

DAUGAVPILS UNIVERSITĀTE

MIRDZA PAIPARE

**MŪZIKAS TERAPEITA
PROFESIONĀLĀS KOMPETENCES ATTĪSTĪBA LATVIJĀ**

**THE DEVELOPMENT OF PROFESSIONAL COMPETENCY
OF MUSIC THERAPISTS IN LATVIA**

PROMOCIJAS DARBS

(tematiski vienota zinātnisko publikāciju kopa)

ZINĀTNES DOKTORA GRĀDA

ZINĀTNES DOKTORS (*PH.D.*) SOCIĀLAJĀS ZINĀTNĒS IEGŪŠANAI

(izglītības zinātņu nozares augstskolas pedagoģijas apakšnozarē)

DAUGAVPILS 2023

Promocijas darbs izstrādāts Liepājas Universitātē laika periodā no 2007. līdz 2023. gadam.

Promocijas darba zinātniskā vadītājs: Dr. paed. Edgars Znutiņš.

Oficiālie recenzenti:

Profesore, Dr. paed. Jeļena Davidova, Daugavpils Universitāte;

Profesore, Dr. sc. admin. Daina Vasiļevska, Biznesa augstskola Turība;

Profesors, Dr. paed. Jānis Dzerviniks, Rēzeknes Tehnoloģiju akadēmija.

Promocijas darba aizstāvēšana notiks Daugavpils Universitātes Izglītības zinātņu promocijas padomes atklātajā sēdē tiešsaistē ZOOM platformā 2023. gada 24. novembrī plkst. 13.00.

Ar promocijas darbu un tā kopsavilkumu var iepazīties Daugavpils Universitātes bibliotēkā Parādes ielā 1, Daugavpilī un <http://du.lv/lv/zinatne/promocija/darbi>.

Atsauksmes sūtīt promocijas padomes sekretāram Daugavpilī, Parādes ielā 1, LV-5401, tālrunis +371 65423265, e-pasts: sandra.zarina@du.lv.

Padomes sekretāre: Docente, Dr. paed. Sandra Zariņa.

Saturs

Saīsinājumi	4
Biežāk lietotie termini	5
IEVADS	6
1. TEORĒTISKAIS IETVARIS	20
1.1. Mūzikas terapijas teorētiskais ietvars	20
1.2. Mūzikas terapeita kompetence teorētiskajā skatījumā	22
1.3. Mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības modeļa teorētiskais pamatojums	25
1.4. Paradīgu maiņa izglītībā un tās ietekme uz mūzikas terapijas studijām	26
2. MŪZIKAS TERAPEITA PROFESIONĀLĀS KOMPETENCES ATTĪSTĪBAS MODELIS	28
2.1. Mūzikas terapeitam nepieciešamās kompetences un profesionālās darbības jomas.....	28
2.1.1. Mūzikas terapeita kompetences attīstība studiju programmās salīdzinošā analīze	29
2.1.2. Normatīvajos aktos noteiktās prasības attiecībā uz mūzikas terapeita kompetencēm	29
2.2. Mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības modelis un tā izvērtējums	31
NOSLĒGUMS	40
SECINĀJUMI UN PRIEKŠLIKUMI	41
PROMOCIJAS DARBA KOPSAVILKUMS ANĢĻU VALODĀ	43
LITERATŪRAS SARAKSTS	87
RAKSTI	92

Saīsinājumi

AII- Augstākās izglītības iestādes

a. g. – akadēmiskais gads

EK – Eiropas Komisija

EPMA - Eiropas Asociācija predikatīvai, preventīvai un personalizētai medicīnai
(angļu - *European Association for Predictive, Preventive and Personalized Medicine*).

ES – Eiropas Savienība

IZM – Izglītības un Zinātnes ministrija

LiepU – Liepājas Universitāte

NAP 2021–2027 – Latvijas valsts Nacionālās attīstības plāns 2021.–2027. gadam

LMūzTA – Latvijas Mūzikas terapijas asociācija

LMTAA – Latvijas Mākslu terapijas apvienību asociācija

LR – Latvijas Republika

MK – Ministru kabinets

MTPKA modelis – Mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības modelis

NAP - Latvijas valsts Nacionālās attīstības plāns 2021.–2027. gadam

PVO – Pasaules Veselības organizācija

RSU – Rīgas Stradiņa universitāte

VISC – Valsts izglītības satura centrs

Biežāk lietotie termini

Mākslu terapija – veselības aprūpes joma, kurā mākslas terapeita vadībā terapeitiskā vidē individuāli vai grupā, klātienē vai attālināti pacientu vai klientu fiziskās un/vai psihiskās veselības, un/vai sociālo problēmu risināšanai un prevencei, kā arī personības izaugsmei pēc izvērtēšanas un vienošanās izmanto uz mākslas ekspresiju balstītas intervences un refleksiju (Mārtinsone & Duhovska, 2021).

Mūzikas terapija – mūzikas zinātnisks pielietojums terapeitiskiem mērķiem, mūzikas un tās izteiksmes līdzekļu (skaņas, ritma, melodijas un harmonijas, dinamikas u.c.) izmantošana mūzikas terapeita, klienta/pacienta individuālajā vai grupas attiecību procesā, ar mērķi veicināt un sekmēt komunikāciju un attiecības, mācīšanos un izziņu, mobilizēšanos, izteiksmi un organizāciju jeb fizisko, garīgo un sociālo veselību, tādējādi veicinot indivīda potenciālu attīstību un/vai atjaunotu viņa funkcijas un sasniegtu labāku dzīves kvalitāti (Paipare, 2009, LMūzTA, 2021).

Mākslas terapeits – ārstniecības persona, kas ieguvusi otrā līmeņa profesionālo maģistra grādu veselības aprūpē un profesionālo kvalifikāciju ar specializāciju vienā no mākslas veidiem (Ārstniecības likums, 1997; MK noteikumi Nr. 264, 2017; MK noteikumi Nr. 268, 2009). Atbilstoši termina “mākslas terapeits” skaidrojuma “mūzikas terapeits” ir ārstniecības persona, kas ieguvusi otrā līmeņa profesionālo maģistra grādu veselības aprūpē un profesionālo kvalifikāciju ar specializāciju mūzikā. Paraleli terminam mūzikas terapeits Latvijā tiek lietots arī “mākslas terapeits mūzikas terapijā” termins, kas veidojies, balstoties Mākslas terapeita profesijas standartā (2008) un atbilstoši kuram Liepājas Universitātes īstenotā profesionālā maģistra studiju programma sagatavo profesionālās kvalifikācijas līmenim atbilstošus mākslas terapeitus mūzikas terapijā.

Mākslas terapeits – funkcionālais speciālists (fizioterapeits, ergoterapeits, reitterapeits, tehniskais ortopēds, klīniskais logopēds, uztura speciālists, mākslas terapeits) ir ārstniecības persona, kas ieguvusi otrā līmeņa profesionālo augstāko medicīnisko izglītību un darbojas atbilstoši savai kompetencei ārstniecībā. (saskaņā ar Grozījumiem Ārstniecības likuma 45.1 pantā, likums pieņemts Saeimā 2012. gada 21. jūnijā, stājas spēkā 2012. gada 11. jūlijā).

Kompetence – nepieciešamās zināšanas, profesionālā pieredze, izpratne kādā noteiktā jomā, jautājumā un prasme zināšanas un pieredzi izmantot konkrētā darbībā (Skujiņa, 2000, 248).

Prasme – māka veikt kādu darbību atbilstoši nepieciešamajai kvalitātei un apjomam, darbības izpildes priekšnosacījums; tāda zināšanu un darbības paņēmieni apguves pakāpe, kas ļauj apgūto izmantot mērķtiecīgā darbībā (Skujiņa, 2000, 248).

Profesionālā kompetence – profesionālās darbības veikšanai nepieciešamo zināšanu, prasmju un atbildības kopums noteiktā darba situācijā (Profesionālās izglītības likums, 1999).

IEVADS

Mākslas un mūzikas terapeitu sagatavošana Latvijā ir nosacīti nesena prakse, par kuras aizsākumu var uzskatīt 2003. gadu, kad Liepājas Pedagoģijas akadēmijā (tagad Liepājas Universitātē, turpmāk – LiepU) tika uzsākta licencētās otrā līmeņa profesionālās studiju programmas “Mūzikas terapija” īstenošana. Mākslas terapijas speciālista profesijas standarts Latvijā izstrādāts 2005. gadā, par pamatu ņemot Lielbritānijas modeli. Mākslu terapija Latvijā ir ne tikai kā papildinoša disciplīna medicīnā, bet patstāvīga un jauna joma veselības aprūpē. Tas nosaka mākslas terapijas starpdisciplināro raksturu: mākslas terapeits ir ārstniecības persona, kura strādā veselības, sociālās aprūpes vai izglītības jomā ar klientiem/ pacientiem, kuriem ir somatiski, fiziski, psihiski traucējumi vai psiholoģiskas grūtības.

Šobrīd (2022./2023. a. g.) Latvijā ir izveidotas un tiek īstenotas divas maģistra studiju programmas veselības aprūpē: “Mākslas terapija” Rīgas Stradiņa universitātē (turpmāk – RSU) un “Mūzikas terapija” LiepU. Nepilnu divu desmitu gadu laikā mūzikas terapeita specialitāti LiepU ieguvuši 83 absolventi, savukārt RSU mūzikas terapeita kvalifikāciju – 26.

Promocijas darba autore aktīvi līdzdarbojas mūzikas terapijas kā studiju disciplīnas un mūzikas terapeita kā profesijas tapšanā kopš to pirmsākumiem Latvijā, vadot studiju programmu izstrādi un īstenošanu, profesijas un izglītības standartu formulēšanu un saskaņošanu, izveidojot un vadot Latvijas Mūzikas terapijas asociāciju (turpmāk – LMūzTA). Autores teorētiskās un empīriskās izpētes rezultātā ir izstrādāts *Mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības* (turpmāk – MTPKA) modelis, kurā konceptualizēts mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības ceļš atbilstoši profesijas standartam un izglītības standartam visas mūzikas terapeita profesionālās karjeras garumā. MTPKA modelis ir nozīmīgs pamats studiju procesa, satura, profesionālās pilnveides un tālākizglītības vajadzību un iespēju apzināšanai un izvērtēšanai.

Pētījuma aktualitāte un novitāte

Promocijas darba aktualitāte ir skatāma gan no praktiskā, gan zinātniskā skatu punkta.

Lai arī mūzikas terapija jau stabili ienākusi gan mūsu sadzīvē, gan izglītībā, veselības un sociālajā aprūpē, mūzikas terapeita profesionālās kompetences daudzveidība un tās attīstība dinamikā Latvijā nav pētīta.

Profesionālās kompetences pilnveide tiek akcentēta gan Latvijas, gan ES politikas plānošanas dokumentos (Eiropas kvalifikāciju ietvarstruktūra mūžizglītībai (EKI), 2009; Latvijas nacionālais attīstības plāns 2021.-2027. gadam, 2020; Eiropas Parlamentā un Padomes direktīva 2005/36/EK par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu, 2021 u. c.). Latvijā kopš 2012. gada atbilstoši veiktajiem grozījumiem Ārstniecības likumā (1997) mūzikas terapeiti papildina funkcionālo speciālistu (audiologopēdu, fizioterapeitu, ergoterapeitu u. c.) multiprofesionālo rehabilitācijas komandu. Mūzikas terapeita profesionālie pamatpienākumi un kompetences ir reglamentētas Mūzikas terapeita profesijas standartā (2008). MK noteikumi Nr. 633 (2016) “Profesijas standarta, profesionālās kvalifikācijas prasību un nozares kvalifikāciju struktūras izstrādes kārtība” nosaka, ka reizi piecos gados ir jāizvērtē profesijas standarta aktualizācijas nepieciešamība. Mākslas/mūzikas terapeita profesijas standarta atkārtota izvērtēšana nav veikta kopš 2010. gada, kad LR Labklājības ministrijā tika iesniegti labojumi 2009. gadā apstiprinātajam Mākslas terapeita profesijas standartam (2008).

Šobrīd (2022. gada oktobrī) Mākslas terapeita profesijas standarta darba grupa, kuras sastāvā ir šī darba autore, sadarbībā ar Latvijas Mākslu terapijas apvienību asociāciju (turpmāk – LMTAA) strādā pie profesijas standarta un pilnveides atbilstoši MK noteikumiem Nr. 633 (2016). Arī Eiropas Mūzikas terapijas konfederācijā (EMTC) šobrīd tiek aktualizēts profesijas standarta izstrādes process. Tas būtu labs risinājums profesijas standarta veidola vienotai izpratnei profesionālam mūzikas terapeitam, jo dažkārt jāsastopas ar atšķirīgiem uzskatiem profesionālu mūzikas terapeitu sagatavošanā, kaut arī pamatkompetence ir nemainīga – terapeitiskā kompetence, t. i. darbs ar klientu/pacientu, respektējot tā vajadzības, problēmas un to risinājumus.

