
SZTUKA • TERAPIA • POZNANIE

Katarzyna Krasoń • Ludwika Konieczna-Nowak

SZTUKA • TERAPIA • POZNANIE

W STRONĘ PODEJŚCIA INDYWIDUALIZUJĄCEGO
W BADANIACH MUZYKOTERAPEUTYCZNYCH

 PWN

Recenzenci
prof. zw. dr hab. Zbigniew Kwieciński
prof. zw. dr hab. Dariusz Kubinowski

Wydawca
Magdalena Ścibor

Koordynator produkcji
Mariola Iwona Keppel

Projekt okładki i stron tytułowych
Przemysław Spiechowski

Zdjęcie na okładce
Sweet Art/Shutterstock

Skład
Poligrafia Komputerowa i Programowanie
Krzysztof Świstak

Wydanie publikacji dofinansowane ze środków Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach.
Publikacja dofinansowana przez Akademię Muzyczną im. Karola Szymanowskiego w Katowicach.

Copyright © by Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016.

ISBN: 978-83-01-19054-5

Wydawnictwo Naukowe PWN SA
tel. 22 69 54 321; faks 22 69 54 288
infolinia 801 33 33 88
e-mail: pwn@pwn.com.pl
www.pwn.pl

Druk i oprawa: OSDW Azymut Sp. z o.o.

Spis treści

Wprowadzenie	9
1. SZTUKA JAKO ŹRÓDŁO WIEDZY O CZŁOWIEKU	17
1.1. O istocie sztuki	17
1.2. Dźwięk i ciało. Założenia podstawowe dla terapii przez muzykę	22
1.3. Ekspresja artystyczna jako wyrażenie siebie	29
1.4. Projekcja w terapii ekspresyjnej jako komunikat diagnostyczny	32
1.5. <i>Artistic research</i> w arteterapii.	38
1.5.1. Badania artystyczne	39
1.5.2. Przekład intersemiotyczny, metafora i wizualizacja jako droga poznania twórcy/pacjenta	43
1.5.3. Badania artystyczne w obszarze zdrowia i edukacji – przegląd.	52
1.5.3.1. Zdrowie	52
1.5.3.2. Edukacja.	53
1.5.4. Badania artystyczne w muzykoterapii.	55
1.5.5. Proces badawczy w dociekaniu artystycznym	57
2. MUZYKA W DZIAŁANIU TERAPEUTYCZNYM JAKO POLE BADAŃ	60
2.1. <i>Evidence based music therapy</i> – w perspektywie przeglądowej.	60
2.2. Emocje i emocje muzyczne. Nastrój.	66
2.2.1. Źródła emocji w muzyce i reakcje emocjonalne	68
2.2.2. Ekspresja emocjonalna w muzykoterapii	70
3. STRATEGIA INDYWIDUALIZUJĄCA W BADANIU A PROCES TERAPEUTYCZNY W USPRAWNIANIU PACJENTA POPRZEZ AKTYWNOŚĆ MUZYCZNĄ.	73
3.1. Istota metod indywidualizujących	74
3.2. Istota badań jakościowych	77
3.3. Podejście hermeneutyczne i fenomenologiczne – osnowa analizy jakościowej procesu twórczego, terapeutycznego i tekstu kultury	83
3.4. Diagnostyka i weryfikacja w dociekaniu indywidualizującym – projektowanie badań w koincydencji kwantytatywnej i kwalitatywnej.	90
3.4.1. Badania diagnostyczne a badania weryfikacyjne.	90
3.4.2. Przedmiot i cele badań	101

3.4.3. Pytania badawcze	103
3.4.4. Formułowanie hipotez i zmiennych oraz ich wskaźnikowanie w badaniach weryfikacyjnych	105
4. INDYWIDUALIZUJĄCE METODY BADAŃ MUZYKOTERAPEUTYCZNYCH	112
4.1. Wprowadzenie: eklektyzm, interdyscyplinarność/transdyscyplinarność, intersubiektywizm	112
4.2. Studium przypadku	117
4.2.1. Charakterystyka, klasyfikacje	118
4.2.2. Studium przypadku w muzykoterapii	121
4.2.2.1. Ilościowe/obiektywistyczne studium przypadku	122
4.2.2.2. Jakościowe/interpretatywne studium przypadku	123
4.2.2.3. Artystyczne studium przypadku	125
4.2.2.4. Mieszane studium przypadku	126
4.3. Eksperyment indywidualizujący	128
4.3.1. Wybór uczestnika/uczestników badania	129
4.3.2. Pomiar – poziom podstawowy (<i>baseline</i>)	129
4.3.3. Wprowadzenie oddziaływania (<i>intervention, treatment condition</i>)	130
4.3.4. Wycofanie oddziaływania	131
4.3.5. Ponowne wprowadzenie oddziaływania	132
4.4. Bricolage	133
4.5. Sposoby wytwarzania źródeł	134
4.5.1. Obserwacja	134
4.5.2. Wywiad	138
4.5.3. Analiza wytworów pacjenta. Artografia	142
4.5.4. Idiografia	148
4.6. Opis i analizowanie danych oraz interpretacja	149
4.7. Narzędzia w wyborze	156
4.7.1. Analiza sytuacji muzycznej i narracyjnej w technice songwriting	156
4.7.2. Zapis obserwacji zachowania się pacjenta podczas zajęć muzykoterapeutycznych	159
4.7.3. Pomiar ekspresji emocjonalnej w muzykoterapii – ujęcie idiograficzne	173
Zamknięcie	180
Bibliografia	182

