

Stella Kaczmarek

Zastosowanie techniki ustrukturowanej w muzykoterapii na przykładzie dzieci z migreną

Using of the standard programs for the children suffering from migraine in the music therapy

Klinik Rosenberg, Zentrum für Rehabilitation, Diabetes und Psychosomatik
Bad Driburg, Niemcy

Wprowadzenie

W latach 90-tych na łamach miesięczników terapeutycznych w niemieckiej prasie rozgorzała dyskusja na temat celów i skutków stosowania programów ustrukturowanych w psychoterapii. Wśród szerokiego grona psychoterapeutów i muzykoterapeutów mogliśmy znaleźć zarówno zwolenników jak i przeciwników stosowania tychże programów. Dyskusja ta po dziś dzień nie została zakończona.

Od lat 90-tych realizowane są w Niemieckim Instytucie do Badań Muzykoterapii w Heidelbergu różne projekty mające na celu stworzenie skutecznej terapii muzycznej w odniesieniu do różnych schorzeń. W niniejszym artykule przedstawiony zostanie model leczenia dzieci z migreną. Model ten powstał w ramach prowadzonego w latach 2001-2004 projektu „KIM”

w kooperacji z Niemieckim Centrum do Badań Muzykoterapii (Deutsches Zentrum für Musiktherapieforschung – Viktor Dulger Instytut; patrz np. Bolay H.V. & Resch F., 2003 oraz Nickel A.K. & Hillecke T., 2003) oraz dziecięcą kliniką psychiatryczną przy Uniwersytecie w Heidelbergu. W roku 2006 (jako konsekwencja tego projektu) wydana została książka pt. „Heidelberger Musiktherapiemanual: Migräne bei Kindern” (Anne Kathie Leins, 2006).

Dziecięca migrena

Dziecięca migrena należy do grupy schorzeń, wywołanych poprzez różnorodne czynniki, dlatego wymaga leczenia jednocześnie przez wielu specjalistów, głównie z dziedziny medycyny i psychoterapii. Bóle migrenowe są często mylone z napięciowymi bólami głowy, którym jednak rzadko towa-

rzyszy aura, nudności, wymioty, zakłócenia widzenia, nadwrażliwość na światło i hałas, wysoka intensywność bólu bądź zwiększenie bólu podczas aktywności fizycznej.

Bóle głowy oraz migrena należą do najczęstszych dolegliwości dzieci w wieku szkolnym. W Niemczech około 85% dzieci i młodzieży w wieku 6-16 lat zna bóle głowy z obserwacji rówieśników bądź osobiście ich doświadczyło (dla porównania: w latach 60-tych i 70-tych XX wieku mówiono jedynie o 45%). Wśród 17-latków na migrenowe bóle głowy cierpi prawie 21% populacji. Liczba dzieci i młodzieży wymagającej leczenia z tego powodu również ostatnio się zwiększyła i wynosi obecnie ok. 8%. Największy wzrost liczby cierpiących widoczny jest pod koniec klasy I szkoły podstawowej, z czego można wnioskować, że szkoła jest tutaj ważnym czynnikiem etiologicznym. Denecke i Körner-Herwig (2000) stwierdzają, że sytuacje stresowe odgrywają ważną rolę i wpływają na powstawanie ataków migrenowych. Pewna nadwrażliwość emocjonalna dzieci z migreną w połączeniu z sytuacjami stresowymi tworzy układ czynników sprzyjających dziecięcej migrenie. Istnieje też wysokie prawdopodobieństwo rodzinnych predyspozycji do powstania migreny.

Przeprowadzono niewiele badań z zakresu prognozyki dzieci z migreną. Co bardziej niepokojące, dziecięca migrena pociąga za sobą ryzyko powiązania z klinicznymi schorzeniami psychiatrycznymi: w 85 % istnieje związek migreny z wieloczynnikowymi chorobami psychicznymi. U dzieci, u których objawy ustąpiły, związek ten zanika. Podkreślić też trzeba, że dzieci z migreną wykazują pewne zmiany w zachowaniu oraz

predyspozycje do depresji, stanów lękowych, a dalej do prób samobójczych i nadużywania leków.

