

УЧЕБНИК ПО МУЗЫКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

*Ганс-Гельмут Декер-Фойгт
Доротея Оберэгельсбахер
Тониус Тиммерманн*



Ганс-Гельмут Декер-Фойгт

Учебник по музыкальной терапии

Издательский дом «Городец»

2020

Декер-Фойгт Г.

Учебник по музыкальной терапии / Г. Декер-Фойгт —
Издательский дом «Городец», 2020

ISBN 978-5-907358-41-6

В учебнике представлены теоретические основы музыкальной терапии, описываются различные музыкально-терапевтические техники и способы их применения в клинических условиях. Композиционное построение материала основывается на выявлении роли музыки как терапевтического средства, начиная с исследования звукового пространства во время внутриутробного развития и заканчивая последним периодом жизни человека. Дается разъяснение таким понятиям, как терапевтическая сессия, факторы воздействия, показания и инструментарий. Способы практического использования рассматриваются применительно к различным стадиям возрастного и психологического развития с учетом характерных для того или иного периода нарушений и конфликтов и с привлечением большого количества примеров из практики. В завершение представлены вопросы, связанные с научными исследованиями в области музыкальной терапии и дальнейшими направлениями ее развития, дается краткий обзор образовательных моделей, а также организаций и учреждений, занимающихся музыкальной терапией.

ISBN 978-5-907358-41-6

© Декер-Фойгт Г., 2020

© Издательский дом «Городец», 2020

Содержание

Авторы	6
Предисловие	7
Введение	10
Рекомендации для работы с учебником	11
I. Основы музыкальной терапии	12
Глава 1. Дефиниция	12
Глава 2. Сферы использования и показания к применению	15
Глава 3. Музыкальная терапия как предмет исследования	21
Глава 4. Музыкальная медицина и музыкальная психология как предмет исследования, или мозг слышит больше, чем уши	30
Конец ознакомительного фрагмента.	35

Ганс-Гельмут Декер-Фойгт

Учебник по музыкальной терапии

© 2020 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

© Т. Резницкая, перевод, 2021

© ИД «Городец», 2021

Авторы

Ганс-Гельмут ДекерФойгт – профессор, доктор, многократный Почетный доктор, 1990–2010 гг. – директор Института музыкальной терапии Высшей школы музыки и театра г. Гамбурга, с 2010 г. – профессор Высшей школы музыки и театра г. Гамбурга, осуществляющий преподавательскую и научную деятельность, приглашенный профессор и организатор учебных курсов в вузах США, Японии, Венгрии, Эстонии, России, основатель и издатель журнала «Музыка и здоровый образ жизни», писатель. Подробная информация: www.decker-voigt-archiv.de.

Доротея Оберэгельсбахер – доктор, магистр, преподает музыкальную терапию в Университете музыки и изобразительного искусства г. Вены и психотерапию в Частном Университете Зигмунда Фрейда г. Вены, музыкальный терапевт и психотерапевт частной практики.

Тониус Тиммерманн – профессор, доктор, руководил обучением музыкальной терапии в Freies Musikzentrum г. Мюнхена и магистерской ступени обучения музыкальной терапии в Университете г. Аугсбурга. Имеет многочисленные публикации. Частная практика в Мюнхене и Вессобрунне. Подробная информация: www.timmermann-domain.de.

Предисловие

От авторов лично

Вы можете пребывать в заблуждении, что учебник включает в себя все существующие на настоящий момент знания по тому или иному предмету, в данном случае по музыкальной терапии. Подобное требование не может быть предъявлено даже к словарям или справочникам, хотя заявление «учебник» направляет наше мышление в сторону ассоциаций с книгой, содержание которой охватывает знания энциклопедического масштаба. И это ошибочно. Учебники тоже всегда излагают материал лишь фрагментарно. Для описания нашего подхода к данной работе лучше всего подходят слова Антуана де Сент-Экзюпери:

«Совершенство достигается не в случае, когда нечего больше прибавить, но при условии, что нет ничего, что можно было бы отнять». Эта цитата была обнаружена в меню самолета компании «Аэрофлот», совершавшего рейс из Берлина в Москву, и слово «меню» великолепно подходит к назначению нашего учебника: «меню» этой книги содержит учебный материал, основанный на научных позициях и практических исследованиях трех ее авторов, что послужило отправной точкой для ее создания. Кроме того, как это часто бывает, начало работе было положено еще прежде, чем сформировалась исходная авторская позиция. Первоначально издательство «Рейнхардт» поручило написание этой книги Гансу-Гельмуту Декеру-Фойгту в 2000 г. после его выступления с докладом о музыкальной терапии в зале центрального культурно-образовательного комплекса Gasteig города Мюнхена. Осознав вскоре невозможность одному создать учебник, соответствующий словам де Сент-Экзюпери, Декер-Фойгт начинает поиск авторов, согласных совместно с ним нести обязательства по осуществлению данного проекта. Так возникло наше примечательное авторское трио. Примечательно оно тем, что за долгие годы постоянно сплывающей нас совместной работы у нас не возникло ни одного действительно серьезного спора, и это несмотря на то, что наши научные, теоретические позиции не идентичны. Но касательно взгляда на человека в целом и отношения к этическим целям деятельности мы всегда приходим к согласию, объединяя наши позиции в общем содержательном пространстве, которое включает в себя феноменологически ориентированную глубинную психологию (здесь и далее имеется в виду динамически ориентированная психология и психотерапия. – Науч. ред.), в особенности индивидуальную психологию и психоанализ Доротеи Оберэгельсбахер, ориентацию на глубинную психологию с включением гуманистических и системно-феноменологических аспектов Тониуса Тиммерманна, а также интермодальную терапию творческим самовыражением на основе гуманистической психологии с опорой на феноменологию и глубинную психологию, характерные для метода Ганса-Гельмута Декера-Фойгта. Все вместе мы работаем над установлением взаимосвязей между количественными и качественными методами исследования, позволяющими изучать роль музыки в процессе бытия человека начиная с его здорового состояния и заканчивая состоянием болезни.

Мы с благодарностью оглядываемся на пятилетие совместной работы нашего трио: все-таки это число, которое обычно характеризует самый напряженный период создания и функционирования группы в процессе человеческого взаимодействия.

Работа над книгой длилась в общей сложности четыре года, хотя изначально мы рассчитывали уложиться в один год! Учитывая установленный нам издательством объем книги в 360 страниц в связи с планируемой публикацией в серии университетских учебных и справочных изданий, один год и тот означал слишком много: ведь на каждого из авторов приходилось «всего лишь» 120 страниц. За 85 лет профессиональной и писательской деятельности

(если сложить вместе годы работы каждого из нас) нам редко приходилось так заблуждаться! Взятая на себя обоюдная обязанность знакомиться с соответствующими текстами двух других авторов и редактировать их в форме совместного обсуждения внутри своей своеобразной специализированной авторской редколлегии приводила к тому, что мы увлекались и теряли счет времени. Обсуждения, возникающие в результате такой «кросс-модальной» проработки материала и кураторства со стороны друг друга, могли длиться дни и ночи напролет, а мы оказывались в ситуации непрекращающегося симпозиума.

Это обстоятельство непременно должно побудить к чтению наших благодарственных слов. Поскольку терпение издательского редактора и нашего ближайшего окружения (семьи, коллег, студентов), в течение этого времени постоянно слышавших от нас, что мы вот-вот закончим и книга выйдет через полгода, проходило серьезное испытание на прочность. И они выдержали с кротостью и пониманием проблем отмежевания, связанных с нашим общим духовным детищем – детищем, которое нами было зачато, выношено и произведено на свет. Помимо постоянной работы дома, дважды в год мы встречались либо в баварском Вессобрунне, либо в Алленбостеле, что находится в восточной части Люнебургской пустоши, либо – в качестве противовеса сельскому ландшафту – в городе-метрополии Вене.

Не смейтесь! Определенные местности, вписанные в самые разнообразные городские и сельские ландшафты, тоже наложили свой отпечаток на эту книгу. То она приглашает нас к беглому обзору, подобно тому, как окидывают взглядом окрестности жители равнинных пейзажей, то, словно устремляясь взором с гор в долины, призывает углубиться в многочисленные музыкально-терапевтические спецификации. И, вмещая в себя эти две порой исключаящие, а порой обуславливающие друг друга крайности, отличается той насыщенностью, которая ощущается лишь в давно сформировавшемся столичном городе.

Серьезные исследования в городе Зигмунда Фрейда, основываясь также и на работах отделившихся от его учения К. Г. Юнга и Б. Ф. Скиннера, вели Доротея Оберэгельсбахер и Тониус Тиммерманн. Оба они, позднее мы втроем, работали в этом городе, где впервые в западноевропейском немецкоязычном пространстве Институтом музыки и изобразительных искусств было организовано обучение музыкальной терапии. Мы перемещались в Гамбург, город, положивший начало внедрению музыкальной терапии в систему образования тогда еще Западной Германии. И чаще всего мы встречались почти в географическом центре, под Мюнхеном, который предлагает в своем Freies Musikzentrum одну из ведущих форм негосударственного обучения музыкальной терапии и придает мощный импульс дальнейшему внедрению этой специальности в учебные заведения других городов (например, Аугсбурга).

Если суммировать наш профессиональный опыт в области музыкальной терапии, психотерапии, а также педагогики, учитывая преподавание музыкальной терапии молодому поколению, то получится ровно 85 лет. Это придает нам достаточно мужества, для того чтобы, принимая во внимание большое количество наших коллег и ту разветвленную структуру учреждений, которую они представляют, включить в эту книгу материал, касающийся различных направлений музыкальной терапии, по меньшей мере благодаря описанию впечатляющих примеров, которые вовсе не должны демонстрировать исключительно наш собственный музыкально-терапевтический опыт.

Мы осознали, что постепенно должны стать мудрее. Мудрее в том смысле, как в 1990 г. это понимали П. Балтес и М. Балтес, определяя мудрость как «экспертное знание в сфере основополагающих вопросов жизни» и далее поясняя, что к мудрости относится:

- знание большого количества фактов из разных областей жизни;
- богатый практический опыт;

Вот то, что мы хотели сказать о нашей «зрелой» и «зреющей» мудрости в противопоставление тем, кто легко раскусил все мудреные вопросы, чье знание, как известно, так же абсо-

лютно верно, как и ограниченно. Красной нитью в нашей работе неизменно проходит следующее: мы хотели написать учебник по музыкальной терапии:

- который мы сами охотно читали бы в годы нашего студенчества;
- который сегодня, преподавая музыкальную терапию, можем использовать в работе со студентами;
- который можем предоставить в распоряжение нашим коллегам для преподавания музыкальной терапии или в разной степени смежных с ней дисциплин;
- и который, надеемся, смогут с пользой для себя использовать в качестве мотивирующего и побуждающего к действию источника знаний все интересующиеся.

Работайте с этой книгой спокойно и рассудительно, дорогие читатели. Что-то вам понравится, что-то покажется недостаточно полным. И тогда вам на помощь придут другие книги.

Посвящается нашим студентам в Аугсбурге, Гамбурге, Вене, Цюрихе, Таллине, Будапеште, Оренбурге (Россия), Мюнхене, Больцано, Ассизи, а также всем студентам, кто посещает наши открытые семинары.

Ганс-Гельмут Декер-Фойгт, Гамбург, Алленбостель –Люнебургская пустошь

Доротея Оберэгельсбахер, Вена

Тониус Тиммерманн, Аугсбург, Вессобрунн

Введение

О структуре учебника

Принимаясь за этот проект, мы исходили из следующего: в меньшей степени – «синкретизм музыкальной терапии» (от греч. *synkrētismos* – «слияние, сплав различных учений и культов, несущий в себе опасность некритического заимствования чужих аргументов»), в большей степени – приближение к эклектичной модели в построении собранного нами материала. При этом мы отталкивались от первоначального греческого понятия эклектизма как «образа мышления, который наряду с собственными доводами включает в себя аргументы теоретических и практических моделей других и предлагает читателю самостоятельно выбирать, какое теоретическое направление ему в настоящий момент наиболее близко». Подобный подход определяет также и нашу преподавательскую деятельность.

Композиция учебника отдаленно напоминает строение сонаты: А – В – А':

Часть I («Экспозиция») знакомит с основами музыкальной терапии, определяет базовые понятия, рассматривает вопросы истории, теории и праксиологии.

Часть II («Разработка») прослеживает жизненный цикл человека во взаимосвязи с возможностями воздействия музыкальной терапии. Эта центральная часть занимает самое значительное количество страниц книги и требует наибольшего времени для осмысления. Она рассматривает интегрированную в современный нам культурный социум человеческую жизнь (во всех ее фазах, от начала до завершения) с точки зрения сегодняшней психологии развития. Все аспекты, связанные с ролью и значением музыки в каждом из периодов жизни, прослеживаются в трех плоскостях:

- нормальное развитие и возможные нарушения;
- примеры из практики;
- теоретическое обоснование.

Часть III («Реприза и кода») обобщает материал первой и второй частей, подводит итог, затрагивая такие темы, как: профессиональная идентичность, интеграция в психотерапевтическую структуру, перспективы развития музыкально-терапевтического образования и дальнейших исследований. Здесь же даны адреса организаций и учреждений, работающих в области музыкальной терапии.

Рекомендации для работы с учебником

1. Учебники предназначены не только для того, чтобы читать их от начала до конца – их используют выборочно для предварительной, последующей или текущей работы над определенными темами. Поэтому рекомендуем вам сначала кратко ознакомиться с порядком распределения тем в оглавлении.

2. Для более углубленного изучения отдельно взятой темы в конце каждой главы вы найдете список, состоящий из двух – трех книг, которые авторы, основываясь на опыте работы с ними, рекомендуют для конкретизации, расширения и систематизации отдельных аспектов темы.

3. В случае цитирования текста учебника просим вас указывать автора конкретной главы, а не только название учебника и всех трех его авторов.

4. Список адресов организаций и учреждений, работающих в области музыкальной терапии, основывается на актуальных данных. Но поскольку адреса изменяются быстрее всего, то в случае трудностей с установлением контактов авторы охотно готовы оказать информационную помощь.

5. Мы не только готовы, но надеемся получить обратную связь и будем благодарны за отклики, за любые предложения и инициативы, импульсом к которым послужит знакомство с этой книгой.

І. Основы музыкальной терапии

Глава 1. Дефиниция

То, что вообще стоит говорить, должно быть сказано ясно, а о чем сказать невозможно, о том следует молчать.

Людвиг Витгенштейн

Доротея Оберэгельсбахер

Музыкальная терапия – это целенаправленное применение музыки или ее элементов, предназначенное для решения терапевтических задач. Она всегда служит составной частью сознательно сформированного терапевтического отношения (*терапевтического альянса*; в русскоязычной профессиональной терминологии часто также употребляется множественное число – «терапевтические отношения»). В данном издании сохраняется терминология немецкого источника. – *Науч. ред.*) и использует вербальную и невербальную коммуникацию, а также методы и средства психологического воздействия.

Довербальный уровень воздействия

Музыкальная терапия обращена к людям, находящимся в состоянии болезни, с нарушениями поведения и отставанием в развитии, ее цель – способствовать восстановлению, сохранению и улучшению их духовного, интеллектуального и физического здоровья (Oberegelsbacher, 2004). Специфические возможности музыкальной терапии заключаются в том, что она воздействует на человека, проникая в его эмоциональную сферу на довербальном или экстравербальном уровне, независимо от заболевания и возрастных особенностей.

Выражение и резонанс

Музыкальная терапия может проводиться индивидуально и в группе, в том числе с привлечением родственников. В центре внимания находится человек, воспринимающий музыку и выражающий себя посредством музыки, а также тот резонанс, который его действия вызывают у терапевта и других участников группы, и, следовательно, все аспекты складывающихся терапевтических отношений (Timmermann, 2004а, 4).

Формирование отношения посредством музыки

Резонанс охватывает внешнюю и внутреннюю составляющие отношения, то есть собственно реальное отношение и сопровождающие его фантазии. В музыкально-терапевтической ситуации пациент/клиент воспринимается с точки зрения того, как он взаимодействует с музыкой и реагирует на нее. Особого внимания заслуживают проявляющиеся модели восприятия и поведения, жизненные установки, неосознанное инсценирование или реинсценирование, а также психовегетативные и психологические реакции. Терапевт часто активно участвует в музыкальных действиях, обращая внимание на реакции пациента и временные рамки терапевтического процесса. При этом игра, речевое общение и прослушивание музыки чередуются.

Обращение к музыкальной терапии – будь то ее активная форма, включающая в себя игру на простых в освоении музыкальных инструментах и применение голоса либо ее рецептивная форма, представляющая собой подготовленное прослушивание специально отобранной музыки, – преследует следующие цели:

- установление коммуникации и терапевтического отношения;

- раскрытие психовегетативных каналов коммуникации;
- выявление и изменение моделей социального взаимодействия;
- активация наверстывающего развития личности на основе преодоления возникших ранее болезненных проявлений психического дефицита;
- освоение пробных действий, направленных на решение проблемы (Oberegelsbacher, 2004, 1555).

Дальнейшими целями являются:

- клиническая диагностика;
- катарсическое освобождение от пережитых эмоциональных травм и потрясений;
- воспроизведение внутриспсихических состояний и конфликтов;
- невербальная проработка конфликта;
- трансформирование и структурирование дезинтеграционных процессов, возникающих в результате разрушения личности;
- установление отношений с действительностью посредством символизации;
- импульс к свободной ассоциации;
- осознание приводящих к заболеванию жизненных установок;
- стимулирование способности к переживанию и наслаждению.

Понятие музыкальной терапии, рассматриваемое в психотерапевтическом контексте, необходимо разграничить с развивающими и личностно ориентированными методами (Fitzum et al., 2000, 445), с формами психотерапии и терапии творческим самовыражением, которые лишь частично используют музыку, а также с музыкальной медициной (Oberegelsbacher/Rezzadore, 2003, 98).

Пионеры музыкальной терапии

Пионеры основанной на психотерапевтических принципах европейской музыкальной терапии – Эдит Лекур (Edith Lecourt), Гертруд Лоос (Gertrud Loos), Мэри Пристли (Mary Priestley), Альфред Шмёльц (Alfred Schmölz), Кристоф Швабэ (Christoph Schwabe) и Харм Виллмс (Harm Willms). Их идеи подготовили ту культурную почву, которая лежит в основе сегодняшнего «мейнстрима» музыкальной терапии.

Кассельские тезисы

На Кассельской конференции музыкально-терапевтических обществ Германии были представлены «Десять Кассельских тезисов о музыкальной терапии» (Kasseler Thesen zur Musiktherapie, 1998, 232f). В них музыкальная терапия трактуется как собирательное понятие для практически ориентированной науки, которая размежевывается с фармакологической и физической терапией и в междисциплинарном отношении является психотерапевтической.

Исходными пунктами при этом стало биопсихосоциальное понимание болезни и система методов, направленных на решение терапевтических, реабилитационных и профилактических задач. Методы обусловлены теорией и контекстом, особенно в отношении показаний, целей, праксиологии, обращения с групповой динамикой и динамикой диад. Для эффективного воздействия терапии на восприятие, сознание и поведение пациента необходима терапевтическая сессия и терапевтическое отношение. При этом абсолютно исключается влияние лишь отдельно взятого фактора.

Посредством звуков, созвучий и шумов, при помощи ритма, мелодии и гармонии создаваемая музыка структурирует время. Выполняя выразительную и коммуникативную функции, она формулирует человеческие переживания и служит субъективным носителем сокровенного духовного опыта. Музыка понимается как система презентативных символов, но также рассматривается с семиотической и эстетической точек зрения.

Музыкально-терапевтические методы основываются на теоретических положениях и практических концепциях глубинной психологии, поведенческой терапии вкупе с теориями научения, включая системный, антропософский и общегуманистический аспекты. Также подчеркивается необходимость собственной музыкально-терапевтической диагностики, которая соотносит картину болезни, терапевтические процессы и музыкальные феномены, ставя их во взаимозависимость с телесными, психическими и социальными процессами.

Попытка прокомментировать самые различные определения музыкальной терапии была предпринята в англо-американском пространстве Кеннетом Брускиа (Bruscia, 1989).

Рекомендуемая литература:

- 1. Bunt L. (1998): Musiktherapie. Eine Einführung für psychosoziale und medizinische Berufe. Beltz, Weinheim/Basel.
- 2. Decker-Vioigt H.-H. (1993): Aus der Seele gespielt. Eine Einführung in die Musiktherapie. Goldmann, München.
- 3. Timmermann T. (2004): Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie. Bausteine für eine Lehre. Reichert, Wiesbaden.

Глава 2. Сферы использования и показания к применению

Будущее медицины как искусства врачевания лежит в реактивации искусства
Джеймс Хиллман

Тониус Тиммерманн
Доротея Оберэгельсбахер

За последние пятьдесят лет музыкальная терапия постепенно утвердилась в сферах деятельности широкого спектра, а именно там, где существуют клиенты или пациенты с показаниями для музыкально-терапевтической помощи. Это характерно для случаев, когда психотерапевтическое лечение или психогигиена болезненных состояний и процессов, которые проявляются на физическом, психическом или ментальном уровнях и обусловлены определенным заболеванием, физическими или умственными нарушениями, отставаниями в развитии либо кризисными ситуациями, достигает наибольшего эффекта при условии привлечения музыки в терапевтический процесс. Рассмотрим кратко применение музыкальной терапии на различных возрастных этапах и в различных областях клинической медицины:

Сфера применения музыкальной терапии для *детей и подростков* изначально затрагивает работу с новорожденными и недоношенными детьми в области неонатологии (Nöcker-Ribaupierre, 2003a). На следующем этапе возрастного развития добавляется музыкально-терапевтическая работа с так называемыми «кричащими детьми» (Schrei-Babys) (Lenz, 2001). Далее существенны все формы эмоциональных расстройств, отклонений в развитии и поведении, все заболевания, связанные с детской и юношеской психиатрией. Музыкальная терапия может проводиться как амбулаторно, так и в детско-юношеских психиатрических учреждениях. В психотерапевтической работе с детьми особую роль играет обращение к средствам искусства, таким, например, как музыка или рисование, поскольку в данном случае спонтанный, неосознанный способ выражения, выявление конфликта и поиск выхода из него имеет в общем и целом больше смысла, чем беседа о конфликте (Füg, 1991; Mahns, 1997; Haffa-Schmidt et al., 1999; Büchele, 2000; Aurora/Seidel, 2002). Основное внимание уделяется наверстывающему развитию, например в случае с аутичными детьми (Schumacher, 1994; 2004).

Сферы применения

Младенцы, дети, подростки: неонатология, «кричащие дети» (Schrei-Babys), детская и юношеская психиатрия, детская юношеская психотерапия.

Психотерапия и психосоматика: классические показания для психотерапевтического вмешательства – невротические расстройства, нарушения питания, нарушения вследствие чрезмерных нагрузок, расстройства личности, соматоформные расстройства.

Психиатрия: широкий спектр заболеваний и расстройств: различные психотические заболевания, такие как шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства, аффективные расстройства, болезни, связанные с зависимостью; увеличивающееся количество геронтопсихиатрических пациентов и отделений для больных с пограничными расстройствами (*речь идет о borderline расстройствах в психодинамическом понимании*. – Науч. ред.).

Отставание в развитии: умственная, физическая отсталость, множественные отклонения в развитии.

Неврологическая реабилитация: черепно-мозговые травмы, коматозные состояния, афазия.

Внутренняя медицина: эмоциональная проработка физических недугов.

Онкология: копинг-механизмы, неотложная помощь в борьбе с болезнью, в особенности при тяжелых, изменяющих жизненный уклад заболеваниях.

Гериатрия: забота о людях пожилого возраста, уход и врачебная помощь.

Паллиативная медицина: неизлечимые пациенты.

Хосписы: помощь и сопровождение на стадии умирания.

Психотерапия, психосоматика

В области *психотерапии* и *психосоматики* работа ведется в основном со взрослыми, владеющими речью людьми, причины конфликтов которых, однако, очень часто коренятся в раннем доречевом периоде их личностного развития, что позволяет говорить о ранних или базисных нарушениях. Таким образом, невербальные уровни формирования человеческой личности существенно задействованы в развитии психических заболеваний и расстройств, в связи с чем рекомендуется использовать музыкальную терапию, позволяющую осуществить доступ к этой сфере. В данном случае выбираются невербальное музыкальное выражение и коммуникация, поскольку именно эти средства вызывают насыщенные по впечатлениям аналогии со звукоизобразительным материалом ранних диалогов с матерью и постепенной настройкой на партнера по коммуникации в толковании Д. Стерна (Stern, 1992) – *tuning in* как своеобразная регулировка коммуникации (Schmölz, 1985; Loos, 1986; 1996; Gathmann et al., 1990; Schmidt, 1999; Kächele et al., 2003) (*при переводе мы учитывали терминологию, уже использованную в русском переводе работы Стерна: Стерн Д. Н. СПб.: ВЕИП, 2006; при этом признавая, что устойчивых переводов терминов на русский язык в настоящее время не существует.* – *Науч. ред.*). Музыкальные терапевты работают в соответствующих клиниках в составе команды, куда входят врачи, психологи, терапевты самых различных специализаций и средний медицинский персонал.

Психиатрия

В связи с широким спектром заболеваний и расстройств помощь пациентам в психиатрии оказывается в различных по терапевтическим концепциям медицинских отделениях, к которым музыкальному терапевту приходится приспосабливаться в каждом конкретном случае. За исключением эксплицитно функционирующих психотерапевтических отделений, музыкальная терапия зачастую становится единственной формой психотерапии (терапии, исключаящей медикаментозные средства), которую получают такие пациенты, в связи с чем данная область музыкальной терапии представляется важной и перспективной для дальнейшего развития (Willms, 1977; Strobel, 1985; Baumgartner/Mahns, 1986; Strobel/Huppmann, 1991; Burghardt, 1996; De Backer, 1996; Metzner, 1997; Storz, 2003).

Физическая, умственная отсталость

Работа с *умственно, физически отсталыми людьми и людьми с множественными отклонениями в развитии* – одна из старейших сфер применения музыкальной терапии, так как сфера эта в целом чрезвычайно сильно ориентирована на музыку (Koffer-Ullrich, 1971; Rett/Wesecky, 1975). С учетом факта, что музыкальная терапия опирается на раннюю интеракцию, она наиболее подходит для применения в этой области (Alvin, 1988; Becker, 2002; Oberegelsbacher, 2001; Halmer-Stein, 2001; Orff, 1985; 1990; Schumacher, 1994; Niedecken, 2003).

Неврологическая реабилитация

В последние 20 лет возрастает степень внедрения музыкальной терапии в *неврологическую реабилитацию*. Специальные невербальные средства положительно воздействуют как раз

на тех пациентов, у которых наблюдаются нарушения речевого центра в результате черепно-мозговой травмы (Gadomski/Jochims, 1986; Jochims, 1990; 2005; Gustorff/Hannich, 2000).

Онкология, паллиативная медицина, хосписы

В области *онкологии, паллиативной медицины и в условиях хосписов* в последние годы все большую значимость в ориентированной на человека системе здравоохранения приобретает так называемый копинг. В данном случае речь идет о форме духовной поддержки в условиях тяжелой, изменяющей весь жизненный уклад болезни, такой как, например, рак (Steidel – Röder, 1993; Bossinger/Griessmeier, 1994; Verres, 1999), и на этапе умирания. Речь идет также о праве пациента на достойную смерть дома в окружении родных и близких или в специально оборудованных для этого учреждениях, так называемых хосписах. Здесь в последнее время увеличивается число музыкальных терапевтов, поскольку в данной ситуации средства искусства оказываются часто более пригодными, чем классическая вербальная психотерапия (Munroe, 1986; Dehm, 1997; von Hodenberg, 1999; Heinze, 2003).

Внутренняя медицина

Внутренняя медицина – сфера, где музыкальная терапия применяется относительно недавно. В этом случае речь также идет об эмоциональной проработке физических заболеваний. Направленная на поддержание процесса выздоровления, она позволяет пациенту обратиться к здоровым составляющим своего организма, к собственным ресурсам и таким образом купировать тормозящие лечение сопротивления (Röhrborn, 1992; Decker-Voigt/Escher, 1994; Aldridge, 1999).

Гериатрия

Население современных технологически развитых государств, отличающихся высоким уровнем медицины и одновременно низкой рождаемостью, представляет собой стареющее общество. В связи с этим уход за людьми пожилого возраста, находящимися в гериатрических учреждениях, оказание им медицинской помощи – центральная задача будущего. Стоящая перед нашей системой здравоохранения этическая цель заключается в том, чтобы обеспечить достойные условия жизни людям пенсионного возраста. Музыкальная терапия помогает сохранить бодрость и жизненную энергию в те моменты, когда усталость и депрессия с легкостью способны омрачить жизнь, сделать ее мучительной (Briht, 1984; Aldridge, 2000; Themenheft der Musiktherapeutischen Umschau, 1997/2, Nr. 18). Музыкальная терапия исходит из того, что воспоминания играют для пожилого человека центральную роль. Предлагается обращение к музыке и песням, сопровождающим человека на самых важных этапах его жизни (Muthesius, 2003), а также адекватная состоянию активизация посредством самостоятельного музицирования и дозированного движения. Это может проводиться как в психиатрической гериатрии, так и в специальных учреждениях, таких как дома престарелых или гериатрические реабилитационные клиники.

Базовый набор средств и техник, которыми располагает музыкальная терапия (подробнее в гл. 6 «Праксиология»), применяется в различных сферах в соответствующей каждой конкретной ситуации модифицированной форме. При этом следует порой исключать определенные приемы, не отказываясь (как в случае противопоказания) от музыкальной терапии в целом. При более точном, дифференциально-диагностическом рассмотрении становятся понятными возможности и границы применения музыкальной терапии в сравнении с другими невербальными методами, с телесно-ориентированными формами терапии, с прочими формами терапии творческим самовыражением. Например, когда для пациента, находящегося на данный момент в определенном состоянии, имеет больше смысла, будучи в тишине, нарисовать картину, создавая при этом некий константный объект (см. Timmermann, 2004a, 166ff).

Показания

Показания к использованию музыкальной терапии, наряду с описанными ранее сферами практического применения становятся очевидными из феноменологического описания пациентов в музыкально-терапевтической практике:

- люди, для которых языковая коммуникация затруднена или невозможна, например аутисты или пациенты с мутизмом, чьи способности к вербализации снижены либо чьи нарушения и дефицит развития берут начало в довербальном периоде; люди, которые нуждаются в дополнительной проработке предыдущих стадий личностного развития и пробуждении внутренних ресурсов (Strobel 1990, 334f);
- люди с повышенной потребностью в самовыражении и внимании со стороны других, с низкой способностью сдерживать свои инстинкты и порывы и с повышенной потребностью в катарсисе и регрессии; люди с алекситимией и отсутствующей способностью к символизации; люди, обнаруживающие тяжелейшие формы дезинтеграции собственного «Я», люди в экстремальных жизненных ситуациях (Oberegelsbacher, 1998, 64);
- люди, относящиеся к психосоциальным маргинальным группам, которые обделены вниманием нашей системы здравоохранения, так как по причине ранее описанных дефицитов развития политика здравоохранения определяет их как неподдающихся терапевтическому вмешательству и исключает для них возможность терапии как таковой (Jochims, 2001).

Общие противопоказания

В связи с конкретизацией специфики музыкально-терапевтического метода встает также вопрос о его противопоказаниях. Общие противопоказания таковы: отсутствие мотивации у пациента; очень высокая вторичная выгода от заболевания, связанная с медицинской страховкой или желанием получать пенсию; ситуация, когда музыкальная терапия предлагается учреждением в течение длительного времени и служит эрзацем возможных реальных отношений либо рекомендуется из соображений престижности. Музыкальная терапия, к примеру, не показана к применению как средство компенсации структурных дефицитов общества или его учреждений, таких, например, как цеха или мастерские, где работают люди с умственными или физическими недостатками (Oberegelsbacher, 1990, 176). Часто выделяются определенные группы людей, например пациенты в остром психозе, профессиональные музыканты, суицидальные пациенты, пациенты с зависимыми расстройствами, которые могут использовать музыку в качестве наркотика (Schroeder 2000, 289f). Во многих случаях учитывается, что с возрастающим опытом профессиональной деятельности у терапевта вырабатывается способность чутко осуществлять подстройку и исключительно осмысленно дозировать музыкально-терапевтические средства.

Дифференцированный подход к противопоказаниям

Таким образом, становится очевидным дифференцированный подход к противопоказаниям. Он все чаще признается в качестве общепринятого и понимается как избирательный, отвечающий конкретной ситуации отказ от определенных средств в определенных обстоятельствах.

Пример

При нейрореабилитации в работе с коматозным пациентом, находящимся в состоянии глубокого искусственного сна, накладывается табу на использование музыкальной терапии в тот период времени, когда человек еще принимает седативные препараты. Они удерживают его в состоянии покоя, в то время как музыка одновременно могла бы его активизировать. В данном случае одно исключает другое (Gustorff/Hannich, 2000). В стационарной психоте-

рапии назначенная на последний час вечернего расписания музыкальная терапия для больной с пограничными расстройствами, во время которой она в катарсическом экстазе играет на барабанах, будет слишком поздней. В результате пациентка может не суметь вновь обрести контроль над прорвавшимися инстинктивными побуждениями и подвергается риску оказаться в состоянии катастрофы, что может привести к саморазрушающим действиям вплоть до попытки суицида (Oberegelsbacher, 2003, 100). Временная эмоциональная дестабилизация, связанная с музыкальной терапией и эрготерапией, – оба направления не столь рефлексивны, как аналитическая вербальная терапия – была выявлена у больных с подобными нарушениями в исследованиях психотерапевта Лёффлер-Стастка и др. (Löffler-Stastka, 2003; 2006).

Зависимость противопоказаний от культурных различий

Если проводить сравнение на уровне различных культур, то можно получить примеры подобных же противопоказаний. Выражение эмоций, свободно допустимое в экстравертной культуре, может потребовать больше подготовки в культуре интравертного типа. Представим себе вербальную проработку, связанную с музыкальным восприятием, в процессе которой речь мгновенно заходит о собственных интимных ощущениях. Европейская, вскрывающая суть проблемы техника вопросов, если ее не переработать, абсолютно не подходит для азиатской культурной среды. Вместо нее может быть использовано описание движений души или их музыкального выражения через метафору, краски, картины природы – через те средства, к которым особенно склонна японская культура (Shiobara, 2006).

Рекомендуемая литература:

1. Bradt J., Dileo C., Shim M., (2013): Music Interventions For Preoperative Anxiety. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. Nr. CD006908. John Wiley & Sons, Ltd.
2. Evers-Grewe B., Körber A. (2012): Zum Stand der Leitlinienarbeit der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft (DMtG). In: Musiktherapeutische Umschau 4, 2012, Vandenhoeck und Ruprecht. Göttingen, 363–369.
3. Frohne-Hagemann I., Pleß—Adamczyk H. (2005): Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ICD-10. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.
4. Gold, C. Solli, H. P. Krüger V., Lie, S.A. (2009): Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. In: Clinical Psychology Review 29, 193. 2007.
5. Gühne U., Weinmann S., Arnold K., Ay E.-S., Becker T., Riedel-Heller S. (2012): Künstlerische Therapien bei schweren psychischen Störungen. Sind sie wirksam? In: Der Nervenarzt 2012 / 83, 855–860.
6. Hauck M., Metzner S., Rohlffs F., Lorenz J., Engel A. K. (2013): The influence of music and music therapy on pain-induced neuronal oscillations measured by magnetencephalography. PAIN (2013), <http://dx.doi.org/10.106/j.pain.2012.12.016> (дата обращения: 20.01.2021).
7. Illner J., Smetana M. (Hrsg.) (2011): Wiener Schule der differenziellen klinischen Musiktherapie – Ein Update. Wiener Beiträge zur Musiktherapie, Bd. 9. Praesens, Wien, 47–109.
8. Kraus W. (Hrsg.) (1998): Die Heilkraft der Musik. C. H. Beck, München.
9. Münzberg, Ch. (Hrsg.) (2010): Musiktherapie in der Psychosomatik. Reichert Verlag, Wiesbaden.
10. Mössler K., Chen X., Heldal T. O., Gold C. (2011): Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. In: The Cochrane Library 2011, Issue 12.
11. Nöcker-Ribaupierre M. (Hrsg.) (2009): Musiktherapie und Schmerz. Reichert Verlag, Wiesbaden.

12. Rentmeister U. (Hrsg.) (2006): *Lärmende Stille im Kopf. Musiktherapie in der Psychiatrie*. Reichert Verlag, Wiesbaden.
13. Schmidt H. U., Kächele H. (2009): *Musiktherapie in der Psychosomatik. Entwicklung und aktueller Stand*. Zeitschrift Psychotherapeut 1/2009.
14. Wigram T., Nygaard Pedersen I., Bonde L. (2002): *A Comprehensive Guide to Music Therapy. Theory, Clinical Practice, Research and Training*, Jessica Kingsley Publishers, London.
15. Zhang F., Liu K., An P., You C., Teng L., Liu Q. (2012): *Music therapy for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents*. In: The Cochrane Library 2012, Issue 8.

Глава 3. Музыкальная терапия как предмет исследования

*Ученый исследует объект, пропуская его сквозь призму своего видения, оттого и сам ученый должен стать объектом исследования.
Матурана. Философия науки*

*Доротея Оберэгельсбахер
Тониус Тиммерманн*

Когда размышляют о том, как воздействует музыкальная терапия, то изначально речь всегда заходит о воздействии музыки. Действительно ли это так? Является ли музыка лекарством в музыкальной терапии? Являются ли слова лекарством в вербальной терапии? Или все это функционирует в тесном комплексном взаимодействии?

Бесспорно, первоочередное место в музыкальной терапии отводится музыке, независимо от того, как конкретно используется это средство в процессе работы (см. главу 6 «Практиология»). В современной музыкальной терапии существуют также направления, в которых методологические системы основываются на специфических факторах воздействия отдельных музыкальных элементов (например, определенных интервалов или звуковых последовательностей при определенных недугах), как это происходит в антропософской музыкальной терапии (Ruland, 1981) и музыкальной терапии, использующей древневосточные традиции (Tusek, 1997). Однако все еще отсутствуют контролируемые исследования, систематически изучающие воздействия на психику применяемых музыкальных элементов. Таким образом, утверждения о силе воздействия этих элементов до настоящего момента остаются всего лишь рабочими гипотезами, хотя в рамках той или иной терапевтической сессии они исключительно действенны вне зависимости от объективных исследовательских данных.

Музыка как специфический фактор воздействия

Возможно, причина лежит в стремлении человека найти безболезненные способы лечения. Так или иначе, поиск универсальных факторов воздействия освещается в музыкально-терапевтической литературе, выходящей в течение длительного времени относительно широко (см. главу 16, а также Timmermann, 1983b). При этом всякий раз затрагиваются базовые вопросы о средстве, предназначенном для использования в терапевтических целях: «Как воздействует музыка или ее элементы?», «Существуют ли надежные стандарты, осуществляется ли все произвольно либо зависит от определенной ситуации?».

Отсутствие обобщающего подхода к воздействию музыки

Большинство музыкальных терапевтов сегодня едины во мнении, что в повседневной деятельности обобщения относительно воздействия музыки либо абсолютно невозможны, либо допустимы в очень ограниченной форме. Одновременно с этим современная музыкальная терапия не может обойтись без функциональных знаний о воздействии музыки в области стимуляции либо релаксации, как, например, «без характерного для колыбельной песни успокаивающего размера 6/8, без метрической пульсации, равной по частоте ударов пульсу пребывающего в состоянии покоя человека, без обеспечивающих состояние транса музыкальных действий, без смыслообразующего развития мелодии или текстовых отрывков» (Oberegelsbacher/Timmermann, 1999).

Хеги выделяет пять воздействующих на человека компонентов музыкальной терапии: звук, ритм, мелодия, динамика и форма (Hegi 1986; 1998). Они могут быть целенаправленно использованы для музыкально-терапевтического вмешательства. Существенным, однако, ока-

зывается еще и то, что намерение терапевта в отношении специфического музыкального эффекта и фактическое воздействие на клиента зависят от множества других факторов.

Музыкальной психологии с ее эмпирическими методами научного исследования воздействия музыки не удалось до настоящего времени доказать объективность музыкального воздействия (Sembris, 1996). Слишком велико число переменных величин, так что воздействие какой-либо музыки едва ли возможно отделить от воздействия обстоятельств, в которых она прослушивается (личные переживания, связанные с этой музыкой, вопросы вкуса, настроение в данный момент, отношение к руководителю и участникам эксперимента, атмосфера тестовой ситуации и т. д.). Одновременно возникает вопрос: насколько современный музыкальный терапевт вообще заинтересован в измеряемой объективации музыкального воздействия, если для него речь идет об индивидуальном опыте и впечатлениях клиента?

Это не «музыкальная фармакология»

В музыкальной терапии, ориентированной на глубинную психологию, речь в любом случае не идет о «фармакологическом» или «механистическом» использовании музыки и ее элементов. Здесь исходят из основополагающего значения терапевтического отношения, которое выступает в качестве существенного фактора терапии при непосредственном участии музыки. Влияние собственно музыки рассматривается в процессе целостного воздействия с точки зрения двух основных аспектов: происходящее в настоящий момент и его биографическая подоплека. Возникающую реальность взаимоотношений и музыкального происходящего нельзя рассматривать ни как случайную, ни как незначительную. Музыка здесь органично включена в общий контекст ситуации и потому не является извне привнесенным фактором. Она репрезентирует связь с определенной данностью и процессом становления, как и игровое пространство в каждой конкретной судьбе. Она следует музыкальным закономерностям и свободным проявлениям интуиции.

В рамках своего образования музыкальный терапевт, с одной стороны, учится оперировать музыкой как видом искусства, с другой – познает психические процессы, их восприятие, феномены контрпереноса и т. д. Тренированная интуиция сводит затем воедино обе составляющие.

В ходе формирования и развития музыкально-терапевтического отношения структура и динамика бессознательного, проявляясь во взаимосвязи с личной историей клиента, способны преобразовывать травмирующие элементы. Эта закономерность становится основой для музыкального переживания, для свободной импровизации в процессе музыкального самовыражения и для музыкальной интеракции. Кроме того, особое значение в музыкальной терапии имеют знания из области психологии развития, в особенности результатов исследований интеракции на раннем, довербальном этапе периода младенчества (Stern, 1992).

Терапевтическое отношение как врачующий фактор

В терапевтической сессии процесс формирования и развития такого отношения признается в качестве основного врачующего фактора. Главный результат психотерапевтического исследования заключается в том, что *принципиально значимым является не собственно применяемый метод, а качество терапевтического отношения* (Czogalik, 1988). Это, естественно, относится как к вербальной психотерапии, так и к формам психотерапии, которые используют средства искусства. Однако решающим для воздействия становится условие, при котором вид искусства или метод соответствуют не только личности терапевта, но личности и проблематике пациента, то есть избираются в соответствии со специальными показаниями.

После вступления, посвященного общим вопросам, обратимся к обзору состояния исследовательской работы в области музыкальной терапии. Прежде всего укажем важнейшие цен-

тры, осуществляющие музыкально-терапевтические исследования в немецкоговорящем пространстве:

- Ульмский университет. Проводит исследования с 1987 г., на протяжении 20 лет, с 1988 по 2008 г. ежегодно проводил «Ульмскую лабораторию фундаментальных исследований в области музыкальной терапии» (ulmer werkstatt für musiktherapeutische grundlagenforschung), с 2009 г. она перенесена в университет г. Аугсбурга (см. ниже).

- Гейдельберг. С 1995 г. – Германский научно-исследовательский центр музыкальной терапии (Deutsches Zentrum für musiktherapeutische Forschung) – <http://www.dzm.fh-heidelberg.de/deutsch/index.htm> (дата обращения: 21.01.2021).

- Германский институт прикладных терапевтических исследований, Гейдельберг (Deutsches Institut für angewandte Therapieforschung (DIAT e.V.) Heidelberg) – http://www.musiktherapie.de/typo3/sysextrtehtmlarea/htmlarea/plugins/TYPO3Browsers/img/external_link_new_window.gif, www.fh-heidelberg.de (дата обращения: 21.01.2021).

- Университет г. Виттен-Хердеке: Институт музыкальной терапии, кафедра качественных исследований (Universität Witten-Herdecke: Institut für Musiktherapie, Lehrstuhl für qualitative Forschung) – <http://www.musictherapyworld.de> (дата обращения: 21.01.2021).

- Высшая школа музыки и театра г. Гамбурга: Институт музыкальной терапии, защита диссертаций (Hochschule für Musik und Theater Hamburg: Institut für Musiktherapie. Promotion zum Dr. mus.) – www.rtz.uni-hamburg.de (дата обращения: 21.01.2021).

- Исследовательский центр «Музыка и здоровье» факультета философии и социальных наук Университета г. Аугсбурга (Forschungsstelle Musik und Gesundheit an der Philosophisch-Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Augsburg). С 2009 г. проводит ежегодную «Аугсбургскую лабораторию музыкально-терапевтических исследований» (werkstatt für musiktherapeutische forschung augsbug), защита диссертаций, полный список диссертационных работ на немецком языке доступен по ссылкам http://www.musiktherapie.de/typo3/sysextrtehtmlarea/htmlarea/plugins/TYPO3Browsers/img/external_link_new_window.gif, www.philso.uni-augsburg.de (дата обращения: 21.01.2021).

В Норвегии группа исследователей под руководством Кристиана Гольда (Grieg Academy Music Therapy Research Center, Uni Research, Bergen, Norwegen) занимается изучением музыкально-терапевтических способов воздействия (Effektforschung) и воздействующих механизмов (Process-Outcome Forschung). «Как воздействует музыкальная терапия?» и «Что воздействует в музыкальной терапии?» – эти вопросы стали центральными темами, которые исследуются преимущественно в сфере психических заболеваний.

Гетерогенность исследовательского ландшафта

Обратимся к ситуативному контексту музыкальной терапии. В настоящее время «исследовательский ландшафт» музыкальной терапии очень разнороден с точки зрения выбора предмета и методов исследования. Это многообразие определяется следующими факторами:

- 1) различия *музыкально-терапевтической идентичности*;
- 2) существование разных *клиентов и пациентов* с различными *показаниями*;
- 3) высокий уровень *комплексности* в содержании музыкально-терапевтической работы как таковой;
- 4) наличие множества *научно-исследовательских традиций*;
- 5) большое количество *уровней научного исследования* и их многоступенчатость;
- 6) различия в *направлениях* и целях исследовательской работы.

В сочетании друг с другом эти шесть пунктов дают едва ли не бесконечные комбинации, предполагающие постановку любых возможных вопросов, которые инициируют научное изыс-

кание, исследование или проект. Все они могут иметь свои положительные стороны и выражать стремление к большей ясности.

Музыкально-терапевтическая идентичность. Различные формы идентичности простираются от музыкальной терапии, основу которой составляют подходы, в большей степени связанные с художественным творчеством, вплоть до направлений, тяготеющих, скорее, к медицинским или психологическим методам. В зависимости от этого исследование опирается на определенные парадигмы (с греч. – «примеры») и исходит, таким образом, из следующих тенденций:

а) *искусство*, связанный с ним процесс творчества, его воздействующие факторы и формирующие средства, инструментарий, создающий субъект, продукт творчества и т. д.;

б) *медицина*, ее направления, прикладные лечебные средства, медикаментозные модели, ее функциональные органические системы, места оказания врачебной помощи, например амбулатории или стационары и т. д.;

в) *психология*, ее разделы, например когнитивная сфера или процессы научения, но прежде всего интеракция и взаимоотношение, эмоции, коммуникация; далее – относящиеся к этому конструкты и измерительные инструменты (анкеты и тесты), более или менее операционализированные (плановые) системы лечения.

Клиенты, пациенты, показания к применению. Отличительные особенности клиентов, пациентов и различия в показаниях к применению музыкальной терапии определяют выбор схем наблюдения и практических средств. Ставшее обязательным в последние 20 лет изучение самих исследователей, их отношения к объектам исследования основывается на том феномене, что точка зрения ученого существенно влияет на объект исследования, обуславливая тем самым результаты. От исследователя и его точки зрения зависит также, будут ли избраны ступенчатые модели психологии развития (например, по Д. Стерну или Ж. Пиаже), если речь идет о процессе наивысшего развития личности, либо выбор падет на теоретические модели личностно-ориентированной психологии (к примеру, психологию характера или эмоций), если работа посвящена изменению личности. Или, возможно, будут применяться психосоциальные концепции, например та, что изучает уязвимость (с лат. – «уязвимость»), если затрагивается тема реабилитации.

Комплексный характер музыкально-терапевтического явления. О комплексном характере музыкально-терапевтического явления вначале уже упоминалось. Повторяя изложенное, стоит отметить, что необходимо постоянно учитывать воздействие музыки, влияние терапевтического отношения, аспект активной деятельности, соотношение вербального компонента и музыкального языка и т. д. Все это воздействует комплексно и в терапевтической ситуации не существует в изолированном виде. Исследование может быть выстроено так, чтобы, варьируя определенным образом данные соотношения, дать возможность одному из воздействующих факторов проявиться самостоятельно.

Исследовательские традиции. С давних пор в культуре Западной и Средней Европы отмечаются две традиционные формы исследования (см. также главу 4). Они равноправно соседствуют друг с другом, хотя это и отрицается некоторыми исследовательскими и учебными учреждениями.

• *Идеографическая традиция* (с греч. *idios* – «собственный»; *graphein* – «писать», то есть собственноручный) исследует отдельно взятое явление в его исторически обусловленной форме. Она близка к гуманитарным наукам и к романтической традиции понимания человеческой природы. Познание происходит при помощи концентрации на индивидууме, на субъ-

екте (внутренний аспект). Научный метод заключается в том, чтобы достичь смысла путем рассказа и описания. Соответствие по аналогии (подобию) служит полноценным логическим путем познания. Сюда же относятся такие понятия, как нарратив, эвристика, исследование единичных случаев.

• *Номотетическая традиция* (с греч. *nomos* – «число, закон»; *thesis* – «научное положение, тезис») исходит из познания всеобщих законов и близка естественным наукам и пониманию человеческой природы в традиции Просвещения. Познание осуществляется посредством обращения к объекту и множеству. Научный метод заключается в подсчете, расчленении, измерении и обобщении. Причинно-следственные взаимосвязи лежат в основе логики познания.

Современные музыкально-терапевтические изыскания частично основываются на обеих парадигмах, порой объединяя их внутри одного исследовательского метода и используя их в целях своего дальнейшего развития. По сути они примыкают к психотерапевтическим исследованиям.

Уровни музыкально-терапевтического исследования. В дополнение к исследовательским традициям необходимо выделить также уровни исследования. *Три иерархических уровня музыкально-терапевтического исследования* были определены уже в 1985 г. нидерландским ученым Франсом Шалквийком (F. Schalkwijk, цит. по: Oberegelsbacher, 1985):

а) *общая музыкальная терапия.* Сюда относятся фундаментальные исследования, затрагивающие отдельные параметры науки; попытки разграничения с родственными формами терапии; ожидания, возлагаемые на музыкальную терапию; опросы терапевтов; контент-аналитика вакансий и т. д.

б) *развитие методов.* В самом широком смысле исследования могут осуществляться применительно к области психиатрии, в более узком смысле – исследуется работа с душевнобольными. Многие практикующие специалисты следуют в своей работе имплицитным теориям и едва ли строго придерживаются своих методов. Систематические опросы, наблюдение разовых случаев или их подробное описание исследователем способствуют изучению самого метода.

в) *тестирование методов.* Наиболее высокого уровня развития эта область исследований достигла в США, притом что там в настоящий момент она активно развивается преимущественно на основе теории научения. Результаты исследований, отвечающих на вопрос: «Действительна ли та или иная форма терапии?», получают при помощи характерных для психологии измерительных механизмов. Часто на этом этапе работы музыкальный терапевт в определенной степени выключается из социального контекста. Зачастую многим ученым недостает подходящих способов измерения и знаний об основных музыкально-терапевтических процессах. Слишком рано берется курс на результативность исследования, намного раньше, чем предъявляется сформулированный метод.

«Для проведения исследований в области музыкальной терапии первым и необходимым условием является участие профессиональных музыкальных терапевтов на наиболее уязвимых этапах исследования, прежде всего на стадии планирования работы, а также в процессе проведения терапии и интерпретации ее результатов» (Oberegelsbacher, 1993, 86).

Основываясь на опыте исследования в области психотерапии, Хорст Кэхеле (Kächele, 2001) подразделяет процесс музыкально-терапевтического исследования на несколько стадий:

- *стадия 0:* исследование клинических случаев;
- *стадия I:* дескриптивные исследования;
- *стадия II:* экспериментальные исследования по методу аналогии;
- *стадия III:* контролируемые исследования;

- *стадия IV*: наблюдение и исследование особенностей применения;
- *стадия V*: исследования, ориентированные на работу с пациентами.

Кэхеле отстаивает точку зрения, что лишь IV и V стадии определяют полезность исследования и что, однако, в настоящее время исключительно III стадия, обусловленная строгими, лимитированными, ясно контролируруемыми рамками, получает преимущественное финансирование.

Цель исследования. Направленность исследования соотносится с таким понятием, как *causa finalis* («обоснование цели», «конечный смысл»). Хочу ли я исследовать музыкальную терапию с микроскопической точностью, углубившись, например, посредством микроанализа в течение различных процессов, или намереваюсь рассмотреть ее в широкой перспективе, при помощи макроанализа или метаанализа? Побудительные мотивы имеют решающее значение. Характер исследования определяется тем, какой результат избран в качестве конечной цели: получение финансирования, академической степени, изменения социального или профессионального статуса ученого, обеспечение иного качественного уровня и дальнейшего развития дисциплины. Различия исследовательских работ дипломированных музыкальных терапевтов отчетливо прослеживаются на следующих примерах.

Пример

Процесс/результат. Единичный случай

Анализ индивидуальной музыкальной терапии, которая проводилась с девочкой, имеющей поведенческие проблемы и отставание в развитии учебных навыков, представил Й. Виммер-Ильнер (J. Wimmer-Illner, 2000). Для данного комбинированного исследования процесса и ситуации успеха был избран метод изучения единичных случаев и анализа последовательности определенных временных промежутков, которые подвергались качественной, то есть основанной на логических умозаключениях, статистической обработке. В исследовании выборочно использовались вопросы анкеты Марбургского списка поведенческих реакций (Marburger Verhaltenliste – MVL), на которые мать девочки должна была письменно отвечать два раза в неделю в общей сложности 50 раз. Эксперты оценивали также и видеосюжеты. Применение музыкальной терапии привело к значительному уменьшению проявлений выпадающего из социальных рамок поведения. В такой же степени значимыми были и соотношения, которые показали, что пациентка может использовать музыкальные средства, прежде всего для выражения катарсической и креативной потребности, и что важной составляющей успешной терапии является согласованность эмоционального состояния пациентки и терапевта.

Пример

Процесс. Диагностика развития

Карин Шумахер (Schumacher, 1998) анализирует видеоматериалы многолетней индивидуальной музыкальной терапии с аутичным мальчиком Максом, имеющим серьезные задержки в развитии, и, опираясь на базовые принципы теории развития Ж. Пиаже и Д. Стерна, выстраивает 7-ступенчатую систему оценки качественных показателей отношения (Einschätzung von Beziehungsqualitäten – EBQ). Она фиксирует уровни, начиная с абсолютного отсутствия контакта (модус 1) и заканчивая моментом, когда участники приходят к контакту в процессе игры (модус 6). Таким образом, мы имеем очень значимый в практическом отношении инструмент музыкально-терапевтической диагностики, позволяющий констатировать изменения на самых ранних стадиях проявления коммуникационных нарушений.

Пример

Начальные данные/конечный результат. Сравнение в рамках группы

В своем контролируемом квазиэкспериментальном исследовании на основе предварительных и конечных данных ($n = 136$) Гольд (Gold, 2003) изучает эффективность амбулаторного применения индивидуальной музыкальной терапии. Во время музыкально-терапевтической сессии (в среднем 23 занятия) либо в предшествующий ей период ожидания были обследованы дети и подростки (75 человек), имеющие эмоциональные, адаптационные, поведенческие нарушения, отставания в развитии и нарушения пищевого поведения. Симптомы, компетенции и качество жизни оценивались согласно «Листу наблюдения за поведением ребенка» (Child Behaviour Checklist – CBCL) и анкете, изучающей качество жизни (Fragebogen zur Lebensqualität – KINDL) до и после терапии. Результаты музыкально-терапевтического вмешательства зависели от наличия коморбидных соматических нарушений, а также от применения в процессе музыкально-терапевтической работы типичных (в противовес атипичным) средств искусства и форм творческой активности. Результаты исследования показывают, что музыкальная терапия эффективнее воздействует на клиентов без коморбидных симптомов, а также в случае отказа от других средств в пользу фокусирования на таких техниках музыкальной терапии, как импровизация с последующей вербальной рефлексией.

Пример

Дескриптивно-катамнестический анализ. Исследование образовательного процесса

Данный пример демонстрирует исследования в области образовательного процесса. Доротея Оберэгельсбахер провела катамнестический опрос 80 студентов, изучающих музыкальную терапию и с целью профессионального и личностного роста дополнительно посещающих группу психодинамической музыкальной терапии, объемом в 24 занятия (Oberegelsbacher, 2002). Была поставлена цель на основе анкеты, определяющей факторы воздействия музыкальной терапии (WIMU; Danner/Oberegelsbacher, 2001), и анализа полученных данных выявить, какие составляющие музыкально-терапевтических занятий остаются в памяти участников. Результаты исследования, в частности, показали, что среди специфических факторов музыкально-терапевтического воздействия прежде всего выделяются следующие: музыкально-терапевтическая проработка проблем, возможность выразиться, проявить себя и осуществить коммуникацию посредством музыки, а также собственно воздействие музыки. Среди неспецифических факторов наиболее значимыми стали признание и уважение со стороны терапевта, важность групповой работы в целом, а также возможность сравнить себя с другими участниками группы. Различия в изначальных квалификациях опрошенных сказались на том, что воспитателям и учителям было сложнее, чем музыкантам, ощутить поддержку группы как таковой. С определенной осторожностью можно сказать, что для них процессуально-ориентированные психодинамические действия группы вызывают скорее чувство отторжения и неуверенности.

Пример

Исследование эффективности. Процесс/результат

Следующие примеры, законспектированные благодаря работе Карин Мёсслер, демонстрируют результаты исследований уже упоминаемой группы норвежских ученых под руководством Кристиана Гольда. В рамках «Кокрановского обзора» (Cochrane Reviews) в последние годы исследовались способы воздействия музыкальной терапии при аутизме, депрессии и шизофрении. Результаты этих систематических обзоров показывают, что музыкальная терапия с аутичными детьми приводит к значимым улучшениям их социальных способностей (Gold et al., 2006), также имеет место значительное уменьшение депрессивной симптоматики (Maratos et al., 2008). Последнее проявилось также в рамках актуального исследования, которое в допол-

нение к существенному снижению депрессивной симптоматики в том числе продемонстрировало уменьшение симптомов тревожности (Erkkilä et al., 2011).

Музыкальная терапия для взрослых с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра обуславливает значимое улучшение общего состояния, негативной симптоматики, а также уровня социального функционирования. Квалифицированное применение музыкально-терапевтических методик, а также количество посещаемых терапевтических занятий представляются при этом существенными, влияющими на эффективность работы факторами. Так значимые результаты обозначались лишь после 20-го занятия (Mössler et al., 2011). Эти данные совпадают с результатами, полученными Гольдом и его группой в исследовании, посвященном количественным факторам воздействия (Gold et al., 2009). Из обзора работы становится очевидным, что срединный эффект от музыкальной терапии в отношении ее воздействия на общее состояние, негативную симптоматику и уровень социального функционирования достигается лишь в количественном промежутке с 16-й по 24-ю сессию. Специфические факторы, по всей видимости, играют в музыкальной терапии существенную роль (Danner/Oberegelsbacher, 2011), и в последнее время исследовательская работа концентрируется на применении музыкально-терапевтических техник, предполагающих определенный результат (Mössler et al., 2011). В этой связи Гольд и его группа (Gold et al., 2007) уже выявили, что применение музыкально-терапевтических техник (например, свободной импровизации) приводит к лучшим результатам в терапии детей и подростков, нежели применение неспецифических техник (например, свободной игры).

Приведем пример, подробно описывающий то, как может выглядеть образец музыкально-терапевтического исследования. Данный проект осуществлялся в рамках одной из ранее защищенных диссертаций (Timmermann, 1999a). Он ориентируется на признанные и зарекомендовавшие себя методы психотерапевтических исследований.

Пример

Процесс. Исследование метода

Активная музыкальная терапия исходит из гипотезы, что при помощи музыкального самовыражения и в процессе интеракции можно распознать личность пациента и проработать связанные с ней проблемы. Для того чтобы проверить эту гипотезу, был поставлен вопрос, действительно ли способен сторонний наблюдатель составить представление о пациенте на основании записанных на видео отрывков музыкально-терапевтических занятий и насколько при этом будут различаться мнения профессионалов и неспециалистов. На видео был записан 10-часовой курс индивидуальной музыкальной терапии с пациентом, страдающим нарциссически-шизоидными нарушениями личности в сочетании с проявлениями двигательной скованности. Для предшествующей терапии была характерна контролируемая регуляция отношения, которая повторилась и в музыкальной терапии, проявляясь в прерывании пациентом музыкального взаимодействия, как только терапевт начинал играть громче, быстрее, используя параметр динамики в той или иной форме. Тем самым пациент последовательно демонстрировал ощущение «скованности», реинсценируя таким образом ситуацию своего детства.

После каждого занятия терапевт делал набросок «спонтанного аффективного протокола», позднее на основе видеоматериалов составлял подробный протокол занятия, а также протоколы консультаций с коллегой. Из всего снятого видеоматериала вначале были вырезаны и закодированы музыкальные диалоги. После этого три музыкальных терапевта независимо друг от друга интуитивно выбрали те сцены, которые они посчитали клинически релевантными, то есть отражающими патологию пациента или процессы его изменений. В результате они сошлись во мнении относительно восьми сцен, каждая из которых длилась примерно две минуты. Данные сцены были показаны 20 музыкальным терапевтам, 10 психотерапевтам и 10 неспециалистам, которые изначально после просмотра каждой сцены должны были ответить

на стандартные и свободно поставленные вопросы, касающиеся пациента и терапевта, а затем высказать свое мнение еще раз после просмотра всех сцен целиком.

Обрабатывались полученные на стандартные вопросы ответы при помощи двухфакторного дисперсного анализа. Свободные высказывания оценивались с точки зрения анализа содержания, при помощи качественного и эвристического подхода, а также при помощи категоризации. Гипотезы, сделанные в отношении пациента на основе достаточно известной патологии («категории-гипотезы»), сравнивались с так называемыми категориями-отгадками, сформулированными на основе свободных высказываний. Отгадывающие в целом убедительно распознали и описали пациента и его проблематику, хотя никакой другой информацией, кроме предложенных для анализа музыкальных диалогов общим временем звучания около 16 минут, не располагали. Связанные с пациентом внутренние конфликты музыкального терапевта также нашли свое отражение в результатах исследования. Мнение трех групп совпало; тест на сигнификантность не выявил никаких значимых различий. Дифференциация обнаружилась, однако, в следующей тенденции: психотерапевты сильнее других концентрировались на патологии пациента, в то время как неспециалисты оценивали ее позитивнее всех. Музыкальные терапевты заняли промежуточное место между этими двумя группами: они увидели больше признаков патологии, чем неспециалисты, и больше здоровых проявлений, чем психотерапевты.

Данная исследовательская работа на практическом примере показывает, что в процессе музыкального самовыражения и музыкальной интеракции проявляются личность и патологические структуры пациента, а также демонстрирует возможности их выявления и проработки. Ее значимость заключается в том, что она, с одной стороны, подтверждает происходящие в музыкальной терапии процессы, а с другой – показывает практикующим музыкальным терапевтам и обучающимся этой специальности способы ее применения.

Рекомендуемая литература:

1. Argstetter H., Hillecke T., Bradt J., Dileo C. (2007): Der Stand der Wirksamkeitsforschung – Ein systematisches Review musiktherapeutischer Meta-Analysen. In: Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin 28 (1), 39–61.
2. Gold C. (2009): Systematische Übersichtsarbeit und Meta-Analyse. In: Musiktherapeutische Umschau 30 (1), 65–68.
3. Kächele H. (2003): Qualitätssicherung in der ambulanten Musiktherapie – noch einmal... Musiktherapeutische Umschau 24, 5–9.
4. Mössler K., Fuchs K., Heldal T. O., Karterud I. M., Kenner J., Næsheim S., Gold C. (2011): The clinical application and relevance of resource-oriented principles in music therapy with psychiatric clients. Accepted for publication British Journal of Music Therapy.
5. Petersen P. (Hrsg.) (2003): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Grundlagen – Projekte – Vorschläge. Mayer, Berlin.
6. Smeijsters H., Rogers P. (1993): European Music Therapy Research Register. Vol I: Werkgroep Onderzoek Muziektherapie NVKT.
7. Smeijsters H., Rogers P., Kortegaard H.-M., Lehtonen K., Scanlon P. (1995): European Music Therapy Research Register. Vol II: Stichting Muziektherapie, Castricum.
8. Wosch T., Wigram T. (2007): Microanalysis in Music Therapy: Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students. Jessica Kingsley Publishers, London/Philadelphia.

Глава 4. Музыкальная медицина и музыкальная психология как предмет исследования, или МОЗГ слышит больше, чем уши

*Итак, вот ваш портрет, учености мужья:
Вам чуждо все, что оцупью проверить вам нельзя,
Что не смогли постичь, отрицали навечно,
Для вас не истина, число лишь безупречно,
Лишь то играет роль, что, взвесив, оценили,
Монета та ценна, что сами вы отлили.*

Й. В. Гете, «Прафауст», I акт

Ганс-Гельмут Декер-Фойгт

В противоположность этой ортодоксально-догматической учености в нашей главе представлен другой способ научного мышления.

Музыкальная медицина и музыкальная психология – две ипостаси музыкальной терапии, которые существуют на протяжении долгого периода времени начиная с ранних опытов применения музыки в ритуалах врачевания и заканчивая сегодняшним днем, когда музыкальная терапия профилируется как наука, входящая в систему здравоохранения на основании «важной для человеческого выживания роли музыки в процессе исторического развития человека в прошлом, настоящем и будущем» (Spintge, 2000, 406).

Музыкальная психология и музыкальная медицина взаимообусловленно связаны с практикой и исследованиями в области музыкальной терапии, то есть все они функционируют в условиях взаимного влияния и зависят друг от друга. Как и любая мыслимая постановка вопроса из области музыкальной терапии требует в современной исследовательской практике междисциплинарного подхода (специфический пример из современной практики – музыкальная терапия с детьми, испытавшими на себе сексуальное насилие, включая аспекты психотравмы), музыкальная медицина и музыкальная психология, как «близкие родственники» музыкальной терапии, обращаются к темам ее научных исследований, интегрируя их в программы смежных дисциплин.

Определения музыкальной медицины:

Краткое: Музыкальная медицина – это включение музыки в лечебную концепцию традиционной медицины.

Полное: «Музыкальная медицина – это [...] применение музыкальных раздражителей в качестве средств, дополняющих традиционные медицинские технологии в профилактических, терапевтических и реабилитационных целях. При этом индивидуально учитываются специфические, угрожающие возникновением либо фактически существующие нарушения здоровья и способы его медикаментозного лечения» (Spintge, 2001, 8).

Определение музыкальной психологии:

«Музыкальная психология – это наука, изучающая музыкальное восприятие, процессы, связанные с сочинением и исполнением музыки, а также ее воздействие на человека» (Bruhn, 1996, 241).

Международная музыкальная медицина

Обобщение научных данных в музыкальной медицине во многом опирается, по мнению Шпингте, на «исследования в области медицины, музыкальной терапии, физиологии, психологии и физико-математических наук» (Spintge, 2000, 396). Тем самым от имени врачей он определяет интегрированную в лечебную сферу традиционной медицины музыку как часть комплексной системы знаний, которая выходит за рамки традиционной медицины. Врачей, работающих в области музыкальной медицины, объединяет функционирующее по всему миру исследовательское общество International Society for Musik in Medicine – ISMM.

Междисциплинарные комплексы в системе научных знаний

Системность и междисциплинарные связи

Системное мышление необходимо при постановке любого специфического вопроса из области музыкальной медицины. Характерный пример – влияние музыкального восприятия на болевые ощущения пациентов с диагнозом: «хронические боли». Подобный вопрос, поставленный в аспекте музыкальной медицины, может разрабатываться только в междисциплинарной системе координат.

Это относится и к музыкальной психологии, которую Брун (Bruhn, 1993) и его коллеги рассматривают в качестве составной части системного музыковедения, проводя обуславливающие друг друга взаимосвязи с такими областями, как социальная психология и психология культуры, экономика и средства массовой информации, личностная психология и психология развития, педагогика, медицина и психотерапия, психоакустика, нейрофизиология и психофизика. Приблизиться к решению любого вопроса из области музыкальной психологии можно лишь с точки зрения обозначенной выше междисциплинарной перспективы. Пример, связанный с такой спецификой, – исследование на тему «Как влияет музыка, потоками изливающаяся на посетителей супермаркетов, на потребительское поведение?».

К вопросу о родстве смежных с музыкальной терапией научных направлений: подобно процессам в человеческой генеалогии, определенные отрасли науки, бывшие некогда «близкими родственниками», отделяются друг от друга, приобретая со временем в процессе смены поколений свой собственный индивидуальный профиль. Так, еще в 70-е годы XX столетия музыкальный психолог Хэльга де ла Мотте (Helga de la Motte) определяла музыкальную терапию как «прикладную музыкальную психологию», транслируя данное утверждение в параллели с одной из самых распространенных точек зрения, которой придерживались представители медицины, такие как Харм Вилльмс (Harm Willms), рассматривающие музыкальную терапию как совокупность лечебно-вспомогательных мер, как своеобразный «адыювант» традиционной медицины, каковым она, собственно, и являлась на определенном этапе 200-летнего развития медицины.

Различие методов исследования

Естественнонаучная позиция

Перейдем от сходств к различиям. Отмежевание друг от друга и от музыкальной терапии начинается с методов и инструментов исследования. Бытующие до настоящего времени различия основывались на возникшем в эпоху Просвещения и достигшем своего расцвета во второй половине XVIII столетия новом понимании науки. Существующий до того времени целостный подход к пациенту (когда точка зрения лекаря формировалась с учетом психологических, социальных и других факторов) все более и более стал подчиняться естественно-научному каузальному типу мышления с характерными для него методами исследования причин и следствий течения болезни (каузальный принцип упрощает подход к пациенту – если у последнего обнаруживаются те или иные симптомы, то они дают основания для того или иного диагноза,

который в свою очередь требует того или иного лечения...). Начиная с американского психоаналитика и врача Джеймса Хиллмана (James Hillman), высказавшего свое мнение еще в 70-е годы XX века, и вплоть до Ральфа Шпинтге (Spintge, 2000) ситуация в медицине представляется как процесс постоянного редуцирования, путь от искусства врачевания через науку о врачевании к чисто прикладному естествознанию с применением высоких технологий. Современные исследовательские методы основанной на естествознании (музыкальной) медицины базируются на следующих принципах:

- объективность терапевтического эксперимента;
- возможность репродуцирования успешного результата терапии;
- дальнейшая проработка полученных терапевтических результатов в экспериментальных группах.

Воздействие музыки на физиологию

В музыкальной медицине процесс наблюдения над предметом исследования, представляющий собой триаду «человек (пациент) – музыкальное воздействие и развитие болезни – преодоление болезни», сопровождается анализом и оценкой значительного числа математических и статистических выкладок, но в конечном итоге, все же, относится, пусть даже косвенно, к изучению воздействия музыки на соматические, на ответные физиологические реакции пациента. При этом вторичной, но взаимозависимой признается рассматриваемая в музыкальной медицине также в строго индивидуальном формате управляющая функция психики и эмоциональных состояний, воздействующих на данные физиологические реакции. В связи с необходимостью сравнительной групповой работы (рандомизации), которая преумножает массу полученных данных, подобный метод исследования называется *количественным*.

Воздействие музыки на эмоциональную сферу

Напротив, двойственным оказывается подход к человеку в музыкально-психологическом исследовании, где центральное место занимает понимание его психических процессов, где речь идет о наблюдении за его здоровым состоянием или болезнью, о его музыкальных впечатлениях и их влиянии на профилактику, терапию и реабилитацию. С одной стороны, в данном случае используются *качественные*, герменевтические методы, так как диагноз и назначения не всегда бывают определены до начала исследования (как это происходит в музыкальной медицине), но часто проясняются *в процессе* терапевтической работы. Сравнение и контроль, используемые вне естественно-научного причинно-следственного мышления, также допустимы в психологизированном «качественном» исследовании, однако соотносятся с конкретным индивидуально развивающимся терапевтическим процессом. С другой стороны, постановка вопроса в русле музыкальной психологии, касающаяся количества музыкальных прослушиваний в определенных группах пациентов либо вообще в определенных социологических слоях населения, вновь требует количественной обработки данных эмпирического метода (как в музыкальной медицине). В общем и целом, музыкальная психология дополняет сферы применения музыкальной терапии и музыкальной медицины, она не может самостоятельно заниматься наблюдением за пациентами, а также их обследованием и лечением.

Музыкальное воздействие в терапевтическом процессе

В западноевропейском пространстве, где применяются различные виды терапии творческим самовыражением, включая музыкальную терапию, даже если она выступает во взаимосвязи с музыкальной медициной или музыкальной психологией, признается:

- что любой терапевтический процесс может быть сравним лишь с самим собой;
- что множественное воспроизведение заменяется «диалогическим воспоминанием» (поддержанным супервизией, интервизией и т. д.);

- что предметом исследования является не терапевтический успех, в значении устранения симптомов, а терапевтический процесс, осмысление успешности которого осуществляется при помощи метода научного описания, включающего аспекты глубинной психологии, а также структурно-психоаналитические аспекты (Petersen 1990).

Количественное против качественного

Тенденция, связанная с разделением характерного для естественно-научных дисциплин (включая медицину) и названного позднее «*количественным*» метода исследования от качественного метода исследования, характерного для отраслей психологической направленности (начиная с раннего психоанализа вплоть до сегодняшней музыкальной терапии), положила начало дифференциации научного мира на естественно-научную, гуманитарную и (начиная с середины XX века) социологическую сферы, а также способствовала частично болезненному разделению и расколу из-за соответствующих претензий и попыток утверждения предполагаемой «истинной науки».

Умозаключение философа науки Гадамера (Gadamer, 1965), утверждающего, что не существует никаких действительно надежных взаимосвязей между методом исследования и «истинностью познания», постепенно обрело признание в научных кругах еще и потому, что исследовательские техники количественного метода (естественные науки, здесь – музыкальная медицина) и способы исследования, относящиеся к качественному методу (психологии, в данном случае – музыкальной психологии), сегодня больше уже не противоречат друг другу, а применяются в общих для смежных наук исследованиях в качестве взаимодополняющих методик. Пример из музыкальной психологии:

«Вопрос о том, насколько часто прослушивают музыку определенные группы общества (вопрос из области музыкальной психологии. – Прим. изд.) требует применения вычислительных техник и метода статистического анализа, в то время как вопрос о причинах подобной привычки к прослушиванию музыки, напротив, не может быть решен при помощи таких исследовательских методик» (Türker, 1996, 103).

Такой вопрос и аналогичные ему комплексные задачи исследования решаются в музыкальной психологии при помощи как количественных, так и качественных методов, так же, как и соответствующие серьезные проблемы из области музыкальной медицины и музыкальной терапии.

Современная ситуация

Количественное совместно с качественным

На одном из симпозиумов по теоретическим основам исследования Дэвид Элдридж высказал мнение, что «по меньшей мере 10 лет тому назад занимающиеся исследовательской работой музыкальные терапевты во всем мире уже признали бессмысленность подобного разделения (на количественные и качественные исследовательские технологии. – Прим. изд.) (Aldridge 2005, 151). Подчеркивая необходимость проведения в музыкальной терапии ориентированных на количественный анализ клинических исследований (при помощи исследовательского арсенала традиционной медицины и клинической психологии) в целях соответствия требованиям ориентированной на очевидный результат медицины и тем самым системе здравоохранения в целом, он одновременно сожалеет об отсутствии достаточного внимания к методу качественного анализа.

Современное состояние исследовательской работы в смежных с музыкальной терапией областях – музыкальной медицине и музыкальной психологии – выглядит сегодня следующим

образом. Исследования в сфере музыкальной психологии, предназначенные собственно изучать музыкальное восприятие и опирающиеся до настоящего времени на преимущественно эмпирически направленные методы изучения воздействующих механизмов, не смогли достигнуть объективности.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.