.. 103
.. 105
.. 112
.. 112
.. 117
.. 118
.. 121
.. 122
.. 123
.. 125
.. 126
.. 128
.. 129
.. 129
.. 130
.. 131
.. 132
.. 133
.. 134
.. 134
.. 138
.. 142
.. 148
.. 149
.. 156
.. 156
.. 159
.. 173
.. 180
.. 182

(...)

*Jest profil Cyrenejczyka, który najlepiej znam,
najwszechstronniej.*

*Zaczyna się zawsze przy drugim Człowieku,
od bark opada,*

by urwać się właśnie tam,

gdzie ów Człowiek najbardziej jest sobą

I najbardziej bezbronny –

*(bezbronny byłby wówczas, gdyby to, co w nim i z niego,
nie tworzyło żadnego pionu, ale uległo).*

*O takim więc profilu i o tamtym drugim Człowieku
nieustannie mówi mi życie.*

Jan Paweł II

Profile Cyrenejczyka część 1.

Wprowadzenie

Mówiąc bardzo ogólnie można stwierdzić, że poznanie to pozyskiwanie wiedzy, odkrywanie rzeczywistości w jej odmiennych odsłonach. Ogólną wiedzę o świecie, w tym o drugim człowieku, budujemy na podstawie własnych doświadczeń i intuicji, lub przejmujemy ją, pośrednio korzystając z przekazu niesionego tradycją. Do budowania wiedzy wykorzystujemy świadectwa własnych zmysłów lub możliwości percepcyjnych innych osób. Źródła wiedzy są zatem różnorodne i wielowymiarowe.

W badaniach arteterapeutycznych, w tym muzykoterapeutycznych, każde z tych źródeł wydaje się wartościowe. Przyjmuje się, że pozyskiwanie i tworzenie wiedzy naukowej mieszczącej się w kategorii badań, to „systematyczny, kontrolowany proces prowadzący do nowych odkryć lub wglądów, które po udokumentowaniu przyczynią się do zwiększenia wiedzy lub zmodyfikują już istniejącą wiedzę i praktykę”¹. Ten drugi czynnik – odniesienie do praktyki, wydaje nam się szczególnie istotny na bieżącym etapie rozwoju stosunkowo młodej dziedziny, jaką jest muzykoterapia, zwłaszcza w naszym kraju. Zakładamy, że odkrycia i wglądy są wartościowe zarówno na poziomie generalnych ustaleń, jak może nawet szczególnie w obszarze indywidualnych przeżyć. Skupiamy się zatem na wiedzy i praktyce zapewne istotnej z szerokiej perspektywy naukowej, jednocześnie jednak kluczowej w konkretnej, jednostkowej sytuacji terapeutycznej.

Kryteria oceny naukowości prowadzonych dociekań, takich jak intersubiektywna komunikowalność czy możliwość kontroli, uznajemy za istotne, lecz nie za nieodzowne. Kierujemy się raczej w stronę praktyki artystycznej i koncentrujemy się na unikalnych doświadczeniach jednostek, nie dyskwalifikując, a wręcz przeciwnie, doceniając systematyczny namysł niekoniecznie wykraczający poza obszar wybranej terapeutycznej relacji czy okoliczności.

Muzykoterapia to przede wszystkim praktyka społeczna, dopiero potem przestrzeń badań naukowych. W Polsce pogłębiona nad nią refleksja wciąż jeszcze jest we wczesnej fazie rozwoju. Zakładamy zatem, że na tym etapie głębokie ugruntowanie w praktyce jest konieczne dla zbudowania metod realnie przystających do klinicznego oblicza muzykoterapii, bo tylko taka ich postać sprostać będzie mogła

¹ K. Bruscia, *The boundaries of music therapy research*, [w:] B. Wheeler (red.), *Music therapy research*, Barcelona Publishers, Phenixville 1995.

w przeszłości faktycznemu zwiększeniu wiedzy i usprawnieniu muzykoterapeutycznej praktyki w generalnym wymiarze.

