

December 2017

## Music therapy as an augmentative method in practicing speech-language pathology

Sylvia Maszewska

*Neuca Med Sp. z o.o., ul. Szosa Bydgoska 58, 87–100 Toruń; Poradnia Logopedyczna NZOZ POLLIMEDICA, ul. A. Struga 13–21, 95–100 Zgierz; Poradnia Logopedyczna NZOZ POLIMEDICA ALFA, ul. Franciszkańska 53, 91–815 Łódź; Studio Głosu i Mowy Sylvia Maszewska, ul. Więckowskiego 58/17, 90–735 Łódź, studioglosuimowy@gmail.com*

Follow this and additional works at: <https://digijournals.uni.lodz.pl/logopaedica>

---

### Recommended Citation

Maszewska, Sylvia (2017) "Music therapy as an augmentative method in practicing speech-language pathology," *Logopaedica Lodziensia*: Vol. 1 : Iss. 1 , Article 7.

DOI: 10.18778/2544-7238.01.07

Available at: <https://digijournals.uni.lodz.pl/logopaedica/vol1/iss1/7>

This Article is brought to you for free and open access by the Arts & Humanities Journals at University of Lodz Research Online. It has been accepted for inclusion in Logopaedica Lodziensia by an authorized editor of University of Lodz Research Online. For more information, please contact [agnieszka.kalowska@uni.lodz.pl](mailto:agnieszka.kalowska@uni.lodz.pl).

Sylwia Maszewska\*

## Muzykoterapia jako metoda augmentacyjna w praktyce logopedycznej

MUSIC THERAPY AS AN AUGMENTATIVE METHOD  
IN PRACTICING SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGY

**Słowa kluczowe:** logopedia, muzykoterapia, metody terapeutyczne

**Key words:** speech-language pathology, music therapy, therapeutic methods

### Wprowadzenie

Celem artykułu jest prezentacja muzykoterapii jako metody wspomagającej, poszerzającej i uzupełniającej terapię logopedyczną. Termin *augmentacja* (z łac. *augmentatio* ‘powiększenie’) stosowany jest w muzyce i określa powtórzenie motywu lub tematu w utworze w proporcjonalnie dłuższych wartościach rytmicznych. Augmentacja jest środkiem techniki imitacyjnej (Habela, 1980).

Mowa jest narzędziem w akcie komunikacji językowej, a muzyka może być narzędziem komunikacji niewerbalnej. W dialogu słownym odezwanie stwarza określony układ społeczny, w wypadku odezwania się dźwiękiem terapeuta i pacjent znajdują się w tym samym polu komunikacyjnym.

---

\* Neuca Med Sp. z o.o., ul. Szosa Bydgoska 58, 87–100 Toruń; Poradnia Logopedyczna NZOZ POLLI-MEDICA, ul. A. Struga 13–21, 95–100 Zgierz; Poradnia Logopedyczna NZOZ POLIMEDICA ALFA, ul. Franciszkańska 53, 91–815 Łódź; Studio Głosu i Mowy Sylwia Maszewska, ul. Więckowskiego 58/17, 90–735 Łódź, e-mail: [studioglosuimowy@gmail.com](mailto:studioglosuimowy@gmail.com).

## Muzykoterapia – definicje, aspekty, kierunki oraz rola w działaniach terapeutycznych

Muzykoterapia, podobnie jak logopedia, jest nauką interdyscyplinarną. Zaistniała na przecięciu osiągnięć medycyny, pedagogiki i muzyki. W międzynarodowym spisie procedur medycznych znalazła miejsce w diagnostyce i terapii. Termin muzykoterapia obejmuje praktyczną działalność oraz wiedzę i naukę o niej.

O najwcześniejszych zastosowaniach muzyki jako leku możemy wnioskować na podstawie obserwacji zachowań żyjących jeszcze do dziś plemion ludzi pierwotnych, którzy rytualnym tańcem, rytmem i śpiewem leczą członków swojego plemienia.

Ze starożytnych Chin i Indii pochodzą traktaty opisujące skale muzyczne, zwroty melodyczne i rytmy mające zdolność oddziaływania na człowieka. W antycznej Grecji bardzo popularny był pogląd o wychowawczym znaczeniu muzyki.