Šajā darbā būs runa par mākslas terapeita profesijas vienas specializācijas – mūzikas terapijas – izveidi un attīstību Latvijā. Par profesijas veidošanos un attīstību var runāt no daudzveidīgiem skatu punktiem. Kā piemēru var minēt vismaz četrus skatu punktus.

Pirmkārt, var aplūkot profesiju un tās izveides nosacījumus:

- sabiedrības pieprasījums/sociālie nosacījumi,
- juridiskais ietvars,
- cilvēki, kas to veido (skat.: Mārtinsone, Mihailova, Mihailovs, Majore-Dūšele, Paipare, 2008).

Otrkārt, var aplūkot ar izglītību un tās vadību saistītās tēmas. Šajā gadījumā uzmanība ir jāpievērš ne vien normatīvajam ietvaram un AII programmas specifikai, bet arī profesionālās kompetences attīstībai. Proti, šo tēmu var aplūkot plašākā kontekstā – profesijas standarta u. c. nosacījumu attīstība un šaurākā – kā notiek šīs kompetences attīstība LiepU studiju programmā. Nozīmīgi ir aplūkot to, kā veidojas jaunais speciālists, kā attīstās viņa profesionālā identitāte.

Treškārt, uzmanību var vērst uz profesionāļu darbu, fokusējoties gan uz reglamentētās profesijas nosacījumiem, gan uz profesionālās apvienības darbu, gan uz speciālistu ikdienas darbu dažādās darba vidēs. Proti, te ir runa par profesionālās identitātes attīstību.

Ceturtkārt, uzmanību var vērst uz profesijas un profesionālās kompetences attīstības nosacījumiem, salīdzinot ar citu valstu pieredzi.

Tieši beidzamais aspekts izceļ šī darba novitāti. Proti, Latvijā profesijas veidotāji būtiski ietekmējās no valstī pastāvošās likumdošanas un citu valstu pieredzes. Katrā valstī atbilstoši tradīcijām ir specifika un pieredze mūzikas terapeita profesijas veidošanā. Latvija ir vienīgā valsts, kurā mūzikas terapeits ir iekļauts veselības aprūpes funkcionālo speciālistu grupā. Tas veido unikālu situāciju, kas iepriekš nav bijusi aprakstīta.

Mākslas terapeiti, tai skaitā mūzikas terapeiti, līdzās psihologiem un psihoterapeitiem Latvijā ir iekļauti psiholoģiskās palīdzības sniedzēju skaitā. Mūzikas terapeiti kā augsti kvalificēti, atbildīgi un motivēti profesionāļi ir vērā ņemams pienesums ikvienai rehabilitācijas pakalpojumu sniedzēju komandai, paverot iespējas saņemt profesionālu atbalstu un ieteikumus darbā ar dažādu klientu grupām, kā arī iespējas kopīgai profesionālai izaugsmei un pilnveidei. Lai pēc iespējas pilnīgāk un efektīvāk izmantotu mākslas terapijas sniegtās iespējas iedzīvotāju ārstniecībā un rehabilitācijā Latvijā, ir nepieciešami augsti kvalificēti mūzikas terapijas profesionāļi. Mūzikas terapeitu profesionālo sniegumu, savukārt, tieši ietekmē profesionālās kompetences attīstības iespējas un kvalitāte.

Eiropā un citviet pasaulē jau vairāk nekā 60 gadus mūzikas terapija tiek sekmīgi pielietota kā aprūpes veids personu ar īpašām vajadzībām ārstēšanā un rehabilitācijā. Mūzikas terapijas loma sabiedrības

veselības un labizjūtas (labbūtības) veicināšanā paplašinās. Pateicoties novērojumiem un pētījumiem uzkrātai pieredzei, mūzikas terapiju izmanto aizvien daudzveidīgāku diagnožu ārstēšanā, dažādākām pacientu grupām, arī sociālo, labklājības un sabiedrības drošības jautājumu risināšanā. Sabiedrības novecošanās rezultātā visā pasaulē pieaug pacientu skaits ar neurodeģeneratīvām saslimšanām, tādām kā Parkinsona slimība, multiplā skleroze, Alcheimera saslimšanas u.c. Mūzikas terapija var palīdzēt ilglaicīgi uzlabot izziņas un motorās funkcijas, tādējādi palīdzot saglabāt augstu dzīves kvalitāti. Arvien biežāk arī jauni cilvēki cieš no hroniskām saslimšanām, ko izraisa arvien kompleksāka un dinamiskāka digitālo komunikāciju pasaule, kā arī pieaugošā slodze izglītībā, skolā, profesionālajā vidē un ģimenes attiecībās. Mūzikas terapija arī kā neverbāla terapijas forma var būtiski palīdzēt atjaunot saskarsmes spējas un paškontroli. Tiek uzlabota emociju apmaiņa saskarsmē un samazināta sāpju intensitāte un biežums. Par minētajām u.c. saslimšanām, kurās indicējama mūzikas terapija, liecina pierādījumos balstītas prakses publikācijas *Pub Med MesH* un *Cohrane Library* izdevumos u.c. nozīmīgās datu bāzēs.

2019. gadā Pasaules Veselības organizācija (2019) apkopoja vairāk nekā 3000 pētījumu rezultātus, kas apliecina mākslas pozitīvo ietekmi uz slimību diagnostiku, ārstēšanu, profilaksi un veselības veicināšanu visas dzīves garumā, kas izstrādāti Eiropā kopš 2000. gada. Mākslas terapijas pozitīvā loma ir aktualizēta dažādu Eiropas valstu veselības un labklājības politikā (piemēram, Somijas, Norvēģijas, Lielbritānijas u.c.). Eiropas veselības politikas “Veselība 2020” ietvars uzsver daudzozaru sadarbības nozīmi iedzīvotāju veselības veicināšanā (Pasaules Veselības organizācija, 2013). Eiropas Komisijas programmas “Horizon2020”, kas no 2014. līdz 2020. gadam atbalstīja inovatīvu ideju ieviešanu izglītībā un pētniecībā Eiropā, prioritātes “Sabiedrības izaicinājums” ietvaros nozīmīgs spēlētājs ir Eiropas Asociācija predikatīvai, preventīvai un personalizētai medicīnai (EPMA) (Golubnitschaja et al, 2014). Šīs organizācijas darbība ir vērsta uz inovatīvu ideju ieviešanu medicīnā un cita starpā tā koncentrējas arī uz papildinošās (angliski - *complementary*) ārstniecības medicīnas metodēm kā, piemēram, mūzikas (mākslas) terapija.

Arī Latvijā mākslas terapijas nozīme tiek aizvien vairāk pamanīta valstiskā līmenī. NAP 2021–2027 kā viena no svarīgākajām prioritātēm noteikta sabiedrība, kurā veseli un aktīvi cilvēki Latvijā kopā veido iekļaujošu sabiedrību, kurā dzimst vairāk bērnu, ir vairāk laimīgu ģimeņu, atbildīgu un par nākotni drošu bērnu vecāku. Kā nozīmīgs rīcības virziens norādīts “uz cilvēku centrēta veselības aprūpe” ar vienu no mērķiem – vienlīdzīgi pieejami kvalitatīvi veselības pakalpojumi, kā arī multidisciplināru un starpnozaru sadarbībā balstītu pakalpojumu attīstīšana ambulatorajā, stacionārajā un ilgtermiņa aprūpē pacientiem ar hroniskām slimībām, jo īpaši psihiskām slimībām, atkarībām, infekcijas slimībām, geriatrijas un nedziedināmi slimiem pacientiem, arī bērniem, tai skaitā uzlabojot psiholoģiskā un sociālā atbalsta pieejamību pacientiem un viņu ģimenes locekļiem smagu slimību un citos psihoemocionāli sarežģītos gadījumos. Kā svarīgs NAP 2021-2027 rīcības virziena mērķis atzīta psiholoģiskās un emocionālās labklājības veicināšana cilvēku atbalstam krīzes situācijās, individuālā potenciāla attīstībai un deviantas uzvedības veidošanās risku mazināšanai, nostiprinot veselību kā vērtību, kur nozīmīgu lomu ieņem:

- psihiskās un emocionālās veselības stiprināšana sabiedrībā, īstenojot uz mērķa grupām orientētus profilakses pasākumus un intervenci, paplašinot sabiedrības zināšanas un nodrošinot monitoringu, tādējādi uzlabojot spēju pielāgoties mainīgiem dzīves un darba apstākļiem un

vienlaikus radot izpratni par psihiskās un emocionālās veselības nozīmi personības izaugsmē, kopdarbības un iekļaujošas sabiedrības veidošanā;

- atbalsts vecāku prasmju pilnveidošanai, uzlabojot bērnu un jauniešu psiholoģisko un emocionālo labklājību un mazinot psihiskās veselības un mācīšanās traucējumu veidošanās riskus nākotnē;
- pierādījumos balstīti efektīvi un inovatīvi risinājumi atkarību izraisīto vielu un procesu izplatības ierobežošanai un pārmērīga un kaitējoša patēriņa mazināšanai, uzlabojot sabiedrības kognitīvās spējas un psihisko veselību;
- vardarbības profilakse, t. sk. mazinot mobingu jauniešu vidū, un savlaicīga intervence dažādās krīzes situācijās, stiprinot cilvēku psiholoģisko un emocionālo noturību un spēju rast labvēlīgu risinājumu.

ES direktīvas (ES Oficiālais vēstnesis, 2021) un Latvijas Valsts sociālā programma (2021) nosaka prioritāras nepieciešamības problēmu risināšanu invalīdiem un sociāli neaizsargātām grupām. Arī iekļaujošas izglītības nozīmīgs elements ir labbūtības nodrošināšana un empātijas veidošana jaunajā paaudzē. Lai to nodrošinātu, nepieciešams atbalsts katram bērnam un jauniešiem, kā arī pedagogam, stiprinot izglītības iestādes un veidojot stratēģisku un ilgtspējīgu metodiskā atbalsta sistēmu. Izglītības iestādēs nepieciešama fiziski un emocionāli droša un atbalstoša vide, kā arī katra bērna mācīšanās un izaugsmi atbalstoša sistēma un nosacījumi, tai skaitā bērnu un jauniešu ar speciālām vajadzībām iekļaušana, atbalsts sociālekonomiskajiem riskiem pakļautajiem bērniem un jauniešiem un emocionālās un fiziskās vardarbības izskaušana.

Mūzikas terapija ir starp atbalsta pasākumiem, kas Latvijā pēc vajadzības tiek piedāvāts arī deinstitutionalizācijas mērķa grupām – ārpus ģimenes aprūpē esošiem bērniem un jauniešiem, bērniem ar funkcionāliem traucējumiem, pieaugušajiem ar garīga rakstura traucējumiem Eiropas Sociālā fonda projekta ietvaros, kuru no 2015. līdz 2023. gadam īsteno piecas Latvijas plānošanas reģionu administrācijas Labklājības ministrijas uzraudzībā (LR Labklājības Ministrija, 2020).

Pētījuma objekts: mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstība Latvijā.

Pētījuma priekšmets: mūzikas terapeita daudzveidīgas profesionālās kompetences dinamiskā attīstība
Promocijas darba **mērķis** ir izveidot mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības modeli un novērtēt tā praktisko lietojamību speciālistu sagatavošanas un profesionālās kompetences pilnveides procesā, analizējot mūzikas terapeitu profesionālās kompetences attīstības posmus, kā arī sniegt priekšlikumus mūzikas terapeitu profesionālās kompetences attīstības pilnveidei.

Darba mērķa sasniegšanai noteikti šādi **pētījuma uzdevumi:**

1. Sniegt teorētisko pamatojumu mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības modelim kompetenču izglītības kontekstā;
2. Raksturot mūzikas terapeitu profesionālās kompetences attīstības vajadzības un iespējas Latvijā;
3. Izvērtēt mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības modeli un tā atbilstību darba tirgus vajadzībām;
4. Identificēt mūzikas terapeitu profesionālās kompetences attīstības problēmas un izvirzīt priekšlikumus to risināšanai.

Promocijas darbā tiek meklētas un rastas atbildes uz šādiem **pētnieciskajiem jautājumiem:**

1. *Kādas teorētiskās pieejas ir ietekmējušas mūzikas terapeitu daudzveidīgo profesionālo kompetenču attīstības dinamiku?*
2. *Kā notiek mūzikas terapeitu profesionālās kompetences veidošanās un attīstība studijās un darba tirgū Latvijā?*
3. *Kā tiek identificētas mūzikas terapeitu profesionālās kompetences attīstības problēmas un kādi iespējami priekšlikumi to risināšanai?*

Promocijas darba saturs

Šis promocijas darbs ir veidots kā sistemātiska atsevišķu, taču tematiski vienotu un savstarpēji papildinošu zinātnisko publikāciju kopa, kurā akcentēta mūzikas terapeita profesionālās kompetences daudzveidība, tās veidošanās un attīstība dinamikā. Promocijas darbs vēsta par mūzikas terapijas kā profesijas aizsākumiem un mūzikas terapijas studiju programmas izveides vēsturisko kontekstu Latvijā, iztīrā mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības procesu. Balstoties teorētiskās studijās, empīriskos novērojumos un autore pieredzē, promocijas darba ietvaros ir izstrādāts “Mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības” jeb MTPKA modelis, kurā ir konceptualizēts mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības ceļš atbilstoši profesijas standartam un izglītības standartam ilgtspējības perspektīvā.