Oddajemy niniejszym do rąk czytelników publikację, której założeniem jest ukazanie strategii badań dostępnych muzykoterapeutom, zarówno dla prowadzenia codziennych, rutynowych eksploracji, jak i podejmowania namysłu naukowego. Zdajemy sobie sprawę z trudności, jakie generuje fuzja dociekań artystycznych i terapeutycznych, gdyż każdy z tych obszarów posiada własne, odrębne struktury i pola analiz. Głównym naszym staraniem było zatem znalezienie konsensusu owych odrębnych przestrzeni analiz, przy czym kluczowe jest tu podmiotowe usytuowanie pacjenta/klienta.

Poznawanie człowieka poprzez to jak jest postrzegany, a także podczas nawiązywania z nim interakcji, to jeden z najczęstszych procesów towarzyszących relacjom międzyludzkim. Nie gwarantuje on jednak, że efektem tych działań będzie pełne, faktyczne czy trafne poznanie i w konsekwencji zrozumienie obiektu naszego zainteresowania.

Jeszcze bardziej karkołomne, ale też jednocześnie fundamentalne dla wsparcia rozwoju czy jego stymulacji, okazuje się ukierunkowane poznawanie zachodzące w relacji terapeutycznej, będącej częścią procesu pracy z człowiekiem w niepowtarzalnym ujęciu dialogu z pacjentem i jego wytworem. Za Antonim Kępińskim przyjmujemy, że psychoterapia, a dla nas muzykoterapia, „jest ‚spotkaniem’ (*Begegnung, Encounter*) – wyjściem naprzeciw cierpiącego człowieka i próbą wejścia w jego świat”². Dzięki temu psychoterapia stwarza choremu/pacjentowi możliwości wykorzystania do maksimum swego człowieczeństwa (*condition humaine*)³. W proponowanym ujęciu nie chcemy bowiem skupić się jedynie na zmierzeniu skuteczności naszych działań (choć pomiar cech usprawnianych podczas terapii jest pożądanym, co wyraźnie widoczne jest w dorobku – nie tylko amerykańskiej – muzykoterapii), ale przede wszystkim na specyficznym i nierzadko niemal ulotnym zysku dla pacjenta w obszarze indywidualnie postrzeganej przez niego jakości życia czy dobrostanu.

Dodatkowa trudność to implementacja metod badań funkcjonujących w naukach społecznych czy medycznych na grunt badań muzykoterapeutycznych. Widoczny jest wówczas zasadniczy problem dotyczący przeniesienia wprost na grunt muzykoterapii istniejących zakresów metodologicznych i możliwości swobodnego posługiwania się nimi przez adeptów i praktyków terapii muzyką. Mając na uwadze powyżej poczynione zastrzeżenia, odczuwalna staje się konieczność opracowania podstaw badania dla specyficznego formuły poznawania pacjenta w relacji z terapeutą, która zachodzi w szczególnej, bo artystycznej przestrzeni dociekań, jaką jest muzykoterapia.

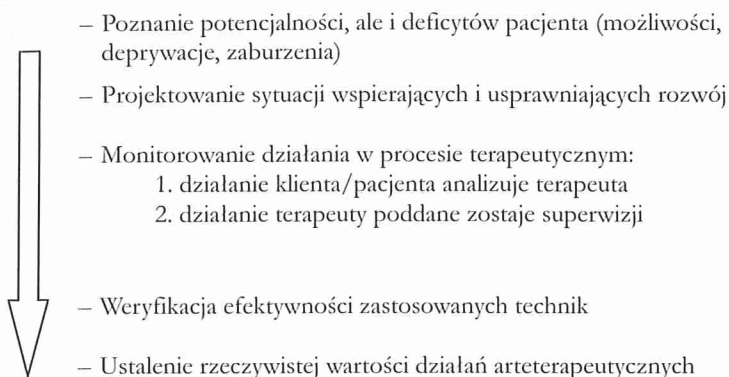
² A. Kępiński, *Rytm życia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2015, s. 334.

³ Ibidem.

Książka niniejsza jest zatem próbą skonstruowania pewnego rusztowania do budowy pełnej metodologii badań procesu muzykoterapii. Nie uzurpujemy sobie prawa do wypełnienia całej przestrzeni dla tych poszukiwań, a jedynie proponujemy wstępny rekonesans w procedurach i sposobach gromadzenia informacji o pacjencie, by efektywnie usprawniać i wspierać jego rozwój, ale i z uwagi na możliwość obcowania w tym procesie z aktem tworzenia i aktywnością nacechowaną estetycznie.

Na wstępie rozważań przyjęliśmy pewien model procesu terapii przez sztukę (czy sztuką, jeśli odniesiemy ją jedynie do czynności receptywnych pacjenta). Pełen zakres takiego ujęcia zamieszczony został w schemacie 1 i uznajemy, że jest on istotny dla prowadzenia ukierunkowanej praktyki.

Schemat 1. Wymiary empirycznego namysłu nad terapią przez sztukę



Źródło: opracowanie własne.

Proponowane w niniejszej książce sposoby poznania obejmą kilka płaszczyzn:

1. płaszczyzna pierwsza – poznanie potencjalności/deficytów pacjenta. Nie mamy tu jednak na myśli diagnozy w pojęciu psychologicznym czy medycznym. Chodzi nam raczej o posiłkowanie się własną obserwacją, która jedynie uzupełni diagnozę specjalistyczną. Trudno sobie bowiem wyobrazić, że muzykoterapeuta może działać bez diagnozy lekarza czy psychoterapeuty, a więc osób uprawnionych do takich rozpoznań. Nie oznacza to jednak, że jest całkowicie bezradny czy uzależniony od owych specjalistycznych pomiarów. Ma prawo poczynić własne obserwacje czy dokonać rozpoznania, zwłaszcza, że swoistym elementem mediującym jego diagnozy stanie się muzyka;
2. drugą płaszczyzną poznawania będzie monitorowanie procesu terapeutycznego, czego już nikt poza muzykoterapeutą w tak dosadnym, bo stałym, powtarzalnym temporalnie postępowaniu nie jest w stanie dokonać. I na tym skoncentrujemy się szczególnie, podobnie jak na przedmiotach estetycznych, czyli wytworach tworzonych przez pacjentów w toku działań terapeutycznych;

3. trzecią płaszczyzną będzie stale kontrolowana w procesie terapii skuteczność technik muzykoterapeutycznych, dokonywana w warunkach naturalnych jako *action-research*.

Kolejnym polem osadzenia koncepcji stało się podejście indywidualizujące do pacjenta. Mając świadomość, że działania muzykoterapeutyczne mogą mieć rozmaity wymiar – zarówno indywidualny, grupowy lub zbiorowy, zdecydowanie wybrano jednak głównie strategie poznania dostępne podczas bezpośredniego kontaktu z jednym pacjentem, uznając, że taka relacja bezpośredniego spotkania *face to face* mieści w sobie niesłychanie wiele miejsca na specyficzną i niepowtarzalną relację oraz obcowanie z drugim człowiekiem – co w procesie terapii okazuje się nie do przecenienia. Dociekania podejmowane w odniesieniu do konkretnego pacjenta pozwalają dotknąć tego, co intymne, niepowtarzalne, a co może mieć fundamentalne znaczenie dla niesienia pomocy za sprawą obcowania z muzyką. Oczywiście przyjmujemy, że indywidualny przypadek może być też pojmowany jako wyabstrahowanie całości z pewnego zbioru, w tym rozumieniu także może nim być grupa, o czym szerzej napiszemy w rozdziale 4.

Postrzegając i doświadczając drugiego człowieka zostajemy też dopuszczeni do niebywale rudymen tarnej dla terapii możliwości poznawania samego siebie. Tadeusz Kotarbiński niemal wiek temu powiedział odnosząc się do istoty doświadczenia wewnętrznego, że wydaje się, iż w badaniu opisujemy, co się dzieje w cudzej duszy, a tymczasem to raczej „autointrospekcja, czyli badanie za pomocą jakiegoś niby oglądania wewnętrznego, co się dzieje we własnej duszy badacza (...) poznajemy psychologicznie cudzą duszę w ten sposób, że naśladujemy jej zachowanie się z tego czasu, gdy ona coś poza sobą poznaje”⁴. Kotarbiński wskazuje, że w ten sposób powstaje pytanie, czy możemy tą samą drogą poznać i własną duszę – „naśladujemy jej minione zachowanie się. Lecz gdy naśladowanie wnętrza bliźnich rozpoczynam od naśladowania ich zewnętrznych gestów, naśladowanie siebie samego zacząć się może od mózgu (...) chwytam się na gorącym uczynku (...) introspekcja sprowadza się do spostrzegania zmysłowego”⁵. Metapoznanie jest więc w takiej konstrukcji obcowania z pacjentem wartością dodaną w procesie pomocy.

W tym kontekście warto jeszcze poruszyć kwestię zagrożenia, jakie tkwi w owej fuzji poznawania pacjenta oraz metapoznawania terapeuty i dokonuje się w badaniu jakościowym. Wydaje się, że to, co jest najtrudniejsze w pracy badawczej działającego sztuką terapeuty, to umiejętność oddzielenia „ja” od osoby badanego i konieczność niejako zafiksowania mentalnie tej rozłączności. Nie szukamy jednak skończonej, realistycznej obiektywności, ale wpatrujemy się w pacjenta i chcemy zobaczyć w nim

⁴ T. Kotarbiński, *Teoria poznania*, [w:] tegoż, *Dzieła wszystkie*, tom II *Ontologia, teoria poznania i metodologia nauk*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Polskie Wydawnictwo Naukowe, Wrocław-Warszawa-Kraków 1993, s. 241.

⁵ Ibidem.

istotę zmiany jego przeżyć, w tym również i estetycznych. Chcemy przecież dotrzeć nie tylko do zewnętrznego zachowania, ale właśnie do tego, co dzieje się w jego umysłowości czy emocjonalności. Ale nie możemy tego zrobić całkowicie „na zimno” bez pola własnego postrzegania. To zawsze jest to, co „ja” widzę, dostrzegam, obserwuję, ale i odczuwam. Często to jedyny możliwy do odnotowania efekt terapii, bo wskaźniki liczbowe (np. w skali) są niezmiennie. Widoczne często podczas sesji jest coś nieuchwytnego numerycznie czy może algebraicznie – jakiś rodzaj rozluźnienia, częstszy uśmiech czy ożywienie na widok terapeuty. To są dane, które możemy zmieścić w opisie, ale zawsze będzie miał on wymiar autointrospekcji, o której pisał wspomniany powyżej wybitny filozof. Przenikliwość jego sądów niemal zawstydza, choć współcześnie jesteśmy w posiadaniu doskonałych narzędzi gromadzenia oraz katalogowania danych, w tym także jakościowych – dzięki Teorii Ugruntowanej, ale nadal nie możemy pominąć w opisie badań tego, co jedynie odczuwalne, subiektywne, własne. Gromadzimy więc to, co dostrzegamy przez pryzmat współodczuwania, co konstruuje zawartość swistego magazynu informacji, których rezultatem jest zbliżenie się do chorego, bowiem sens poznania to efekt „rekapitułujący niejako wyniki uzyskiwane w przeżyciach wcześniejszych”⁶.

To, co subiektywne, często jest jednak w badaniach społecznych, zwłaszcza za psychologicznych (choć szczęśliwie nie jest to regułą), ujmowane jako wątpliwe źródło poznania. Nadal jeszcze znajdziemy tych, którzy ważą bardziej „szkiełko i oko”, nie uznając czy nie znając myśli choćby Jean-Claude’a Kaufmana, wskazującej zasadność tego rodzaju dociekań jakościowych, bowiem „to co subiektywne, nie przeciwstawia się temu, co obiektywne, rzeczywiste, jest bowiem momentem procesu tworzenia rzeczywistości, jedynym, w którym jednostka może dysponować marginesem inwencji, momentem naznaczonym przez konieczność wyboru i obsesję jedności”⁷.

Nie bez znaczenia pozostaje też w terapii muzycznej procesualność i nieskończoność poznania, na co zwraca uwagę przywołany już wcześniej Antoni Kępiński. Odnosi się on wprawdzie do psychiatrii, ale w działaniach muzykoterapeutycznych widzimy koincydentne funkcjonowanie jego idei. Kępiński pisze, że stawiając rozpoznanie diagnosta umieszcza „swojego chorego a razem z nim swoje wątpliwości do „szufladki”; dzięki takiemu zabiegowi może czasem osiągnąć pozorny spokój wewnętrzny (...) Gdy z początku wydawało się wszystko jasne i proste, to w miarę jak choremu coraz więcej czasu poświęca, topnieje pewność, wciąż odsłaniają się nowe horyzonty, wymagające nowego spojrzenia i rewizji dawnego stanowiska (...) nie może usztywniać się (...) Jeśli (...) nie zadowala się tylko naklejeniem etykiety diagnostycznej, lecz stawia sobie ambitny cel poznania drugiego człowieka, wejścia w jego świat

⁶ R. Ingarden, *U podstaw teorii poznania. Dzieła filozoficzne* tom 1, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1971, s. 63.

⁷ J.-C. Kaufman, *Wywiad rozumiejący*, przekład A. Kapciak, Oficyna Naukowa, Warszawa 2010, s. 92.

przeżywań i zrozumienia, dlaczego świat ten w taki właśnie sposób się ukształtował – wówczas z góry musi przyznać się do klęski. Cel bowiem mieści się w nieskończoności. Im bardziej się do niego zbliżać, tym dalej on ucieka”⁸. Odniesienie kontekstu do tego cytatu pojawia się niemal naturalnie, chodzi bowiem o przywołanie wątpliwości Kurta Gödla, który, choć posługiwał się językiem najbardziej ścisłym, bo matematycznym, to przekonywał, że im bardziej chcemy uściślić, doprecyzować, zamknąć klamrą nasze myślenie, uznając za skończone dowodzenie pewnych prawd, tym bardziej przedmiot owego myślenia nam się wymyka⁹. W tym kontekście zasadniczym wskazaniem dla badań muzykoterapeutycznych będzie zatem stałość prowadzonego rozpoznawania i ciągła gotowość terapeuty do przyjmowania nowych „danych”, modyfikowania swojego podejścia stosownie do emergentnie¹⁰ przebiegającego procesu terapii. Dzieje się tak dlatego, że aktywność muzykoterapeuty nie może ściśle rozgraniczać swego wymiaru na diagnostyczny i terapeutyczny, gdyż oba te elementy są ze sobą ściśle powiązane. Kępiński zwraca uwagę na nieoznaczoność granicy diagnostycznej – im więcej gromadzimy poznawczych kontaktów tym więcej odsłania/ujawnia przed nami badany przypadek. Diagnoza jest zatem procesem stałym w terapii¹¹, a taka ciągłość kontaktu rozpoznawczego, trwającego w styczności z każdą sesją muzykoterapeutyczną, nie może mieć innego, niż rozumiejący kształt. Oparty on zostaje na dostrzeganiu niuansów reagowania na muzykę, czy włączania się w proces jej tworzenia. Natomiast jeśli terapeuta bazuje jedynie na pewności, stosując pomiar i na nim poprzestając, „płaci znacznym zawężeniem swego pola widzenia, zamiast chorego widzi on bowiem etykiety diagnostyczne lub rusztowania wybranej przez siebie teorii”¹².

Kępiński przestrzega nawet, że jeśli stanie on wyłącznie po stronie metod obowiązujących w naukach przyrodniczych, niestety straci to, co najciekawsze

⁸ A. Kępiński, *Poznanie chorego*, posłowie Maria Orwid, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2002, s. 7.

⁹ Interesujące rozważania na temat polemiki wokół teorii wybitnego matematyka Kurta Gödla znajdziemy w artykule Juliette Kennedy, *Can the Continuum Hypothesis be Solved?*, „Institute for Advanced Study”, Princeton, New Jersey 2011, jesień, s. 10 i dalsze.

¹⁰ Emergencję rozumiemy jako nieprzewidywalność. Zakładamy bowiem, że jest ona niejako wynurzaniem się „czegoś odrębnego pod względem natury”, formującego uporządkowanie zdarzeń i procesów, pomiędzy którymi dotąd nie zachodziły żadne regularności relacji, wpływu czy oddziaływania. Emergencja okazuje się w tym ujęciu innowacyjną formą porządku, a jednostki czy zjawiska jej podlegające nierzadko podejmują nieprzewidywalne dla wszystkich działania; piszą o tym: S. Zięba, *Emergentyzm*, [w:] R. Łukaszyk, L. Bieńkowski, F. Gryglewicz (red.), *Encyklopedia katolicka*, Lublin 1983, s. 937; R. Artigiani, *Revolution and evolution: applying Prigogine's dissipative structures model*, „Journal of Social and Biological Structures”, 1987, vol. 10, nr 3, s. 251; A. Nobis, *Od emergencji do samoorganizacji. Zagadnienia nowości kultury*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1999, s. 76.

¹¹ A. Kępiński, *Rytm życia*, op. cit., s. 362.

¹² A. Kępiński, *Poznanie chorego*, op. cit., s. 8.

i najistotniejsze w poznaniu, a mianowicie świat przeżyć drugiego człowieka. Ma to również inne niekorzystne następstwa, bowiem krzywdzi chorego reifikując go. Oczywiście, ulegając jedynie subiektywności świata pacjenta odrywa się od twardego gruntu naukowego¹³.

Jeśli jednak pozostaniemy w kręgu owego twardego gruntu, wówczas musimy przyjąć zastrzeżenie Romana Ingardena wynikające z realizmu sceptycznego, że „żaden z momentów danych naocznie podmiotowi spostrzegającemu w dowolnym spostrzeżeniu zmysłowym przedmiotu X (...) nie jest dokładnie ten i taki sam jak te, które przedmiot X sam dla siebie rzeczywiście posiada”¹⁴. Realizm sceptyczny i tak zawęża zachowanie potencjalnej obiektywności. Powyższe uwagi nie zmieniają jednak zasadniczego pryncypium działania terapeutycznego, tj. nastawienia na poszukiwanie wszelkich, dostępnych środków i sposobów poznawania człowieka, z którym się spotykamy w relacji terapeutycznej, gdyż diagnoza nie będzie nigdy skończona, a głównym imperatywem działania badacza stanie się gotowość na odnotowywanie zmian, modyfikacji postrzegania pacjenta i dostosowywania do nich swojego działania.

Subiektywność jednak postrzegana też jest w innej konfiguracji znaczeniowej, uwalniającej od obaw nieprzekładalności jakościowych postrzeżeń na szerszą perspektywę. Indywidualizm pacjenta można przecież rozpatrywać jeszcze przez pryzmat konstruktów społecznych. Jednostka wówczas może być też pojmowana jako swoista kondensacja świata społecznego, gdyż całe społeczeństwo jej epoki istnieje w niej w postaci szczególnej struktury, jakby powiedział Norbert Elias¹⁵. W mini uniwersum człowieka odzwierciedlone jest uogólnienie całej społeczności.

Dodatkowo nauki bliskie drodze przyrodniczej (ściślej), a więc i psychologia „prowadzi swe badania w ten sposób, że zbiera poszczególne doświadczenia, przeprowadza eksperymenty, wygłasza na tej podstawie szereg sądów jednostkowych, a potem dopiero uogólnia statystycznie te wyniki przy pomocy tzw. indukcji niezupełnej, która jak wiadomo, dostarcza wyników mniej lub bardziej prawdopodobnych. Dopuszczają one przeto w każdej fazie badań uzasadnioną wątpliwość, co do tego, czy są prawdziwe, (...) dopuszczają zawsze pewien stopień możliwości, że nie są prawdziwe”¹⁶. Skoro zatem każde dociekanie jest obciążone niebezpieczeństwem błędzenia i braku niezawodności, nie trzeba szczególnie obawiać się takich ograniczeń w jakościowym działaniu. I choć w kontekście badań jakościowych na ogół dostrzega się trudność dostarczenia natychmiastowego dowodu, co do trafności wyników, „jednakże po wielu latach to, co niektórym wydawało się mało precyzyjne, przesyczone

¹³ Ibidem, s. 16.

¹⁴ R. Ingarden, *U podstaw teorii poznania*, op. cit., s. 66.

¹⁵ N. Elias, *Spółczesność jednostek*, tłumaczenie J. Sławiński, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.

¹⁶ Tak rozumiana jest teoria poznania z perspektywy psychologicznej przez Romana Ingardena, zob. *U podstaw teorii poznania*, op. cit., s. 54.

impresjami, może ukazać swój walor konstrukcyjny i naukowy, gdy tylko społeczność naukowa przyswoi sobie nowatorskie twierdzenia. Przykładem tego jest choćby nurt interakcjonistyczny, któremu udało się nawet zyskać trwałość dzięki kumulacji wyników badań¹⁷.

Niniejsze opracowanie nie rozwiąże wszelakich wątpliwości i nie wyjaśni newralgicznych punktów jakościowej strategii badań muzykoterapeutycznych. Chcemy jedynie wskazać pewną drogę poznania pacjenta, weryfikacji skuteczności procesu terapii, w tym dość dużo miejsca poświęcone zostanie także badaniom wytworów powstających w trakcie sesji. Ten ostatni aspekt jest niebywale ważny, ponieważ terapeuta nie ma bezpośredniego dostępu do sytuacji konfliktowych czy patogennych, nie jest przecież ich uczestnikiem i często przyjmuje pacjenta, o czym pisze Jacek Juliusz Jadacki, *post factum* ich zaistnienia, a zależy mu na ich ujawnieniu. Dowiaduje się więc o nich pośrednio, poprzez interpretacje obserwowanych zachowań pacjenta (także skojarzeń i wypowiedzi podczas tworzenia)¹⁸. Stąd analizie wytworów muzycznych, zwłaszcza piosenek tworzonych przez pacjentów, poświęcono także miejsce w analizach.

Całość rozważań chcemy jednak rozpocząć od usytuowania terapeutycznych potencjalności samej sztuki, stąd I rozdział dotyczy sztuki jako źródła wiedzy o człowieku. Kolejny rozdział już posadowiony zostanie na gruncie muzyki i nosi tytuł *Muzyka w działaniu terapeutycznym jako pole badań*. W dalszej zaś części skoncentrujemy się na strategii indywidualizującej poznania, by całość opracowania zamknąć omówieniem konkretnych propozycji metod wykorzystywanych w eksploracjach muzykoterapeutycznych. Odwołujemy się w tym miejscu ponownie do myśli Kaufmana: „metodologia jako precyzyjna wiedza może być przekazywana tylko w niewielkich dawkach: najlepszy traktat zawsze dostarcza nam zaledwie kilku narzędzi¹⁹, i co ważniejsze, jeszcze nic nie jest w stanie zastąpić doświadczenia tego, który podejmuje własny wysiłek badawczy.

¹⁷ Schwartz, 1993, cytujemy za: J.-C. Kaufman, *Wywiad rozumiejący*, op. cit., s. 44.

¹⁸ J. J. Jadacki, *Metodologia i semiotyka. Idee – metody – problemy*, Wydawnictwo Naukowe Semper, Warszawa 2010, s. 210.

¹⁹ J.-C. Kaufman, *Wywiad rozumiejący*, op. cit., s. 183.



prof. dr hab. Katarzyna KRASOŃ — Kierownik Zakładu Pedagogiki Twórczości i Ekspresji Dziecka Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. Założycielka *Centrum Ekspresji Dziecięcej przy bibliotece Śląskiej w Katowicach* (2003). Organizuje Ogólnopolskie Festiwale Ekspresji Dziecięcej. Absolwentka Wydziału Rytmiki Liceum Muzycznego im. K. Szymanowskiego w Katowicach, magister pedagogiki, doktor nauk humanistycznych w zakresie literaturoznawstwa, doktor habilitowany w dziedzinie nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki — dydaktyka (Uniwersytet im. A. Mickiewicza Poznań), profesor tytularny.

Opublikowała 7 naukowych monografii oraz 12 redagowała. Najważniejsze książki to: *Malowniczy most do poezji. Wiersze Brzechwy i Tuwima w edukacji i wspomaganie rozwoju dziecka*, Kraków 1999; *Dwa światy. Ruch dyrektywny i niedyrektywny jako wizualizacja — odkrywanie — poznawanie*, Kraków 2002; *Przestronie sztuki dziecka. Strategia intersemiotycznego i polisensorycznego wsparcia jednostek o obniżonej sprawności intelektualnej*, Katowice 2003; *Dziecięce odkrywanie tekstu literackiego — kinestetyczne interpretacje liryki*, Katowice 2005; *Cielesność aktu tworzenia w teatrze ruchu. Integracja sztuki i edukacji w rozwoju i transgresji potencjału człowieka*, Kraków 2013. Jest autorką standaryzowanego narzędzia diagnostycznego — *Skala Postaw Twórczych i Odwórczych (SPTO)*, wraz z podręcznikiem, Kraków 2011.

Zainteresowania badawcze to edukacja i wychowanie estetyczne, zwłaszcza obcowanie ze sztuką: literaturą, muzyką, teatrem i tańcem, głównie w wymiarze ekspresyjnym i terapeutycznym. Zajmuje się problematyką przekładu intersemiotycznego i wizualizacji przestrzennej. Prowadzi warsztaty z zakresu biblioterapii ekspresyjnej i technik parateatralnych stosowanych w terapii. Jest twórczynią metody kinestetycznej interpretacji poezji oraz koncepcji wizualizacyjnego teatru ruchu.



dr Ludwika KONIECZNA-NOWAK — Kierownik Zakładu Muzykoterapii w Akademii Muzycznej im. Karola Szymanowskiego w Katowicach, muzykoterapeutka w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, wiceprezes Polskiego Stowarzyszenia Muzykoterapeutów, redaktor naczelna Polskiego Pisma Muzykoterapeutycznego. Absolwentka Akademii Muzycznej im. Karola Szymanowskiego w Katowicach (teoria muzyki). Ukończyła studia podyplomowe z zakresu muzykoterapii we wrocławskiej Akademii Muzycznej, w tej specjalności kształciła się także w School of Music University of Louisville (Kentucky, USA).

Uczestniczyła w *24th International Training Institute in Neurologic Music Therapy w Londynie* (kurs zakończony otrzymaniem certyfikatu neuromuzykoterapeuty). Stopień naukowy doktora uzyskała w roku 2012, w Uniwersytecie Muzycznym Fryderyka Chopina w Warszawie (promotor: prof. Barbara Kamińska).

Brała aktywny udział w wielu konferencjach w kraju i zagranicą, jest autorką szeregu artykułów w międzynarodowych czasopismach naukowych. Na swoim koncie ma także autorstwo i redakcję publikacji książkowych. Najważniejszą z nich jest *Wprowadzenie do muzykoterapii*, Kraków 2013.

Swoje zainteresowania praktyczne i naukowe koncentruje wokół muzykoterapii dzieci i młodzieży z zaburzeniami emocji i zachowania oraz relacji między obszarami emocji i muzyki.



Wydawnictwo
Naukowe PWN SA
pwn.pl • 801 33 33 88
ksiegarnia.pwn.pl

ISSN 978-83-01-39054-5



9 788301 190545