

Sara Knapik-Szweda  
ORCID:0000-0003-1276-1571  
Uniwersytet Śląski w Katowicach

## Muzykoterapia jako forma wczesnej interwencji na oddziale intensywnej terapii noworodka. Studium przypadku

Dziecko przedwcześnie urodzone to dziecko, którego stan psychomotoryczny i neurologiczny jest bardzo zróżnicowany, a dalszy jego rozwój zależy od wielu czynników biologicznych i środowiskowych. Ważną rolę odgrywa wczesna interwencja i stymulacja rozwojowa, w którą zaangażowani są rodzice dziecka. Muzykoterapia (MT) to forma wczesnej stymulacji rozwoju wcześniaków na oddziale intensywnej terapii noworodka (OITN). Działania muzykoterapeutyczne mogą wspierać i pomagać w osiąganiu stanu regulacji fizjologicznej i emocjonalnej zarówno dziecka, jak i jego rodziców. Celem niniejszego artykułu jest zaznajomienie czytelnika z możliwościami stosowania aktywnej muzykoterapii na OITN na przykładzie dziecka urodzonego w 27 tygodniu ciąży oraz jej matki (studium przypadku). Opis procesu muzykoterapeutycznego opartego na wybranych modelach muzykoterapeutycznych ilustruje możliwości prowadzenia muzykoterapii na oddziale. Zróżnicowane cele terapeutyczne opierały się na trzech obszarach: potrzeby dziecka, potrzeby matki oraz potrzeby dziecka i matki jako diady. Starano się również wskazać sposoby prowadzenia muzykoterapii w polskich warunkach szpitalnych, w którym jak dotąd nie była prowadzona tego typu interwencja. Opis przypadku pokazuje, że wprowadzenie terapii, która może być formą wczesnej interwencji, skupia się na rodzinie, na rozwijaniu wzajemnej relacji oraz na uczeniu się komunikacji. Ponadto może przyczynić się do poprawy jakości życia matki i dziecka. Istnieje potrzeba prowadzenia dalszych badań sprawdzających efektywność muzykoterapii na oddziale neonatologicznym na gruncie krajowym. Jednakże niniejszy opis przypadku oraz rosnąca liczba międzynarodowych badań wskazują na korzyści terapeutyczne prowadzonej muzykoterapii dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodziców.

Słowa kluczowe: muzykoterapia, oddział neonatologiczny, dziecko przedwcześnie urodzone, studium przypadku, badanie jakościowe

## Music Therapy as an early intervention in the Neonatal Intensive Care Unit. Case study.

A prematurely born child is a child whose psychomotor and neurological condition can be highly diversified and whose further development depends on a number of biological and environmental factors. An important role is played by early intervention and developmental stimulation which involves parents. Music therapy (MT) is a form of an early developmental stimulation for premature infants at neonatal intensive care units (NICU). Music therapeutic activities may sup-

port and help in the achievement of physiological and emotional regulation of a child as well as his/her parents. The aim of this article is to familiarize readers with possibilities offered by active music therapy conducted at NICU based on the example of a child born at 27 weeks and her mother (case study). The description of a music therapy process based on chosen music therapy models shows how to conduct music therapy at the unit. The therapeutic goals are focused on three areas: child's needs, mother's needs and child and mother's needs as dyads. The author also tries to present ways how to conduct music therapy in Polish hospitals where this type of intervention has not been introduced yet. The case study shows that the introduction of music therapy, which can be a form of early intervention, focuses on the family, the development of a mutual bond as well as learning how to communicate. Moreover, it may improve both child's and mother's quality of life. There is a necessity to conduct more research into the effectiveness of music therapy at neonatal intensive care units in Poland. However, the case study in question as well as a growing number of international research shows the therapeutic benefits of music therapy for premature infants and their parents.

Key words: music therapy, neonatal unit, premature infant, case study, qualitative research

## Wprowadzenie

Dziecko przedwcześnie urodzone to dziecko urodzone pomiędzy 22 a 37 tygodniem życia, z niską masą urodzeniową poniżej 2500 g lub skrajnie niską masą urodzeniową poniżej 1000 g (Oleszczuk, Sawulicka-Oleszczuk 2009: 17). Według danych statycznych zebranych przez Główny Urząd Statystyczny w roku 2020 liczba urodzeń wyniosła 355 309, z czego 19 106 to noworodki z masą urodzeniową poniżej 2500 g, a 868 dzieci urodzonych poniżej 1 kg (GUS, Dziedzicowe Bazy Wiedzy, 2021). Stan psychomotoryczny i neurologiczny dziecka może być bardzo zróżnicowany, a dalszy jego rozwój zależy od wielu czynników biologicznych i środowiskowych. Najczęściej trudności występują w zakresie: umiejętności oddechowych, prawidłowej pracy serca, napięcia mięśniowego, reakcji na bodźce czy termoregulacji (Bień, Bałanda-Bałdyga, Skurzak 2009). Ponadto na dalszy rozwój wcześniaka mają wpływ współwystępujące choroby czy zaburzenia, np. przewlekła choroba płuc, wodogłowie pokrwotoczne, krwawienie wewnątrzczaszkowe, zapalenie jelit, występowanie bezdechów i bradykardii, objawy refluku żołądkowo-przełykowego, duże trudności z karmieniem czy z ciśnieniem krwi (Oleszczuk, Sawulicka-Oleszczuk 2009: 21). Zakres opieki wcześniaków obejmuje opiekę medyczną (realizowaną przez neonatologa, pediatrę, neurologa, położną) oraz opiekę rozwojową (fizjoterapeutę, psychologa, neurologopedę, jak również audiologa, okulistę i innych specjalistów) (Bieleninik 2012; Oleszczuk, Sawulicka-Oleszczuk 2009). Oprócz opieki medycznej ważną rolę odgrywa wczesna stymulacja rozwojowa, w którą zaangażowani są rodzice dziecka. W tych trudnych okolicznościach rodzice stopniowo uczą się, jak być z nim, jak się z nim komunikować, rozpoznawać jego potrzeby, jak postępować z nim podczas czynności pielęgnacyjnych, a przede wszystkim jak nawiązywać z nim więź (Pilch 2009; Nöcker-Ribaupierre 2013). Doświadczenie przedwczesnego porodu i jego konse-

kwencje mogą negatywnie wpłynąć na zdrowie i dobrostan psychiczny rodziców (Ghetti 2020: 189). Dla matek wcześniactwo i związane z nim dalsze doświadczenia stanowią „stresogenny komponent” (Bieleninik, Bidzan, Bidzan 2014). Mogą konfrontować się z rozczarowaniem, lękiem, niepewnością, stratą, z przewlekłym stresem (stresem pourazowym) związanym z funkcjonowaniem swojego dziecka oraz traumą czy depresją poporodową (Bieleninik 2012; Bieleninik, Bidzan, Bidzan 2014; Ettenberger i in. 2017; Haslbeck 2017; Sloan i in. 2008). Podobnie jak matki, ojcowie również odczuwają lęk, stres, trudności w adaptacji do roli ojca wcześniaka (Ettenberger 2020; Lindberg i in., 2007). Ponadto mogą pojawić się u nich trudności emocjonalne wynikające zarówno ze stanu dziecka, jak i matki (Ettenberger i in. 2017; Mondanaro i in. 2016).