Dowodem psychoterapeutycznej i integrującej siły muzyki jest średniowieczne zjawisko masowej psychozy tańca na terenie Niemiec i Włoch, określane mianem tanecznictwa. Niepohamowany taniec ogarniał coraz większe grupy ludzi wędrujących od wsi do wsi przy dźwiękach piszczałek i bębnów. Pierwszą poważniejszą pracą o cechach naukowości jest rozprawa włoskiego teoretyka muzyki Athanasiusa Kirchera (1673). Podaje on przykłady kuracji muzyką, omawiając szczegółowe wskazania i przeciwwskazania leczenia. Wiek XIX przynosi liczne opracowania dotyczące korzystnego oddziaływania muzyki na czynności wegetatywne.

Pierwsza dokumentacja o użyciu muzykoterapii w praktyce klinicznej pochodzi z roku 1832 (Stany Zjednoczone Ameryki Północnej). W 1892 roku został opisany pierwszy całościowy program leczenia muzyką (USA). W roku 1903 w Nowym Jorku założono Narodowe Towarzystwo Terapeutów, którego centrum zainteresowania stała się właśnie muzykoterapia. Na grunt europejski muzykoterapia zaczęła przenosić się dopiero po II wojnie światowej.

Tadeusz Natanson, założyciel Zakładu Muzykoterapii przy Państwowej Wyższej Szkole Muzycznej we Wrocławiu (1972 r.), twórca polskiej szkoły muzykoterapii, w swojej pracy zatytułowanej *Muzykoterapia jako jedna z funkcji muzyki* przedstawił następujące sformułowanie: „Muzykoterapię, jako praktyczną działalność, uważamy za terapeutyczne i profilaktyczne oddziaływanie muzyką na psychikę człowieka oraz wpływanie na jego stan somatyczny tak bezpośrednim wzbudzaniem reakcji fizjologicznych na muzyczne bodźce akustyczne, jak i uzyskiwanie fizjologicznych «odpowiedzi na doznania emocjonalne». Narzędzie muzykoterapii rozumiemy zarówno jako zbiór elementarnych zjawisk akustycznych, a nawet wyodrębnionych parametrów, jak też jako w różnym stopniu zorganizowane struktury czy sekwencje, które w nadzwyczajnym stadium swego zorganizowania według określonych prawidłowości przybierają postać utworów muzycznych” (1976, s. 27).

Bardziej zwięzłą definicję sformułował T. Natanson w dziele *Wstęp do nauki muzykoterapii*: „[...] muzykoterapia jest metodą postępowania, wielokrotnie wy-

korzystującą wieloraki wpływ muzyki na psychosomatyczny ustrój człowieka” (1979, s. 51).

Koncepcje muzykoterapeutyczne różnią się w swoich założeniach, co ma związek z uwarunkowaniami społecznymi, gospodarczymi i kulturowymi oraz indywidualnymi upodobaniami i doświadczeniami autorów – praktyków. Jedną z koncepcji, która zaważyła na dalszym rozwoju muzykoterapii w XX wieku, była koncepcja tzw. szkoły szwedzkiej, reprezentowana przez Andreasa Pontvika. Najważniejsze jego myśli zawarte są w dwóch książkach: *Podstawowe zasady psychiczno-leczniczego działania muzyki* (1948) oraz *Człowiek dźwięczący* (1962). A. Pontvik charakteryzuje muzykę jako zjawisko „uniwersalnego pochodzenia”. Jego teoria przepojona jest psychologią głębi Junga i koncepcją żyjącego w Szwecji filozofa Kaysera, od którego przyjął teorię symboliki: dźwięk – liczba. Pontvik szuka analogii między harmonią szeregu tonów harmonicznym w muzyce a wyrażoną liczbami harmonią natury. Proces ten określa jako „zjawisko psychorezonansu”.

Doktor filozofii Christof Schwabe, dyrektor Oddziału Nerwic i Psychoterapii Kliniki Psychiatrycznej Uniwersytetu w Lipsku, stworzył system metod muzykoterapii w odniesieniu do leczenia nerwic i zaburzeń czynnościowych, wchodzący w skład ogólnego procesu psychoterapeutycznego. Wyróżnia on cztery aspekty muzykoterapii:

- emocjonalną aktywizację osobowości, której celem jest intensyfikacja walki z nerwicowym nastawieniem i modelami zachowania;
- stymulację gotowości i umiejętności interpersonalnej w nawiązywaniu kontaktu;
- uzyskanie wpływu na zaburzenia psychovegetatywne oraz na utrzymujące się napięcie mięśniowe;
- zlikwidowanie nerwicowych nawyków, rozwinięcie nowych obszarów zainteresowań, rozwój osobowości.

C. Schwabe twierdzi, że przeżycie muzyczne pod względem terapeutycznym zależy w dużym stopniu od osobowości człowieka. Za najważniejszą formę leczniczego oddziaływania uważa aktywną muzykoterapię zespołową, na pierwszy plan wysuwając śpiew, następnie kojarzenie śpiewu z różnymi formami ekspresji ruchowej – łącznie z tańcem, a także grą na instrumentach muzycznych, szczególnie preferując instrumentarium Orffa zastosowane do budowania wzajemnych kontaktów.

W 1968 roku ukazała się zbiorowa praca autorów amerykańskich *Music in Therapy* pod redakcją E. Thayera Gastona, profesora wychowania muzycznego i dyrektora Wydziału Muzykoterapii Uniwersytetu w Kansas. Zawiera 39 opracowań dotyczących problemów teoretycznych, w rozdziałach: *Podstaw muzyki w terapii; Muzykoterapia dzieci i dorosłych opóźnionych w rozwoju umysłowym; Muzykoterapia poszkodowanych fizycznie; Muzykoterapia dzieci i młodzieży z zaburzeniami zachowania; Muzykoterapia dorosłych z zaburzeniami zachowania; Muzykoterapia w geriatric; Muzykoterapia w wychowaniu muzycznym; Muzykoterapia tańcem; Rozwój społecznych form muzykoterapii.*

Autorzy wyróżniają trzy zasady oddziaływania muzykoterapii:

- budowanie lub odbudowywanie stosunków personalnych,
- podnoszenie poczucia własnej wartości,
- wykorzystanie unikatowej wartości siły rytmu dla wprowadzenia ładu wewnętrznego.

T. Natanson zwraca uwagę na znaczącą zgodność poglądów sześćdziesięciu autorów *Music in Therapy*, co obrazuje koncepcję amerykańską. Szkoła amerykańska i szkoła szwedzka nie straciły na aktualności, ale uległy pewnym modyfikacjom.

Problematyce muzykoterapii poświęcił swoje prace Kenneth E. Bruscia (1989). Twierdzi on, iż „muzykoterapia jest systematycznym procesem interwencji, w którym terapeuta pomaga klientowi osiągnąć zdrowie, wykorzystując doznania muzyczne i stosunki, aby przez nie jako siły dynamiczne wywołać zmianę” (Natanson, 1992, s. 54).

E. Bruscia wyróżnia cztery poziomy oddziaływania muzykoterapii:

- poziom pomocniczy – wszelkie użytkowe wykorzystanie muzyki nie dla terapeutycznych, lecz pokrewnych celów;
- poziom augmentatywny – każda praktyka, w której muzyka lub muzykoterapia są wykorzystywane do wspomaganiania innych działań leczniczych i stanowią udział podtrzymujący w zakresie całego planu terapeutycznego;
- poziom intensywny – każda praktyka, w której muzyka lub muzykoterapia grają centralną i niezależną rolę w wyznaczeniu celów postępowania leczniczego i w rezultacie powodują istotne zmiany sytuacji klienta;
- poziom główny – każda praktyka, w której muzykoterapia gra niezbędną lub wyłączną rolę w zetknięciu z zasadniczymi potrzebami klienta i w rezultacie powoduje istotne zmiany w jego życiu.

Autor zwraca uwagę, że te cztery poziomy często się zająwiają.

W roku 1988 T. Natanson sformułował kolejną definicję muzykoterapii: „Muzykoterapia jest jednym spośród działań zmierzających w kierunku rehumanizacji współczesnego życia przez wielostronne wykorzystanie wielorakich walorów substancji muzycznej w celu ochrony i przywracania ludzkiego zdrowia oraz w celu korzystnego wpływania na współkształtowanie zarówno środowiska, w którym człowiek żyje i działa, jak i panujące w nim stosunki międzyludzkie” (Konieczna-Nowak, 2013, s. 15).

W muzykoterapii wyróżnić można następujące kierunki (Metera, 2002):

- psychopedagogiczny – badający reakcje człowieka na elementy dzieła muzycznego;
- psychofizjologiczny – wyznaczający muzyce funkcję leku farmakologicznego (szkoła amerykańska);
- psychoanalityczny – oparty na psychoanalizie Freuda;
- behawioralny – przyjmujący, że choroba jest błędnym zachowaniem organizmu, który może zmodyfikować muzyka;

- komunikacyjny – w którym zawierają się formy grupowe muzykoterapii zarówno bierne, jak i aktywne oraz oddziaływania przez muzykę w utrudnionym kontakcie słownym z pacjentem;
- poznawczy – dwufazowy, gdzie w fazie pierwszej, diagnostycznej, dochodzi do uzyskania informacji na temat osobowości pacjenta, a w fazie drugiej doprowadza się do przywrócenia równowagi, poprawy samooceny i stosunków interpersonalnych.

Muzykoterapia oddziałuje na trzech płaszczyznach: w profilaktyce, w procesie leczniczym oraz w rehabilitacji.

W profilaktyce stosowana jest do łagodzenia napięć emocjonalnych, służy kształtowaniu prawidłowej reakcji obronnej organizmu przeciwko czynnikom stresogennym, intensyfikuje wypoczynek, kształtuje prozdrowotną postawę, aktywizuje pacjentów trzeciego wieku.

Oddziaływanie lecznicze muzyki ma miejsce w chorobach psychicznych oraz w schorzeniach psychosomatycznych, takich jak: choroby skóry, choroby żołądkowo-jelitowe, zaburzenia czynnościowe mięśni, zaburzenia sercowo-naczyniowe, migrena, choroby dróg oddechowych, zaburzenia wydzielania gruczołów dokrewnych, zaburzenia w ośrodkowym układzie nerwowym (drgawki), zaburzenia układu moczowo-płciowego, zaburzenia narządów zmysłów, otyłość. Skuteczność terapii uzależniona jest od rodzaju schorzenia i stanu pacjenta.

Działania muzykoterapeutyczne w rehabilitacji mają na celu przywrócenie jednostki do funkcjonowania w społeczeństwie (rehabilitacja społeczna), wspomagają też proces edukacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej przez model specjalny i integracyjny (rehabilitacja pedagogiczna) (Janiszewski, 1998).

Ze względu na organizację zajęć muzykoterapeutycznych wyróżnia się muzykoterapię indywidualną i grupową. Muzykoterapię indywidualną należy rozumieć jako proces terapeutyczny pojedynczego pacjenta przez dłuższy lub krótszy okres. Muzykoterapia grupowa jest najczęściej stosowana w lecznictwie psychiatrycznym, postępowaniu rehabilitacyjnym oraz socjalizacyjnym. Dodatkowym walorem terapii grupowej jest tworzenie grup terapeutycznych.

## Typologia zaburzeń mowy w logopedii

Termin *logopedia* został wprowadzony w 1924 roku przez wiedeńskiego foniatrę Emila Froeschelsa zamiast wcześniejszego terminu – *nauka o leczeniu zaburzeń mowy*. Wyłącznym obszarem zainteresowania logopedii były zaburzenia mowy i ich usuwanie.

W latach sześćdziesiątych XX wieku teoretyk polskiej logopedii, twórca szkoły lubelskiej, Leon Kaczmarek, postawił tezę o autonomii tej dziedziny wiedzy, nadając polskiej logopedii kształt nauki (Grabias, 2012a).

Stanisław Grabias, określając logopedię jako naukę o biologicznych uwarunkowaniach języka, podkreślił konieczność sformułowania układu pojęć, procedur i narzędzi badawczych. Ujawnił dwoistość teorii logopedycznej, dzieląc ją na diagnostyczną i prognostyczną. Stworzył następujące klasyfikacje postępowania logopedycznego:

- budowa kompetencji w umysłach jednostek – kompetencji kulturowej, czyli wiedzy o świecie, kompetencji językowej i komunikacyjnej – w przypadku głuchoty, niedosłuchu, alalii, dyslalii, oligofazji, autyzmu, licznych postaci padaczki;
- usprawnianie czynności mowy przy zdobytych kompetencjach w przypadku dysglosji, jąkania, gielkotu, dysartrii;
- stabilizowanie rozpadu oraz odbudowa czynności mowy i funkcjonowania umysłu – w przypadku afazji, prognozji, schizofazji, demencji (Grabias, 2012b, s. 60).

## Muzykoterapia w rehabilitacji zaburzeń mowy i budowaniu kompetencji językowych

Stymulacja rozwoju małego dziecka polega na systemowym oddziaływaniu na wszystkie sfery poznawcze. Muszą mieć one odniesienie do realnych możliwości i sprawności dziecka. U prawidłowo rozwijającego się niemowlęcia wszystkie umiejętności pojawiają się zwykle w tej samej kolejności, w tym samym momencie życia. Sygnałem do rozpoczęcia terapii jest brak rozwojowych sprawności ruchowych. Opóźnienia w rozwoju motorycznym często sygnalizują opóźnienia w rozwoju poznawczym, emocjonalnym i społecznym. Rozwój motoryczny człowieka przebiega etapami ściśle od siebie uzależnionymi. W planowaniu i prowadzeniu terapii istotny jest wiek chronologiczny dziecka, a faza jego rozwoju.

W drugim roku życia dziecko zaczyna wypowiadać pierwsze zdania. Obserwacja rozwoju praktyki oralnej pozwala na wyeliminowanie przyszłych ewentualnych problemów artykulacyjnych. Pierwsze działania muzykoterapeutyczne polegają na odtworzeniu dziecku dźwięków muzyki granej na instrumencie i śpiewaniu z nim sylaby *la, la, la*. Dźwięk *i* jest jedyną w tym okresie głosem dźwiękową możliwą do realizacji. Samogłoski kształtuje się przez ćwiczenia dźwiękonaśladowcze. Najważniejsze umiejętności tego okresu to poruszanie się w rytm muzyki, słuchanie, rozpoznawanie wyrażeń dźwiękonaśladowczych z pierwszych wyrazów. Na kolejnym etapie rozwoju symulujące oddziaływanie mają ćwiczenia polegające na zestawianiu zabawek i piosenek opisujących te zabawki. Dochodzi wtedy do rozpoznawania melodii i utrwalania słów zawartych w piosence.

W wieku przedszkolnym muzykoterapia ma pole do szerszego oddziaływania jako metoda kształcenia i wychowania zwana **rytmiką**. Twórcą tej dyscypliny jest szwajcarski pedagog i kompozytor Emil Jacques Dalcroze (1869–1950). Początkowo rytmika miała być metodą umuzykalniającą dla potrzeb kształcenia muzycznego.



Obecnie służy wyzwaniu aktywności i ekspresji przy zaangażowaniu grup mięśni całego ciała. Motorem ruchu jest muzyka, a właściwie jej składowe: rytm, melodia, harmonia, dynamika, agogika, które determinują ruch.

W skład zajęć z rytmiki wchodzi:

- ćwiczenia inhibicyjno-incytacyjne,
- ćwiczenia ruchowe odzwierciedlające przebiegi dynamiczne, agogiczne i artykulacyjne zawarte w utworach muzycznych,
- ćwiczenia ruchowe odzwierciedlające kształt linii melodycznych, frazowanie i inne elementy formalne,
- ćwiczenia improwizacji ruchowej,
- ćwiczenia kształtujące niezależność ruchu (Brzozowska-Kuczkiewicz, 1991).

Muzyka może być odbierana w różnych płaszczyznach. W terapii dzieci głuchych cenne są doznania płynące z wibracji odbieranych dotykiem. Ruch jest drugim ważnym elementem pozwalającym niesłyszącym na uzyskanie poczucia pewności siebie i ogólnego zadowolenia przez działanie w grupie.

Upośledzenie widzenia jest utrudnieniem dla prawidłowego rozwoju psychoruchowego. Dla tej grupy pacjentów ćwiczenia ukierunkowane są na odbiór zjawisk muzycznych, a zastosowanie zadań ruchowych wpływa na sprawność motoryczną oraz zdolność poruszania się w przestrzeni.

Rytmika jako metoda stymulująca ma powszechne zastosowanie w przełamaniu deficytów w zakresie rozwoju funkcji motorycznych i percepcji słuchowej leżących u podłoża trudności w opanowaniu języka. W przypadku niedoksztalcenia mowy o typie afazji, gdzie problem neurologiczny wystąpił między drugim a szóstym rokiem życia, czyli przy opanowanych w pewnym zakresie strukturach języka, rokowania są lepsze niż w przypadku alalii, gdzie uszkodzenie centralnego układu nerwowego wystąpiło w wyniku działania czynników egzogennych w okresie prenatalnym, perinatalnym lub postnatalnym. W obrazie klinicznym obserwuje się zaburzenia w opanowaniu wszelkich sprawności językowych (Panasiuk, 2015, s. 309–317).

W dyslalii niedoksztalcona jest tylko struktura fonologiczna języka. Nieprawidłowość ta prowadzi do zaburzeń wymowy. W tym przypadku skuteczna jest metoda muzykoterapeutyczna zwana **logorytmiką**. Nie bez znaczenia dla jej rozwoju było wprowadzenie przez neuropsychiatrę Ernesta Dupré pojęcia psychomotoryki. W 1913 roku na podstawie własnych doświadczeń ogłosił on tezę, że rozwój psychiczny i motoryczny są ze sobą powiązane. Logorytmika jest metodą wspierającą zarówno rozwój ogólny, jak i motoryczny. Jest to połączenie rytmiki Dalcroze'a z koncepcją niemieckiego kompozytora i dyrygenta Carla Orffa (1895–1982). Metoda Orffa pozwala uświadomić uczestnikom zajęć istnienie melodii, rytmu, akcentów w słowach, zwrotach, wierszach, zawołaniach, nazwach, imionach. Ćwiczenia te budują sprawność mowy i poprawność językową. Orff stworzył całe laboratorium poszukujące dźwięku w rozmaitym tworzywie: bębenkach, tarkach, łyżeczkach, kastanietach, tupaniu, klaskaniu itp. Owo instrumentarium Orffa jest określane jako muzyka



dźwięczących przedmiotów. Ćwiczenia logorytmiczne przez muzykę i ruch wspierają dziecko we wszechstronnym rozwoju wszystkich procesów poznawczych.

Na podstawie też E. Dupré Holenderka Th ea Bugnet opracowała metod  **Le bon de part**, opartą na ćwiczeniach gimnastyki relaksacyjnej po aczonych z ćwiczeniami oddechowymi.  wiczenia odpr ejaj ce z wykorzystaniem muzyki po aczy a z wykonywaniem ruchów w przestrzeni i rysowaniem figur na podłodze. Nast epnie zaadaptowała 26 wierszy napisanych przez swojego m e a, odpowiadających literom alfabetu i służących do utrwalenia tych liter. Metoda ta weszła na stałe do programów korekcyjno-kompensacyjnych dla dzieci z trudnościami w czytaniu i pisaniu jako og olna metoda stymulująca. Adaptacji tej metody na grunt polski dokonała Marta Bogdanowicz w 1979 roku, nazywając ją **metod  dobrego startu**. Jest to metoda rehabilitacji motorycznej przy muzyce, ukierunkowana na usprawnianie i korygowanie (podczas zabawy) ruchów i funkcji percepcyjnych koniecznych do opanowania umiejętności szkolnych. Jej zadaniem jest rozwijanie funkcji językowych i spostrzeżeniowych (wzrokowych, słuchowych, dotykowych, kinestetycznych, motorycznych) oraz integracji percepcyjno-motorycznej. Metod  t  wykorzystuje się do pracy z dziećmi o prawidłowym rozwoju w celu dalszego stymulowania oraz do pracy z dziećmi o zaburzonym rozwoju w celu terapeutycznym.

Uniwersalną metod  muzykoterapeutyczn  do pracy z dzieckiem z mózgowym porażeniem dziecięcym jest tzw. **mobilna rekreacja muzyczna**, będąca po aczeniem muzykoterapii aktywnej i receptywnej. Tw rc  t j metody jest lekarz-muzykoterapeuta Maciej Kiery . Stosuje w niej niekonwencjonalne źródła dźwięku – klaskanie, oklepywanie, tupanie, skakanie, gwizdanie, mruczenie, muczenie i okrzyki. Przy muzyce odtwarzanej z taśmy wprowadza ćwiczenia oddechowe, rytmizujące, logopedyczne, wyobrażeniowe i relaksacyjne. Stosuje także instrumentarium Orffa.

Techniki muzykoterapii znalazły zastosowanie we współczesnej edukacji przez działanie muzyki relaksacyjno-pobudzającej, której efekt oddziaływania nazwano **supernauczeniem**. Tw rc  t j metody jest Georgij  ozanow. Wykaza  on, że dzi eki zastosowaniu muzyki mózg ludzki jest w stanie przyj c, przetworzy  i zapami ta  w sposób trwały olbrzymią ilo c  informacji. Liczne eksperymenty z muzyk  wykazały, że na proces przyspieszonego uczenia się ma w plyw muzyka barokowa, a szczególnie s rodkowa cz c  koncertu utrzymana w tempie *largo* lub *larghetto*. Za najsilniej oddziałującą uznano muzyk  Wolfganga Amadeusza Mozarta i na t j podstawie wprowadzono pojęcie „efekt Mozarta”.

Francuski otolaryngolog, neurolog i foniatra Alfred Tomatis (1920–2001) przez liczne badania i obserwacje odkry  zale no c  między zdolnością słuchania a zdolnością porozumiewania się. Opracowa  technologię polegającą na stymulacji neurosensorycznej – tzw. elektroniczne ucho. Głównym celem treningu jest wsparcie funkcji słuchowej, a przez to poprawa koncentracji, kreatywności, rozwój zdolności językowych, komunikacyjnych, zwiększenie potencjału cz łowieka w nauce i rozwoju psychoruchowym. **Metoda Tomatisa** polega na stymulacji ucha w lczanymi i w l -

czanymi dźwiękami o wysokiej częstotliwości (od 5000 do 8000 Hz). Najbogatszymi w dźwięki o wysokiej częstotliwości są kompozycje Mozarta. Tomatis wyróżnił też częstotliwości wpływające negatywnie na umysł i ciało. Zaliczył do nich między innymi dźwięki o niskiej częstotliwości w muzyce rockowej. Trening uwagi słuchowej A. Tomatisa ma zastosowanie w zaburzeniach koncentracji uwagi słuchowej, zaburzeniach pamięci, trudnościach szkolnych, dysleksji, zaburzeniach emocjonalnych, autyzmie, zaburzeniach mowy (jąkanie, ORM, wady wymowy), zaburzeniach głosu. Seanse słuchowe poprzedzone są wywiadem wstępnym, a otrzymane rezultaty mają charakter trwały.

Do metod tradycyjnych stosowanych w muzykoterapii aktywnej zalicza się **śpiew solowy i zespołowy**. Jest to niezwykle cenna metoda terapii jąkania. Elementy dzieła muzycznego – rytm, metrum, tempo, melika – wpływają na uporządkowanie pracy narządu głosu. Przez śpiewanie piosenek i pieśni pacjent uczy się upłynniania mowy. Realizując melodię *legato* w wolnym tempie, łączy słowa przy zmiennej wysokości frazy muzycznej na jednym wydechu. Uczy się swobodnego rozwierania żuchwy, miękkiej fonacji, wysokiej pozycji dźwięku, a przede wszystkim koordynacji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnej. Podstawą jest nauczanie posługiwania się torem oddechowym żebrowo-przeponowo-brzusznym w oddychaniu dynamicznym, które różni się zasadniczo od oddychania statycznego. Przy oddychaniu statycznym ruchy oddechowe odbywają się samoistnie. W oddychaniu dynamicznym mięśnie wdechowe działają antagonistycznie do mięśni wydechowych. Uzyskuje się w ten sposób podparcie oddechowe, dzięki któremu strumień powietrza wysyłany jest do nasady (zatoki szczękowe, sitowe, czołowe), co daje swobodę wydobycia dźwięku. Prócz śpiewania utworów ćwiczeniem korzystnym jest melorecytacja oraz mormorando na lekko rozwartych ustach.

Śpiew jest metodą pomocniczą w rehabilitacji pacjentów z chorobą Parkinsona. Wpływa na wzmocnienie słyszalności głosu, wspomaga sprawność oddechową, a także artykulacyjną. Nie bez znaczenia jest wpływ śpiewania na stan emocjonalny.

Czynne śpiewanie w dyzartrii sprzyja poprawie jakości wykonawczej mowy, a w afazji jest czynnikiem wznawiającym słowa, a nawet całe odcinki tekstu słownego. W przypadku zaburzeń czucia ułożenia narządów mowy śpiewanie poprawia realizację słowa. Warunkiem jest posiadanie świadomości muzycznej i praktykowanie śpiewu przed chorobą.

Śpiew zespołowy ma wysoką wartość terapeutyczną w grupach osób trzeciego wieku, osób ze schorzeniami psychosomatycznymi, przewlekle chorych, niepełnosprawnych, osób z demencją i chorobą Alzheimera. Śpiewanie pieśni oddziałuje przez słowo, melodię i rytm, a najważniejszym elementem terapii jest wykorzystanie głębokiego oddechu poprawiającego pracę serca, dotleniającego mózg, dającego poczucie zadowolenia. Wyrażane w utworze treści dają możliwość pobudzenia emocjonalnego i intelektualnego. Strona wykonawcza poprawia pamięć, powoduje zwiększenie poczucia własnej wartości. Nauka sugestywnego wyrażania słowa jest

punktem wyjścia do rozumienia siebie i innych. Możemy tu mówić o psychoterapeutycznym oddziaływaniu śpiewu. Dodatkowym pozytywnym czynnikiem jest rehabilitacja społeczna. Osoby w podeszłym wieku, mieszkające w domach pomocy społecznej, a także żyjące samotnie, dzięki spotkaniom w klubach lub domach dziennego pobytu na zajęciach śpiewania zespołowego nawiązują kontakty interpersonalne, integrują się z grupą, co pomaga im odnaleźć własne miejsce w otaczającej ich rzeczywistości.

---

## Literatura

- Brzozowska-Kuczkiwicz M., 1991, *Emil Jacques Dalcroze i jego rytmika*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Grabias S., 2012a, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologia zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 15–68.
- Grabias S., 2012b, *O ostrość refleksji naukowej. Przedmiot logopedii i procedury logopedycznego postępowania*, [w:] S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki*, z cyklu „Logopedia XXI wieku”, Gdańsk: Harmonia Universalis, s. 56–69.
- Habela J., 1980, *Słowniczek muzyczny*, Kraków: Polskie Wydawnictwo Muzyczne.
- Janiszewski M., 1998, *Muzyka w profilaktyce, leczeniu i rehabilitacji*, Łódź: Akademia Muzyczna.
- Konieczna-Nowak L., 2013, *Wprowadzenie do muzykoterapii*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Metera A., 2002, *Muzykoterapia – muzyka w medycynie i edukacji*, Leszno: Centrum Techniki Nauk „Metronom”.
- Natanson T., 1976, *Muzykoterapia jako jedna z funkcji muzyki*, niepublikowana rozprawa doktorska, obroniona w Państwowej Wyższej Szkole Muzycznej w Warszawie.
- Natanson T., 1979, *Wstęp do nauki muzykoterapii*, Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Natanson T., 1992, *Programowanie muzyki terapeutycznej*, Wrocław: Akademia Muzyczna.
- Panasiuk J., 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadku alalii i niedoksztalcenia mowy o typie afazji*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 309–345.

---

## Streszczenie

Tematyką artykułu jest prezentacja oddziaływań terapeutycznych służących odbudowie kompetencji językowej i komunikacyjnej. Jego celem jest ukazanie, w jaki sposób muzykoterapia wzbogaca metody rehabilitacji logopedycznej. Rozkwit muzykoterapii i logopedii jako dyscyplin naukowych następował stopniowo – prawie jednocześnie od początku XX wieku. Ich korzenie sięgają głęboko w przeszłość historyczną, a cechą obydwu jest interdyscyplinarność. Metody muzykoterapii wpisują się w obraz terapii logopedycznej:  
– rytmika, pierwotnie służąca kształceniu i wychowaniu, stymuluje wszechstronnie rozwój psychoruchowy,

- logorytmika daje wsparcie rozwojowi ogólnemu, motorycznemu, wspomaga sprawność mowy,
- metoda dobrego startu stosowana jest wobec dzieci z trudnościami w czytaniu i pisaniu, ma oddziaływanie korekcyjno-kompensacyjne,
- mobilna rekreacja muzyczna stymuluje rozwój dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym,
- dźwięki wysokiej częstotliwości w metodzie Tomatisa oddziałują terapeutycznie w zaburzeniach pamięci, trudnościach szkolnych, dysleksji, autyzmie, zaburzeniach emocjonalnych,
- w terapii neurologopedycznej i jąkanii oraz rehabilitacji psychospołecznej szerokie zastosowanie ma tradycyjna metoda muzykoterapii, jaką jest śpiew.

---

## Summary

The article presents therapeutic actions toward restoring linguistic and communicative competence, and its aim is to show how music therapy enriches the methods of speech-language rehabilitation. The rise of music therapy and speech-language pathology as scientific disciplines was gradual and started almost exactly at the same juncture, i.e. at the beginning of the 20<sup>th</sup> century. The origins of both go back in time to the remote past, and both are characterized by an interdisciplinary nature. The methods of music therapy are in line with the speech-language therapy scenario:

- eurhythmics, initially supporting education and upbringing, stimulates psychomotor development in a versatile manner,
- speech-movement therapy supports general and motor development and aids speech capabilities,
- the Good Start method is applied for children with reading and writing difficulties and has a corrective-compensatory influence,
- mobile music recreation stimulates the development of children suffering from cerebral palsy,
- high-frequency sounds in the Tomatis method have a therapeutic effect for memory disorders, school-related difficulties, dyslexia, autism, and emotional disorders,
- singing, which is a traditional method of music therapy, is widely applied in speech therapy for neurological disorders and in the treatment of stammering, as well as in psychosocial rehabilitation.