MTPKA modelis ir iegūts, apkopojot 15 autore zinātniskās publikācijas (sarakstu skat. zemāk), kuras ir veltītas mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības jautājumiem. Trīs kolektīvās monogrāfijas ((Mārtinsonē, Mihailova, Mihailovs, Majore-Dūšele, Paipare, 2008; Mārtinsonē, 2009, 2011), kuru saturā par mūzikas terapiju promocijas darba autore ir galvenā autore. Visas promocijas darbā iekļautās zinātniskās publikācijas ir publicētas zinātniskajā periodikā, kas tiek anonīmi recenzētas, ir starptautiski pieejamas zinātniskās informācijas krātuvēs un tiek citētas starptautiski pieejamās datu bāzēs (*Web of Science* – 7, *EBSCO* – 1 un 7 starptautiski recenzētas publikācijas pieejamas internetā). Sešām zinātniskajām publikācijām (indeksētas *Web of Science*) promocijas darba autore ir korespondējošais (galvenais) autors, promocijas darbam ir pievienotas rakstiskas visu promocijas darbā iekļauto publikāciju līdzautoru piekrišanas publikācijas izmantošanai promocijā.

Promocijas darba tekstā iekļauto publikāciju identifikācija un atsauce uz tiem tiek veikta romiešu ciparu veidā.

Raksts I. Paipare, M. (2023). *Mūzikas terapija: teorijas un prakses kompetence*. Monogrāfija. Zinātniskā redaktore Dr.paed. Diāna Laiveniece, zinātniskie recenzenti: Dr.paed. Laimrota Kriumane un Dr.sc.soc. (Edukology) Zita Abramavičiute-Muciniene. Liepāja: LiePA. ISBN 978-9934-608-32-2 (iespiests) ISBN 978-9934-608-33-9 (digitāls).

Raksts II. Stieģele, D. & Paipare, M. (2020). Mākslu terapija mūžizglītībā – iespējas un risinājumi. Grām: V. Ļubkina, K. Laganovska, A. Kļavinska, A. Strode (Zin. red.), *14. starptautiskās zinātniskās konferences “Sabiedrība, Integrācija, Izglītība” rakstu krājums*. Rēzekne: Rēzeknes Tehnoloģiju akadēmija. ISSN 1691-5887, 274–283.

Raksts III. Paipare, M. & Stieģele, D. (2020). Runas un valodas traucējumi, to korekcija un profilakse mūzikas terapijas praksē. Grām: D. Laiveniece (Zin. red.), *Valodu apguve: problēmas un perspektīva: Zinātnisko rakstu krājums XVI*. Liepāja: LiePU. ISSN 1407-9739 (iespiests), 335-351; ISSN 2661-5584. Pieejams <https://dom.lndb.lv/data/obj/842150.html>

Raksts IV. Paipare, M. (2019). Mūzikas klausīšanās starpdisciplinārā skatījumā. Grām: V. Ļubkina, A. Kaupužs, A. Strode (Zin. red.), *13. starptautiskas zinātniskās konferences "Sabiedrība, Integrācija, Izglītība" materiāli*, IV daļa (528.–537. lpp.). Rēzekne: Rēzeknes Tehnoloģiju akadēmija, ISSN 1691-5887.

Raksts V. Paipare, M., Enģele, L. & Blauzde, O. (2018). Reasons for choosing the Music Therapy study programme and its professional competences. In O. Titrek, A. Zembrzuska, C.S. Reis et al. (Eds.), *4th International Conference on Lifelong Education and Leadership for All* (pp. 176-186). Wrocław: Lower Silesia University. ISBN 978-605-66495-3-0.

Raksts VI. Paipare, M. & Mihailova, S. (2017). Trauma and its rehabilitation in music therapy practice. In S.P. Harmon, K.S. Dennis, J. Holford et al. (Eds.), *3rd International Conference on Lifelong Education and Leadership for All* (pp. 459-463). Porto: Polytechnic Institute of Porto. ISBN:978-605-66495-2-3. Pieejams <http://www.hrpub.org/download/UJER-CoverPage-5.13.pdf> **Indeksēts: ERIC.**

Raksts VII. Paipare, M., Enģele, L. & Blauzde, O. (2017). Performed overviews and analysis of researches in music therapy within the framework of master's papers. In S.P. Harmon, K.S. Dennis, J. Holford et al. (Eds.), *3rd International Conference on Lifelong Learning and Leadership for All* (pp. 479-482). ISBN: 978-605-66495-2-3. Pieejams <http://www.hrpub.org/download/UJER-CoverPage-5.13.pdf> **Indeksēts: ERIC.**

Raksts VIII. Paipare, M. (2017). Music and language in interdisciplinary connection. In V. Lubkina & A. Zvaigzne (Eds.), *Society. Integration. Education: Proceedings of the International Scientific Conference*, Volume III (pp. 388-394). Rēzekne. ISSN 1691-5887.

Raksts IX. Paipare, M. (2017). Music listening as musicking and strong musical experience. In V. Lubkina & A. Zvaigzne (Eds.), *Society. Integration. Education: Proceedings of the International Scientific Conference*, Volume IV (pp. 121-126). Rēzekne. ISSN 1691-5887.

Raksts X. Paipare, M., Samuseviča, A. (2016). Mūzikas terapeita profesionālā attīstība izglītības procesā. Grām: A.Samusēviča (Zin. red.), *Pedagoģija: Teorija un prakse: Zinātnisko rakstu krājums*, VIII (128.–136. lpp.). Liepāja: Liepa. ISSN 1407-9143.

Raksts XI. Enģele, L., Paipare, M. & Blauzde, O. (2016). Development of music therapist's professional competence in the pedagogical process. In O.Titrek, L. Pavitola, D. Bethere et al. (Eds.), *2nd International Conference on Lifelong Education and Leadership for All: Proceeding Book* (pp. 329-335). ISBN: 978-605-66495-1-6.

Raksts XII. Paipare, M. (2015). Development of the music therapy profession in Latvia. *Approaches: An interdisciplinary journal of music therapy*, 7(1), 127-130. Pieejams <http://approaches.primarymusic.gr>

Raksts XIII. Paipare, M., Duhovska J. (2014). Music performing and creative arts professions involved in healthcare: A portal for VET promotion and mutual recognition of profile – MUSA: Projekta numurs: 539899-LLP-1-2013-1-ITLEONARDO-LMP.

Raksts XIV. Мартинсоне, К., Пайпаре, М., Михайлов, И.Я., Арнис, В. (2013). Специфика адаптации студентов магистерских программ "Терапия искусств" в Латвийских высших учебных заведениях. In N.Braziene (Ed.), *Arts Therapy: Realities and prospects*, VII (pp. 111-116). Šiauliai: Šiaulių

Raksts XV. Paipare, M. (2012). Muzikālais pārdzīvojums psiholoģiskajā un terapeitiskajā aspektā. Grām. V. Ļubkina, M. Ndashibje, J. (Red.), *Starptautiskās zinātniskās konferences "Sabiedrība, integrācija, izglītība" materiāli*, II daļa (154.–162. lpp.). Rēzekne: RA Izdevniecība. ISSN 1691-5887.

Pētījuma posmi un promocijas darba aprobācija

Promocijas darbu veido tematiski vienotu zinātnisko publikāciju kopa, kas pēta un rezumē mūzikas terapeita profesionālās kompetences daudzveidību, tās veidošanās un attīstības dinamiku. Zinātnisko publikāciju tapšanu nosacīti arī var iedalīt četros vēsturiskajos posmos, kas iezīmē arī izšķirošus soļus mūzikas terapijas studiju programmas tapšanā un pilnveidošanā. Promocijas darba izstrāde noritējusi, pielietojot secīgo jaukto pētījuma dizainu. Tālāk raksturots katrs no šiem posmiem.

1. posms (2007.–2009. gads) – LiepU notiek studiju programmas "Mūzikas terapija" transformācija par profesionālo maģistra studiju programmu "Mūzikas terapija" veselības aprūpē (pēc akreditācijas komisijas ekspertu ieteikuma 2006. gadā). Darba autore piedalās vairākās konferencēs un veido publikācijas par mūzikas terapijas kā jaunas specializācijas "ienākšanu" Latvijā. Tas ir posms, kurā ir jau pirmie speciālisti mūzikas terapijā un norisinās zinātniskās (tostarp) starptautiskās konferences, kurās izskan Latvijas vārds saistībā ar jauno speciālistu sagatavošanu tolaik Liepājas Pedagoģijas akadēmijā, tagad – Liepājas Universitātē. 2007. gadā darba autore prezentē pētījumu par gadījuma analīzi 7. Eiropas Mūzikas terapijas kongresā Eindhovenā Nīderlandē (Paipare, 2007). Šo uzstāšanos var atzīmēt kā pirmo Latvijas mūzikas terapeitu zinātnisko pieteikumu starptautiskajā arēnā. Pirmajā posmā, izmantojot nepārtraukti salīdzinošo analīzes metodi, tika analizēti citu valstu mākslas terapeitu profesionālo kompetenču apraksti (kopskaitā deviņi dokumenti, kuri apkopoti kopējā grāmatā (Roth & Paipare, 2016). Līdztekus analizēta arī Pasaules Mūzikas terapijas federācijas (*World Federation of Music Therapy*) noteiktās mūzikas terapeita sākotnējās kompetences (Bruscia, 1998).

2. posms (2009.–2012. gads) iezīmē profesionālās attīstības virzību un nostabilizēšanos veselības aprūpē. Promocijas darba autore sagatavoja zinātnisku pamatojumu mūzikas terapijai kā medicīniskai tehnoloģijai "Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāzei"

(Paipare, 2010). Pateicoties šim pamatojumam, mūzikas terapeits tika iekļauts gan ārstniecības personu sarakstā, gan vēlāk definēts kā funkcionālais speciālists veselības aprūpē. Šajā posmā autore pati izglītojās kā supervizors un kopā ar citiem mākslas terapeitiem radīja pirmās kolektīvās monogrāfijas latviešu valodā, kurās mākslas/mūzikas terapijā tiek izveidota un aprakstīta integratīvi eklektiskā teorētiskā pieeja jaunizveidotajā profesijā:

1. Mārtinsone, K., Mihailova, S., Mihailovs, I. J., Majore-Dūšele, I., Paipare, M. (2008). *Mākslu terapija un tās attīstības konteksti (Integratīvi eklektiskā pieeja Latvijā)*. Rīga: RSU.
2. Mārtinsone, K. (Sast.). (2009). *Supervīzija un tās specifika mākslu terapijā*. Rīga: SIA "Drukātava".
3. Mārtinsone, K. (Sast.). (2011). *Mākslu terapija*. Rīga: RaKa.

2014. gadā tapa monogrāfijas “Mākslas terapija” Ā. Karpovas tulkojums krievu valodā. Šajās kolektīvajās monogrāfijās jautājumos un nodaļās par mūzikas terapiju autore ir šī promocijas darba iesniedzēja.

2. posmā tika izstrādāta aptauja “Motivācija kļūt par mūzikas terapeitu – profesionāli”, kuras rezultāti tika atspoguļoti pētījumā (Raksts V). Aptaujas rezultātā tika iegūti kvantitatīvi dati no izglītību ieguvušajiem mūzikas terapeitiem (n=46). Dati tika analizēti, izmantojot aprakstošo statistiku un kvalitatīvo kontentanalīzi. Šajā laika periodā, sadarbībā ar kolēģiem no RSU tika izstrādāta aptauja un veikts pētījums par studentu adaptāciju (Raksts XIV).

Otrajā pētnieciskajā posmā tika izvērtētas mūzikas terapeita profesionālās attīstības kompetences dinamikā, analizējot mūzikas terapeita profesionālās kompetences pilnveidi attīstības gaitu un procesu.

3. posms (2012.–2016. gads) ir zinātniskā pētniecības analīzes un refleksijas posms, kurā notiek zinātnisko tēžu izvirzīšana, zinātnisko rakstu sagatavošana un publicēšana. Šajā posmā ritēja darbs pie studiju programmas “Mūzikas terapija” pārkreditācijas, nostiprinot šo studiju programmu Liepājas Universitātes studiju virzienā “Veselības aprūpe” uz 6 gadiem.