Muzykoterapia (MT) może być również formą wczesnej interwencji rozwoju wcześniaków na oddziale intensywnej terapii noworodka (OITN) (Bieleninik, Gold 2014; DeLoach, Detmer 2020). Wspomaga rozwój dziecka – jego parametry psychofizyczne, umiejętności żywieniowe oraz stany behawioralne (Bieleninik 2020; Bieleninik, Gold 2014; Haslbeck 2012). Wspiera rodziców w przeżywaniu trudnych emocji, nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji ze swoim dzieckiem oraz wypracowaniu strategii radzenia sobie z procesem adaptacji (Bieleninik 2020; Bieleninik, Gold 2014; Loewy 2011; Haslbeck 2012, 2013a; 2013b, 2017; Nöcker-Ribaupierre 2013). Może być realizowana w formie aktywnej i biernej. W tej pierwszej terapeuta i/lub rodzic nuca, śpiewają kołysanki lub piosenki w odpowiednio zmienionej formie. Do najbardziej znanych modeli należą: *First Sounds: Rhythm, Breath and Lullaby* (RBL) stworzonej przez Joanne Loewy (Loewy i in. 2013; Loewy 2011, 2015) oraz *Creative Music Therapy*, który został zaadaptowany i wprowadzony u wcześniaków przez Friederike Haslbeck<sup>1</sup> (Haslbeck 2004; 2012; 2017; 2020). W muzykoterapii biernej natomiast terapeuta wykorzystuje muzykę odtwarzaną (np. utwory, kołysanki) oraz odgłosy dźwiękowe (np. nagrany głos matki czy bicie jej serca) (Haslbeck 2012). Takim modelem jest np. system *Pacifier-Activated Lullaby* (PAL) – kołysanka aktywowana smoczkiem stworzona przez Jane Standly (2003), której zadaniem jest wzmocnienie odpowiednich odruchów ssania u wcześniaków, zwiększenie częstotliwości karmienia, wzrost wagi, doprowadzając do skrócenia czasu hospitalizacji wcześniaków na OITN (DeLoach, Detmer 2020). Drugim modelem jest *Multimodal Stimulation* (MMA) – stymulacja multimodalna odpowiedzialna za wspieranie i regulowanie rozwoju neurologicznego wcześniaków (Standley 1998; Detmer, Evans, i in., 2020; DeLoach, Detmer 2020). Niezależnie od stosowanych modeli cele muzykoterapii koncentrują się wokół dziecka, rodzica oraz ich relacji. W przypadku dziecka jest to między innymi: osiągnięcie korzystniejszych parametrów medycznych, nabycie zdolności

---

<sup>1</sup> Oba modele zostaną szerzej opisane w dalszej części artykułu.

koordynacyjnych podczas jedzenia-połykania-oddychania, zmniejszenie czasu pobytu w szpitalu czy zmniejszenie bólu. MT, oddziałując na rodzica, może poprawić jego samopoczucie, zmniejszać lęk czy wspierać umiejętności radzenia sobie z traumatyczną sytuacją rodzinną. Ponadto umożliwia mu rozwój interakcji ze swoim dzieckiem (Loewy 2011; Haslbeck, 2012, 2013a; 2013b, 2017; Nöcker-Ribaupierre, 2013; Loewy i in. 2013; Loewy 2015; Ettenberger i in. 2017).

Celem niniejszego artykułu jest zaznajomienie czytelnika z możliwościami stosowania aktywnej muzykoterapii na OITN na przykładzie Igi<sup>2</sup> – dziewczynki urodzonej w 27 tygodniu ciąży – oraz jej matki<sup>3</sup>. Opisywany proces odbywał się w Miejskim Szpitalu w Rudzie Śląskiej, placówce o III poziomie referencyjności – co oznacza możliwość leczenia chorych noworodków i wcześniaków w ciężkim stanie. Wspomniany oddział dysponował 44 łóżeczkami, w tym 27 inkubatorami (jest tam 15 stanowisk intensywnej terapii noworodka, 6 stanowisk opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji oraz 6 stanowisk opieki pośredniej dla noworodków niewymagających wsparcia oddechowego). Placówka współpracuje z Oddziałem Intensywnej Terapii Noworodka w Uppsali (Szwecja), dzięki czemu polski szpital stara się stworzyć warunki do rozwoju podejścia skoncentrowanego na rodzinie (informacje ze strony internetowej Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o.: <https://szpitalruda.pl/departments/oddzialy/neonatologia/>).

## Aktywna muzykoterapia u wcześniaków

Muzykoterapia dla dzieci przedwcześnie urodzonych może być wczesną formą muzycznej stymulacji, która oddziałuje na ich rozwój holistycznie (Bieleninik 2012; Arnon i in. 2006; Ettenberger i in., 2014; Loewy i in. 2013). Może stanowić wsparcie zarówno dla wcześniaka, jak i rodzica. Muzykoterapia aktywna na OITN jest zindywidualizowanym procesem rozwoju relacji pomiędzy rodzicem/rodzicami a dzieckiem za pomocą muzyki. Proste motywy muzyczne, kołysanki czy improwizacje wokalne stosowane przez **rodzica** wpływają na wzajemną interakcję z dzieckiem (Bieleninik 2015; Edwards 2011). Jego rola w procesie mu-

---

<sup>2</sup> Imię dziecka zostało zmienione.

<sup>3</sup> Muzykoterapia dla Igi była prowadzona dzięki uczestnictwu dziecka w badaniu podłużnym skuteczności muzykoterapii dla wcześniaków i ich opiekunów: międzynarodowym randomizowanym badaniu klinicznym (LongSTEP). To międzynarodowy projekt trwający od 2018 do 2022 roku, organizowany przez GAMUT przy Research Council of Norway w Bergen wspieranym przez Norweską Radę Naukową - NORCE Norwegian Research Center (nr projektu: 273534) (Ghetti i in. 2019). Niniejszy artykuł prezentuje tylko opis procesu oddziaływań muzykoterapeutycznych u dziecka przedwcześnie urodzonego. Wnikliwa analiza efektywności muzykoterapii uczestników badania będzie prezentowana na dalszych etapach projektu. Autorka artykułu w ramach wspomnianego projektu prowadziła muzykoterapię oraz zajmowała się rekrutacją dzieci przedwcześnie urodzonych do badania.

zykoterapeutycznym jest niezastąpiona (Cytowska 2014; Haslbeck 2017). Rodzic, włączając się do muzycznej aktywności, może odkryć nowe sposoby komunikacji ze swoim dzieckiem oraz nabyć umiejętności radzenia sobie z nim za pomocą muzyki. Uczy się dostrzegać jego potrzeby i reagować na nie (Oldfield 2011). Muzyczna interakcja wpływa również na lepsze samopoczucie rodziców oraz nabranie pewności siebie i swojej roli, w obciążających i trudnych warunkach szpitalnych (Haslbeck, 2004; 2012).

W pracy opisanej w niniejszym artykule wykorzystano dwa z istniejących modeli muzykoterapeutycznych ukierunkowanych na pracę z wcześniakami: *First Sounds: Rhythm, Breath and Lullaby* (RBL) stworzony przez Joanne Loewy oraz *Creative Music Therapy* (CMT) w adaptacji Friederike Haslbeck.

Pierwszy z nich (RBL) zakłada nucenie krótkich melodii, kołysanek lub piosenek znanych rodzicom w połączeniu z odpowiednią stymulacją dotykową w celu budowania fizycznej, emocjonalnej więzi dziecka i rodzica (Loewy 2011, 2015; Ullsten 2020). Doświadczenie muzyki na żywo może wspomóc proces tworzenia i rozwijania więzi rodziców z dzieckiem i stwarza możliwości komunikacyjne (Abrams i in. 2007; Blumenfeld, Eisenfeld 2006; Whipple 2000). Ważną rolę w procesie tworzenia muzyki w RBL jest głos matki, który zapewnia dziecku poczucie bezpieczeństwa, komfortu oraz przynależności do środowiska, w którym się rozwijało w okresie płodowym – pozwala na osiągnięcie stanu samoregulacji, w którym dziecko stopniowo przyzwyczaja się do nowej, otaczającej go rzeczywistości. Umożliwia nabywanie kolejnych umiejętności związanych z samodzielnym funkcjonowaniem (Abrams i in. 2007). Aktywne stosowanie muzyki jest bardziej preferowane przez dziecko niż muzyka odtwarzana (Arnon i in. 2006; Johnston i in. 2007), gdyż dzięki niej rodzic wraz z terapeutą mogą dostosować się do stanu psychofizycznego dziecka i w razie konieczności zmieniać muzyczne propozycje. Jedną z popularnych technik RBL jest tzw. *song of kin*, która polega na wyborze popularnych piosenek znanych rodzicom oraz zmodyfikowanie ich w taki sposób, aby muzycznie dostosować się do reakcji i parametrów medycznych dziecka (takich jak: tętno, saturacja czy częstotliwość oddechów). Nowo powstałe, zmodyfikowane piosenki mają spokojniejszy charakter, są wolniejsze od oryginalnych utworów, często przybierają formę kołysanek. Ich obecna forma dostosowuje dynamikę, tempo, miarowość oraz tembr głosu mamy do dziecka i jego stanu (Loewy 2015).

Kolejnym modelem muzykoterapeutycznym wykorzystywanym na OITN jest *Creative Music Therapy* (CMT). Model ten został zaadaptowany i wprowadzony u dzieci przedwcześnie urodzonych przez Friederike Haslbeck (2004, 2013a, 2013b, 2017, 2020; Haslbeck i in. 2017). Według założeń CMT nawet najmniejsza aktywność uczestnika sesji może być impulsem do tworzenia wspólnego materiału muzycznego, dzięki któremu buduje się relację terapeutyczną. Model ten jest

skoncentrowany na osobie, na jej zasobach, możliwościach i potrzebach (Haslbeck 2004; 2017). Muzyczna interakcja oparta jest na muzyce i na jej wyjątkowych właściwościach, które wspierają uczestników – w tym przypadku rodzica i dziecko – w osiąganiu zmian i adaptacji do nich (Nordoff, Robbins 2008; Verney, Andsell 2010). Zdaniem Haslbeck ta zindywidualizowana interakcyjność muzyczna, w której rodzic jest zaangażowany aktywnie, jest kluczowa (Haslbeck 2012).

Najistotniejszymi elementami w pracy na oddziale neonatologicznym w ramach CMT jest wzmacnianie komunikacji niewerbalnej rodzica z dzieckiem, wspomaganie tej relacji za pomocą muzycznej aktywności. Muzyka tworzona jest na podstawie aktywności dziecka – jego oddechu, mimiki i ruchów – te elementy nadają kształt muzycznej improwizacji opartej na nuceniu, spokojnym śpiewaniu głosek czy kołysanek. Krótkie improwizowane motywy muzyczne, kołysanki (znane rodzicom lub śpiewane w trakcie okresu prenatalnego) lub kołysanki stworzone przez rodziców dla swojego dziecka w trakcie pobytu w szpitalu (tzw. *songwriting*) są właśnie formą budowania interakcji (Shoemark 2011; Haslbeck 2020). Ta ostatnia technika – *songwriting* – jest wartościowym źródłem wspierającym rodziców, dającym im poczucie wiary w swoje możliwości w trudnych warunkach emocjonalnych i społecznych w szpitalu – tzw. *empowerment* (Haslbeck 2017). Proces tworzenia piosenki umożliwia rodzicowi zainicjowanie kontaktu ze swoim dzieckiem poprzez słowa, dźwięki, frazy, tempo oraz dotyk. Piosenki stworzone w ramach procesu są śpiewane w wyższym rejestrze melodii i wolniejszym tempie. Utwory mogą przybierać one charakter zabawowy – wtedy są przejrzyste, energiczne, z zachowaniem wyraźnych schematów rytmicznych – lub właśnie kołysankowy – są spokojniejsze, delikatniejsze niczym balsam głosu rodzica dla dziecka (Shoemark 2011). Podczas pobytu w szpitalu rodzice mierzą się z poczuciem osamotnienia, bezradności, braku kontroli czy niemożności podejmowania decyzji względem swojego dziecka. *Songwriting* przywraca wiarę rodzica w swoją sprawczość. Może on mieć realny wpływ na słowa, jakie kieruje do swojego dziecka w trakcie tworzenia i śpiewania kołysanki, jakiego rodzaju melodii użyje oraz w jakich okolicznościach będzie ją śpiewał swojemu dziecku. Muzykoterapia kreatywna w środowisku NICU pomaga rodzicom wcześniaków radzić sobie z traumą, odczuciami przytłoczenia, smutku, zwątpienia, lęku związanymi z ich dzieckiem. Ze względu na to, że stanowi element wczesnej interwencji, dostarcza poczucia bezpieczeństwa, wsparcia, ekspresji emocjonalnej czy relaksacji zarówno dziecku, jak i jego rodzicom (Bieleninik 2015; Bieleninik, Gold 2014; Haslbeck 2012, 2020).

Założenia RBL oraz CMT odnoszą się przede wszystkim do budowania i nawiązywania relacji rodzica z dzieckiem w sytuacji trudnej, jaką jest wcześniactwo i pobyt w szpitalu – w środowisku, w którym trudności fizjologiczne dziecka i emocjonalne matki – takie jak trauma wynikająca z ciągłego stanu napięcia

i niepewności, frustracji, stresu i lęku o los swojego dziecka – uniemożliwia nawiązywanie więzi pełnej spokoju i komfortu. Działania muzykoterapeutyczne prowadzone w tych modelach mogą pomagać w osiągnięciu stanu regulacji fizjologicznej i emocjonalnej zarówno dziecka, jak i jego matki/ojca oraz umacniać rodziców w poczuciu własnej tożsamości rodzicielskiej (Ghetti 2013).

## Iga – opis przypadku – informacje podstawowe

Iga – dziewczynka urodzona 7 września 2018 roku, w 27 tygodniu życia, wążąc 900 gramów. Jędynaczka. Z chwilę rozpoczęcia muzykoterapii miała 36 tygodni plus 5 dni (PMA – wiek ciężowy + czas od urodzenia) i ważyła 2,384 kg. Urodzona naturalnie. Bezpośrednio po urodzeniu otrzymała 9 punktów w skali Apgar, po 5 minutach – 10. Matka dziecka przed porodem miała wprowadzonę terapię sterydami. Po wykonaniu USG nie stwierdzono żadnych krwawień wewnętrznych. Dziewczynka miała duże trudności z samodzielnym oddychaniem ze względu na dysplazję oskrzelowo-płucną (tlenozależność), więc wprowadzano jej dodatkowy tlen w wysokości 30%. Karmiona była pokarmem mamy za pomocą sondy oraz butelki. Nie miała żadnych poważniejszych innych operacji czy zabiegów.

Po wstępnej zgodzie matki na udział w projekcie lekarka prowadząca, która podjęła decyzję o włączeniu rodziny do badania, potwierdziła, że stan dziecka jest stabilny i pomimo wsparcia farmakologicznego może otrzymać dodatkowe wsparcie w formie muzykoterapii<sup>4</sup>. Lekarka podkreślała, że wsparcie tego typu będzie ważne również dla matki dziecka ze względu na długi okres hospitalizacji, ponieważ potrzebuje ona przekierowania uwagi na budowanie relacji ze swoim dzieckiem oraz relaksację.

Matka Igi – Teresa<sup>5</sup> – podjęła ostateczną decyzję o udziale w badaniu, podpisując pisemną zgodę. Jak wynikało z wywiadu, matka dziewczynki często śpiewała oraz nuciła dziecku na oddziale. Jak przyznała, miała bogate doświadczenia muzyczne – ukończyła szkołę muzyczną w klasie fletu poprzecznego, a obecnie śpiewała w chórze, brała udział w regularnych próbach czy koncertach. Jej preferencje muzyczne były zróżnicowane – od rocka poprzez stare piosenki z lat 60. czy 70. po muzykę klasyczną, zwłaszcza pieśni operowe. Ojciec dziewczynki ze

---

<sup>4</sup> Innymi kryteriami włączającymi do badania oprócz stanu medycznego dziecka były następujące punkty: dziecko urodzone poniżej 35 tygodnia życia; dziecko hospitalizowane dłużej niż dwa tygodnie od momentu zgody rodzica; rodzice bez udokumentowanej choroby psychicznej czy niepełnosprawności intelektualnej oraz zamieszkanie rodziców w rozsądnej odległości od szpitala).

<sup>5</sup> Imię matki zostało zmienione.

względu na pracę zarobkową nie był w stanie brać udziału w spotkaniach muzykoterapeutycznych. Był obecny na jednej sesji.

## Sesje muzykoterapii u Igi i jej matki

Muzykoterapia w opisywanym przypadku objęła 23 sesje: 20 sesji prowadzonych było na OITN, pozostałe 3 sesje – na oddziale neonatologicznym. Dziewczynka znajdowała się na oddziale intensywnej terapii wraz z pięcioma innymi wcześniakami, ich stale przebywającymi mamami oraz personelem medycznym. Ze względu na liczbę osób w sali na oddziale, czasem trudno było znaleźć dogodnie miejsca do prowadzenia sesji, które byłyby komfortowe dla mamy Igi i samego dziecka. Szpital nie dysponował osobnymi pomieszczeniami, w których matka z dzieckiem czy rodzice mogliby odbywać indywidualne zajęcia z muzykoterapii. Jednakże w trakcie procesu muzykoterapeutycznego, dzięki zaangażowaniu Teresy i personelu medycznego udało się wypracować system spotkań, biorąc pod uwagę stan Igi, liczbę osób trzecich tak, aby sesje prowadzone były w sposób komfortowy dla matki i jej dziecka.

Podczas całego procesu muzykoterapeutycznego matka dziecka uczestniczyła w 21 sesjach, w jednej sesji uczestniczyli oboje rodzice, na jednej sesji obecna była tylko pielęgniarka. Sesje trwały 30-40 minut w zależności od stanu dziecka i matki. Podczas sesji dziewczynka ułożona była na rękach mamy lub w łóżeczku (z chwilą rozpoczęcia muzykoterapii była w łóżeczku, nie w inkubatorze). Muzykoterapia u Igi i jej matki opierała się na założeniach scharakteryzowanych wcześniej modeli RBL oraz CMT.

W zależności od dnia i aktualnego stanu dziecka i matki sesje różniły się od siebie. Zróżnicowane były również cele terapeutyczne, które opierały się na aktualnych potrzebach obu uczestniczek. Można zatem wyróżnić trzy obszary realizowanych potrzeb/celów:

1. potrzeby dziecka;
2. potrzeby matki;
3. potrzeby dziecka i matki jako diady.

Sesje skoncentrowane na Idze (**1. potrzeby dziecka**) polegały na dostrajaniu się do jej aktualnego stanu medycznego (na zwiększeniu i wyrównaniu saturacji, zmniejszaniu i wyrównaniu tętna, uspokojeniu jej po różnych zabiegach medycznych); próbie regulowania bodźców dźwiękowych z zewnątrz i maskowaniu dźwięków z aparatur medycznych za pomocą śpiewu i gitary oraz obserwowaniu jej reakcji w trakcie procesu muzykoterapeutycznego – jej reakcji słuchowych, wizualnych, ruchowych oraz stanów behawioralnych. Zatem celami była stymu-



lacja słuchowa i czuciowa dziecka, umożliwienie stanu regulacji i odprężenia oraz poprawa parametrów fizjologicznych.

Cele terapeutyczne względem matki (**2. potrzeby matki**) opierały się na wspieraniu jej w szpitalu za pomocą muzyki i rozmowy. Był to czas towarzyszenia Teresie w trakcie przeżywania różnych, czasem trudnych emocji i przekierowania jej uwagi, a także przestrzeń do spędzania czasu z dzieckiem. Odbywało się to poprzez pisanie piosenek dla Igi, wykorzystywanie własnych, ulubionych piosenek lub tworzenie do nich tekstu skoncentrowanego na córce i jej aktywnościach. Obserwując Teresę na zajęciach, można było zauważyć, że z dużą łatwością śpiewała i angażowała się w różne muzyczne aktywności. Jej głos (w zależności od dnia) był pewny i mocny, stąd wysuwał się na pierwszy plan w trakcie sesji muzykoterapeutycznych. Dzięki śpiewaniu znanych kołysanek lub piosenek matka Igi odczuwała sprawczość swojego działania i decyzyjność względem swojego dziecka za pomocą słów, dźwięków, melodii, rytmu, dynamiki czy tempa śpiewania. Zatem celami było wsparcie emocjonalne matki, umożliwienie jej relaksacji oraz dawanie poczucia sprawstwa oraz ekspresji swoich emocji.

Sesje nastawione na pracę relacyjną Igi i jej matki (**3. potrzeby dziecka i matki jako diady**) opierały się na rozwoju poczucia bliskości, nawiązywania i podtrzymywania więzi między nimi. Budowanie kontaktu polegało na dostosowywaniu się matki do dziecka podczas śpiewania, nucenia czy kołysania, obserwowaniu i muzycznym reagowaniu matki i terapeuty na wszelkie działania i aktywności dziecka – zmiany oddechu, mimiki czy ruchów, zmiany pozycji, w których Iga uczestniczyła w trakcie zajęć. Niektóre sesje oparte były na tworzeniu piosenek, które Teresa śpiewała dla Igi nie tylko w trakcie sesji, ale także poza nimi.

W celu przybliżenia praktycznych zastosowań muzykoterapii u Igi i jej matki zostanie zaprezentowany krótki opis poszczególnych sesji.

Sesja 1 miała charakter zapoznawczy i wprowadzający do działań muzykoterapeutycznych. Terapeutka zadawała mamie pytania związane z jej doświadczeniami muzycznymi, śpiewaniem oraz jej samopoczuciem w danym momencie. Po krótkiej rozmowie terapeutka zaproponowała aktywność opartą na wspólnym śpiewie utworów znanych matce. Początkowo Teresa była onieśmielona śpiewaniem w obecności innych mam i personelu, lecz po chwili, skupiając się na dziecku, zaczęła delikatnie nucić, później śpiewać. Pierwszą propozycją był utwór chóralny pt. „Kołysanka” Jana Maklakiewicza do tekstu Konstantego Ildefonsa Gałczyńskiego. Mama wraz z terapeutką zaczęły od nucenia przy akompaniamencie gitary, a później przejść do śpiewania tekstu:

Kochanie, moje kochanie, dobranoc, już jesteś senna  
i widzę twój cień na ścianie i noc jest taka wiosenna.  
Jedyna moja na świecie, jakże wysłowię tve imię?  
Ty jesteś mi wodą w lecie, rękawicą w zimie.

Terapeutka wspierała matkę, podążając za nią lub nadając kierunek śpiewu w zależności od potrzeb Teresy i jej córki. Iga była początkowo niespokojna, wykonywała gwałtowne ruchy. Teresa w tym czasie starała się dostosować do potrzeb dziecka, zmieniając pozycje Igi w celu zwiększenia jej komfortu. Z biegiem trwania sesji można było zauważyć reakcje dziewczynki na śpiew matki czy dźwięki gitary – obserwowano ruchy gałek ocznych oraz spontaniczne ruchy ciała. Iga uspokajała się stopniowo aż do momentu wejścia w stan głębokiego snu, na co wskazywały zamknięte oczy, regularny oddech i brak ruchów. Matka dziecka również się wyciszyła. Drugą piosenką był utwór *Sound of Silence* (muzyka, tekst oraz wykonanie: Simon i Garfunkel), którą mama zaczęła nucić po angielsku. Terapeutka zaproponowała zmianę tekstu na język polski, aby bardziej dostosować go do Igi, gdyż ten język – jego melodię, tembr, akcentowanie – dziewczynka zna jeszcze z okresu prenatalnego. Stąd powstała piosenka z nowym tekstem do melodii *Sound of Silence*:

Dla I. śpiewam tak  
 By był dla niej lepszy świat  
 Tak bardzo kocham Cię  
 Tak bardzo kocham Cię  
 O I. tak śpiewam dzisiaj Ci, aaa  
 By się dobrze spało Ci.

Tekst został napisany przez Teresę z pomocą terapeutki. Oddanie matce dziecka decyzyjności w zakresie wyboru piosenek, jej aktywność i zaangażowanie w proces twórczy dały Teresie poczucie sprawczości i wpływu, dostarczyły emocjonalnego wsparcia i przyjemności z bycia w muzycznej relacji z córką. U Igi zaobserwowano odprężenie, co przełożyło się na zmianę parametrów medycznych – saturacji, tętna oraz stanów behawioralnych. Sesja trwała 35 minut.

Kolejne sesje (2-6) miały podobną strukturę. Oprócz wspomnianych już piosenek wprowadzono adaptację utworu *Alleluja* Leonarda Cohena (tekst i muzyka: Leonard Cohen) ze zmienionym tekstem i spokojniejszym sposobem wykonania, oraz spersonalizowane wersje piosenek: polskiej wersji *Miłość rośnie wokół nas/ Can you feel the Love tonight* Eltona Johna (autor muzyki: Elton John, autor tekstu: Tim Rice) z filmu *Król Lew* oraz *Sailing* Roda Stewarta (autor muzyki i tekstu: Gavin Sutherland), do których Teresa utworzyła własny tekst:

Miłość rośnie wokół nas  
 W spokojny jasny dzień  
 Uśmiechasz się, bo lepiej czujesz się  
 Matczyną czując moc

oraz

Już jest późno  
Już jest późno  
O I. pora spać  
Ukołyszcie Ciebie mama  
Wyśpiewując imię Twe

Działania z piosenką były realizowane w oparciu o techniki muzykoterapeutyczne – *song of kin* czy *songwriting*. Pojawiały się również improwizacje i wokalizacje, które były dostosowywane do zachowania dziecka i jego reakcji na działania matki. Początkowo z terapeutką, później samodzielnie, Teresa starała się muzycznie dostroić się do Igi. Zatem jej zaangażowanie nie miało – śpiewanie, nucenie, tworzenie dla córki było motywatorem do innej aktywności niż dotychczas (sprzed rozpoczęcia muzykoterapii). Podczas śpiewu mamie towarzyszył akompaniament gitary i głos terapeutki, które dawały jej poczucie bezpieczeństwa, a także dodawały jej pewności i swobody w głosie oraz działaniu. Zdarzały się momenty, w których matka wołała tylko słuchać i się wyciszyć, wtedy swoim oddechem starała się dać córce poczucie bezpieczeństwa.

Warta uwagi była sesja 7, podczas której Teresa była twórcza i radosna. Utworzyła improwizowany tekst piosenki świątecznej (*Winter Wonderland* – autor muzyki: Felix Bernard; autor tekstu: Dick Smith) (było to bowiem czas zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia), w której opisywała chęć powrotu do domu z córką – *Pada śnieg, idą święta. A I. uśmiechnęta. Do domu tuż tuż, Szykujemy się już, lalalala, hej!*). Ponadto podkreślała, że wszyscy domownicy na nich czekają: *Czeka babcia, dziadek i Orionek (kot). Ciocia wujek i kuzyni też. Gdy I. będzie w końcu w domu, śmiejąc się, gaworząc tu i tam*. Podczas sesji Iga ze stanu senności stopniowo przeszła w stan spokojnego snu (oczy zamknięte, regularny oddech, odprężenie).

Na kolejnych spotkaniach stan dziecka ulegał poprawie – Iga przybierała na wadze, osiągając 3400 gramów. Porównując pomiary przed rozpoczęciem muzykoterapii i po niej, zaobserwowano poprawę w zakresie zarówno saturacji, jak i tętna. Dziewczynka coraz częściej była aktywna – uśmiechała się, spoglądała na mamę bądź na otoczenie, oddychała miarowo i regularnie. Matka Igi, widząc te zmiany, była zmotywowana i gotowa na dalsze proponowane aktywności muzyczne. Od 12 sesji Iga wraz z Teresą zostały przeniesione z OITN do oddziału neonatologicznego, gdyż stan dziewczynki się stopniowo stabilizował.

Na sesji 13 Iga ponownie wykazywała pobudzenie. Po raz pierwszy pojawiały się wokalizacje, ruchy rącek w różnych kierunkach. Dziewczynka wydawała się świadoma stymulacji słuchowej i wzrokowej. Nawiażywała kontakt wzrokowy zarówno z mamą, jak i terapeutką, koncentrowała się również na czarnej gitarze. Były momenty, w których Iga okazywała niezadowolenie z ułożenia swojego ciała. Gdy matka zaczęła częściej zmieniać jej pozycje – raz na rękach, raz w łóżeczku –

Iga zaczęła się stopniowo uspokajać. Terapeutka w tym czasie odzwierciedlała swoją grą aktywność dziecka poprzez zwiększanie tempa oraz dynamiki gry.

Niestety pozytywny przebieg hospitalizacji uległ pogorszeniu. Pomiędzy 13 a 14 sesją Iga zadławiła się w trakcie karmienia i przestała oddychać. Po tym wypadku ponownie trafiła na oddział intensywnej terapii. Matka była załamana stanem Igi oraz faktem, że wyjście Igi ze szpitala musi zostać opóźnione. Teresa wyraziła chęć rezygnacji z sesji muzykoterapeutycznych. Nie chciała się już włączać w działania. Widać było bardzo duże zmęczenie, frustrację, smutek i wszechogarniający żal. W związku z zaistniałą sytuacją terapeutka podczas kolejnych sesjach skupiła się na mamie i na jej wsparciu, oferując rozmowę, działania odprężające, relaksujące oparte na wspólnym oddychaniu. Ostatecznie matka Igi nie zrezygnowała z zajęć, choć jej motywacja i zaangażowanie było wyraźnie niższe niż na początku współpracy.

Na 17 sesji terapeutka podjęła decyzję o wprowadzeniu nowego instrumentu, który mógł być interesujący zarówno dla dziecka, jak i dla mamy ze względu na jego uspokajające brzmienie. Był to *ocean disc* (bęben wypełniony metalowymi kuleczkami; jego dźwięk przypomina odgłosy z okresu prenatalnego dziecka – Loewy i in. 2013; Haslbeck 2017). Iga bardzo się ożywiła – pojawiły się ruchy głowy w kierunku nowego dźwięku oraz kontakt wzrokowy z mamą i terapeutą. Im Iga wykazywała większą aktywność, tym u Teresy następowała poprawa samopoczucia. Uwaga dziewczynki utrzymywała się przez kilkanaście minut – podczas grania na *ocean discu* oraz śpiewaniu znanej piosenki *Panie Janie*. Matka wraz z terapeutą śpiewały w kanonie, potęgując stymulację dźwiękową. Iga sprawiała wrażenie zaszuchanej i skoncentrowanej.

Sesją, którą można uznać za wyjątkową, było spotkanie 20. Po raz pierwszy na sesji był obecny ojciec dziewczynki. Początkowo obserwował, na czym polega muzykoterapia, wsłuchiwał się w muzykę i dopytywał, jak reaguje Iga. Najpierw zdystansowany, dość szybko się zaangażował – nawiązywał relację z córką, często uśmiechał się do niej i mówił, lecz nie śpiewał. Dotykał poszczególnych części ciała Igi, o których śpiewała terapeutka. Dziewczynka w tym czasie leżała w łóżeczku, miała skupione spojrzenie, regularny oddech, była aktywna ruchowo oraz gotowa na przyjmowanie coraz to większej liczby bodźców zewnętrznych. Wydaje się, że sesja była przyjemnym doświadczeniem dla ojca Igi. Niestety z przyczyn zawodowych ojciec dziecka nie mógł towarzyszyć córce w pozostałych spotkaniach.

Spotkanie 22 było ostatnim, w którym wzięły wspólnie udział matka z córką. Od dłuższego czasu można było zaobserwować znaczny spadek zaangażowania mamy. Nie chciała już śpiewać ani wyjmować dziecka z łóżeczka, tylko delikatnie dotykała jej główki. Początkowo Iga była aktywna, a więc mama stymulowała ją dotykowo, jednak wydawała się zmęczona i niechętna do działania, choć jedno-

częście angażowała się w rozmowę z terapeutką. Rozmowa ta miała charakter zamykający proces na płaszczyźnie werbalno-muzycznej. Iga w tym czasie była aktywna, ale zrelaksowana. Pod koniec rozmowy stawała się coraz spokojniejsza, aż zasnęła. Ostatnie spotkanie (23) miało charakter pożegnalny ze względu na wypis ze szpitala i opuszczenie placówki przez Igę i Teresę.

Cały proces muzykoterapeutyczny był bardzo zróżnicowany. Takie też były potrzeby dziecka, jego matki i ich relacji. Sesje skoncentrowane na Idze były oparte na dostrajaniu się do jej aktualnego stanu medycznego, próbie regulowania bodźców dźwiękowych z zewnątrz, dopasowywaniu się do pozycji, aktywności i rozwoju na „tu i teraz” oraz na obserwowaniu i reagowaniu na jej sensoryczne odpowiedzi w trakcie procesu muzykoterapeutycznego. Choć w centrum spotkań była dziewczynka, muzykoterapia oddziaływała również na matkę, na jej poczucie sprawstwa i wpływu oraz na ich wzajemną relację.

Sesjami, w których pojawiły się istotne momenty relacyjne, były:

- 13 sesja, w której Iga nawiązywała kontakt wzrokowy z matką;
- sesje 17, 18, 19, w których pojawiła się aktywność dziecka pod względem słuchowym, wizualnym i ruchowym pod wpływem otaczających stymulacji w postaci śpiewu, ruchu czy instrumentu (gitara i ocean disc);
- sesje 20, 21, 22 – Iga miała skupione spojrzenie, regularny oddech; pojawiała się aktywność ruchowa, nawet wokalizacje.

Działania nastawione na pracę relacyjną między mamą i córką oraz rozwijanie poczucia bliskości opierały się na instruowaniu, inspirowaniu do nawiązywania kontaktu i wzajemnego dostosowywania się podczas aktywności muzycznych (nucenie czy śpiewanie w różnej dynamice w zależności od stanu Igi, zmiany pozycji jej ciała, stymulowanie kontaktu dotykowego). Sesje były również formą przekierowania uwagi od różnych, ciężkich sytuacji stresowych matki i dziecka (sesje 14, 15, 16) i tworzyły przestrzeń do spędzania czasu z dzieckiem w atmosferze bliskości i spokoju.

Dużą część procesu obejmowała pracę z matką. Sesje, w których brała ona czynny udział, wiązały się ze wspieraniem jej za pomocą muzyki i rozmowy. Teresa z dużą łatwością śpiewała, tworzyła słowa piosenek, angażowała się z różnymi muzycznymi aktywnościami, a jej głos był pewny i mocny. Czasem matka zamykała oczy i wtulała się w córkę – potrzebowała oderwania się od szpitalnej rzeczywistości, skupiając się wyłącznie na swoim dziecku – lub też chętnie mówiła o sobie – swoich planach, działaniach, które realizuje poza szpitalem czy o aktywnościach zawodowych. Muzykoterapia dla matki Igi była formą towarzyszenia jej w trakcie różnych przeżywanych emocji i stanów.

Podsumowując cały proces muzykoterapeutyczny, można zauważyć, że zaangażowanie rodzica początkowo było duże, jednak stopniowo malało. Czynniki, które mogły bezpośrednio przyczynić się do spadku motywacji rodzica na

sesji, były: niestabilny stan oddechowy Igi, jej trudności z oddychaniem i karmieniem, długi pobyt w szpitalu. Z kolei u dziewczynki dostrzega się tendencję odwrotną – na pierwszych sesjach Iga była mało aktywna i rzadko reagowała na aktywność muzyczną. Jednak z biegiem czasu wykazywała coraz większą aktywność słuchowo-ruchowo-wzrokową, koncentrując się na twarzy matki lub terapeuty oraz dostrzegając instrumenty (gitara, *ocean disc*), aktywizowała się lub uspokajała w zależności od okoliczności. Można było również zauważyć, iż reakcje córki przekładały się na lepsze samopoczucie matki i odwrotnie – im większa aktywność rodzica na sesji, tym większa aktywność dziecka podczas sesji. Działania muzykoterapeutyczne miały wielowymiarowe skutki dla każdej z uczestniczek sesji i ich relacji.

## Dyskusja

Aktywna muzykoterapia może wspomóc rozwój dziecka przedwcześnie urodzonego, wspierać rodziców i towarzyszyć im w nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji ze swoim dzieckiem. Muzykoterapia dla Igi i jej mamy była procesem, w którym obie uczestniczki poznawały się lepiej w różnych okolicznościach, czasem sprzyjających, spokojnych i twórczych, a czasem trudnych i emocjonujących. Częstotliwość spotkań – trzy razy w tygodniu – sprawiała, że proces był intensywny, dzięki czemu możliwe było wnikliwe obserwowanie dziecka, jego reakcji oraz zmian. Sesje koncentrowały się na dziecku, matce i ich wzajemnej relacji. Duże znaczenie miały następujące działania terapeutki:

1. dostosowywała się do samopoczucia mamy, do jej aktywności, zaangażowania, dopytywała, obserwowała, reagowała;
2. brała pod uwagę stan dziecka (stany behawioralne, parametry medyczne, ruchy, mimikę, reakcje);
3. obserwując dziecko i mamę jednocześnie, instruowała rodzica, jak świadomie wykorzystywać głos, muzykę i ruch w interakcji z dzieckiem, np. jak reagować na zachowanie Igi w sposób muzyczny lub w jaki sposób przyczyniać się do poprawy np. saturacji czy tętna;
4. terapeutka stopniowo wycofywała się z aktywności wokalne, aby dać matce i dziecku przestrzeń do bycia razem w muzyce; towarzyszyła im za pomocą gitary, kontaktu wzrokowego, była obecna;
5. inspirowała do działań, zachęcała, ale nie zmuszała do aktywności; dawała możliwość wyboru i starała się stwarzać komfortowe warunki dla matki i dziecka.

Ważnymi i znaczącymi momentami z perspektywy muzykoterapeutki była **twórczość mamy** i jej zdolność do tworzenia piosenek, **kontynuacja muzykoterapii**

**pii pomimo załamania Teresy i stanu zdrowia Igi oraz wzrost aktywności (zwłaszcza słuchowo-wzrokowo-ruchowej) dziecka i jej reaktywność na instrumenty (ocean disc, gitara) – ich brzmienie, rozmiar, wibrację oraz na głos mamy – w trakcie śpiewania czy mówienia.** Niestety z przyczyn organizacyjnych nie udało się porozmawiać z matką o jej wrażeniach, refleksjach czy spostrzeżeniach dotyczących muzykoterapii.

Trudności, które uwidoczniły się podczas procesu muzykoterapeutycznego z Igą i jej matką, związane były z organizacją miejsca spotkań, gdyż szpital nie dysponował osobnymi pomieszczeniami, w których matka z dzieckiem mogliby odbywać indywidualne zajęcia z muzykoterapii. Ponadto obecność osób trzecich - innych rodziców, personelu medycznego - mogła wpłynąć na poczucie komfortu matki dziecka oraz na jej swobodę w wyrażaniu zróżnicowanych stanów emocjonalnych.

Celem niniejszego artykułu było zaznajomienie czytelnika z możliwościami zastosowania muzykoterapii aktywnej na OITN poprzez zaprezentowanie historii Igi – dziecka urodzonego w 27 tygodniu życia oraz jej mamy Teresy. Opis procesu muzykoterapeutycznego opartego na modelach RBL oraz CMT miał zilustrować możliwości prowadzenia muzykoterapii na oddziale. Starano się również wskazać sposoby prowadzenia muzykoterapii w polskich warunkach szpitalnych, w którym jak dotąd nie była prowadzona tego typu interwencja. Warto również podkreślić, że samo badanie ma pewne ograniczenia. Jednym z nich jest mała grupa badana. Przedstawiona jest historia tylko jednej rodziny, stąd nie jest wskazane, aby uogólniać możliwości prowadzonej terapii na szerszą populację. Kolejnym ograniczeniem jest mało wnikliwa analiza efektywności samego procesu muzykoterapii wspomnianych uczestników, w tym brak informacji zwrotnej od matki dziecka na temat spostrzeżeń dotyczących muzykoterapii. Jednakże ze względu na etapowość projektu, efektywność działań muzykoterapeutycznych zostanie przedstawiona na dalszych etapach międzynarodowego, randomizowanego badania skuteczności muzykoterapii dla wcześniaków i ich opiekunów (LongSTEP) (Ghetti i in. 2019).

Historia Igi i jej matki pokazuje, że wprowadzenie terapii, która skupia się na rodzinie, na rozwijaniu wzajemnej relacji oraz na uczeniu się komunikacji, może przyczynić się do poprawy jakości życia matki i dziecka (Haslbeck, 2013a; Bieleninik, Gold, 2014; Bieleninik, 2015; Ettenberger i in. 2017; Haslbeck 2017; Ullsten i in. 2019). Oczywiście, istnieje potrzeba prowadzenia dalszych badań sprawdzających efektywność muzykoterapii na oddziale neonatologicznym na gruncie krajowym (Standley 2012; Bieleninik i in. 2016). Jednakże niniejszy opis przypadku oraz rosnąca liczba międzynarodowych badań wskazują na korzyści terapeutyczne prowadzonej muzykoterapii dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodziców (Bieleninik, Ghetti 2019).

Muzykoterapia może wspierać fizjologiczne, behawioralne i emocjonalne obszary funkcjonowania dziecka i jego rodziców z poszanowaniem ich indywidualnych potrzeb, pragnień i możliwości. Może stanowić źródło cennych informacji dla lekarzy/położnych/pielęgniarek o stanie dziecka, jego reakcjach czy o zmianach parametrów medycznych. Zatem terapia muzyką w warunkach szpitalnych może być indywidualnym wsparciem dla całej społeczności szpitalnej – wcześniaków, ich rodzin oraz personelu. Biorąc pod uwagę, że Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej jako pierwszy szpital w Polsce wprowadził muzykoterapię w ramach projektu badawczego LongSTEP, można liczyć na to, że ta forma wsparcia będzie tam kontynuowana (jako standardowa opieka dla wszystkich wcześniaków) oraz mieć nadzieję, że inne szpitale otworzą się na możliwości muzykoterapii i dostrzegą pozytywne korzyści z jej stosowania na oddziałach neonatologicznych w całej Polsce.

## Bibliografia

- Abrams B., Dessler A.-M., Lee S., Loewy J., Silverman F., Telsey A. (2007), *Instituting Music Therapy in the NICU: A Team Centered Approach* [w:] *Music Therapy in the Neonatal Intensive Care Unit*, red. J. Loewy, The Louis and Lucille Armstrong Music Therapy Program Beth Israel Medical Center, New York, 21-37.
- Arnon S., Shapsa A., Forman L., Regev R., Bauer S., Dolfin T. (2006), *Live music is beneficial to preterm infants in the neonatal intensive care unit environment*, „*Birth*” 33: 131–136.
- Bieleninik Ł. (2012), *Dzieci urodzone przedwcześnie w percepcji matek*, Harmonia Universalis, Gdańsk.
- Bieleninik Ł. (2015), *Muzykoterapia a więź emocjonalna* [w:] *Psychologia muzyki. Między wykonawcą a odbiorcą*, red. J. Kaleńska-Rodzaj, R. Lawendowski, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk, 113–132.
- Bieleninik Ł., Bidzan I., Bidzan M. (2014), *Wcześniactwo a trudne rodzicielstwo w okresie pre- i perinatalnym*, „*Roczniki Pedagogiczne*”, 5 (41): 39–68.
- Bieleninik Ł., Gold Ch. (2014). *Early intervention for premature infants in neonatal intensive care unit*, „*Acta Neuropsychologica*”, 12 (2): 185–203.
- Bieleninik Ł., Ghetti C., Gold Ch. (2016), *Music therapy for preterm infants and their parents: a meta-analysis*, „*Pediatrics*”, 138, <https://pediatrics.aappublications.org/content/138/3/e20160971> [dostęp: 10.06.2021].
- Bień A.M., Bałanda-Bałdyga A., Skurzak A. (2009), *Zasady postępowania z noworodkiem urodzonym przedwcześnie podczas porodu i bezpośrednio po urodzeniu* [w:] *Opieka nad wcześniakiem*, red. A.B. Pilewska-Kozak, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 61–69.
- Blumenfeld H., Eisenfeld L. (2006), *Does a mother singing to her premature baby affect feeding in the neonatal intensive care unit?*, „*Journal of Clinical Pediatrics*”, 45: 65–70.
- Cytowska B. (2014), *Idea wczesnej interwencji i wspomaganie rozwoju małego dziecka* [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 15–26.



- DeLoach D., Detmer M. (2020), *Amerykański Narodowy Instytut ds. Muzykoterapii Medycznej dla Dzieci i Niemowląt: interwencje muzykoterapeutyczne na oddziale intensywnej terapii noworodka* [w:] *Muzykoterapia dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodzin. Teoria i praktyka*, red. Ł. Bieleninik, L. Konieczna-Nowak, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa, 148–163.
- Detmer M., Evans K., Shina E., Walker K., DeLoach D., Malovitz J.R. (2020), *Multimodal neurological enhancement improves preterm infants's developmental outcomes: A longitudinal pilot study*, „*Neonatal Network*”, 39 (1): 16–23.
- Edwards J. (2011), *Music therapy and parent – infant bonding* [w:] *Music therapy and parent – infant bonding*, red. J. Edwards, Oxford University Press, Oxford, 5–21.
- Ettenberger M., Cardenas C.R., Parker M., Odell-Miller H. (2017), *Family-centred music therapy with preterm infants and their parents in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) in Colombia – A mixed-methods study*, „*Nordic Journal of Music Therapy*”, 25 (3), 207–234.
- Ettenberger M. (2020), *Muzykoterapia dla ojców na oddziale intensywnej terapii noworodka – doświadczenia z Ameryki Południowej* [w:] *Muzykoterapia dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodzin. Teoria i praktyka*, red. Ł. Bieleninik, L. Konieczna-Nowak, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa, 164–172.
- Ghetti C.M. (2013), *Pediatric intensive care* [w:] *Guidelines for music therapy practice in pediatric care*, red. J. Bradt, Barcelona Publishers, Gilsum, 152–204.
- Ghetti C. M., Bieleninik Ł., Hysing M., Kvestad I., Assmus J., Vederhus B., Gold Ch. (2019), *Longitudinal study of music therapy's effectiveness for premature infants and their caregivers (LongSTEP): protocol for an international randomized trial*, *BMJ Open*, 9 (8), <https://bmjopen.bmj.com/content/9/8/e025062> [dostęp: 10.06.2021].
- GUS, *Dziedzinowe Bazy Wiedzy*, 2020, [http://swaid.stat.gov.pl/Demografia\\_dashboards/Raporty\\_predefiniowane/RAP\\_DBD\\_DEM\\_9.aspx](http://swaid.stat.gov.pl/Demografia_dashboards/Raporty_predefiniowane/RAP_DBD_DEM_9.aspx) [dostęp: 10.09.2021].
- Haslbeck F. (2004), *Music therapy with preterm infants – theoretical approach and first practical experience*, „*Music Therapy Today*”, 5 (4), 1–15.
- Haslbeck F. (2017), *Three little wonders: Music therapy with families in neonatal care* [w:] *Music Therapy with Families. Therapeutic Approaches and Theoretical Perspectives*, red. S.L. Jacobsen i G. Thompson, Jessica Kingsley Publishers, Londyn–Filadelfia, 19–44.
- Haslbeck F.B. (2012), *Music therapy for premature infants and their parents: an integrative review*, „*Nordic Journal of Music Therapy*”, 21 (3), 203–226.
- Haslbeck F.B. (2013a), *The interactive potential of creative music therapy with premature infants and their parents: A qualitative analysis*, „*Nordic Journal of Music Therapy*”, 23 (1), 36–70.
- Haslbeck F.B. (2013b), *Creative music therapy with premature infants: an analysis of video footage*, „*Nordic Journal of Music Therapy*”, 23 (1), 5–35.
- Haslbeck F.B. (2020), *Zestrojenie mózgu z muzyką – neuronaukowe ramy muzykoterapii kreatywnej w opiece nad noworodkami* [w:] *Muzykoterapia dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodzin*, red. Ł. Bieleninik, L. Konieczna-Nowak, Wydawnictwo Scholar, Warszawa, 121–131.
- Haslbeck F.B., Bucher H.-U., Bassler D., Hagmann C. (2017), *Creative music therapy to promote brain structure, function, and neurobehavioral outcomes in preterm infants: a randomized controlled pilot trial protocol*, „*Pilot and Feasibility Studies*”, 3 (36), 2–8.
- Johnston C.C., Filion F., Nuyt A.M. (2007), *Recorded maternal voice for preterm neonates undergoing heel lance*, „*Advanced Neonatal Care*”, 7: 258–266.

- Lindberg B., Axelsson K., Ohrling K., (2007), *The birth of premature infants: Experiences from the father's perspective*, „Journal of Neonatal Nursing”, 13 (4), 142–149.
- Loewy J. (2015). *NICU music therapy: Song of kin as critical lullaby in research and practice*, „Annals of The New York Academy of Sciences”, 1337: 178–185.
- Loewy J.V. (2011), *Music Therapy for hospitalized infants and their parents* [w:] *Music therapy and parent-infant bonding*, red. J. Edwards, Oxford University Press, Oxford, 179–190.
- Loewy J.V., Stewart K., Dassler A.-M., Telsey A., Homel P. (2013), *The effects of music therapy on vital signs, feeding, and sleep in premature infants*, „Pediatrics”, 131 (5), 902–918.
- Mondanaro J., Ettenberger M., Park L. (2016), *Mars Rising: Music Therapy and the Increasing Presence of Fathers in the NICU*, „Music & Medicine”, 8 (6): 96–107.
- Nöcker-Ribaupierre M. (2013), *Premature infants* [w:] *Guidelines for Music Therapy Practice in Pediatric Care*, red. J. Bradt, Barcelona Publishers, Gilsum, 66–115.
- Nordoff P., Robbins C. (2008), *Creative Music Therapy. A Guide to Fostering Clinical Musicianship*, Barcelona Publishers, Gilsum.
- Oldfield A. (2011), *Parents' perception of being in music therapy sessions with their music: what is our role as music therapists with parents?*, [w:] *Music therapy and parent-infant bonding*, red. J. Edwards, Oxford University Press, Oxford, 58–72.
- Oleszczuk J., Sawulicka-Oleszczuk H. (2009), *Wczesniactwo jako problem medyczny, rodzinny i społeczny*, [w:] *Opieka nad wcześniakiem*, red. A.B. Pilewska-Kozak, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 17–25.
- Pilch D. (2009), *Fototerapia, aromaterapia i muzykoterapia w opiece nad noworodkiem urodzonym przedwcześnie* [w:] *Opieka nad wcześniakiem*, red. A.B. Pilewska-Kozak, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 242–248.
- Shoemark H. (2011), *Translating 'Infant-Directed Singing' into a Strategy for a Hospitalized Family* [w:] *Music therapy and parent-infant bonding*, red. J. Edwards, Oxford University Press, Oxford, 161–178.
- Sloan K., Rowe J., Jones J. (2008), *Stress and coping in fathers following the birth of a preterm infant*, „Journal of Neonatal Nursing”, 14 (4): 108–115.
- Standley J. (2012), *Music therapy research in NICU: an updates meta-analysis*, „Neonatal Network”, 31: 311–316.
- Standley J.M. (1998), *The effect of music and multimodal stimulation on responses of premature infants in neonatal intensive care*, „Journal of Pediatric Nursing”, 24 (6), 532–538.
- Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o. (2021), *Oddział neonatologiczny*, <https://szpital-ruda.pl/departments/oddzialy/neonatologia/> [dostęp: 10.06.2021].
- Ullsten A., (2020), *Muzykoterapia z muzyką na żywo i śpiewaniem kołysanek jako wsparcie emocjonalne podczas bolesnych zabiegów. Uzasadnienie dla śpiewania piosenek w ramach leczenia bólu u noworodków* [w:] *Muzykoterapia dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodzin*, red. Ł. Bieleninik, L. Konieczna-Nowak, Wydawnictwo Scholar, Warszawa, 132–147.
- Ullsten A., Gaden T.S., Mangernes J. (2019), *Development of family-centred care informing Nordic neonatal music therapy*, [w:] *Music in paediatric hospitals – Nordic perspectives*, red. L.O. Bonde i K. Johansson, Norwegian Academy of Music, Oslo, 1–25.
- Verney R., Ansdell G. (2010), *Conversations on Nordoff-Robbins Music Therapy*, Barcelona Publishers, Gilsum.
- Whipple J. (2000), *The effect of parent training in music and multimodal stimulation on parent – neonate interactions in the neonatal intensive care unit*, „Journal of Music Therapy”, 37 (4): 250–268.