Oczywiście istnieje możliwość leczenia migreny poprzez terapię farmakologiczną. Najczęściej stosuje się *betablockery* bądź *calcium-antagonisten* (*Petadolex*), lecz podawanie tych leków dzieciom niesie ze sobą wiele objawów niepożądanych. Do niektórych z nich możemy zaliczyć: senność, depresję, zaburzenia pamięci, zaburzenia snu czy bóle brzucha. Większość z w/w efektów ubocznych leku wyklucza stosowanie go u dzieci. Do dnia dzisiejszego nie wyprodukowano leku na migrenę dostosowanego i przeznaczonego dla dzieci. Nie zaproponowano też wysoko skutecznej psychoterapii. Jako działania profilaktyczne w stosunku do dzieci z migreną mogą być stosowane następujące metody: biofeedback, progresywna relaksacja Jacobsona czy terapia psychologiczna. Udało się empirycznie potwierdzić skuteczność relaksacji Jacobsona, terapii kognitywnej i biofeedbacku. Wcześniej rozpoczęta terapia, mająca na celu przezwyciężenie stresu i bólu, przynosi wiele pozytywnych efektów, a w niektórych przypadkach prowadzi nawet do zwalczenia migreny. Nowoczesne ustrukturowane (i nie tylko) terapie i metody psychologiczne mają zatem – po relatywnie niedługim okresie leczenia - wielką szansę w walce z dziecięcą migreną i mogą nawet doprowadzić do redukcji aktywności choroby.

Dlaczego muzykoterapia?

Muzykoterapia dziecięca znalazła swoje zastosowanie w rehabilitacji, medycy-

nie i pedagogice specjalnej. Muzykoterapia, jako forma psychoterapii sprawdza się doskonale w sytuacji, gdy potrzebny jest kontakt niewerbalny z młodym pacjentem. Jednymi z ważniejszych celów muzykoterapii dziecięcej jest m.in.: aktywizacja procesów komunikacyjnych, aktywizacja emocji i ich wyrażania, rozwój estetycznej i kreatywnej działalności, wzmacnianie odpowiednich wzorców zachowań.

Ważnym elementem terapii dziecięcej jest zabawa. Stosując zabawę podczas zajęć terapeutycznych dziecko wyraża swoje emocje. Metody stosowane w muzykoterapii dziecięcej wykorzystują zabawę podczas: reprodukcji (śpiew, piosenki), produkcji (improwizacja, interaktywna gra) czy recepcji muzyki (słuchanie muzyki, odpoczynek, relaks, wizualizacja itp.). Terapia muzyką może być prowadzona bądź to w grupie, bądź indywidualnie, zarówno aktywnie jak i receptywnie.

Muzykoterapia w odniesieniu do pacjentów z bólem (dorosłych z przewlekłym bólem i dzieci z migreną) jest traktowana jako forma arteterapii (*künstlerische Psychotherapie*) i znakomicie nadaje się do leczenia tego psychosomatycznego schorzenia.

Terapia ustrukturowana (skryptowa)

Terapia ustrukturowana oparta jest na pewnym schemacie, modelu, który jest zastosowany w stosunku do wszystkich pacjentów (w odróżnieniu od podejścia indywidualnego). Terapia skryptowa dzieci z migreną bazuje zarówno na założeniach psychologii behawioralnej jak i humani-

stycznej, założeniach psychoanalitycznych oraz elementach terapii przez zabawę. Jej muzykoterapeutyczna koncepcja leczenia opiera się na bio-psycho-społecznym modelu Engela oraz na gruntownie sprawdzonych w psychologii i psychoterapii środkach i technikach terapeutycznych.

W terapii ustrukturowanej, opartej na określonych modułach i fazach, ważne jest przestrzeganie zaleceń zawartych w programie terapii. Koncepcja leczenia poprzez muzykoterapię pacjentów z migreną jest przeznaczona dla dzieci w wieku 8-12 lat, które cierpią na migrenę przynajmniej od roku, mają ok. 2 (lub więcej) ataków w miesiącu oraz wymagają zarówno terapii jak i profilaktyki.

Model Heidelberski – terapia ustrukturowana wobec dzieci z migreną

Model Heidelberski został stworzony w Niemieckim Centrum do Badań Muzykoterapii. W odróżnieniu od terapii dorosłych z przewlekłym bólem, terapia dzieci z migreną zawiera dodatkowo dwa elementy. Są nimi: włączenie rodziny do terapii oraz uwzględnienie procesu rozwojowego dzieci w procesie terapeutycznym. Terapia ta składa się z następujących elementów:

1. Kontrolowana ekspresyjność wg Traue (1998).
2. Interdyscyplinarność.
3. Fazowość terapii wg Luegera (1995).
4. Uwzględnienie specyficznych i niespecyficznych czynników.
5. Włączenie rodziny do terapii.
6. Uwzględnienie procesu rozwojowego dzieci w terapii.

Podstawy teoretyczne

Terapia ustrukturowana dzieci z migreną bazuje na zorientowanej interdyscyplinarnie, nowoczesnej koncepcji terapeutycznej, promowanej aktualnie w psychoterapii, która staje ponad znanymi podejściami muzykoterapeutycznymi odwołującymi się do Orffa czy Nordoffa / Robbinsa. Została ona stworzona przez zespół specjalistów - lekarzy, psychologów i muzykoterapeutów, którzy wspólnie wypracowali interdyscyplinarny model leczenia odwołujący się do muzykoterapii. Za podstawę teoretyczną posłużył heidelberski model leczenia dorosłych z chronicznym bólem (Hillecke i in., 2001 oraz Hillecke, 2006), który następnie został zmodyfikowany, uzupełniony i przeniesiony na grunt terapii dziecięcej, z uwzględnieniem jej specyfiki i potrzeb.

Pacjenci z bólem - czy to chronicznym, czy migrenowym - często koncentrują się na swoim bólu (przeżywaniu go), co prowadzi w konsekwencji do zahamowania sposobu reagowania na rzeczywistość. Właśnie to zahamowanie (*Erstarrung*) jest podstawą koncepcji *der gehemmten Expressivität* – kontrolowanej ekspresyjności według Traue (1998). Młodzi pacjenci z migreną „zamykają” własną ekspresyjność. Ograniczenie to odzwierciedla się w sposobie postrzegania siebie, w obrazie swojego ciała, a także relacjach interpersonalnych. Pacjenci często skarżą się na zatracenie kontroli nad swoim bólem i żyją w tzw. *pane-state*, co przekłada się w prostej linii na ich życie prywatne i zawodowe.

Pacjenci dotknięci bólem w sy-

tuacjach stresowych i emotogennych nie są w stanie wyrażać swoich emocji. Równocześnie można u nich zauważyć pewną psychologiczną nadaktywność o podtekście społecznym. Mimo że dzieci z migreną są zazwyczaj bardzo kreatywne, ambitne, rzadnie wyników, bardzo często mają problemy z adaptacją społeczną. Są mało samodzielne, uzależnione od rodziców, którzy okazują im nadopiekuńczość, nadmierną troskliwość, duszącą bliskość, chroniąc je w swoim pojęciu od sytuacji konfliktowych. Co ważniejsze, choroba dziecka może negatywnie wpływać na codzienne życie rodzinne, a w dalszej kolejności prowadzić do wycofania się takiej rodziny z życia społecznego.

Hillecke i in. (2001) podjęli próbę zanalizowania koncepcji Traue w kontekście terapeutycznym i wyodrębnili cztery obszary, szczególnie istotne dla pacjentów z bólem. Te cztery aspekty pozostają w **sztywnej współzależności** (*erstarrtes Bezugskorrelat*) i odnoszą się kolejno do:

1. ograniczenia odbioru obrazu samego siebie i obrazu własnego ciała;
2. ograniczenia, zahamowania w obszarze interpersonalnym, kontaktów społecznych;
3. ograniczenia ruchliwości i aktywności muzycznej;
4. ograniczenia bądź/i zahamowania dostępu do pełnego przeżycia własnego samopoczucia.

Ograniczenia w odbiorze obrazu samego siebie i własnego ciała mogą się przejawiać ciągłym skupieniem uwagi na bólu, negatywnymi skojarzeniami z regionami bólu, traktowaniem organu objętego bólem

jako „gorszego”, świadomością „poczucia choroby”. Ograniczenie w kontaktach interpersonalnych przekłada się na zmianę w podejściu do sposobów rozwiązywania problemów, do aktywnego wchodzenia w nowe znajomości, ograniczenia kręgu znajomych czy rozwiązywania drobnych konfliktów. Osoby dotknięte bólem są często bardzo samodzielne, lecz jednocześnie ograniczone w działaniu i kreatywności. Dodatkowo mają problemy z przywoływaniem z pamięci „pozytywnych wspomnień”; częściej są to wspomnienia o negatywnym zabarwieniu, co może prowadzić do depresji.

W odpowiedzi na powyższe czynniki został wyodrębniony także dodatkowy i specyficzny czynnik w muzykoterapii pacjentów z bólem – **muzyczna elastyczność** (*Musikalische Flexibilisierung*). Owa muzyczna elastyczność ma na celu „otwarcie pacjenta” na nowe możliwości. Może być osiągnięta przez zastosowanie specjalnych technik muzykoterapeutycznych, takich jak np. **zmiennosc parametrów muzycznych w swobodnej improwizacji**.

Ze względu na młody wiek badanych pacjentów, terapia została dostosowana do ich potrzeb, poziomu i symptomów. W odróżnieniu od terapii osób dorosłych z chronicznym bólem, terapia dziecięca poszerzona została o konkretne pomysły muzyczne – właśnie muzyczne zabawy, np.: perkusja na własnym ciele (*Bodyperkussion*) czy relaks połączony z indukcją słowną i wizualizacją o nazwie **Fantazyjna podróż brzmienio-wo–muzyczna**.

Fazy terapii

Muzykoterapeutyczna koncepcja leczenia dziecięcej migreny oparta jest na modelu fazowym (*Phasenmodell*) stworzonym i naukowo potwierdzonym przez Leugera w 1995 roku. Według tej teorii możliwe do zaobserwowania w określonym czasie i chronologii są pewne zmiany psychiczne i behawioralne, a mianowicie:

- w pierwszej fazie – **Remoralisierung** - zmiany u pacjenta w obszarze subiektywnego samopoczucia, wypracowanie poczucie zdrowia i dobrego samopoczucia (*Subjektives Wohlbefinden*);
- w drugiej fazie – **Remediation** czyli praca nad symptomami;
- w fazie trzeciej, ostatniej – **Rehabilitation** w obszarze „ogólnego funkcjonowania” (*allgemeinen Funktionieren*).

Terapia dzieci z migreną wg modelu heidelberskiego ujęta jest trójfazowo. Kolejne fazy (pierwsza, druga i trzecia) mają na celu poprawę własnego samopoczucia i poczucia zdrowia, zmniejszenie częstotliwości występowania symptomów choroby i na koniec poprawę ogólnego funkcjonowania. Tworzą one trzon opisywanej terapii. W trakcie odpowiednich działań są terapeutycznie „przepracowywane”, analizowane, i realizowane w kierunku założonego celu.

Opis

Po odbyciu obowiązkowego badania lekarskiego w klinice neurologicznej, potwierdzającego diagnozę i stwierdzającej konieczność leczenia migreny (badanie neurologiczne, **wywiad bólu**), dzieci kierowane są

do Przychodni Muzykoterapeutycznej, znajdującej się przy *Fachhochschule Heidelberg* w celu poddania się rodzinnemu wywiadowi (*Familienanamnestische Befragung*) oraz muzycznemu wywiadowi dziecka (*Musiktherapeutische Anamnese*).

Podczas wywiadu rodzinnego wyjaśnione zostają cele terapii zarówno dla rodziców jak i dla dziecka. Szczegółowo omawia się przebieg terapii w fazach, zadania stojące przed dzieckiem (wypełnianie dzienniczka bólu) i rodzicami (*coaching* rodzinny), funkcje bólu, itd. Zostaje także przeprowadzony wywiad dotyczący doświadczenia bólu i podobnych przypadków w rodzinie.

W ramach wywiadu z dzieckiem terapeuta prowadzi swobodną rozmowę, sprawdza jego preferencje muzyczne, umiejętności grania na instrumencie, obserwuje zmienność zachowania i wyrazu muzycznego, wrażliwość muzyczną, itp.

Dzieci dotknięte migreną objęte są 12-tygodniową (łącznie ok. 3 miesięczną) terapią skryptową. Spotkania odbywają się raz w tygodniu i trwają każde po 50 minut. Jest to terapia indywidualna. W trakcie tych 3 miesięcy każde dziecko ma dodatkowo przydzielone 3 spotkania-porady z lekarzem, a rodzice dziecka odbywają *coaching* rodzinny (3 comiesięczne spotkania). *Coaching* rodzinny, czyli rozmowy z rodzicami (opcjonalnie również z dzieckiem), mają za zadanie ewaluację niektórych celów terapii, przeniesienie ich na grunt rodzinny, a także naukę rozwiązywania konfliktów, zgłębienie przyczyn bólu, sposobów obchodzenia się z emocjami /osiągnięciami

dziecka, itd.

Pokój, w którym odbywa się muzykoterapia jest specjalnie zaprojektowany – adekwatnie do potrzeb dziecka: poduszki, ciepłe kolory na ścianach, koce - by stworzyć miłą atmosferę. Oprócz tego, pokój jest wyposażony w instrumenty melodyczne (wibrafon, pianino, gitara) i rytmiczne (konga, djembe, gong, grzechotki, tamburyn, instrumentarium Orffa, monochord, itd.). Wszystkie sesje terapeutyczne nagrywane są na video, prowadzona jest regularna superwizja muzykoterapeutów oraz interdyscyplinarne dyskusowanie konkretnych przypadków.

Cel terapii

Głównym celem terapii jest zmniejszenie „symptomatyki bólu”, czyli częstości i siły ataków migrenowych. Celem dodatkowym jest przezwyciężenie choroby i powrót do pełnego zdrowia.

Koncepcja muzykoterapeutyczna leczenia dzieci z migreną z zastosowaniem terapii skryptowej wiąże się z czterema obszarami:

- praca nad symptomami, muzyczne opracowanie przeżywania bólu, muzyczne uzewnętrznienie bólu głowy;
- relaks i nauka; wypracowanie technik relaksacyjnych;
- trening odczuwania własnego ciała;
- trening rozwiązywania konfliktów i radzenia sobie ze stresem.

Techniki muzykoterapeutyczne

Muzykoterapeutyczna koncepcja leczenia dzieci z migreną oparta jest na **modułach** - psychologicznie i naukowo uzasadnionym użyciu określonych środków terapeutycznych, ujętych w trzy, opisane wcześniej, fazy terapii. Elementem łączącym wszystkie spotkania z muzykoterapeutą, są **rytuały** (*Rituale*), czyli powtarzające się czynności, tj. piosenka powitalna, piosenka pożegnalna. Rytuały te są dziecku szczególnie potrzebne w pierwszej fazie terapii - w celu budowania więzi terapeutycznej - oraz w późniejszych fazach terapii w celu

podtrzymania orientacji podczas spotkania terapeutycznego. Dodatkowym spoiwem jest stosowana podczas każdego spotkania **Fantastyczna podróż brzmieniowo-muzyczna** - relaks połączony z indukcją słowną terapeuty. Relaks ten ma za zadanie naukę stosowania środków odprężających w początkowej fazie migreny (w celu zmniejszenia siły ataku) oraz naukę radzenia sobie ze stresem i sytuacjami konfliktowymi. Dla uzyskania w/w celów muzykoterapii stosowane są techniki terapeutyczne przedstawione w tabeli (Tabela 1).

Tabela 1: Koncepcja muzykoterapeutyczna leczenia dzieci z migreną, zestawienie tabelaryczne

Cel określony w kolejnych fazach terapii	Cele terapii	Specyficzne czynniki muzykoterapeutyczne	Zastosowane techniki muzykoterapeutyczne
Faza I Poprawa subiektywnego samopoczucia, poczucia zdrowia (3 godziny terapeutyczne)	Praca nad budowaniem związku terapeutycznego	Budowa więzi terapeutycznej poprzez wspólną grę na instrumentach	Gra „kontaktowa” na instrumentach z terapeutą
	Aktywacja „zapamiętanego” stanu dobrego samopoczucia	Aktywizacja wewnętrznych zasobów poprzez słuchanie muzyki	Receptywna „Fantastyczna podróż brzmieniowo-muzyczna” – relaks z indukcją słowną
	Trening odczuwania własnego ciała	Muzyczne odzwierciedlenie i uświadomienie własnego ruchu i mowy ciała	Muzyczny akompaniament do ruchu i <i>bodyperkussion</i> , stymulacja wibroakustyczna
Faza II Zmniejszenie koncentracji na symptomach (5 godzin terapeutycznych)	Praca na symptomach	Pokonanie bólu poprzez nadanie mu muzycznej formy, muzyczne uzewnętrznienie bólu	Improwizacja „Symptom”
	Praca nad „ukrytą ekspresyjnością”	Muzyczna elastyczność i swoboda	Różnorodność parametrów muzycznych w swobodnej improwizacji
Faza III Poprawa ogólnego funkcjonowania (4 godziny terapeutyczne)	Wypróbowanie elastycznych, nowych zachowań i przeżyć	Muzykoterapeutyczny wyobraźniowy aktywizacja i reinscenizacja; Budowa alternatyw	Improwizacja „Rytuał” Improwizacja „Marzenie” Muzyczna symbolizacja rodziny
	Generalizacja	Ćwiczenie nowych form interakcji poprzez techniki niewerbalne	Improwizacja „Rzeczywistość” Muzyczna gra z podziałem na role
		Stabilizacja osiągniętych celów. Pożegnanie	Muzyczny Portret Własny Ewaluacja zachowań

Faza I, czyli poprawa subiektywnego samopoczucia i poczucia zdrowia

Celami tej fazy są: budowa wzajemnych stosunków, aktywacja dobrego samopoczucia oraz trening odbioru własnego ciała. Budowanie wzajemnych stosunków pomiędzy terapeutą i pacjentem jest realizowane przy pomocy takich technik terapeutycznych, jak np.: *Kontaktspiele* (**gra kontaktowa**), **rytuały**, w postaci piosenki powitalnej i pożegnalnej. W fazie tej stosuje się również **fantastyczną podróż brzmieniowo-muzyczną** czyli relaks z elementami indukcji słownej, którego zadaniem jest odprężenie psychiczne i fizyczne, oderwanie się od trosk codziennych, pobudzenie wyobraźni oraz uaktywnienie ukrytych potencjałów.

Trzecim istotnym celem w fazie I jest osiągnięcie poczucie świadomości własnego ciała i jego „mowy”. Jest to ważny cel, zważywszy na swoiste „zamknięcie” dzieci z migreną na odczucia fizyczne. Trening ten ma też niebagatelne znaczenie w nauce rozpoznawania pierwszych objawów migreny, takich jak: zimne ręce, naprężony kark. Pozwala też opanować „stosowanie środków zaradczych” w postaci relaksu, odпочynku (uniknięcie kolejnego ataku, lub (jeśli to niemożliwe) przynajmniej jego wczesnej identyfikacja). Muzykoterapeutycznymi technikami stosowanymi w nauce odbioru własnego ciała są: **muzyczny akompaniament do ruchu i działania**, **bodyperkusion** i **stimulacja wibroakustyczna**.

Faza II, czyli praca nad symptomami

W tej fazie na pierwszy plan wysuwają się symptomy migreny (częstość i siła

ataków migrenowych) oraz próba ich przezwyciężenia. Poprzez muzyczne ukazanie i uzewnętrznienie bólu w trakcie **improwizacji „Symptom”** możliwe dla dziecka staje się ogarnięcie tego bólu, usłyszenie go, ustosunkowanie się do niego, co w kolejnym kroku owocuje subiektywną zmianą stosunku do bólu i możliwością wypracowania zmian w zachowaniu.

Drugim ważnym elementem w II fazie terapii dzieci z migreną jest *musikalische Flexibilisierung*, czyli nauka muzycznej swobody i elastyczności. Jak wcześniej zostało wspomniane, dzieci dotknięte bólem są często zahamowane, ograniczone w pewnych rejonach funkcjonowania (w poczuciu pełni zdrowia i własnego ciała, motoryce, kontaktach interpersonalnych). Dzięki zastosowaniu **różnorodności muzycznych parametrów podczas swobodnej improwizacji** możliwe jest nieskrępowane niczym wyrażenie uczuć i emocji. Celem jest uzyskanie kontroli nad nimi, dopuszczenie do zaistnienia emocjonalnych reakcji, nauka swobodnego opowiadania o nich, itd.

Ważne funkcje w tej fazie terapii muzyką stanowią różnego rodzaju improwizacje. Wcześniej wspominałam o **improwizacji „Symptom”**, teraz kolej na trzy inne: **improwizacja „Przeżycie, Marzenie”**, **improwizacja „Rytualna”** i **Muzyczna Symbolizacja Rodziny**. Wszystkie rodzaje improwizacji służą wypracowaniu alternatyw: inscenizacji pewnych spontanicznie wybranych tematów (obrazów, uczuć, osób), uświadomieniu sobie możliwych rozwiązań, które wcześniej nie były odkryte, ujrzeniu ich w nowym świetle i kontekście, przeżyciu ich niejako „na nowo”.

Faza III, czyli poprawa ogólnego funkcjonowania

Ostatnia faza terapii, która przeważnie zajmuje 3 spotkania, ma na celu stabilizację już wyuczonych zachowań, technik, przeżyć oraz wprowadzanie ich do normalnego życia. Jest to faza pożegnalna terapii. Przyswiecają jej dwa główne cele: nauka adekwatnych form interakcji poprzez techniki niewerbalne oraz generalizacja już przećwiczonych zachowań, które są realizowane w formie techniki terapeutycznej o nazwie **Muzyczny Portret Własny**.

Poprzez technikę muzykoterapeutyczną, jaką jest **improwizacja „Rzeczywistość”**, dziecko ma możliwość „przepracowania” po raz wtóry konfliktowych i obciążających sytuacji w formie swobodnej improwizacji bądź **muzycznej gry z podziałem na role**. Mogą to być zarówno sytuacje wymagające asertywności, stawiania granic, bycia autonomicznym i samodzielnym, jak i związane z kontrolą własnego gniewu, złości, radzenia sobie z trudnymi emocjami itp.

Faza ta kończy się pożegnaniem z terapeutą oraz całym cyklem spotkań muzykoterapeutycznych. Na zakończenie terapii rodzice młodego pacjenta proszeni są o wypełnienie ankiety zawierającej pytania dotyczące zadowolenia (bądź jego braku) z efektów procesu muzykoterapeutycznego.

Zakończenie

Jak wspominałam, migrena dziecięca jest coraz częściej występującym (wywołanym przez wiele czynników) schorzeniem,

z wysokim ryzykiem chroniczności w wieku dorosłym. Ustrukturowana terapia dzieci z migreną okazała się bardzo skuteczna. Potwierdza to praktyka oraz badania prowadzone w latach 2001-2004 przez Anne Nickel (patrz np. 2002 oraz Nickel, Hillecke i in., 2003) w Instytucie do Badań Muzykoterapii w Heidelbergu. W czasie 12 spotkań z muzykoterapeutą, połączonych z czterema sesjami dla rodziców (*Familiencoaching*) i spotkaniami z lekarzem, częstość ataków migreny jest w stanie istotnie się zmniejszyć, a nawet – w niektórych przypadkach - całkowicie zaniknąć.

Zastosowanie modelu heidelberskiego w przypadku terapii dziecięcej migreny potwierdza także skuteczność stosowania terapii ustrukturowanych (skryptowych), które: posiadają ograniczenie czasowe (do 3 miesięcy), są łatwe w przekazie, proste do zastosowania i potwierdzone naukowo. Co prawda terapie farmakologiczne działają szybko, ale mają wiele skutków ubocznych i nie likwidują syndromu bólu, co ma miejsce po efektywnie zakończonej muzykoterapii.

Summary

In my article I would like to focus on theoretical frames, therapeutically phases, procedures and actions, the aims and effects of the use the standard program of Heidelberger model of music therapy for children with migraine.

Key words: migraine in children, music therapy, Heidelberger model of therapy, multidisciplinary treatment concept

Bibliografia

1. Bolay H.V., Resch F. (2003). Effektivität von Musiktherapie bei Kindern mit Migräne. DZM Heidelberg: Abschlussbericht.
2. Denecke H., Kröner-Herwig B. (2000). Kopfschmerzen-Therapie mit Kindern und Jugendlichen, Ein Trainingsprogramm. Göttingen.
3. Hillecke T. i in. (2001). Musiktherapie bei chronischen Schmerzen – theoretischen Grundlagen, Das Heidelberger Modell. Schmerztherapie 35, Heidelberg, s. 394-400.
4. Hillecke T. (2006). Chronischen nicht mailigen Schmerz. Berlin: Uni-Edition.
5. Leins A.K. (2006). Heidelberger Musiktherapiemanual: Migräne bei Kindern. Berlin: Uni-Edition.
6. Lueger R.J. (1995). Ein Phasenmodell der Veränderung in der Psychotherapie. Psychotherapeut, 40, s. 267-278.
7. Nickel A.K., Hillecke T. i in. (2003). Heidelberger Musiktherapiemanual für Kindermigräne. Aus dem Projekt „KIM“ – Therapievergleichstudie zur Effektivität von Musiktherapie bei Kindern mit Migräne. Musiktherapeutischer Umschau, 24 (3), s. 227-239.
8. Nickel A.K. i in. (2002). Musiktherapie bei Kindern mit Migräne. Psychotherapeut, 47 (5), s. 285-290.
9. Traue H.C. (1998). Emotion und

Gesundheit. Die psychobiologische Regulation durch Hemmung. Heidelberg.

Adres do korespondencji:

Stella Kaczmarek

Klinik Rosenberg, Zentrum für Rehabilitation,
Diabetes und Psychosomatik

Hinter dem Rosenberge 1

33014 Bad Driburg, Niemcy

stellka@mail.uni-paderborn.de