Šajā posmā nozīmīgs darbs ieguldīts profesionālo kompetenču attīstības dinamikā (Raksti X – XV). Līdztekus zinātniskajai darbībai starptautiskajā arēnā tika prezentēta un pārstāvēta Latvijas mūzikas terapija. 2014. gada 8. jūlijā darba autore kopā ar Dr. rer.medic¹ Reineru Hausu uzstājās 14. Pasaules Mūzikas terapijas kongresā, prezentējot mūzikas terapijas izveidi un profesionālo attīstību Latvijā (Haus & Paipare, 2014). 2015. gada aprīlī studiju programma “Mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstība studiju programmas “Mūzikas terapija” ietvarā tika prezentēta Starptautiskā konferencē Peskāra (Itālijā).

2016. gada jūlijā – piedalīšanās Vīnē Eiropas Mūzikas terapeitu 10. kongresā, kurā tika atvērta grāmata “Mūzikas terapijas studiju programmas Eiropā” (angliski – *Music Therapy Training Programmes in Europe*). Grāmatā starp raksturotajām 10 studiju programmām Eiropā ir veidota nodaļa, kurā raksturota LiepU maģistra studiju programma “Mūzikas terapija” no dažādiem aspektiem vairāk kā 10 lpp. apjomā (Roth & Paipare, 2016).

ES Leonardo da Vinci projekta MUSA² ietvarā 2015.–2017. tika raksturota Latvijas mākslu terapijas profesionālo kompetenču attīstība Latvijas augstskolu (LiepU, RSU) studiju programmās (skat. Rakstu XIII).

Trešajā posmā analizēta mūzikas terapeita profesionālās kompetences dinamika studiju procesa laikā. To iezīmē un raksturo studiju programmas “Mūzikas terapija” izmaiņas, kur jauni studiju kursi atspoguļo kompetenču attīstības dinamiku, paplašinot tās attīstības iespējas (2012. gada akreditācija). Pamatojoties uz pētījuma teorētisko atziņu un metodoloģisko nostādņu konceptuālo vienotību, šajā posmā tika izstrādāts un pilnveidots mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības dinamiskais modelis.

4. posms (2017.–2022. gads) ir zinātniskās pētniecības un metodiskā darba pilnveides posms. Promocijas darba autore individuāli un sadarbībā ar kolēģiem publicēja vairākas zinātniskās publikācijas, kurās raksturots izstrādātais modelis un atspoguļots, kā veidojas mūzikas terapeita profesionalitāte studiju

¹ Doctor rerum medicinalium, Dr. rer. medic (doktors teorētiskajā medicīnā)

² “MUSIC, Performing and Creative Arts Professions Involved in Healthcare: a portal for VET promotion and mutual recognition of profiles (MUSA)” financed by European Commission's Lifelong Learning Programme (Project number: 539899-LLP-1-2013-1-IT-LEONARDO-LMP).

procesā un tālākizglītībā, kā arī analizētas mūzikas terapeita daudzveidīgās profesionālās kompetences tās attīstības dinamikā. Šī posma publikācijas liecina par mūzikas terapeita profesionālās kompetences pilnbrieda un eksperta līmeņa atbilstību (Raksti I–IX). Septiņās no šajā posmā radītajām zinātniskajām publikācijām darba autore ir galvenā jeb korespondētājautore.

Savukārt studiju programmas “Mūzikas terapija” transformācija uz “Mākslas terapija” ar astoņu moduļu plānu, norāda uz daudzveidību mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstību dinamikā (2021. gadā notika studiju programmas transformācija un akreditācija). Ar daudzveidību mūzikas terapeita kompetencē promocijas darba autore ietver tās plašās pielietojuma iespējas – individuāli, grupā, muzikālās, psiholoģiskās, medicīniskās un terapeitiskā skatījumā.

Katrs no moduļiem iezīmē kādu nozīmīgu profesionālās kompetences attīstības iespēju (zināšanas, prasmes, attieksmi psiholoģijā, medicīnā, mūzikas terapijas metodikās, komunikācijā un refleksijā, pašstenošanās, pētnieciskajā pieredzē). Atbilstīgi profesijas standartam studijuursos integrētas muzikālās, klīniskās, mūzikas terapeitiskās un vispārējās terapeitiskās kompetences, to attīstību dinamikā. 1. tabulā ir atspoguļoti studiju programmas “Mākslas terapija” studijukursi astoņos moduļos, kas liecina par mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības iespējām dažādos virzienos.

1. tabula. Studiju moduļi/kursi studiju programmā “Mākslas terapija” 2021. gadā

KURSA/ MODUĻA NOSAUKUMS
1. MODULIS: PSIHOLOĢIJA
Speciālā pedagoģija un psiholoģija
Klīniskā psiholoģija
Neiropsiholoģija
2. MODULIS: PROFESIONĀLĀ DARBĪBA MĀKSLU TERAPIJĀ
Profesionālā darbība mākslas terapijā un tās ētiskie un tiesiskie pamati
Uzņēmējdarbība un veselības menedžments profesionālajā darbībā
IT profesionālajā darbībā: projekti, informācijpratība
Terapeitiskās attiecības un to veidošana, darbs komandā
3. MODULIS PROFESIONĀLĀ DARBĪBA MĀKSLU TERAPIJĀ
Mākslu terapijas pamatprincipi darbā ar dažādām pacientu grupām/somatiskās saslimšanas
Pacientu grupas: darbs klīniskā vidē
Darbs izglītības vidē un sociālajā aprūpē
Meistardarbība mākslu terapijā
4. MODULIS IZPĒTES UN NOVĒRTĒŠANAS TEHNIKAS MĀKSLU TERAPIJĀ
Izvērtēšana un novērtēšana mākslu terapijā
Izvērtēšanas un novērtēšanas instrumentu specializācijās apguve un inovācijas
Minhenes funkcionālās attīstības diagnostika
5. MODULIS KOMUNIKĀCIJA UN REFLEKSIJA
Terapeitiskā komunikācija: Individuālā konsultēšana un grupu konsultēšana
Supervīzija
Profesionālā attīstība: pašefektivitāte un pašregulācija
6. MODULIS MEDICĪNA
Vides, civilā aizsardzība, pirmā un neatliekamā palīdzība
Psihiatrija un psihofarmakoloģija
Psihosomatiskā medicīna
Neiroloģiskā rehabilitācija
Audiologopēdija
Rehabilitācija un veselības vadība
7. MODULIS ZINĀTNISKĀ DARBĪBA, NOSLĒGUMA PĀRBAUDĪJUMI
Maģistra darba izstrāde: Pētnieciskā darba projekti un to realizācija mākslu terapijā
Maģistra darba izstrāde: Pētījumu metodoloģija/ Zinātniskā pētniecība un inovācijas mākslu terapijā

KURSA/ MODUĻA NOSAUKUMS
Maģistra darba izstrāde: Pierādījumos balstīta zinātniskā pētniecība specializācijās
<i>Nozares profesionālās specializācijas kursi</i>
8. MODULIS MĀKSLAS TERAPIJA UN PAŠPIEREDZE
MŪZIKAS TERAPIJA (specializācija)
Improvizācija un pašpiederze: klavierspēle, vokālās prasmes, kustību ievirze
Metodika darbam ar bērniem
Metodika darbam ar pieaugušajiem
PRAKSE
Vērošanas/Novērojuma prakse
Maģistra darba izstrāde: Pētījums praksē
Individuālā un grupu terapija bērniem praksē
Individuālā un grupu terapija pieaugušajiem praksē
Praktikums: asistenta prakse
<i>Noslēguma darbi</i>
Kvalifikācijas eksāmens
Maģistra darbs

Promocijas darba autore zinātniskās pētniecības tēmas ietver divus būtiskus fokusa punktus – mūzikas terapiju, kā profesionāli, kurš strādā ar dažādām klientu/pacientu grupām, tādējādi, attīstot un pilnveidojot savu terapeitisko kompetenci (Raksti I, III, IV, VI, VIII) kā mūzikas terapeita klientu/pacientu un darba vidi, kurā mūzikas terapeits sniedz mūzikas terapijas pakalpojumu klientiem/pacienti (Raksti I, III, IV, VI,).

Līdz šim mūzikas terapiju profesionālā kompetence un tās realizācija studijās un darba praksē, tās organizācija ar dažādām klientu/pacientu grupām Latvijā nav bijusi pētīta un aprakstīta. Tāpēc pētījuma autore uzskata, ka ir nepieciešams definēt teorētisko pieeju, kas izmantota pētījuma problēmas risināšanā. Pētījums tiek veikts, balstoties pragmatisma pieejā, kas nosaka, ka izziņas procesā vērtīgas un lietojamas ir gan objektīvās, gan subjektīvās zināšanas un pētījuma metodoloģija izriet no pētījuma problēmas, proti, tiek izmantotas tās metodes, kas vispārliciecinātāk spēj atbildēt uz pētījuma jautājumu (Tashakkori & Teddlie 2003).

Pētījuma dalībnieki un metodes

Pētījuma aktivitātēs kopumā piedalījās 476 Latvijas augstskolu respondentu (gan pilna laika, gan nepilna laika) no dažādām specializācijām.

Kvantitatīvi kvalitatīvā pētījuma mērķu sasniegšanai tika izmantotas šādas **pētīšanas metodes:**
Teorētiskā metode: ES un LR normatīvo aktu un zinātniskās literatūras analīze izglītības kvalitātes un kompetences attīstības un pilnveides aspektu darbības jomā.

Empīriskās metodes

A. Datu vākšanas metodes

- Aptaujas vairākām respondentu kategorijām,
- Ekspertu intervijas.
- Gadījuma analīzes

B. Sintēzes un modelēšanas metodes

- Jēdzienu konstruktīvā sintēze,
- Iegūto empīriskos datus teorētiskā sintēze,

- MTPKA modeļa izveides pamatprincipu noteikšanai izstrāde,
- MTPKA modeļa hierarhiju modeļa praktiskās pielietošanas metodikas sintēze,
- Rekomendāciju izstrāde un formulēšana.

C. *Datu apstrādes metodes*

- Aprakstošās statistikas, korelācijas, nepārtraukti salīdzinošā analīze, faktoru analīzes metodes un hierarhiju analīzes metode iegūto datu apstrādei un analīzei,

Zinātniskās publikācijas

Kopumā ir izstrādātas un publicētas trīsdesmit viena publikācija. Divdesmit piecas zinātniskās publikācijas saistītas ar mūzikas terapijas izveidi un attīstību Latvijā. No tām tieši saistītas ar pētāmo tēmu – piecpadsmit zinātniskās publikācijās starptautiski recenzētas, publicētas rakstu krājumos ir uzrādītas sadaļā “Promocijas darba saturs”.

Promocijas darba autore piedalījies kā kā līdzautore trīs kolektīvajās monogrāfijās, kurās nodaļās par mūzikas terapiju – galvenā korespondētājautorte.

Patstāvīgi publicēta monogrāfija 2021. gadā – *Mūzikas terapija: metodes un tehnikas ne tikai mūzikas terapeitiem*, bet publicēšanai 2022. gadā sagatavota zinātniska monogrāfija, kura sadaļā „Promocijas darba saturs“ uzrādīta kā Raksts I.

Citas, ar mūzikas terapijas izveidi un attīstību Latvijā zinātniskās publikācijas:

- Haus R., Paipare M. (2014). *Singing creates Freedom Music Therapy Academic and Practice Development in Latvia*. Music Therapy Today, Vol. 10, No. 1 (Special Issue). Summer 2014, Proceedings from the 14th World Congress of Music Therapy (Krems, Austria) pp. 118.-119. ISSN 1610-191X.
- Paipare, M. (2011). Music Therapy education and Regulation in Latvia. In: Ed. Giedre Kviskiene *Socialinis Ugdyimas*, Nr. 18(29), p 9-14, Database: SocINDEX with Full Text, EBSCO, ISSN 1392-9569
- Paipare M., Kistenmacher S. (2012). Musiktherapie in Lettland. In: Ed. Hans- Helmut Decher - Voigt Musik und Gesundsein (MuG). Ludvig Reichert Verlag, Wiesbaden. Heft 22. S. 38-40. 2012. ISSN:1617-1756
- Paipare M., Roth K. (2015). Inclusion of young children with disabilities Color of us. *imagine* (1),. pp.125. <http://imagine.musictherapy.biz/Imagine/imagine.magazine.html>
- Roth K., & Paipare M (2016). Liepaja, Latvia..in: Music Therapy Training Programmes in Europe: Thema and Variations. Edited by Stegemann T., Schmidt H. U., Fitzthum E.Timmermann T., Reicher Verlag S.104-114.ISBN:978-3-95490-179-1
- Paipare M. (2015). *Music therapy education in Latvia*. I Internationale Conference. Training in Music Therapy in Europe Conference venue: Pescara Conservatorium Italy. 2015 24.-26. April pp. 37.-38.
- Paipare M. (2016). *Mūzikas terapeitiskā iedarbība*. Mākslas terapijas izglītības desmit gadi Rīgas Stradiņa Universitātē. No ieceres līdz profesijai. Grām. Sast. J. Duhovska, K. Mārtinsons Rīga. RSU. 27.–31. lpp. ISBN 978-9984-793-99-3

- Paipare M. (2016). Improvisation in Music Therapy. In: Ed. Sandis Bārdiņš. Thierry Bouchier, Tapani Lakaniemi *Improvise to learn. Learn to improvise. Tools for Improvisation.* Publisher: Conservatoire a rayonnement communal de Joigny. www.improplus.eu 66.-75. pp. ISBN 978-9934-18-187-0.
- Paipare, M., Blauzde, O. Strakšiene, D. (2020). Mūzikas terapija. Kopīga un starpdisciplināra mūžizglītības programma TRENĒRĀ ROKASGRĀMATA Projekts Nr. LLI-352, Liepājas un Šauļu universitāte 35.–85. lpp (Liepu E-Moodle) <https://estudijas.liepu.lv/course/view.php?id=1733>
- Paipare M. (2020) *Satikšanās augstskolu darbā* Personība un psiholoģiskā palīdzība Latvijā: (paš)pieredzes stāsti. Sastādītājas Kristīne Mārtinsons, Laura Regzdiņa-Pelēķe. Rīga, RSU, 192.–194. lpp. ISBN 978-9934-563-64-5 (drukāts izdevums) ISBN 978-9934-563-65-2 (elektronisks izdevums) doi:10.25143/ISBN-978-9934-563-65-2_IPD-487

Starptautiskās zinātniskās konferences un citas aktivitātes

Dalība septiņpadsmit starptautiskajās zinātniskajās konferencēs un simpozijos (hronoloģiskā secībā):

- 14. Pasaules Mūzikas terapijas kongresā „14 th World Federation of Music Therapy. Singing create Freedom. Vienna/Krems Austria“ (2014).
- 8. Starptautiskās zinātniskās konferences *Pedagoģija: teorija un prakse.*) *Mūzikas terapeita profesionālā attīstība studiju procesā.* Liepāja, Latvija (2015).
- Симпозиум "Музыкотерапия в медицинской реабилитации и антивозрастной медицине" в рамках I Международного конгресса "Физиотерапия~Лечебная физкультура~ Медицинская реабилитация" Москва (2015).
- *I Internationale Conference. Training in Music Therapy in Europe. Music Therapy education in Latvia.* Pescara. Italia (2015). https://issuu.com/diana8633/docs/conference_program
- *Pedagogu profesionālās pilnveides meistarkursi Improvizācija.* ES Erasmus+ partnerības projekts "Improvise to learn" (franciski – *Improvise pour apprendre*) konferences ietvarā. *Improvizācija mūzikas terapijā.* Lielvārde, Latvija (2015).
- *Šiaurēs ir Baltijos šalių muzikos terapijos tinklų kūrimas. / Towards Nordic-Baltic Music Therapy Networking.* Tarptautinēs mokslinēs konferencijās *Dailēs terapija ir muzikos terapija lietuvoje: profesijø vystymo aktualijos programma. Music and Movement interaction in Music Therapy.* Vilnius Universitetas Medicinos fakultetos Klinikines medicinos institutas Psichiatrijos klinika. Vilnius, Lietuva (2015).
- II Starpdisciplinārajā konference *Mūzikas pētījumi Latvijā. Mūzikas klausīšanās pedagoģijā, psiholoģijā, mūzikas terapijā.* JVLMA, Rīga, Latvija (2015).
- Internationaler wissenschaftlicher Kongress an Stiftung Universität Hildesheim *Vielfalt und Demokratie – Identitätssuche in unübersichtlichen Zeiten. Musik-Hören und musikalisches Erlebnis als Dialog mit sich selbst.* Hildesheim. Deutschland (2016).
- *2nd International Conference on Lifelong Education and Leadership for All-ICLEL* Liepājas Universitāte, Latvija (2016).

- *3rd International Conference on Lifelong Education and Leadership for All-ICLEL 1) Trauma and its rehabilitation in music therapy practice. 2) Performed overviews and analysis of researches in music therapy within the framework of master's papers* Porto, Portugal (2017).
- *4th International conference on lifelong education and leadership for All-ICLEL Reasons for choosing the Music Therapy study programme and its professional competences.* Lower Silesia University Wroclaw Poland (2018).
- *4th Internationalen Kongress der Mozart & Science 2017- Multidisziplinaritaet, Neuroscience und Demenz in der Musiktherapie.* Krems.Austria (2017).
- *Mokslinije-praktines konference Muzika ir sveikata.Music Therapy as Health Care Profession in Latvia.* Kaunas, Lietuva (2018).
- *16. Starptautiskā zinātniskā konference Valodu apguve: problēmas un perspektīva. Runas un valodas attīstības traucējumi, to korekcija un profilakse mūzikas terapijas praksē.* Liepājas Universitāte. Latvija (2019).
- *Starptautiskā projekta Interreg Lietuva–Latvija Noslēguma konference. Projekta ieguvumi.* Liepājas Universitāte (2019).
- *5. Starptautiskā zinātniski praktiskā konference “Veselība un personības attīstība: starpdisciplinārā skatījumā. Apaļā galda diskusijas Studiju programmas veselības aprūpē.* RSU, Rīga. (2019)
- *Paipare M. (2021). Tarptautinė mokslinė-praktinė konferencija „SPRENDŽIAME MES“, skirta Pasaulinei Dauno sindromo dienai. Music therapy for people with disorders of mental development.* Lietuva, <http://www.geneticahumana.lt> (on- line MTeam) (2021).
- *Projekta Interreg Latvija–Lietuva Noslēguma konference. Sensory gardens and nature resources for social inclusion. Music Therapy in healing and social inclusion.* Klaipeda. Lietuva (on-line) 2022.
- *PEVoC 14 conference Choral Conductors Vocal Loading in Rehearsal Simulation Conditions.* Tallin, Estonia. (2022.)

Zinātnisko publikāciju kopas zinātniskā novitāte

1. Mūzikas terapeitu izglītošanas procesa izpētē izstrādāta *konceptija par studiju satura integritāti un starpdisciplināritāti* (integritāti sociālo, veselības un sociālās aprūpes zinātņu sasniegumi), kas starpdisciplināri sekmē studiju un pētniecības darba nedalāmību atbilstoši zinātniskajam un profesionālajam potenciālam.
2. Definēts jēdziens – mūzikas terapeita profesionālā kompetence.
3. Izveidots mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības modelis, kas veido sistemātisku un mērķtiecīgu saikni starp mērķi, uzdevumiem un gaidāmo rezultātu. MTPKA modelis atbilst valstī izveidotajam profesijas standartam un atspoguļo mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstību dinamiskā, iezīmē tās starpdisciplināritāti un daudzveidību. Izstrādātais mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības modelis sekmīgi funkcionē Latvijas divās universitātēs, uzrādot veiksmīgu profesionālu mūzikas terapeitu sagatavošanu darba tirgum.
4. MTPKA modelis vizualizē profesionālās pilnveides sistēmisko redzējumu. Modeļa fokuss ir docētāja mērķtiecīgā, cikliskā, refleksiīvā darbība, veicot savas darbības izpēti, strādājot

sadarbībā ar studentu (topošā mūzikas terapeitu), kas tādējādi sekmē profesionālās kompetences dinamisku attīstību.

Zinātnisko publikāciju praktiskais nozīmīgums

1. Pētīti un pamatoti mūzikas terapeita daudzveidīgās profesionālās kompetences attīstības posmi.
2. Pamatoti un īstenoti transformatīvās mācīšanās rādītāji autores zinātnisko publikāciju pārskatu ietvarā.
3. Modelī iezīmētie attīstības posmi un līmeņi ir viegli pārskatāmi un salīdzināmi ar profesijas standartā izvirzītiem uzdevumiem.
4. Promocijas darba autores zinātnisko publikāciju kopa (Raksti I, II, IV,V,VII,IX,X,XII,) ilustrē mūzikas terapeita profesionālo izglītošanu un attīstību Latvijā no daudziem skatpunktiem, aplūkojot gan studiju programmas veidošanos Latvijas augstskolās (LiepU, RSU), darbu pie profesijas standarta izveides, mūzikas terapeita profesionālo izglītošanu, praksi, darba vides aprakstu, tālākizglītību ilgtspējas kontekstā.
5. Latvijā radīti priekšnosacījumi un ir izstrādāta integratīvi eklektiskā pieeja mākslas/mūzikas terapijā un mūzikas terapeitu izglītošanā (Mārtinsone, Mihailova, Mihailovs, Majore-Dūšele, Paipare, 2008; Mārtinsone, 2011; Paipare, 2013).

Tēzes aizstāvēšanai

1. Mūzikas terapeita profesionālā kompetence ir stabila, droša, veselībai nekaitīga, veselību veicinoša. Tā ir ilgtspējīga darba īstenošanai un ietver, prasmju, spēju un attieksmes komponentes.
2. Mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstība balstās uz atbilstīgu un atbildīgu attieksmi. Tā saistīta ar iespēju a) veidot un attīstīt ilgtspējīgu veselībai drošu un stabilu nekaitīgu vidi, b) veidot un attīstīt dinamiskā mācību vidi, c) informēt, organizēt un vadīt studijas augstskolās.
3. Mūzikas terapeita profesionālā kompetences dinamiskā attīstība studijās un darbā tiek veicināta, izmantojot mūzikas terapeita profesionālās kompetences veidošanās un attīstības modeli. Modeli iespējams pilnveidot, pārveidot un pielāgot arī citās profesionālās izglītības programmās.
4. Mūzikas terapeita profesionālās kompetences pilnveidi sekmē personīgi nozīmīgs augstskolas dialogiskais pedagoģiskais process, kurā mijiedarbojas subjektīviem un objektīviem studiju darbības komponentiem realizējas *pedagoģiski transformatīvā paradigma* mūzikas terapijā, kas nosaka mūzikas terapijas teorijas un atbilstošu metodoloģiju apguvi profesionālās pilnveides procesā.
5. Mūzikas terapeita profesionālās identitātes pilnveidi veicina MTPKA modelī iestrādātā pašpieredzes pilnveide studijās, realizējoties sadarbībai docētājs↔ students teorijas un pierādījumos balstītas prakses vienotībā.
6. MTPKA modelis aktualizē didaktiskās likumsakarības un nodrošina maģistrantu kompetences izmantojamību, kas ļauj saskatīt starpdisciplināritātes aspektus un atklāj jaunas sakarības praktisku profesionālu problēmu risināšanai, t. i. sekmē ilgtspējīgu profesionālo pašizaugsmi.

1. TEORĒTISKAIS IETVARS

1.1. Mūzikas terapijas teorētiskais ietvars

Mūzikas terapijas teorētiskais pamatojums meklējams psiholoģijā (Adler, 1925; Freud, 1926; Jung, 1933, 1963, 1964), mācību, rīcības un uzvedības teorijās (Votsons, Skinners), humānistiskajā psiholoģijā K. Rodžers (Rogers, 1951), A. Maslovs (Маслоу, 1999), mūzikas zinātnē (Ruud, 2000; Wigram et al., 2002; Bruscia, 1998; Small, 1998), biomedicīnā un neirozinātnēs (Thaut & Hoemberg, 2016). Praksē nav vienas vienotas mūzikas terapijas, un šis jēdziens praktiski nozīmē summāru dažādu mūzikas terapijas koncepciju apvienojumu kā formulēts Kaseles tēzēs (konkrēti – 2. tēzē) (Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft, 1998).

Vēsturiski liela nozīme mūzikas terapijā ir P. Nordofa un K. Robinsa (Nordoff & Robbins, 1977) pagājušā gadsimta septiņdesmitajos gados izstrādātajam *Radošās mūzikas terapijas modelim* (RMT). Ietekmējoties no humānisma filozofijas, šī modeļa autori uzskata, ka katram cilvēkam piemīt iedzimta jeb dabas dota muzikalitāte, kas var tikt izmantota personiskai izaugsmei un attīstībai.

Laika gaitā mūzikas terapijā ienākušas dažādas ietekmes. Tā, piemēram, M. Prīstlija atzīst, ka būtiska ietekme ir *psihodinamikas teorijai* un tās idejai par indivīda dzīvīguma (vitality) formām verbālajā un neverbālajā komunikācijā, kas veido pamatu sevis apzināšanai attiecībās ar citiem (Priestley, 1975).

Mūzikas terapijas teorijas attīstību ir ietekmējusi *neirofizioloģija*, kuras pamatā ir saikņu veidošana starp abām smadzeņu puslodēm jeb smadzeņu plasticitāte, roku un mutes koordinācija, divpusēja motora koordinācija un augstuma diferenciācija, jo terapeits sinhronizējas ar klienta kustībām, instrumentālo spēli un vokalizāciju (Raksts VI).

Latvijā skatījumu uz mūzikas terapiju ietekmējusi arī *integratīvi eklektiskā pieeja* (Krevica, 2011), kas norāda uz mūzikas terapijas daudzveidīgajiem avotiem – mākslu, psihoanalīzi, humānistisko psihoterapiju, izglītību, kā arī daudzveidīgām praksē balstītām pieejām. Ar integratīvi eklektiskās mākslu terapijas teorētiskais pamatojums var iepazīties kolektīvajā monogrāfijā (Mārtinsons, Mihailova, Mihailovs, Majore-Dūšele, Paipare, 2008). Sākotnēji integratīvi eklektiskā pieeja mākslas terapijā definēta kolektīvajā monogrāfijā “Mākslu terapija” (Martinsons, 2011). Savukārt integratīvi eklektiskās mūzikas terapijas definīciju piedāvāja šī promocijas darba autore 2011. gadā: “*Integratīvi eklektiskā pieeja mūzikas terapijā jāsaprot kā profesionālu zināšanu un prasmju kopums, kurš ietver vairākas sapratnes (mūzikas, uzvedības, personības attīstības, un medicīnas) triangulāru attiecību (klients/pacients – mūzikas terapeits–mūzika), metožu un tehniku un citu mākslas terapijas elementu pielietojamu individuāli, grupā un multiprofesionālas komandas kontekstā*” (Paipare, 2011, 369).

Mūzikas izmantošanai ārstnieciskos nolūkos ir sena vēsture. H. Smeijsters (Smeijsters, 1993) mūzikas ietekmes vēsturisko attīstību iedala četrās kategorijās, nosaucot tās par paradigmām:

- **Maģiskā paradigma** ietver cilvēces kultūras sapratni, kurā dominē māksla un tās ietekme sadarbībā ar reliģiju, un kurā iedvesmas elementi palīdz atveseļot cilvēku.
- **Matemātiskā paradigma** balstās Pitagora atziņā, ka intervāli mūzikā ir sakārtoti kosmiskā, stingri matemātiskā kārtībā un dabā cilvēks saskaras ar šo kārtību.
- **Medicīniskā paradigma** veidojas 19. gs. beigās, kad mūzikas iedarbība tika pētīta ar zinātniskajiem un medicīniskajiem parametriem (ķermeņa vibrācijas, pulss, asins plūsma,

elpošanas frekvences), izmantojot iespējas veikt medicīniskus mērījumus (Thaut & Hoemberg, 2016). Vēlāk, diskutējot par psihes un ķermeņa dualitāti, attīstās psihosomatiskā medicīna, kuras ietvaros tiek akceptēta ideja par neapstrīdamo saikni starp emocijām un saslimšanu un to, ka veselības problēmas nereti ir meklējamas cilvēku apziņā (Smeijsters, 1996). Šo paradigmu turpina arī biheiviorālā medicīna, kas radās ASV un mudināja pacientu aktīvāku iesaisti savas veselības aprūpē un nostiprināja atzinumu, jo ķermenis un prāts ir savstarpēji saistīti. Šī perspektīva pievērša uzmanību ķermeņa, prāta un uzvedības mijiedarbībai, ārstējot un izprotot slimības (Eiser, 1983).

- **Psihologiskā paradigma** skaidro mūzikas iedarbību no psiholoģijas un psihoterapijas zināšanu aspektiem. Šīs paradigmas nostāja aizsākusies pagājušā gadsimta 50.-tajos gados un turpinās arī šobrīd (Smeijsters, 1996).

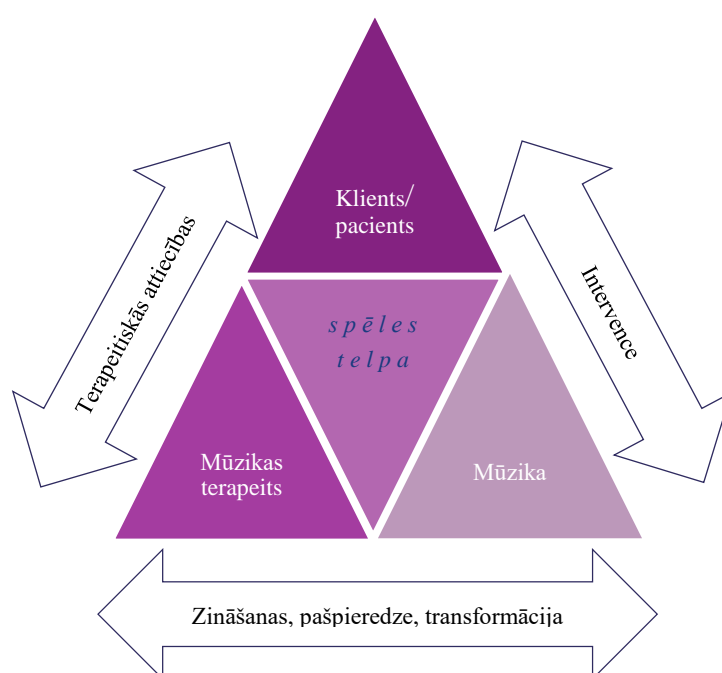
Mūsdienās mūzikas terapija ir patstāvīga, uz praksi orientēta zinātnes nozare, kas cieši savijusies ar citām jomām – medicīnu, sociālajām zinātnēm, mūzikas zinātni, pedagoģisko psiholoģiju. Atsevišķās valstīs mūzikas terapeiti klasificējas kā ārstniecības personas. Saskaņā ar Eiropas Mūzikas terapijas konfederācijas datiem Eiropā trīs valstīs – Lielbritānijā, Austrijā, Latvijā – mākslas/mūzikas terapija ir atzīta profesija veselības aprūpē (European Music Therapy Confederation, 2021).

Mūzikas terapijai attīstoties kā veselības aprūpes disciplīnai, veidojas jauns skatījums uz mūzikas terapijas fenomenu – jauna paradigma. Promocijas darba autore piedāvā terminu **pedagoģiski transformatīvā paradigma** mūzikas terapijā, kas ietver mūzikas terapijas teorijas un metodes apguvi profesionālās pilnveides procesā (Raksts I). Šī paradigma realizējas caur personības pašizziņu, radošo procesu apzināšanos un pašattīstīšanos. Autores skatījumā mūzikas terapijas kontekstā izšķiroša nozīme ir holistiskai refleksijai par uzkrātajām zināšanām, pieredzi un atklāsmēm, kurā strukturēti var apkopot jauno, atrast uzkrāto un kura sniedz jaunu kontemplatīvu izpratni par lietu kārtību, tādējādi radot vidi jaunas profesionālas identitātes veidošanās un attīstības iespējām. Pedagoģiski transformatīvā paradigma ir balstīta mūsdienu transformatīvās mācīšanās pieejā, kas ir fokusēta uz refleksiju, spēju piesavināt un transformēt refleksijas pieredzi praksē, lai veicinātu izglītotāju un izglītojamo kompetenču attīstību (Paipare, 2022).

Kā zināms, mācīšanās ir aktīvs process, kurā cilvēks konstruē jaunas zināšanas un izpratni, balstoties uz esošo pieredzi, izvēloties un transformējot informāciju (Piaget, 1954; Dewey, 1966; Bruner, 1966). Mūzikas terapijas studiju programmas apguves procesā notiek studentu un docētāju radošās pieredzes apmaiņa, un šī procesa pamatā rodas *zināšanu un pieredzes transformācija*. Empīriskās mācīšanās teorijā tiek akcentēta indivīda līdzatbildība mācīšanās procesā (Kolb, 1984). L.Djumā (Dumas, 1995) lieto terminu *pieredzes (experiential) mācīšanās*, kas vienlaikus ir kognitīva, afektīva un biheiviorāla (behavioral) un izriet no personīgās pieredzes, ne tikai no zināšanām. Mūzikas terapijas studiju programmas apguves procesā notiekošās studentu un docētāju mijiedarbības rezultātā veidojas un attīstās katra cilvēka *pašpieredze*, kuru A. Špona (2001) definē kā situācijas subjektīvu apzināšanos, kas apgūta paša dzīves darbības, mācīšanās un pašaudzināšanas rezultātā.

1.2. Mūzikas terapeita kompetence teorētiskajā skatījumā

Šī darba autore uzskata, ka “mūzikas terapija ir viena no mākslu terapijas specializācijām, kurā klientu jeb pacientu daudzveidīgo veselības un sociālo problēmu risināšanai un pārvarēšanai, individuāli vai grupā, terapeitiskās vides un terapeitisko attiecību kontekstā izmanto mūziku un tās izteiksmes līdzekļus, muzicēšanas tehnikas un darbības domu, priekšstatu, pārdzīvojumu, jūtu, emociju, vajadzību problēmu utt. izpausmei un refleksijai, lai nonāktu pie izmaiņām emocionālajā stāvoklī un domāšanas veidā, pie pilnīgākas fiziskas, emocionālas un sociālas integrācijas” (Paipare, 2011, 340). Mākslu terapijā, tai skaitā mūzikas, atšķirībā no verbālās terapijas formām, terapeitiskās attiecības veido trīs komponentes: klients/pacients, mākslas (mūzikas) terapeits un māksla (mūzika). 1.2.1. attēlā autore atspoguļo , tā elementus un to savstarpējo ietekmi.



1.2.1. attēls. Mūzikas terapijas trijstūrveida modelis (autores modifikācijā)

Trijstūrveida attiecību kontekstā mūzikas terapeitam ir jāizvērtē **klienta/pacienta** personība un gatavība attiecībām, gan arī katrā terapeitiskajā situācijā jāpieņem lēmums atbilstoši klienta/pacienta vajadzībām un mūzikas terapijas mērķiem. Mūzikas terapija piedāvā iespējas strādāt ar visām klientu/pacientu vajadzību, grūtību un vēlmju jomām – funkcionālajām, kognitīvajām, emocionālajām, psiholoģiskajām un sociālajām. Sakarā ar to, tā ir viena no nedaudzajām palīdzošajām disciplīnām, kurā vienlaicīgi ir iespējams strādāt ar klientu vajadzībām pēc koriģējošas un attīstošas palīdzības un sniegt psiholoģisko un emocionālo atbalstu. Ar klientiem/pacientiem mūzikas terapijā tiek strādāts gan individuāli, gan grupās.

Mūzikas terapeitam ir labi jāizprot intervences teorētiskie pamati, indikācijas, kontraindikācijas un ierobežojumi, kā arī jābūt pārliecinātiem, ka to darbību pamatojošās rīcības nav pretrunā viena otrai (Paipare, 2013). Terapeitiskajā procesā notiek pieredzes un zināšanu transformācija, kuru var attiecināt uz

mūzikas terapeitam nepieciešamās profesionālās kompetences apgūšanu gan attiecībā ar citiem, gan arī attiecībā ar sevi.

Kvalificētu, profesionālu mūzikas terapeitu sagatavošanā īpaši nozīmīga loma ir pašpieredzei (self-experience), un tā ir būtiska vairākos aspektos: topošajam mūzikas terapeitam jāapgūst gan improvizācija (neplānota, spontāna pašizteiksme skaņradē), gan individuālā psihoterapija (izpratne par “iekšējiem” personiskiem procesiem un pārdzīvojumiem, lai nesajauktu tos ar klienta/pacienta pārdzīvojumiem vai traucējumiem). Sevis aktualizēšanas potenciāls ir efektīvākais veids, kā ar mūzikas improvizāciju pamodināt individuālo dabisko kreativitāti (radošumu), kas tiek lietota, lai pārvarētu emocionālas, psiholoģiskas un kognitīvas grūtības (Dreifelde-Gabruševa, Mārtinsons, Mihailova, Paipare, 2008). Mūzikas terapijā pašpieredze veidojas arī “ieskatoties sevī” ar psihoterapeita palīdzību un atbalstu, lai izprastu savus “iekšējos” procesus, saprastu un nejauktu pārneses (transference) un pretpārneses (contrtransference) procesus, kuri norit terapijā.

Mākslas terapijā mākslas terapeits un klients/pacients nedarbojas vieni; mākslai un radošajam procesam ir nozīmīga vieta to attiecībās. Izmantojot metaforu, var teikt, ka māksla darbojas kā “ideālais starpnieks” klienta/pacienta un terapeita attiecībās, jo tieši ar mākslas palīdzību klients/pacients reizēm “pastāsta” mākslas terapeitam par savām jūtām, domām, vajadzībām, grūtībām un resursiem. Mākslas terapijā tās dēvē par triangulārām attiecībām (triangular relationships) (Case & Dalley, 1992). Mūzikas terapijā terapeitiskās attiecības veidojas ar mūzikas starpniecību, – tāpēc mūzikas terapeitam būtiski ir ieraudzīt, atpazīt un izprast specifiskos aspektus, ko attiecībās ienes **mūzikas klātbūtne**. Mūzikas terapijas kontekstā mūzika tiek pieredzēta dažādos veidos: konkrētas zināšanas, prasmes, simbolisks produkts, improvizācijas modelis.

Nereti tiek norādīts arī uz spēles nozīmīgumu mākslas terapijā, ietverot arī **spēles telpu** (playful space) kā vienu no terapijas pamatelementiem (Upmale, Majore-Dūšele, 2011). Pēc D. Winnikota (Winnicott, 1974), a) spēlei, radošai iztēlei un mākslinieciskai darbībai ir nepieciešama zināma fiziska telpa, b) realitātes dalīšana iekšējā un ārējā realitātē ir neadekvāta, jo pastāv trešais *starpstāvoklis*, kurā satiekas fantāzija ar realitāti. P.Džons (Jones, 2005) raksturo to kā klienta/pacienta unikālo spēju atspoguļot savu dzīves pieredzi, radot stāvokļus, kas ir atdalīti no realitātes. Mākslas terapijā šis trešais starpstāvoklis ir spēles telpa, kurā, izmantojot mākslas ekspresiju un radošo darbību, klients/pacients un mākslas terapeits “spēlējas” kopā. Viņi nonāk *attiecībās*, kas asociējas ar spēli, un šīs rotaļīgās attiecībās tiek iekļautas terapeitiskajās attiecībās. Tas nodrošina iespēju terapeitiskajā telpā realizēt eksperimentālu un izzinošu attieksmi – klientam/pacientam ir iespēja sasaistīt cēloni ar rezultātu, reāli nemainot savu dzīvi ārpus terapeitiskās telpas, ja viņš to nevēlas.

Starpelpas ideja norāda, ka blakus abām attiecību kompetencēm (attiecības ar sevi, attiecības ar citiem) mūzikas terapeitam ir nepieciešama arī kompetence pārejas jeb potenciālās telpas apguvei (potential space or transitional area) (Winnicott, 1971). Šīs pārejas telpas paplašināšana attaisno faktu, ka mūzikas terapeitam piemīt galvenokārt māksliniecisks, izdomu pilns, radošs un rotaļīgs raksturs. Tas saistošs pat klientiem/pacientiem, kuriem patīk (vai ieteicama) tradicionāla un pat direktīva pieeja, kā arī tiem, kuriem ir liegta verbālā valoda (autisma vai insulta gadījumā u. tml.). Mūzikas terapija nepiedāvā alternatīvu valodu, bet gan iespēju izmantojot fikcionalizāciju – pastarpinātu piekļuvi viņu garīgajai realitātei (De Backer & Van Camp, 1999; Wigram et al, 2002).

Pirms vairāk kā 30 gadiem K. Brušja (Bruscia, 1987) pētīja mūzikas terapeitu identitātes jautājumus, kuri ir tik pat aktuāli arī mūzikas terapeitu profesionālās attīstības kontekstā, proti, vai mūzikas terapeits primāri ir mūziķis, mūzikas pedagogs vai terapeits. K. Brušjas modelī (Bruscia, 1998), mūzikas terapeitam nepieciešamo kompetenci var iedalīt trīs pamatblokos: klīniskais pamats, mūzikas terapija un terapija. Balstoties uz K. Brušjas modeli, promocijas darba autore noteica un aprakstīja mūzikas terapeita kompetences (skat. 1.2.1. tabulu).

1.2.1. tabula. Mūzikas terapeita kompetence

	Kompetence	Skaidrojums
Klīniskais pamats	Īpašas situācijas, kad vajadzīga speciāla izglītība	Dažādu speciālu stāvokļu izpratne, to cēloņi, simptomi, personīgā iesaistīšanās; izpratne par normālu attīstību un patoloģiju.
	Terapijas dinamisms	Izpratne par klienta-terapeita attiecību dinamiku un procesiem, par individuālo un grupu ārstēšanas procesu un dažādiem psihoterapijas modeļiem.
	Terapeitiskās attiecības	Izpratne par klienta perspektīvu, ietekmes uz klientu apzināšanās, spēja veidot terapeitiskas attiecības un tās efektīvi pielietot individuālajā un grupu terapijā.
Mūzikas terapija	Pamati un principi	Izpratne par mūzikas dabu un loģisks pamatojums par tās izmantošanu terapijā; izpratne par mūzikas raksturu dažādiem klientu veidiem; izpratne par mūzikas terapijas izmantošanas mērķi dažādām klientu grupām; izpratne par mūzikas terapijas izvērtēšanas, ārstēšanas un novērtēšanas galvenajiem principiem; zināšanas par profesijas vēsturi.
	Klienta novērtējums	Spēja identificēt iz/novērtējuma vajadzības, un realizēt efektīvas metodes klienta izvērtēšanai ar mūzikas palīdzību; spēja izvērtēt un pielietot novērtējumā iegūtos datus.
	Ārstēšanas plānošana	Spēja identificēt ārstēšanu, formulēt atbilstošus mērķus un uzdevumus, attīstīt efektīvas ārstēšanas stratēģijas individuālai un grupu terapijai.
	Ārstēšanas realizēšana	Spēja radīt veicinošu vidi, izveidot/atlasīt piemērotus muzikālus materiālus, vadīt dažādā veidā. darbības/pārdzīvojumus, spontāni iesaistīt klientu mūzikā, organizēt sesijas (Raksts I) un atpazīt svarīgus notikumus.
Terapija	Terapijas izvērtēšana	Spēja atpazīt un fiksēt pārmaiņas, izveidot shēmas izvērtēšanai, piemērot efektīvas metodes klienta panākumu noteikšanai un izmantot novērtējumā iegūtos datus.
	Terapijas nobeigšana	Spēja noteikt piemērotu laiku terapijas izbeigšanai; spēja to klientam nodrošināt.
	Komunicēšanās par terapiju	Spēja komunicēties ar klientu, ārstējošo komandu u.c. svarīgām personām par terapiju mutiski un rakstiski.
	Starpdisciplinārā sadarbība	Izpratne par citu disciplīnu lomu saistībā ar mūzikas terapiju; spēja saistīt klienta programmas ar citām disciplīnām un sadarboties ar komandas locekļiem
	Supervīzija un administrēšana	Spēja produktīvi piedalīties supervīzijā; spēja vadīt mūzikas terapijas programmas dažādās vidēs.
	Ētika	Spēja interpretēt un pielietot ētiskos standartus praksē.

Tabulā apkopotais norāda uz mūzikas terapeita profesionālās kompetences nepārprotamu divkāršu identitāti, kurā apvienota gan mūziķa, gan terapeita lietpratība.starpdisciplinārā sadarbībā.

1.3. Mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības modeļa teorētiskais pamatojums

Mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstība ir balstīta uz **konstruktīvās pieejas** pamatnostādni, ka mācīšanās ir zināšanu konstruēšanas process, kas pamatojas uz personīgo un sociālās vides pieredzi (Matthews, 1998.; Kim, 2001). Viens no konstruktīvisma pamatlicējiem – Dž. Djūijs (Dewey, 1916, 1966) izdala vairākus mācīšanās procesa aspektus, kas jāpiedzīvo, lai konstruētu zināšanas:

- mācīties darot,
- mācīties no pieredzes,
- mācīties iesaistot prātu,
- mācīties veidojot savu zināšanu un radošo spēju krātuvi,
- mācīties iesaistoties aktivitātēs,
- mācīties sadarbojoties.

Konstruktīvisma teorijā tiek izdalīti vairāki virzieni, no kuriem sistēmiskais virziens ir tieši attiecināms uz MTPKA modeli. *Sistēmiskais konstruktīvisms* ietver noteiktu un secīgu sistēmu topošā mākslas/mūzikas terapeita izglītošanā un akcentē starpdisciplināro sadarbību (Kriz, 2010). No sistēmiskā konstruktīvisma skatu punkta mācīšanās ir aktīvs, konstruktīvs, paškontrolēts, sociāls un situatīvs process (Kriz, 2000). Sistēmiskajā konstruktīvismā tiek skatīts arī jautājums par izglītojamo domāšanas savstarpējās sakarībās attīstību, skatot un saistot teoriju un praksi, konkrētajā gadījumā saistot medicīnu un mūziku, psiholoģiju un pedagoģiju, terapijas metodikas, tehniku un intervenču apguvi. Pēc E. Ruda domām (Ruud & Mahns, 1992), mūzikas terapijas vēsturei no senatnes līdz mūsu dienām ir raksturīga starpdisciplināru ideju un teoriju apbrīnojama daudzveidība. Jaunas medicīnas teorijas tiek iesaistītas skatot mūziku kā terapiju, dodot tai jaunu izteiksmes veidu un interpretāciju (Raksts I).

Kā iepriekš uzsvērts, mūzikas terapijas jēdziens praktiski nozīmē summāru dažādu mūzikas terapijas koncepciju apvienojumu. Teorētiskās studijas rāda, ka mākslas terapija kā nozare piedzīvo pastāvīgu evolūciju, kas rezultējas no dažādu ideoloģiju un zinātnisko atklājumu ietekmes. Mākslas terapeita profesionālās kompetences attīstību raksturo teorētisko zināšanu, praktisko iemaņu un attieksmju kopums, kas attīstās dažādu nostādņu daudzveidībā (Mihailova, Mārtinsone, Mihailovs, 2014). **Daudzveidības** (diversity) kompetenci var uzskatīt par indivīda pamatprasmi, kas nepieciešama efektīvai darbībai sabiedrības pārmaiņu un globalizācijas kontekstā (Pavītola, Bethere, Usca, 2017). Daudzveidība ir gan vērtība, gan arī resurss iekļaujošas vides veidošanā, kas būtiska kā pedagoģijā, tā arī mūzikas terapijā.

Pastāv vairāki modeļi, kas raksturo daudzveidības kompetenci. B. A. Velmanes (Wellmann, 2009) modelī daudzveidības kompetenci veido teorētiskās zināšanas, tolerance un spējas vest netiesājošas (non-evaluative) sarunas, strādāt heterogēnās komandās un izvirzīt daudzveidību kā vienu no rezultātu kritērijiem. A. Roskena (Rosken, 2010) papildināja daudzveidības kompetenci īpaši uzsverot spēju reflektēt personīgo uzvedību un prasmi atpazīt un izvairīties no stereotipiem. Daudzveidības kompetenci mūzikas terapijā raksturo tās pielietojums: a) individuālajā un grupu procesā, b) pie dažādām klientu/pacientu saslimšanām, c) līdzdalības spējas multiprofesionālajā komandā, d) kā arī tās trīs pamatšķautnes profesionālajā attīstībā: klīniskais, terapeitiskais un mūzikas terapeitiskais pamats (skat. 1.2.1. tabulu).

1.4. Paradigmu maiņa izglītībā un tās ietekme uz mūzikas terapijas studijām

Izglītības attīstība ir saistīta ar paradigmu maiņu (Žogla, 2001, Burceva u. c., 2010; Kokare, 2011). Tas veicina jaunu teorētisko platformu radīšanu, inovācijas un profesionālā redzesloka paplašināšanu. Mūsdienu pedagoģiskajā diskursā tiek aktualizēts kompetences kā sociālpedagoģiskās un mācīšanās analītiskās kategorijas jēdziens (Briška u. c., 2006). Tas saistīts ar zinātniskās paradigmas maiņu, kuru sekmē zinātnes attīstības gaitā jaunradītie fenomeni, atziņas un pašas zinātnes izpratne. Latvijā pašlaik savstarpēji mijas trīs – modernisma, postmodernisma un jaunmodernisma – pedagoģijas zinātniskās paradigmas, un tās transformējas caur katra cilvēka atšķirīgo izglītības, mācīšanās un mijiedarbības pieredzi. Transformācija uz zināšanu sabiedrību paredz jaunu skatu uz kompetencēs balstītu izglītību, kurā kompetences vairs nav tikai prasmes (pagājušā gadsimta 70.-80. gadu pieceja) un profesionālā kvalifikācija (pagājušā gadsimta 80.-90. gadu pieceja). Mūsdienu ekonomiskā attīstība izvirza kompetenci kā stratēģisko mērķi un izglītības kvalitātes analītisko kategoriju.

Termins “kompetence” izglītībā tiek saistīts ar tiekšanos pēc pašorganizācijas un ietver zināšanu un prasmju mijiedarbību (Rieckmann, 2012). Kompetence saistās ar zināšanām un prasmēm, kuras var iegūt darbības rezultātā, pamatojoties uz zināšanām, pieredzi un refleksiju par tām. Profesionālā kompetence ir a) pastāvīga un saprātīga komunikācijas, zināšanu, tehnisko prasmju pielietošana; b) klīniskā argumentācija; c) emociju, vērtību un refleksu pielietošana ikdienas praksē individuālu un sociālu vajadzību apmierināšanai (Epstein & Hundert, 2002). Tā ietver faktisko darba pieredzi, iegūtās prasmes un iemaņas darba procesā, akadēmiskās zināšanas un to nozīmi profesionālajā izaugsmē, kā arī speciālista attieksmi pret darbu, spēju pilnveidoties un vēlmi apgūt jaunas prasmes un zināšanas (Raksts I, X).

N. Šāpers (Schaper et al., 2012) piedāvā kompetencēs balstītas augstākās izglītības modeli, kurā izdalītas sešas pamatkomponentes, kas to veido: studiju saturs, atbalsts studējošajiem, kompetenču pieceja mācīšanās, kompetencēs balstīta pieceja novērtēšanai, kompetencēs balstīta kvalitātes vadības sistēma, mācībspēku profesionālā pilnveide. Šajā modelī kompetenču pieceju augstākajā izglītībā ir jāveicina, attīstot pašorganizētu mācīšanos, pieredzes (experiential) mācīšanos un aktīvu mācīšanos. Noderīgas piecejas kompetenču attīstībā ir arī projektu pieceja, pētniecībā balstīta mācīšanās, kā arī starpdisciplināra pieceja mācību procesam. Šādā piecejā mācībspēku uzdevums drīzāk ir veicināt, atbalstīt studējošos, cita starpā sekmējot to ar stimulējošu mācību vidi, praktisku pieceju mācībām, eksperimentiem, u. tml.

Pedagoģijā pastāv vairākas piecejas profesionālās attīstības sistematizēšanai. Lai analizētu mūzikas terapeita profesionālās izaugsmes iespējas, var apskatīt iepriekš veiktos pētījumus un piedāvātos modeļus. Plaši izmantots ir N. Geidža un G. Berlinera (1998) **profesionālas identitātes attīstības modelis**. Tajā izdalītas piecas pakāpes un līmeņi, kurus nosaka pēc profesionālās darbības ilguma un darba pieredzes. Šis modelis izstrādāts, lai analizētu pedagogu profesionālo pilnveidi un vēlāk pielāgots arī medicīnas darbinieku attīstības pārskatīšanai. Tomēr to iespējams izmatot arī citu profesiju pārstāvjiem, lai parādītu nepārtrauktas izglītošanas un attīstības norisi vairākos līmeņos. Pirmais posms *Iesācēju attīstības posms* ietver profesijas apguvi un sākotnējo profesionālo darbību. Tam seko otrais – *Progresīvs iesācēju attīstības posms* (1–3 gadu darba pieredze) un trešais – *Kompetentās attīstības posms* (3–4 gadu darba pieredze). Visbeidzot tiek sasniegts *ceturtais – Prasmīgās attīstības posms* (~5 gadu pieredze) un piektais – *Eksperta attīstības posms* (brīva profesionālā darbība bez acīmredzamas piepūles).

Pētījumos par veselības aprūpes profesiju apguvi un profesionālo attīstību (Wear & Castellani, 2000; Wilson, Cowin, Johnson & Young, 2013) iegūtie rezultāti liecina, ka ārstniecības personām praktiskā darba pieredze veidojas, strādājot profesijā, nevis tikai apgūstot teorētiskas zināšanas un prasmes studiju procesā. Zināšanu un prasmju pilnveide, kas rodas no to pielietojuma praksē vai strādājot, tiek izvirzīta priekšplānā kā ļoti nozīmīga, lai speciālists spētu veidot savu profesionālo kompetenci. Pierādīts, ka kompetenta profesionāļa darbību ietekmē dažādi identitāti veidojoši faktori, arī sociālās lomas, pašvērtējums, rakstura īpašības un motivācija (Bubb & Earley, 2007). Profesionālās kompetences attīstības modelī EDGE akcentēts, ka topošie speciālisti demonstrē augstvērtīgu sniegumu savā nozarē un darba tirgū tad, kad studiju procesā būs attīstījuši savas zināšanas, prasmes un kompetences atbilstoši attiecīgajai studiju programmai, apguvuši karjeras veidošanas būtību, ieguvuši pieredzi un emocionālo inteliģenci, tādējādi sasniedzot augstāko pašefektivitātes (self-effectiveness) un pašapziņas pakāpi (Pool & Sewell, 2007).

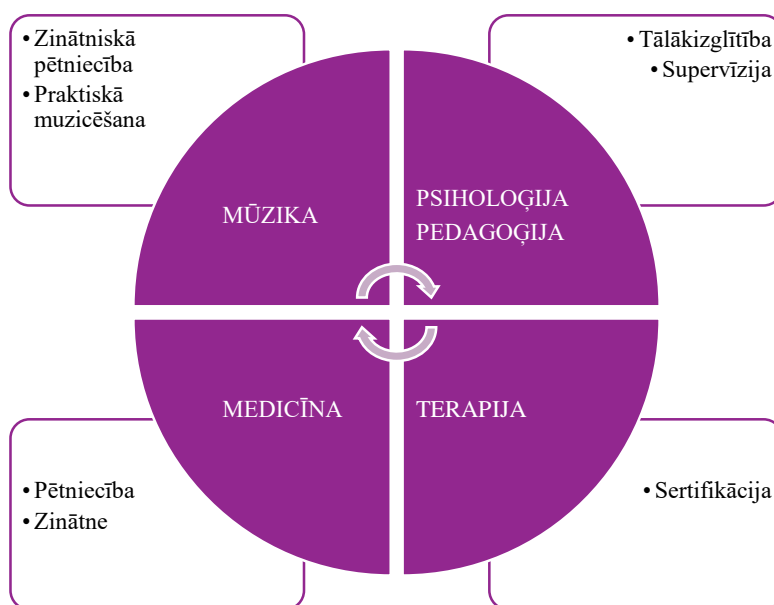
Atbilstoši teorētiskajam pamatojumam un pedagoģiski transformatīvai paradigmai autores piedāvātajā modelī topošajā speciālistā realizējas personības struktūras pašizziņas, pašradošā procesa apzināšanās, pašattīstība un pašīstenošanās. Pedagoģiski transformatīvā paradigma, kas balstīta mūsdienu transformatīvās mācīšanās pieejā, mūzikas terapeita profesionālo kompetenci dinamiski virza uz augstāko pašīstenošanās un pašefektivitātes pakāpi – ekspertu savā profesionālajā darbībā.

2. MŪZIKAS TERAPEITA PROFESIONĀLĀS KOMPETENCES ATTĪSTĪBAS MODELIS

2.1. Mūzikas terapeitam nepieciešamās kompetences un profesionālās darbības jomas

Mūzikas terapeitam nepieciešamās kompetences var identificēt gan mūzikas terapijas teorētiskajos apsvērumos (skat. 1. nodaļu), gan arī analizējot mūzikas terapeita profesionālās darbības jomas, veicot mūzikas terapijas studiju programmu salīdzinošo analīzi un aplūkojot normatīvos aktos, kas regulē izglītības un profesijas standartu, noteiktās prasības.

Pētījuma rezultāti liecina, ka mūzikas zinātnisks pielietojums dod ne tikai estētisku, bet arī pedagoģisku un pat terapeitisku efektu. Iegūto rezultātu interpretācija pielietojama pedagoģijā, psiholoģijā, mūzikas zinātnē, veselības aprūpē (Raksti I, II, IV, X, XV). Mūzikas terapiju ietekmē vairākas jomas: mūzika, psiholoģija, pedagoģija, medicīna (skat. 2.1.1. attēlu).



2.1.1. attēls. Mūzikas terapiju ietekmējošās profesionālās darbības jomas

Ietekmes jomas ir savstarpēji saistītas mijattiecībās: jebkuras jomas speciālistam jāzina un jāprot izmantot citu jomu zināšanas un jāapgūst prasmes tās pielietot praktiski. Mūziķim nepieciešamas pedagoģijas, psiholoģijas, medicīnas zināšanas, kā arī terapijas sapratne un lietojums. Mediķim jāprot spēlēt mūzikas instrumentu, jāzina mūzikas likumsakarības, jāorientējas pedagoģijā, psiholoģijā un terapijā. Tas nozīmē, ka mūzikas terapeita profesionālai kompetencei ir integratīvs raksturs, un tā ietver apakškompetenču kopumu, kurā nepārtraukti mijiedarbojas mūziķis, mediķis (ārstniecības persona), psihologs, pedagogs (Raksti I, X). 2.1.1. attēla iekšējais aplis norāda uz profesionālo pilnveidi ilgtspējīgās attīstības perspektīvā. Mūzikas terapeita profesija ietver pētniecībā balstītu praksi, kura regulāri jāsupervizē, pastāvīgu sevis pilnveidošanu tālākizglītībā, kā arī ārstniecības personām nepieciešamo sertifikācijas un regulārās resertifikācijas kārtošanu (Raksti I, II).

2.1.1. Mūzikas terapeita kompetences attīstība studiju programmās salīdzinošā analīze

Eiropas valstīs mūzikas terapijas specialitāti var apgūt dažādās valsts programmās arodaugstskolu un universitāšu līmenī. Studiju programmu salīdzinošās analīzes rezultāti liecina, ka Eiropā kopumā tiek atzīta psiholoģijas pamatkursa un mūzikas terapijas metožu pamatu apguves nozīmība, taču dažādās studiju programmās būtiski var atšķirties laiks, kādu proporcionāli velta muzikālo iemaņu, medicīnisko priekšmetu, klīniskās prakses un personīgai attīstībai studiju procesā, un cik dziļi šie virzieni tiek apgūti (Raksts X). Visas studiju programmas mūzikas terapeitu izglītošanas jomā ietver kursus medicīnā, psiholoģijā, konsultēšanā, muzikālajā pašpiederzē (instrumenta spēlē, vokālajā un kustību prasmju pilnveidošanā un sevis izzināšanā), taču atšķiras studiju priekšmetiem atvēlēto stundu īpatsvars. Dažādās studiju programmās var izteiktāk tikt akcentēta kāda no mūzikas teorijas koncepcijām vai tradīcijām. Centienos formulēt vienotu mūzikas terapijas izglītības standartu daudz diskusiju, domstarpību un pat kardināli pretējas nostājas ir attiecībā uz prioritāšu dalījumu mācību priekšmetiem laika limita ietvaros. Šis un līdzīgi jautājumi tiek regulāri izvirzīti apspriešanai gan Eiropas Mūzikas terapijas konfederācijas³ asamblejās, starptautiskos sadarbības projektos (piemēram, Leonardo daVinci MUSA⁴) un konferencēs (Raksts XIII).

Mūzikas terapijas studiju programma Latvijā atšķiras ar to, ka mūzikas terapeiti Latvijā ir valstiski atzīta ārstniecības profesija⁵. Tas uzstāda jautājumu: *vai mūzikas terapeits drīzāk ir ārstniecības persona-praktiķis vai pētnieks-zinātnieks?* LiepU mūzikas terapijas studiju programmas pamatu veido trīs jomas, kuras savienotas un integrētas studiju programmā tā, lai veiksmīgi attīstītu mūzikas terapeita terapeitisko un muzikāli profesionālo identitāti:

- terapijā – terapeitiskā sapratne un vērtīgums;
- mākslā – muzikālo prasmju klīniskais pielietojums;
- zinātnē – akadēmiskā, klīniskā un profesionālā kompetence (Raksts X).

2.1.2. Normatīvajos aktos noteiktās prasības attiecībā uz mūzikas terapeita kompetencēm

Profesiju visbiežāk traktē kā indivīdu pastāvīgu nodarbošanos, kuras pamatā tiek izmantotas noteiktas iegūtas teorētiskas zināšanas un praktiskas iemaņas, un tā kalpo par galveno cilvēka ienākuma avotu (Moors, 2007). Mākslas/mūzikas terapeita kompetences Latvijā ir noteiktas profesiju klasifikatorā un profesijas standartā. Profesijas standarts nosaka profesijai atbilstošos profesionālās darbības pamatuzdevumus un pienākumus, profesionālās kvalifikācijas prasības, to izpildei nepieciešamās vispārējās un profesionālās zināšanas, prasmes, attieksmes un kompetences (VISC, 2017). Lai Latvijā strādātu par mākslas terapeitu un piedāvātu mākslas terapijas pakalpojumu, ir jāiegūst atbilstoša izglītība un profesionālā kvalifikācija. Mūzikas terapeita darba aprakstā izvirzītie noteikumi (MK noteikumi Nr.

³ EMTC (angļu – *European Music Therapy Confederation*) - Eiropas Mūzikas terapeitu konfederācija.

⁴ MUSic, performing and creative Arts professions involved in healthcare: a portal for VET promotion and mutual recognition of profiles. 539899-LLP-1-2013-1-IT-LEONARDO-LMP

⁵ Saskaņā ar Eiropas Mūzikas terapijas konfederācijas datiem Eiropā tikai trīs valstīs mākslas/mūzikas terapija ir atzīta profesija veselības aprūpē; tās ir: Lielbritānija, Austrija, Latvija (www.emtc-eu.com).

268, 2009) nosaka, ka mūzikas terapeitam jābūt ar otrā līmeņa profesionālo augstāko medicīnisko izglītību mākslas terapijā, reģistrētam ārstniecības personu reģistrā un sertificētam. