krzywdy/straty, zagrożenia lub wyzwania⁴. Długotrwałe działanie skutków stresu może powodować wiele poważnych schorzeń, np.: choroby serca, apopleksję, astmę, wrzody żołądka, nudności, zespół jelita drażliwego, choroby skórne (np. egzema, wysypki i zapalenia skóry), zaburzenia cyklu miesięczkowego, nowotwory, zaparcia i biegunki, migreny, bóle głowy, osłabienie wzroku i pogorszenie widzenia⁵.

Jednym ze sposobów zminimalizowania negatywnych skutków stresu są metody i techniki relaksacyjne. Relaksacja niesie za sobą wiele korzyści dla ludzkiego organizmu. Warto więc zapoznać się z tematyką z nią związaną. Niniejszy artykuł ma na celu przybliżenie zagadnień związanych z relaksacją w muzykoterapii oraz przedstawienie metod i technik relaksacyjnych wykorzystywanych w różnych jej rodzajach.

¹ Por. M. Brzezińska, M. Grackowska, *Zaradnik terapeutyczny. Jak pracować z seniorami w domu pomocy społecznej?*, Warszawa 2012, s. 59-60.

² Por. *tamże*, s. 60.

³ Por. *tamże*, s. 61-62.

⁴ Por. *tamże*, s. 62-63.

⁵ Por. R. Craze, *Relaksacja ciała i umysłu*, Warszawa 2007, s. 14.

1. DEFINICJA MUZYKOTERAPII

Termin «muzykoterapia» powstał z dwóch pojęć: «muzyka» i «terapia». Precyzyjne zdefiniowanie muzykoterapii przysparza ogromnych trudności, ponieważ jest to dyscyplina bardzo szeroka, pojemna i praktykowana na różne sposoby.

Już sama próba opisanie pojęć takich jak «muzyka» i «terapia» to sprawa niełatwa⁶. Muzykę na przestrzeni wieków definiowano bardzo różnie, w zależności od poglądów filozoficznych, tradycji kulturowych i aktualnej praktyki muzycznej⁷. Można wyróżnić także definicje szczegółowe, ujmujące muzykę z punktu widzenia różnych nauk, takich jak psychologia, socjologia, akustyka itp.⁸ Wielość możliwych do przyjęcia punktów widzenia, jak też różnorodność uwarunkowana względami historycznymi, geograficznymi, społecznymi itp., nie pozwalają na proponowanie definicji muzyki, która byłaby zadowalająca⁹. Z punktu widzenia potrzeb muzykoterapii i nauki o niej istotne jest określenie muzyki historycznie w czasach współczesnych (przeszłość interesuje nas tylko na tyle, na ile służy praktykom leczniczego działania muzyką na człowieka współczesnego), a geograficznie na terenie bliskim kulturowo badaczowi. Wyniki badań jednego obszaru geograficznego mogą być przydatne dla innych przy zastosowaniu odpowiednich modyfikacji¹⁰.

Termin «terapia» wywodzi się z języka greckiego, gdzie *therapeia* oznacza leczenie ukierunkowane na likwidowanie chorób lub minimalizowanie ich skutków. W medycznym ujęciu występują dwa rodzaje terapii: przyczynowa (usuwanie przyczyn cierpienia i choroby) oraz objawowa (likwidująca cierpienie bez dotarcia do jego przyczyny). Terapia traktowana jest jako specjalistyczne działania ukierunkowane na pomoc jednostce w przywróceniu lub poprawie jej ogólnego funkcjonowania¹¹. Termin ten przenika się z takimi określeniami jak: rewalidacja, korekcja, kompensacja, reedukacja, socjoterapia, psychoterapia, wychowanie, stymulacja rozwoju¹². J. Bleszyński uważa, iż terapia to termin szerszy od wymienionych wyżej i obejmuje swoim zasięgiem całość specyficznych zamierzonych oddziaływań, które mają na celu optymalne wspomaganie rozwoju¹³. Każda terapia (także muzykoterapia) to proces, w przeciwieństwie do uzdrowienia czy cudu¹⁴.

⁶ Por. K. Stachyra, *Definiowanie i klasyfikacja muzykoterapii* [w:] *Podstawy muzykoterapii*, red. K. Stachyra, Lublin 2014, s. 27.

⁷ Por. T. Natanson, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Wrocław 1979, s. 101.

⁸ Por. *tamże*, s. 102-103.

⁹ Por. *tamże*, s. 104.

¹⁰ Por. *tamże*, s. 103.

¹¹ Por. T. Lewandowska-Kidoń, B. Skałbana, *Terapia pedagogiczna w zarysie. Teoria – praktyka – refleksje*, Warszawa 2015, s. 17.

¹² Por. *tamże*, s. 15-23.

¹³ Por. *tamże*, s. 17.

¹⁴ Por. K. Stachyra, *Definiowanie i klasyfikacja muzykoterapii*, s. 28.

W procesie rozwoju muzykoterapii nastąpiło zróżnicowanie ujęć teoretycznych wyjaśniających drogi i możliwości oddziaływania muzyki na człowieka. W ramach każdej koncepcji wypracowano odrębny warsztat praktyczny, sformułowano także odmienne definicje muzykoterapii¹⁵.

Podjmując próbę stworzenia definicji muzykoterapii, K. Bruscia podsumowuje:

Muzykoterapia jako wiedza i praktyka jest transdyscyplinarną hybrydą dwóch dziedzin, muzyki i terapii, z których obie posiadają niejasne granice i same w sobie są trudne do zdefiniowania; jako fuzja muzyki i terapii jest jednocześnie sztuką, nauką i procesem interpersonalnym; jako forma terapeutyczna jest niezwykle zróżnicowana w zastosowaniach, celach, metodach i orientacjach teoretycznych; jako światowa tradycja pozostaje pod wpływem różnic kulturowych; jako dyscyplina i profesja posiada podwójną tożsamość; jako młoda dziedzina jest wciąż w procesie stawania się¹⁶.

T. Natanson twierdzi, że

Muzykoterapia jest metodą postępowania, wielostronnie wykorzystującą wieloraki wpływ muzyki na psychosomatyczny ustrój człowieka¹⁷.

Światowa Federacja Muzykoterapii (World Federation of Music Therapy) przyjęła za obowiązującą następującą definicję:

Muzykoterapia jest profesjonalnym stosowaniem muzyki i jej elementów jako interwencji w medycznych, edukacyjnych oraz codziennych warunkach, w pracy z jednostkami, grupami, rodzinami lub społecznościami, poszukującymi zoptymalizowania ich jakości życia, poprawy w aspekcie fizycznym, społecznym, komunikacyjnym, emocjonalnym, intelektualnym i duchowym oraz poczucia dobrostanu. Badania, praktyka, edukacja i kliniczne szkolenie w muzykoterapii opiera się na profesjonalnych standardach uwzględniających kontekst kulturowy, społeczny i polityczny¹⁸.

2. RÓŻNE RODZAJE MUZYKOTERAPII

Choć początków terapii muzyką należy dopatrywać się już w dziejach plemion pierwotnych, to muzykoterapia jako dziedzina akademicka zaistniała stosunkowo niedawno. Jej początki datuje się na lata 40. XX w. W toku rozwoju współczesnej muzykoterapii zaczęły powstawać modele i metody różniące się między sobą nie tylko formami postępowania, ale przede wszystkim spojrzeniem na rolę muzyki,

¹⁵ Por. *tamże*, s. 29.

¹⁶ L. Konieczna-Nowak, *Wprowadzenie do muzykoterapii*, Kraków 2013, s. 8. Za: K. Bruscia, *Defining Music Therapy*, Gilsum 1998, s. 6.

¹⁷ T. Natanson, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, s. 51.

¹⁸ K. Stachyra, *Definiowanie i klasyfikacja muzykoterapii*, s. 30.

która jest podstawowym środkiem oddziaływania¹⁹. Można wyróżnić tu trzy podejścia²⁰:

- postrzeganie muzyki jako priorytetowy element terapii – muzyka stosowana jest tu jako element każdej sesji – istotny, jednak nie zawsze samodzielny. Stanowi ona uzupełnienie stosowanych technik psychoterapeutycznych;
- postrzeganie muzyki jako terapii – uznaje się, że już sam kontakt z muzyką, jej odtwarzanie lub tworzenie ma znaczący walor terapeutyczny i nie ma potrzeby łączenia jej z innymi formami terapii;
- podejścia łączące oba sposoby postrzegania roli muzyki.

Ze względu na techniki stosowane w muzykoterapii zasadniczo wyróżnia się podział na²¹:

- muzykoterapię aktywną – związaną z tworzeniem muzyki, improwizacją, w której podstawą oddziaływania jest zaangażowanie klienta poprzez różne aktywności muzyczne (śpiew, ruch przy muzyce, gra na instrumentach itp.);
- muzykoterapię receptywną – jej podstawą jest słuchanie muzyki, relaksacja i wizualizacja.

Na IX Światowym Kongresie Muzykoterapii, który odbył się w 1999 r. w Waszyngtonie, wymieniono pięć głównych modeli i podejść muzykoterapeutycznych²²:

- muzykoterapia kreatywna (jej twórcami są Paul Nordoff i Clive Robbins);
- muzykoterapia analityczna (Mary Priestley);
- muzykoterapia behawioralna (Clifford Madsen);
- wizualizacja kierowana z muzyką (Helen Bonny);
- muzykoterapia Benenzona (Rolando Benenzon).

W Polsce powstały dwie metody muzykoterapii²³:

- metoda portretu muzycznego (Elżbieta Galińska);
- mobilna rekreacja muzyczna (Maciej Kierył).

Muzykoterapia może się też różnić ze względu na potrzeby osób, do których jest skierowana. Odbiorcami muzykoterapii są najczęściej osoby z zaburzeniami rozwojowymi, psychicznymi, emocjonalnymi, z niepełnosprawnością fizyczną i intelektualną, osoby niewidome i niedowidzące (tyflomuzykoterapia), osoby niesłyszące i słabosłyszące (surdomuzykoterapia), osoby zdrowe pragnące pogłębić wiedzę na temat samych siebie, rozwijać osobowość, eksplorować swoje zasoby, poprawić swoje samopoczucie i jakość życia, dzieci, młodzież, osoby dorosłe,

¹⁹ Por. *tamże*, s. 28.

²⁰ Por. *tamże*.

²¹ Por. *tamże*.

²² Por. *tamże*, s. 28-29.

²³ Por. *tamże*, s. 29.

seniorzy. Przeciwwskazania odnoszą się jedynie do osób cierpiących na tzw. epilepsję muzykogeną oraz pacjentów w ostrych stanach psychiatrycznych²⁴.

W zależności od potrzeb klienta należy dobrać odpowiedni poziom głębokości działań muzykoterapeutycznych. K. Bruscia wymienia i opisuje następujące poziomy²⁵:

- pomocniczy – to każde zastosowanie muzyki lub jej elementów, które ze względu na główny cel, zawartość, metody czy relacje między osobami nie kwalifikują się do określenia jako terapia, jednak ich cel wiąże się w jakiś sposób z terapią;
- augmentatywny (zwiększający) – odnosi się do każdego z działań, w których muzyka lub muzykoterapia jest stosowana do zwiększania efektywności, wsparcia innych form oddziaływania, edukacji, rozwoju osobistego, leczenia czy terapii osób;
- intensywny – obejmuje wszystkie działania, w których muzykoterapia zajmuje centralną i niezależną rolę w osiąganiu głównych celów w planie terapii, a w rezultacie wywołuje realne zmiany w jego aktualnej sytuacji;
- główny – odnosi się do działań, w których muzykoterapia odgrywa niezastąpioną lub zdecydowanie najważniejszą rolę w zaspokajaniu terapeutycznych potrzeb klienta, czego rezultatem jest wywołanie znaczących zmian zarówno w nim samym, jak i w jego życiu.

B. Wheeler wyróżnia trzy poziomy ujęcia głębokości pracy muzykoterapeutycznej²⁶:

- muzykoterapia jako terapia aktywna – założone cele terapii osiągane są tutaj przede wszystkim dzięki technikom zaliczanym do muzykoterapii aktywnej. Aktywność to podstawowa siła, która prowadzi do pozytywnych zmian bez konieczności zagłębiania się w problemy i rozważania ich przyczyn. Widoczne jest tutaj postrzeganie muzyki jako terapii, gdzie aktywności muzyczne są jej głównym motorem. Dzięki niej można osiągnąć poprawę zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej, wypracować lepszą koordynację ruchową, pamięć, a także doświadczyć pozytywnej relacji z innymi, współprac w grupie itp. Ten poziom muzykoterapii jest właściwy do pracy z osobami poważnie chorymi, hospitalizowanymi, schizofrenikami czy klientami z dużą dezorganizacją osobowości. Cel ogólny to osiągnięcie kontroli, opanowania niezbędnego do funkcjonowania w codziennym życiu;
- muzykoterapia wglądowa z celami reedukacyjnymi – na tym poziomie ważna jest werbalizacja przeżycia, które wywołane jest przez muzykę w trakcie sesji. Ma to prowadzić do osiągnięcia wglądu, którego celem jest pomoc danej osobie w zmianie zachowania. Najważniejsze w tej formie muzykoterapii stają się

²⁴ Por. *tamże*, s. 29.

²⁵ Por. *tamże*, s. 32.

²⁶ Por. *tamże*, s. 33-35.

emocje i ich wydobyć dzięki muzyce, a następnie rozmowa, nie zaś muzyka sama w sobie. Pracuje się tu na emocjach i przeżyciach, które mogą być wywołane przez skupienie się na „tu i teraz”;

- muzykoterapia wglądowa z celami rekonstrukcyjnymi – uznawana za najgłębszą formę muzykoterapii traktowanej jako forma psychoterapii. Tutaj działania muzykoterapeutyczne nastawione są na wywołanie nieświadomych treści z podświadomości klienta, a następnie przepracowanie ich w celu reorganizacji osobowości. Podstawowym czynnikiem pozwalającym na sięganie w głąb, czerpanie z podświadomości klienta jest muzyka.

Granica pomiędzy muzykoterapią wglądową z celami reedukacyjnymi a muzykoterapią wglądową z celami rekonstrukcyjnymi jest płynna. Główny czynnik odróżniający oba rodzaje muzykoterapii to fakt, czy emocje, na których się pracuje, są bliskie świadomości klienta, czy też sięgamy do materiału z głębokiej podświadomości. Może się wydarzyć, że na jednej sesji pojawiają się sytuacje, które można zaliczyć do dwóch różnych kategorii²⁷.

E. Galińska wyróżnia sześć podstawowych kierunków rozwoju koncepcji muzykoterapii²⁸:

- kierunek psychagogiczny;
- kierunek psychofizjologiczny;
- kierunek psychoanalityczny;
- kierunek behawioralny;
- kierunek komunikacyjny;
- kierunek poznawczy.

A. Metera, opierając się na wcześniejszej klasyfikacji E. Galińskiej, wskazuje na sześć kierunków wyznaczających teoretyczne ramy muzykoterapii²⁹:

- psychofizjologiczny;
- psychopedagogiczny;
- psychoanalityczny;
- behawioralny;
- komunikacyjny;
- poznawczy.

²⁷ Por. *tamże*, s. 35.

²⁸ Por. *tamże*, s. 36. Za: E. Galińska, *Podstawowe kierunki teoretyczne muzykoterapii*, Wrocław 1990, s. 32-44.

²⁹ Por. L. Konieczna-Nowak, *Wprowadzenie do muzykoterapii*, s. 22. Za: A. Metera, *Muzykoterapia. Muzyka w medycynie i edukacji*, Leszno 2006.

3. DEFINICJE RELAKSU I RELAKSACJI

Termin «relaks» pochodzi od łacińskiego *relaxare, relaxo* – rozluźniam³⁰. W najprostszej ujęciu można przyjąć, że relaksacja stanowi naturalny proces, w którym następuje rozluźnienie ciała i umysłu³¹. Wówczas w mózgu przeważają fale *alfa* – związane ze stanem relaksu i kreatywności, oraz *theta* – pojawiające się w bardzo głębokiej fazie relaksu³². S. Siek rozróżnia pojęcia «relaks» i «relaksacja». Relaks określa jako odprężenie, rozluźnienie, zmniejszenie stanu mobilizacji organizmu, a relaksację jako sposoby czy metody osiągnięcia stanu relaksu³³. Badacze, m.in. A. Szyszko-Bohusz i S. Siek, podkreślają w procesie relaksacji przede wszystkim holistyczne oddziaływanie rozmaitych elementów, które z jednej strony wpływają na psychofizykę (eliminują napięcie mięśni), z drugiej zaś pozwalają obniżyć aktywność myśli, wprowadzając jednostkę w stan wewnętrznego odprężenia i spokoju³⁴. L. Kulmatycki twierdzi, że

Reakcja relaksacyjna to stan przeciwstawiany reakcji stresowej, [...] gdzie pod wpływem świadomego podjętego treningu relaksacyjnego następują pozytywne zmiany w kierunku integracji, zrównoważenia i dobrego samopoczucia, zarówno fizycznego, jak i psychicznego³⁵.

Treningi relaksacyjne stanowią jedną z metod psychoterapii treningowej, w której główną zasadą jest powtarzanie, uczenie się, trening. Trening relaksacyjny to systematyczne i celowe stosowanie ćwiczeń relaksacyjnych³⁶.

Działania relaksacyjne znajdują zastosowanie także w terapii pedagogicznej. Mogą one znacząco usprawniać proces wychowawczy i edukacyjny³⁷. Sprawdzają się np. w pracy z dziećmi nieśmiałymi, ze spektrum autyzmu, nadpobudliwością psychoruchową czy nadwrażliwością sensoryczną. Dla uczniów z deficytami rozwojowymi i zaburzeniami zachowania wiele sytuacji szkolnych wiąże się

³⁰ Por. K. Stachyra, *Relaksacja w muzykoterapii* [w:] *Podstawy muzykoterapii*, s. 88.

³¹ Por. G. Dobińska, A. Cieślukowska-Ryczko, *Techniki i metody relaksacyjne w wychowaniu, edukacji i terapii. Scenariusze pracy z dziećmi i młodzieżą*, Łódź 2019, s. 31.

³² Por. D. Gmitrzak, *Trening relaksacji. Jak uwolnić się od stresu, lęku i depresji*, Warszawa 2017, s. 13.

³³ Por. K. Stachyra, *Relaksacja w muzykoterapii*, s. 88.

³⁴ Por. G. Dobińska, A. Cieślukowska-Ryczko, *Techniki i metody relaksacyjne w wychowaniu, edukacji i terapii*, s. 31.

³⁵ *Tamże*, s. 31. Za: L. Kulmatycki, *Ćwiczenia relaksacyjne. Praktyczne techniki antystresowe dla dzieci i młodzieży*, Warszawa 1995, s. 19.

³⁶ Por. K. Stachyra, *Relaksacja w muzykoterapii*, s. 88.

³⁷ Por. G. Dobińska, A. Cieślukowska-Ryczko, *Techniki i metody relaksacyjne w wychowaniu, edukacji i terapii*, s. 32.

z przeżywaniem przez nich ogromnego stresu, który dodatkowo wzmacnia symptomy zaburzeń – dobrym lekarstwem na przeżywane przez nie napięcie jest relaksacja³⁸.

4. KORZYŚCI PŁYNĄCE Z RELAKSACJI

Organizm człowieka przez cały czas atakują różnorodne bodźce docierające zarówno z jego wnętrza (czynniki psychogenne), jak i z zewnątrz (czynniki środowiskowe), co powoduje powstawanie napięć fizjologicznych i stresu³⁹. Napięcia całego organizmu czy określonych grup mięśni są w przeważającej części następstwem reakcji psychicznych. Odprężenie fizjologiczne organizmu, osiągnięte dzięki oddziaływaniu na mięśnie, doprowadza do odprężenia psychicznego, uzyskania stanu wewnętrznego spokoju, wyciszenia. Konsekwencją relaksacji grup mięśni związanych z reakcjami lęku jest redukcja poziomu odczuwalnego lęku, zaś zmniejszenie mobilizacji mięśni reagujących w określonych, pejoratywnych sytuacjach łagodzi działanie tychże negatywnych emocji, ponieważ zniesienie napięcia mięśniowego przyczynia się do osiągnięcia stanu równowagi emocjonalnej i uspokojenia reakcji wegetatywnych⁴⁰. Systematyczne uprawianie treningu relaksacyjnego może poprawić funkcjonowanie organizmu i wielu jego układów, m.in. trawiennego, krążenia, oddechowego. Przyczynia się do zmniejszenia nadciśnienia, oszczędza serce i poprawia jego pracę, działa profilaktycznie przeciw wrzodom żołądka i kłopotom z trawieniem⁴¹.

Za pomocą relaksacji możemy też wpływać na działalność naszej wyobraźni i procesów myślenia. Napięcie określonych mięśni towarzyszy wyobrażeniu sobie określonych dźwięków, słów, a także ruchów i działań. Z wyobrażeniem ruchów, słów związane są specyficzne ruchy krtani, gałek ocznych. Zatem rozluźniając mięśnie krtani i gałek ocznych, możemy powściągać pracę wyobraźni, wyciszać aktywność wewnętrzną, uzyskiwać wewnętrzny spokój⁴². Relaksacja wpływa też korzystnie na dobry sen⁴³.

³⁸ Por. T. Lewandowska-Kidoń, B. Skalbani, *Terapia pedagogiczna w teorii i działaniu*, Kraków 2020, s. 199-200.

³⁹ Por. K. Stachyra, *Relaksacja w muzykoterapii*, s. 88-89.

⁴⁰ Por. *tamże*, s. 89-90.

⁴¹ Por. *tamże*, s. 90.

⁴² Por. S. Siek, *Twoja odpowiedź na stres. Relaksacja, medytacja, autosugestia. Mały leksykon technik redukujących stres*, Wrocław 1998, s. 20.

⁴³ Por. *tamże*.

5. RELAKSACJA W MUZYKOTERAPII

Relaksacja w muzykoterapii zaliczana jest do metod receptywnych. W zakresie relaksacji muzykoterapia łączy swoje siły z osiągnięciami psychoterapii i rehabilitacji. Zarówno muzykoterapeuci adaptują popularne treningi relaksacyjne do muzyki, jak i specjaliści innych dziedzin chętnie uzupełniają muzyką swoje oddziaływania skierowane na psychofizyczne odprężenie klienta. Na gruncie muzykoterapii relaksacja odbywać się może za pomocą słów (sugestii), słów i muzyki lub samej muzyki⁴⁴. Trening relaksacyjny w muzykoterapii nie różni się zasadniczo od treningów relaksacyjnych praktykowanych przez specjalistów z zakresu innych dziedzin terapii. Podstawową różnicą jest umiejscowienie w nim muzyki, tak dobranej oraz w taki sposób zaprezentowanej, aby pomagała, a nie przeszkadzała w osiągnięciu stanu relaksu⁴⁵.

6. DOBÓR MUZYKI DO RELAKSACJI

Muzyka stosowana w tle treningu relaksacyjnego może zarówno ułatwić, jak i przeszkodzić w osiągnięciu stanu relaksu⁴⁶. Reakcja człowieka na muzykę to nie tylko wypadkowa reakcji psychologicznych i fizjologicznych wywołanych przez różne aspekty samej muzyki. Zależy ona także od osobistych i kulturowych doświadczeń, skojarzeń i oczekiwań odbiorcy. Proces percepcji jest niezwykle skomplikowany, a warunkują go takie czynniki jak: osobowość słuchacza, jego aktualny stan psychofizyczny, doświadczenia muzyczne, uwarunkowania kulturowe itp. Bardzo duże znaczenie ma też stan pobudzenia osoby, z którą chcemy przeprowadzić sesję relaksacji⁴⁷. Należy tutaj pamiętać o zasadzie ISO, która mówi o potrzebie początkowego dostosowania muzyki do aktualnego nastroju klienta, a następnie wybieraniu utworów nieco spokojniejszych, by dążyć do osiągnięcia celu uspokojenia i wyciszenia⁴⁸. E.T. Gaston precyzyjnie określił cechy muzyki relaksacyjnej. Powinny ją charakteryzować⁴⁹:

- regularny rytm – daje słuchaczowi poczucie stabilizacji, przewidywalności, a co za tym idzie bezpieczeństwa. Rytm ma duży wpływ na pobudzenie fizyczne, dlatego w muzyce relaksacyjnej nie zawsze jest wyraźny, można go nazwać bardziej pulsem niż rytmem;

⁴⁴ Por. K. Stachyra, *Relaksacja w muzykoterapii*, s. 87.

⁴⁵ Por. *tamże*, s. 88.

⁴⁶ Por. *tamże*, s. 104.

⁴⁷ Por. *tamże*, s. 105.

⁴⁸ Por. K. Stachyra, *Muzyka jako element procesu terapii* [w:] *Podstawy muzykoterapii*, s. 72-73.

⁴⁹ Por. Tenże, *Relaksacja w muzykoterapii*, s. 106. Za: E.T. Gaston, *Music in Therapy*, New York 1968.

- przewidywalna dynamika – ma takie samo znaczenie jak w przypadku rytmu i pulsu. Dodatkowo zbyt duża dynamika sprawia, że muzyka staje się hałasem powodującym napięcie, a nie odprężenie. Stąd niezwykle istotny, obok samej muzyki, jest sposób jej prezentacji. Głośność prezentowanej muzyki może wpływać na jej percepcję i musi być dostosowana do indywidualnych preferencji słuchacza;
- konsonansowa harmonia – konsonanse, w przeciwieństwie do dysonansów, są odbierane przez słuchacza jako rozładowanie, rozwiązanie, rozluźnienie i dlatego są preferowane w muzyce relaksacyjnej;
- rozpoznawalne brzmienie instrumentów i głosów – ma to wpłynąć na ułatwienie uczestnikowi sesji koncentracji na tym, co dzieje się w nim samym, a nie dookoła niego. Obco brzmiące dźwięki mogą za bardzo przyciągać uwagę.

K. Stachyra uzupełnia powyższą listę o kilka elementów. Zwraca on uwagę na rolę odgłosów natury. Nie wszystkie z nich sprzyjają osiągnięciu czy utrzymaniu stanu relaksu. Nieodpowiednie są odgłosy spoza znanego słuchaczowi rejonu geograficznego. Bardziej odpowiednie będą dźwięki budzące przyjemne skojarzenia, są to najczęściej „znajomo brzmiące” odgłosy łąki, śpiewu ptaków, fal morskich itp. Skojarzenia mogą być przeszkodą w odczuwaniu relaksu, np. szum strumienia dla osoby odczuwającej lęk przed wodą. Kolejnym istotnym elementem jest dobór instrumentów. Powinny to być instrumenty o ciepłym, miękkim, nieco rozmytym brzmieniu. Warto, aby instrumenty te grały w granicy swojej skali, unikając skrajnych dźwięków. Nie jest sprzyjająca zbyt bogata orkiestracja – może to wiązać się z uczuciem muzycznego „przytłoczenia”. Muzyka relaksacyjna musi pozostawać w tle, być lekka i ledwie zauważalna⁵⁰.

7. METODY I TECHNIKI RELAKSACYJNE STOSOWANE W MUZYKOTERAPII

Omawiając metody i techniki relaksacyjne stosowane w muzykoterapii, warto zastanowić się nad definicją metody i techniki. Zarówno metody, jak i techniki stanowią sposób systematycznie stosowany, tzn. stosowany w danym przypadku, z intencją zastosowania go także przy ewentualnym powtórzeniu się analogicznego zadania⁵¹. Różni się natomiast między sobą bardziej ogólnym lub bardziej uszczegółowionym sposobem działania. Ogólny sposób takiego podejścia przypisuje się zazwyczaj metodzie, a szczegółowy technice. Tak więc metoda badań w powyższym jej rozumieniu odnosi się do ogólnych reguł postępowania, czyli obowiązujących bez względu na cel, jakiemu ma ona służyć, i warunki, w jakich

⁵⁰ Por. K. Stachyra, *Relaksacja w muzykoterapii*, s. 107-108.

⁵¹ Por. M. Łobocki, *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Kraków 2010, s. 225. Za: T. Kotarbiński, *Wybór pism*, t. 1, Warszawa 1957, s. 667.

się ją stosuje. Technika badań natomiast zawiera bliżej skonkretyzowane wskazania, określające możliwie dokładnie i szczegółowo przebieg organizowanego za jej pomocą procesu. Podporządkowana jest z reguły określonej metodzie. Technika jest zawsze pewną uszczegółowioną odmianą metody badań. Z kolei metoda ma przyporządkowane sobie techniki⁵². W literaturze dotyczącej relaksacji, terminy metoda i technika często używane są zamiennie i trudno jest znaleźć dokładny podział. Na potrzeby niniejszej pracy podjęto próbę dokonania rozróżnienia, zgodnie z powyższymi definicjami.

Spośród metod i technik relaksacyjnych wykorzystywanych w muzykoterapii można wymienić m.in.⁵³:

- metodę opartą na rozluźnieniu mięśni – technikę progresywną Edmunda Jacobsona; technikę Jacobsona w modyfikacji Morrisa;
- metodę opartą na ciężkości ciała – technikę autogenną Johanna Heinricha Schultza;
- metodę opartą na wizualizacji – technikę Music Imagery (MI);
- metodę opartą na świadomym oddechu – techniki oddechowe;
- metodę opartą na uważności – trening uważności (mindfulness);
- metodę mobilnej rekreacji muzycznej Macieja Kieryła.

Pośród całej gamy praktykowanych na świecie treningów relaksacyjnych największą popularnością w kręgu kultury europejskiej i amerykańskiej cieszy się relaksacja progresywna E. Jacobsona oraz trening autogenny J.H. Schultza⁵⁴. Obydwa powstały w latach 30. XX w., kiedy jakość nagrań muzycznych i możliwości ich odtworzenia były bardzo mocno ograniczone. W związku z tym autorzy treningów nie przewidywali łączenia ich z muzyką. Jednakże ze względu na rozwój technologii oraz coraz większą świadomość możliwości oddziaływania muzyką zaczęto praktykować oba treningi z muzyką w tle⁵⁵.

Przez relaksację mięśni E. Jacobson rozumie zupełny brak jakichkolwiek skurczów mięśnia. Łączy się z tym brak ruchu i brak aktywności nerwowej w mięśniach⁵⁶. Stan relaksu jest według niego pojęciem negatywnym i oznacza brak napięcia mięśniowego. Napięcie psychiczne opisuje jako skutek rozwiązywania przez człowieka różnych zadań życiowych i reagowania na bodźce oraz naciski środowiska. Życie w pośpiechu, zbyt duża ilość bodźców powodują intensywne lub długotrwałe stany napięcia⁵⁷. Napięcie to jest spowodowane pracą, kurczeniem różnych grup mięśni organizmu i brakiem umiejętności redukcji tego napięcia.

⁵² Por. M. Łobocki, *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, s. 225.

⁵³ Por. D. Gmitrzak, *Trening relaksacji*, s. 34-37; por. K. Stachyra, *Relaksacja w muzykoterapii*, s. 93-101.

⁵⁴ Por. K. Stachyra, *Relaksacja w muzykoterapii*, s. 93.

⁵⁵ Por. *tamże*.

⁵⁶ Por. S. Siek, *Twoja odpowiedź na stres*, s. 12.

⁵⁷ Por. *tamże*.

Część pracy mięśni jest celowa, służy rozwiązywaniu przez człowieka różnych zadań życiowych. Jednak duży procent napięć mięśniowych jest bezproduktywny, wywołany nadmiarem bodźców lub emocjami i potrzebami, z którymi współczesny człowiek nie potrafi sobie radzić⁵⁸. Nerwowość to według E. Jacobsona nadmierna aktywność nerwów, duża pobudliwość włókien nerwowych, wyrażająca się jako częste, intensywne, długotrwałe przechodzenie różnych sygnałów do mięśni i powodowanie przez to długotrwałych, silnych stanów napięcia mięśniowego. Stany napięcia manifestują się w życiu codziennym jako kompulsywne myślenie o własnej pracy i problemach, poirytowanie, podekscytowanie, niecierpliwość, płytki i przerywany sen, problemy z zaśnięciem, nacisk do częstego oddawania moczu, skurcze i tiki twarzy itp.⁵⁹

Człowiek, który jest w stanie relaksu, który umie spontanicznie, nieświadomie lub celowo odprężyć się, ujawnia zupełnie inne reakcje. Gdy mięsień jest w czasie skurczu, jest napięty, odczuwalne jest specyficzne wrażenie – słabe, różniące się od bólu, ucisku czy dotyku. Nauczenie się odczuwania, zauważania wrażeń napięcia własnych mięśni stanowi podstawę uczenia się relaksacji⁶⁰. Nauka trwa kilka tygodni. Po dokonaniu kilkuset prób napinania i rozluźniania określonych grup mięśni dochodzimy do umiejętności rozluźnienia różnych grup mięśni własnego ciała bez wykonywania ruchów, na bodziec, jakim jest dla organizmu nasz zamiar, chęć czy myśl, że rozluźniamy nasze mięśnie. Uczenie się relaksacji mięśni jest podobne do uczenia się innych nawyków ruchowych⁶¹.

E. Jacobson wprowadził też pojęcie relaksacji zróżnicowanej. Oznacza ona stan organizmu, w którym jakaś grupa mięśni może być aktualnie w stanie napięcia, np. w czasie czytania napięte są mięśnie oczu i czoła, a reszta mięśni pozostaje rozluźniona. Chodzi o to, by mięśnie aktualnie pracujące były napięte minimalnie do rodzaju pracy, jaką wykonują, natomiast inne grupy mięśni pozostawały w stanie jak najgłębszego relaksu. Umiejętność relaksacji zróżnicowanej nabywa się jako wyższy etap ćwiczeń relaksacyjnych, w miarę dłuższego uprawiania praktyk relaksacji⁶². E. Jacobson zaleca uczenie się w pierwszej kolejności relaksacji ogólnej, obejmującej podstawowe grupy mięśni szkieletowych i wewnętrznych w pozycji leżącej. Następnie należy przejść do ćwiczeń w pozycji siedzącej. Kolejnym etapem jest doskonalenie się w umiejętności stosowania relaksacji podczas czynności codziennego życia, czyli nauka relaksacji zróżnicowanej⁶³.

Trening E. Jacobsona można spotkać w różnych odmianach, np. w treningu relaksacji Jacobsona w modyfikacji Morrisa. Techniki tej można nauczyć się

⁵⁸ Por. *tamże*, s. 12-13.

⁵⁹ Por. *tamże*, s. 13.

⁶⁰ Por. *tamże*, s. 14.

⁶¹ Por. *tamże*, s. 15.

⁶² Por. *tamże*, s. 16.

⁶³ Por. *tamże*.

w czasie 2-3 seansów z terapeutą. Oprócz ćwiczeń z instruktorem należy ćwiczyć po 10-15 minut dwa razy dziennie samemu. Uczenie się tego polega na napinaniu i rozluźnianiu poszczególnych grup mięśni oraz śledzeniu wrażeń tym zabiegom towarzyszących. Trening ten obejmuje 39 ćwiczeń. Każde z nich trwa około 10 sekund. Między poszczególnymi ćwiczeniami robi się pauzy trwające 10-15 sekund. Terapeuta powinien starać się wytworzyć nastrój aprobaty, odprężenia, zaufania. Instrukcję należy podawać równym, spokojnym, łagodnym głosem⁶⁴. Uczący się siada wygodnie w fotelu lub kładzie się na kanapie. Zamyka oczy. Terapeuta udziela instrukcji składających się na poszczególne ćwiczenia. W czasie treningu terapeuta może zwracać uwagę klienta na pewne szczegóły. Prosi go np., aby zwrócił uwagę na to, co czuje, kiedy ma mięśnie napięte i rozluźnione. Jaka jest różnica między napiętymi a rozluźnionymi mięśniami. Prosi o zwrócenie uwagi na przyjemne wrażenie ciepła, towarzyszące rozluźnieniu mięśni. Terapeuta może w czasie treningu powtarzać, by podopieczny starał się oddychać regularnie, spokojnie, aby pozwalał na głębsze rozluźnienie mięśni, aby myślał o tym, że jego ciało jest rozluźnione i odprężone, aby wczuwał się w swoje ciało i śledził zachodzące w nim zmiany: wrażenie ociężałości towarzyszące rozluźnieniu mięśni, wrażenie przyjemnego ciepła i ogólnego odprężenia⁶⁵.

J.H. Schultz był niemieckim lekarzem dermatologiem, neurologiem, psychiatrą i psychoterapeutą. W swojej praktyce z pacjentami cierpiącymi na nerwicę we wrocławskim Instytucie Hipnozy stosował początkowo techniki oparte na wprowadzaniu człowieka w stan hipnozy⁶⁶. Zauważył jednak, że efekty tych technik są krótkotrwałe. Zaobserwował również, że niektórzy chorzy uzależniają się od hipnotycznych sesji, co nie służy ich zdrowiu psychicznemu i rozwiązaniu ich problemów. Ciekawym zjawiskiem było to, co pacjenci odczuwali fizycznie podczas sesji. Większość z nich doświadczała uczucia ciężkości ciała oraz ciepła w poszczególnych jego częściach. Oznaczało to reakcję ze strony wegetatywnego układu nerwowego, która świadczyła o odprężeniu mięśni szkieletowych i zwolnieniu rytmu pracy całego organizmu⁶⁷. J.H. Schultz, łącząc wiedzę pochodzącą z Dalekiego Wschodu dotyczącą powiązań między ciałem i umysłem z zachodnią wiedzą medyczną, opracował w latach 30. XX w. trening pracy z ciałem i umysłem. Pomiął wszystkie aspekty filozoficzno-duchowe związane z takimi systemami jak hatha-joga, chi-kung czy tai-chi. Dzięki temu opracowane przez niego metody może wykonywać każdy, niezależnie od korzeni kulturowych czy religijnych⁶⁸. Osoba ćwicząca poprzez proste formuły autosugestii wyzwała u siebie reakcje odprężenia i koncentracji, stąd autor określa swoją metodę jako ćwiczenia

⁶⁴ Por. *tamże*, s. 32.

⁶⁵ Por. *tamże*, s. 33.

⁶⁶ Por. D. Gmitrzak, *Trening relaksacji*, s. 65.

⁶⁷ Por. *tamże*, s. 65-66.

⁶⁸ Por. *tamże*, s. 66.

odprężająco-koncentrujące⁶⁹. Ćwiczenia treningu autogennego mogą być wykonywane w czterech ułożeniach ciała osoby ćwiczącej. Najczęściej spotykana jest pozycja leżąca na plecach z rękami ułożonymi wzdłuż ciała i wyprostowanymi nogami. Inną propozycję stanowi postawa półleżąca w fotelu, z reguły z odpowiednim podparciem pod nogami. Kolejny sposób ułożenia ciała to tzw. pozycja dorożkarza, w której ćwiczący siedzi na krześle w sposób przypominający postawę dorożkarza w czasie długiej podróży. Ostatnią z proponowanych jest pozycja stojąca, która jednak powoduje ograniczenia zakresu ćwiczeń do mięśni okolic szyi i pasa barkowego⁷⁰. Pomieszczenie, w którym mają odbywać się ćwiczenia treningu autogennego powinno być lekko zaciemnione, odpowiednio ogrzane oraz tłumiące odgłosy dochodzące z otoczenia. Ma ono w najbardziej możliwy sposób ograniczać ilość bodźców oddziałujących z zewnątrz na organizm osoby ćwiczącej. Stwierdzono, że najlepsze efekty uzyskuje się w przypadku ćwiczeń grupowych w warunkach ambulatoryjnych, z frekwencją dwóch spotkań tygodniowo⁷¹.

S. Kratochvil wyróżnia w treningu autogennym J.H. Schultza ćwiczenia niższego i wyższego stopnia. Każde z sześciu ćwiczeń niższego stopnia wprowadzane jest po opanowaniu ćwiczenia poprzedniego, w następującej kolejności⁷²:

- ćwiczenie odczucia ciężaru ciała, wywoływanie wrażenia ciężkości w rękach, nogach, całym tułowi – uczucia te osiągane są przez sugestię lub autosugestię ciężkości i bezwładności poszczególnych kończyn i tułowia wedle wzoru: „moja prawa ręka jest ciężka”;
- ćwiczenie odczucia ciepła – przeprowadza się je według tych samych zasad, co ćwiczenie uczucia ciężkości; wzorcowa formuła sugestii brzmi: „moja prawa ręka jest ciepła”;
- regulacja czynności serca – ćwiczący koncentruje się na pracy serca, które wyczuwa poprzez wyszukanie w jego okolicy prawą ręką tętna. Regulację ma ułatwić skupienie się na formułce: „serce bije mocno i spokojnie”;
- regulacja rytmu oddychania przez sugestię: „oddycha mi się lekko i spokojnie”. Istotne jest, aby ćwiczący poddał się oddziaływaniu sugestii, a nie próbował na siłę regulować rytmu oddychania;
- regulacja pracy narządów wewnętrznych, w wyniku koncentracji na okolicy splotu słonecznego i sugestii: „do splotu słonecznego napływa ciepło”;
- koncentracja na głowie z sugestią: „czoło jest przyjemnie chłodne”.

Każda z wymienionych powyżej sugestii powinna być powtarzana 5-6 razy, a następnie oddzielona od kolejnej formułką: „jestem spokojny/a”. W ramach ćwiczeń niższego stopnia dopuszcza się stosowanie formułek zindywidualizowanych

⁶⁹ Por. K. Stachyra, *Relaksacja w muzykoterapii*, s. 93.

⁷⁰ Por. *tamże*, s. 94.

⁷¹ Por. *tamże*.

⁷² Por. *tamże*, s. 97.

(modyfikacje autogenne), dostosowanych do konkretnych zaburzeń czy dysfunkcji w funkcjonowaniu organizmu⁷³.

W treningu autogennym wyższego stopnia wyróżnić można następujące elementy⁷⁴:

- koncentracja na przeżyciu barwy, osiągnięta dzięki wyobrażeniu sobie bezkształtnej, kolorowej plamy;
- możliwe realistyczne wyobrażenie sobie różnych przedmiotów – począwszy od konkretnych, a następnie abstrakcyjnych;
- uświadomienie sobie różnych własnych przeżyć o silnym zabarwieniu emocjonalnym;
- przywołanie obrazu konkretnych osób wraz z uświadomieniem sobie własnego stosunku do nich;
- stawianie sobie pytań dotyczących systemu wartości;
- formułowanie planów i celów życiowych i ich akceptowanie.

W ćwiczeniach treningu autogennego istotne jest, aby nie wymuszać na swoim organizmie pożądanых reakcji. Angażowanie woli czy odczuwanie presji nie jest wskazane, gdyż powoduje wzrost napięcia i mobilizacji organizmu. Wrażenia ciężkości i ciepła nie pojawiają się od razu w zakresie całego ciała. Dopiero po pewnym okresie ćwiczeń pojawiają się coraz szybciej i mają coraz większy zasięg. Wrażenie ciężkości jest subiektywnym odczuciem, które jednak występuje w korelacji z obiektywnym, realnym ciążeniem poszczególnych części ciała, mierzonym przy pomocy odpowiednich czujników. Ciężkość tutaj to synonim rozluźnienia mięśni, bezwładu⁷⁵. Podobnie wyobrażanie sobie ciepła w swoim organizmie powoduje rozszerzenie naczyń krwionośnych, przyczynia się do lepszego ukrwienia i dotlenienia tkanek. Subiektywnie odczuwane ciepło wywołane za pomocą autosugestii prowadzi najczęściej do rzeczywistego podwyższenia temperatury części ciała, których dotyczyła sugestia⁷⁶. Stosowanie treningu autogennego działa profilaktycznie lub sprzyja łagodzeniu reakcji lękowych. Podstawowe zasady funkcjonowania mózgu wskazują, że człowiek nie może równocześnie odczuwać dwóch przeciwstawnych stanów, np. odprężenia i lęku. Lęk mobilizuje organizm, przygotowując go poprzez napięcie mięśni do reakcji typu: „walcz lub uciekaj”. Istnieje tutaj wyraźne powiązanie sfery psychicznej z somatyczną. Wobec tego świadome nauczenie się odprężania mięśni, które zostają napięte w czasie sytuacji lękowych, powoduje zmniejszenie odczuwania lęku⁷⁷.

Trening autogenny przeznaczony jest przede wszystkim dla osób zdrowych psychicznie i somatycznie jako rodzaj profilaktyki. Może on także stanowić

⁷³ Por. *tamże*, s. 94-95.

⁷⁴ Por. *tamże*, s. 95.

⁷⁵ Por. *tamże*.

⁷⁶ Por. *tamże*.

⁷⁷ Por. *tamże*, s. 95-96.

element terapii dla osób z zaburzeniami psychicznymi, somatycznymi, psychoemocjonalnymi, zaburzeniami zachowania, mowy, z epilepsją, astmą dziecięcą, w stanach nadmiernego napięcia psychicznego⁷⁸. Nie zaleca się go osobom, które z powodu choroby lub uzależnienia mają zmniejszone poczucie realizmu, z nadpobudliwością emocjonalną, o nastawieniu egocentrycznym, skłonnościach hipochondrycznych, jak również w sytuacji, gdy ćwiczący ma gorączkę⁷⁹.

Relaksacja oparta na wizualizacji bazuje na świadomym posługiwaniu się wyobraźnią. Wykorzystuje założenie, że mózg nie odróżnia obrazów wyobrażonych od tych, które człowiek widzi dzięki zmysłowi wzroku. Dzięki temu, gdy np. wyobrażamy sobie piękny krajobraz, mózg zaczyna się relaksować⁸⁰. B. Mallon definiuje wizualizację w następujący sposób:

wizualizacja jest procesem polegającym na pobudzeniu umysłu za pomocą obrazów i wyobrażeń dla osiągnięcia określonego celu⁸¹.

Wyróżnia się trzy rodzaje wizualizacji: receptywną, programową oraz kierowaną⁸².

- wizualizacja receptywna stosowana jest w celu dotarcia do wypartych z podświadomości treści, a przez to zlokalizowania i zrozumienia przyczyn problemu;
- wizualizacja programowana stosowana jest w celu programowania podświadomości poprzez sugestie, słowa i obrazy;
- wizualizacja kierowana to szereg technik, począwszy od prostej wizualizacji, obrazów opartych na sugestiach, poprzez metafory aż po bajki terapeutyczne. Używa się jej do uczenia psychofizjologicznych metod relaksacji, ujawniania symptomów, stymulowania reakcji somatycznych oraz w celu pomocy pacjentom w lepszym tolerowaniu procedur leczniczych⁸³.

Typowy seans wizualizacji, zarówno w psychoterapii, jak i w muzykoterapii składa się z czterech elementów⁸⁴:

- faza indukcji (fiksacji) – wprowadzenie klienta w stan relaksu i zwiększonej podatności na sugestie;
- faza sugestii – ma na celu „wdrukowanie” w podświadomość klienta określonych sugestii;
- faza powrotu do normalnego stanu (toniczności) – polega na powrocie klienta do stanu czuwania;

⁷⁸ Por. *tamże*, s. 93-94.

⁷⁹ Por. *tamże*, s. 97.

⁸⁰ Por. *tamże*, s. 36.

⁸¹ K. Stachyra, *Wizualizacja w muzykoterapii*, s. 115.

⁸² Por. *tamże*, s. 115-116.

⁸³ Por. *tamże*.

⁸⁴ Por. *tamże*, s. 116-117.

- faza werbalizacji i analizy przeżycia – czas przeznaczony na dyskusję i zintegrowanie doświadczeń wywołanych w czasie wizualizacji. Można tu wykorzystać także działania plastyczne.

Podstawą receptywnych metod muzykoterapii jest słuchanie muzyki, natomiast działania związane ze słuchaniem muzyki często łączą się z tworzeniem wyobrażeń oraz osiąganiem i podtrzymywaniem stanu relaksu. Włączenie muzyki w proces wizualizacji otwiera zupełnie nowe możliwości. We współczesnej muzykoterapii można się spotkać z szeroką gamą technik funkcjonujących pod wspólną nazwą „wizualizacja muzyczna”⁸⁵. Przykładem jest Music Imagery (MI), której nazwę można przetłumaczyć na język polski jako wizualizacja muzyczna lub muzyczne wyobrażenia. Polega ona na prezentacji przez terapeutę tekstu na tle odpowiednio dobranej muzyki relaksacyjnej⁸⁶. W Music Imagery wyróżnić można dwa poziomy pracy z klientem⁸⁷:

- poziom pierwszy – wspierająca wizualizacja muzyczna – terapeuta poprzez odpowiednie sugestie słowne daje klientowi ramy do pracy wyobraźniowej. Zadaniem terapeuty jest utrzymywanie klienta w łączności z jego pozytywnymi zasobami, dostarczanie pozytywnych doświadczeń i wspieranie. Muzyka ma być dobrana w taki sposób, by pozytywnie nastrajać i utrzymywać stan relaksu;
- poziom drugi – reedukacyjna wizualizacja muzyczna – terapeuta poprzez odpowiednie sugestie słowne daje klientowi ramy do pracy wyobraźniowej, jednak w tym przypadku odwołuje się do wrażeń pozytywnych oraz konfliktowych. Muzyka ma za zadanie podtrzymywać stan relaksu oraz utrzymywać klienta w tematyce wyobrażeń, nad którą w danym momencie pracuje. Do pracy na tym poziomie niezbędne jest specjalistyczne przygotowanie praktyczne i teoretyczne terapeuty.

K. Stachyra opracował technikę relaksacyjną opartą na metodzie wizualizacji, dedykowaną osobom z niepełnosprawnością intelektualną. Może ona być stosowana także w pracy z małymi dziećmi⁸⁸. Trening przeprowadzany jest na tle muzyki relaksacyjnej. Kierowanie przebiegiem treningu odbywa się za pomocą ciągu instrukcji słownych. Poprawny tekst dla odbiorcy ze specjalnymi potrzebami powinien być jasny i zrozumiały, dawać poczucie bezpieczeństwa, wprowadzać delikatne sugestie związane z odczuciami, jakich doznaje osoba wykonująca trening, dawać poczucie komfortu psychofizycznego, tworzyć całość z muzyką. Instrukcje powinny odnosić się do tego, co dzieje się w bezpośrednim otoczeniu ćwiczącego, co w danej chwili słyszy i odczuwa.

⁸⁵ Por. *tamże*, s. 119.

⁸⁶ Por. *tamże*, s. 121.

⁸⁷ Por. *tamże*.

⁸⁸ Por. K. Stachyra, *Relaksacja w muzykoterapii*, s. 101-102.

Tekst należy wypowiadać równym, spokojnym, „ciepłym” głosem, powoli i wyraźnie. Niekiedy wskazane jest powtórzenie danego słowa lub całego fragmentu⁸⁹. W oryginalnej propozycji autora osoba ćwicząca powinna leżeć na miękkim materacu. Jej głowa powinna być położona na poduszce, wałku lub kolanach terapeuty. Cały trening powinien trwać 7-10 minut. Z reguły przeprowadzenie go w całości z osobą początkującą w praktykowaniu relaksacji okazuje się niemożliwe. Potrzeba czasu i cierpliwości, by trening zaczął przynosić oczekiwane efekty⁹⁰.

Kolejna metoda warta uwagi to relaksacja oparta na świadomym oddechu. Techniki oddechowe opierają się na świadomej pracy z oddechem, który jest łącznikiem między ciałem i umysłem. Są to praktyczne i łatwe do zastosowania na co dzień ćwiczenia oddechowe⁹¹. W wyniku braku edukacji wiele osób wyrabia w sobie od dzieciństwa nieprawidłowe nawyki oddechowe, jak np.: brak świadomości własnego oddechu, zbyt płytki oddech, wstrzymywanie oddechu – czyli nieświadome robienie przerwy między wdechem i wydechem oraz wydechem i kolejnym wdechem, oddychanie ustami⁹². Wyróżniamy trzy najważniejsze sposoby oddychania⁹³:

- oddech piersiowy – powietrzem zostaje napełniona górna część płuc. Podczas wdechu klatka piersiowa rozszerza się, a wraz z wydechem kurczy. Odmianą oddechu piersiowego jest oddech obojczykowy. Charakteryzuje się on tym, że wraz z wdechem unoszą się ramiona. Oddech ten jest płytki i często pojawia się w chwili stresu;
- oddech brzuszny (przeponowy) – wypełniona zostaje środkowa i dolna część płuc. W trakcie oddechu kurczą się i rozkurczają mięśnie przepony. Podczas wdechu zwiększa się objętość jamy brzusznej, a podczas wydechu maleje. Ten sposób oddychania masuje organy wewnętrzne, co sprawia, że zwiększa się ich ukrwienie;
- oddech pełen – wykorzystuje całą pojemność płuc. Polega na połączeniu oddychania piersiowego z brzuszным. Ten rodzaj oddychania najczęściej wymaga wcześniejszego treningu.

Z oddechem ściśle powiązane są emocje. Kiedy doświadczamy stresu, zderwowania, oddech staje się płytki lub zostaje wstrzymywany. Kiedy przeżywamy smutek, wdech jest pełniejszy od wydechu, a oddech jest powolny. Jeśli umysł jest wyciszony, uspokaja się też oddech, fazy wdechu i wydechu mają taką samą długość. Każda zmiana nastroju lub czynności, jaką wykonujemy, zmienia rytm oddechu. Oddychając świadomie, można zmniejszyć poziom lęku, uspokoić bieg

⁸⁹ Por. *tamże*, s. 102.

⁹⁰ Por. *tamże*, s. 102-103.

⁹¹ Por. D. Gmitrzak, *Trening relaksacji*, s. 35.

⁹² Por. *tamże*, s. 48.

⁹³ Por. *tamże*, s. 48-49.

myśli, dotlenić komórki w organizmie i zwiększyć poziom witalności⁹⁴. Inne korzyści płynące z praktykowania ćwiczeń oddechowych to: poprawa wentylacji pęcherzyków płucnych, zwiększenie objętości płuc, zwiększenie ukrwienia organów wewnętrznych na skutek ich masażu, poprawa koncentracji, przewaga fali alfa w mózgu, rozluźnienie mięśni, wzmocnienie układu immunologicznego, zwiększenie kontroli nad emocjami⁹⁵.

Ćwiczenia oddechowe powinno się wykonywać minimum 1,5-2 godzin po posiłku. Nie powinno się ich praktykować na czczo, gdyż uczucie głodu odwróci uwagę od ćwiczeń. Należy przyjąć wygodną pozycję z wyprostowanym kręgosłupem. Należy oddychać nosem, ewentualnie ustami można robić wydech. Należy przetestować różne ćwiczenia oddechowe i wybrać spośród nich jedno lub dwa, które są najlepiej dopasowane do indywidualnych potrzeb⁹⁶.

Amerykański lekarz J. Kabat-Zinn opracował technikę opartą na świadomym oddechu i doświadczaniu wszystkiego, co dzieje się zarówno w ciele, jak i w umyśle⁹⁷. *Mindfulness* to nieoceniana uważność na doświadczenie chwili obecnej, umiejętność samoregulacji uwagi, to nauka obserwacji własnych myśli bez utożsamiania się z nimi⁹⁸. Technika uważności wykorzystywana jest w pracy z ludźmi, którzy skarżą się na ból albo napięcie psychiczne, wykazują objawy stresu, cierpią na depresję, lęk, mają problemy z koncentracją⁹⁹. Ćwiczenie uważności wywołuje wiele korzystnych zmian w mózgu, m.in. zagęszcza włókna nerwowe w hipokampie, poprawiając pamięć i zdolność uczenia się. Rozrzedza też włókna w ciele migdałowatym, które należy do układu limbicznego, co ma wpływ na zwiększenie stabilności emocjonalnej. *Mindfulness* uczy bycia tu i teraz oraz odczuwania radości z aktualnie doświadczanej chwili¹⁰⁰.

Poniżej podano przykładowe ćwiczenie, które można wykorzystać w muzykoterapii – „Kontakt z instrumentem”. Ćwiczenie powinno trwać 10-20 minut.

- Przygotuj wybrany instrument muzyczny i usiądź wygodnie.
- Przypatrzyć się dokładnie, jak wygląda. Z jakiego materiału jest zbudowany? Z jakich części się składa? Jaki ma kolor?
- Poznać go przez dotyk. Jaką ma fakturę? Jest szorstki czy gładki? Przyjemny w dotyku czy nieprzyjemny? Jest ciepły czy zimny? Jak twoje dłonie odbierają jego dotyk?

⁹⁴ Por. *tamże*, s. 49-50.

⁹⁵ Por. *tamże*, s. 51.

⁹⁶ Por. *tamże*, s. 52.

⁹⁷ *Tamże*, s. 36.

⁹⁸ Por. *tamże*, s. 111.

⁹⁹ Por. *tamże*, s. 112.

¹⁰⁰ Por. *tamże*, s. 112-113.

- Poznaj dźwięk instrumentu. Eksperymentuj, wydobywaj różne dźwięki różnymi sposobami. Wsłuchaj się w różnice między tonami. Które brzmienia są najprzyjemniejsze dla twojego ucha. Teraz wygrywaj tylko przyjemne dla ciebie dźwięki.
- Zakończ grę i zwróć uwagę, jak się teraz czujesz. Bądź świadomy tego, że na pewien czas ożywiłeś instrument. Zagrał dzięki tobie.

Opisując metody i techniki relaksacyjne stosowane w muzykoterapii, nie można nie wspomnieć o modelu mobilnej rekreacji muzycznej Macieja Kieryła. Wykorzystuje się tu muzykoterapię receptywną i aktywną. Techniki aktywne pomagają w rozładowaniu emocji i energii, powodują lekkie zmęczenie, co sprzyja osiągnięciu stanu relaksu. Mobilna rekreacja muzyczna odwołuje się do najprostszych odruchów, jakimi są oddech i rytm akcji serca. Jej istotą jest nie tylko terapia, ale również profilaktyka muzyczna. M. Kierył definiuje ją jako

Uporządkowany zbiór ćwiczeń ruchowych, rytmicznych, perkusyjnych, oddechowych, wyobraźni plastycznej, poetyckiej i działań relaksacyjnych, stymulowanych różnorodną muzyką¹⁰¹.

Mobilna rekreacja muzyczna składa się z siedmiu etapów¹⁰²:

- uruchomienie – celem jest zachęcenie uczestników do aktywnego wzięcia udziału w zajęciach; kluczowym elementem uruchomienia są ćwiczenia prawidłowego oddechu;
- zrytmizowanie – rozpoczyna się od imitacji marszu, następnie wykonujemy ćwiczenia dłoni (klaskanie: palce – palce, palce – środek dłoni, palce – muszelki), na koniec oklepujemy uda i boki łydek, co stanowi rodzaj masażu dla osób unieruchomionych. Wszystkie ćwiczenia wykonujemy w rytmie marszu;
- odreagowanie – jest to moment na rozładowanie emocji, tutaj dozwolony jest również krzyk i ekspresja wokalna o dużym napięciu, można wprowadzić również instrumentarium Orffa;
- uwrażliwienie – w tej części zachęcamy grupę do werbalnego lub instrumentalnego wyrażania emocji, pod koniec intensywność bodźców dostarczanych pacjentom powinna być stopniowo zmniejszana, aby przygotować grupę na relaksację;
- relaksacja – przed rozpoczęciem relaksacji warto wykonać kilka ćwiczeń izometrycznych oraz oddechowych. Uzyskanie stanu odprężenia będzie łatwiejsze dzięki wcześniejszym etapom, których efektem jest nieznaczne zmęczenie. Technikę relaksacji należy dopasować do upodobań grupy. Można np. połączyć muzykę z sugestią słowną, z wizualizacją lub pozwolić po prostu na odpoczynek przy muzyce;

¹⁰¹ M. Radzińska, *Mobilna Rekreacja Muzyczna. Geneza i zastosowanie*, Toruń 2021, s. 39.

¹⁰² Por. *tamże*, s. 40-54.

- aktywizacja łagodna – łagodne „rozbudzanie” i pionizowanie grupy, przeciąganie się i ćwiczenia izometryczne;
- aktywizacja dynamiczna – jest to czas na zabawę przy muzyce, na tym etapie uczestnicy są zazwyczaj najbardziej kreatywni i swobodni.

Poszczególne etapy przeplatane są ćwiczeniami oddechowymi¹⁰³. Kluczem do mobilnej rekreacji muzycznej jest dobrowolność uczestnictwa, brak oceniania, pochwała nawet najmniejszych sukcesów i indywidualizacja ćwiczeń dzięki wstępnej rozmowie z uczestnikami¹⁰⁴. Jest to metoda o uniwersalnym zastosowaniu. Może być wykorzystywana w pracy z dziećmi, młodzieżą, dorosłymi oraz osobami starszymi, niepełnosprawnymi, chorymi i zdrowymi, z osobami uzależnionymi¹⁰⁵.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Terminy «muzyka», «terapia» i «muzykoterapia» nie są łatwymi do jednoznacznego zdefiniowania. Na sposób ich postrzegania wpływa wiele czynników. Muzykoterapia to dziedzina szeroka i interdyscyplinarna, stąd istnieje wiele różnych jej rodzajów i podziałów. Choć muzykoterapia to o wiele więcej niż relaksacja przy muzyce, to jednak relaksacja jest jej ważnym elementem. Metody i techniki relaksacyjne zazwyczaj wykorzystywane są w muzykoterapii receptywnej. Czasem wykorzystuje się też muzykoterapię aktywną (jak to jest w przypadku mobilnej rekreacji muzycznej), w celu odreagowania emocji i osiągnięcia lekkiego zmęczenia, co sprzyja relaksacji.

Muzykoterapia z relaksacją ma szerokie zastosowanie. Skierowana jest do szerokiej gamy odbiorców, od osób zdrowych w różnym wieku (w celach profilaktycznych), po osoby z różnymi chorobami i niepełnosprawnościami (w celach terapeutycznych). Bardzo ważna dla skuteczności relaksacji jest znajomość podstawowych zasad doboru muzyki. Nieodpowiednio dobrana muzyka, zamiast pomagać, może stanowić przeszkodę w osiągnięciu stanu relaksu. Dzięki praktykowaniu relaksacji można odnieść wiele korzyści zdrowotnych, zmniejszyć poziom lęku i negatywnych emocji, poprawić jakość funkcjonowania w codzienności, używać wewnętrznego spokoju.

Relaksacja jest formą profilaktyki i terapii, która nie wymaga dużego nakładu finansowego, nie ma skutków ubocznych, jest łatwo dostępna, nadaje się do codziennego praktykowania w domu. Różnorodność metod i technik relaksacyjnych sprawia, że każdy może znaleźć taką, która mu odpowiada oraz dostosować ją do własnych potrzeb i preferencji. Relaksacja nie jest jednak wystarczająco rozpowszechniona w polskiej kulturze. W codziennym pędzie i nadmiarze bodźców

¹⁰³ Por. *tamże*, s. 41.

¹⁰⁴ Por. *tamże*, s. 41-42.

¹⁰⁵ Por. *tamże*, s. 54.

często nie potrafimy się zatrzymać. Tracimy zdolność do osiągania stanu relaksu. Tym bardziej zachodzi potrzeba, by praktykować relaksację, uczyć się jej od podstaw, małymi krokami oraz by była ona propagowana przez pedagogów, psychologów, lekarzy, terapeutów.

BIBLIOGRAFIA

- Brzezińska M., Grackowska M., *Zaradnik terapeutyczny. Jak pracować z seniorami w domu pomocy społecznej?*, Warszawa 2012.
- Craze R., *Relaksacja ciała i umysłu*, Warszawa 2007.
- Dobińska G., Cieślakowska-Ryczko A., *Techniki i metody relaksacyjne w wychowaniu, edukacji i terapii. Scenariusze pracy z dziećmi i młodzieżą*, Łódź 2019.
- Gmitrzak D., *Pokonaj stres dzięki technikom relaksacji*, Warszawa 2020.
- Gmitrzak D., *Trening relaksacji. Jak uwolnić się od stresu, lęku i depresji*, Warszawa 2017.
- Konieczna-Nowak L., *Wprowadzenie do muzykoterapii*, Kraków 2013.
- Lewandowska-Kidoń T., Skałbiana B., *Terapia pedagogiczna w teorii i działaniu*, Kraków 2020.
- Lewandowska-Kidoń T., Skałbiana B., *Terapia pedagogiczna w zarysie. Teoria – praktyka – refleksje*, Warszawa 2015.
- Natanson T., *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Warszawa 1979.
- Radzińska M., *Mobilna Rekreacja Muzyczna. Geneza i zastosowanie*, Toruń 2021.
- Siek S., *Twoja odpowiedź na stres. Relaksacja, medytacja, autosugestia. Mały leksykon technik redukujących stres*, Wrocław 1998.
- Stachyra K., *Definiowanie i klasyfikacja muzykoterapii* [w:] *Podstawy muzykoterapii*, red. K. Stachyra, Lublin 2014, s. 27-45.
- Stachyra K., *Muzyka jako element procesu terapii* [w:] *Podstawy muzykoterapii*, red. K. Stachyra, Lublin 2014, s. 61-83.
- Stachyra K., *Relaksacja w muzykoterapii* [w:] *Podstawy muzykoterapii*, red. K. Stachyra, Lublin 2014, s. 87-114.
- Stachyra K., *Wizualizacja w muzykoterapii* [w:] *Podstawy muzykoterapii*, red. K. Stachyra, Lublin 2014, s. 115-135.

Streszczenie: Przez ciągły pośpiech i ogromną ilość bodźców, na które jesteśmy narażeni w dzisiejszym świecie, nieodłącznym towarzyszem naszego życia staje się stres. Metody i techniki relaksacyjne stosowane w różnych rodzajach muzykoterapii mogą stać się tanim w kosztach i łatwym w zastosowaniu środkiem zaradczym. Nie są one jednak wystarczająco rozpowszechnione w polskiej kulturze. Warto więc je poznawać, uczyć się ich stosowania oraz propagować w społeczeństwie.

Słowa kluczowe: muzykoterapia, relaksacja, stres, zdrowie.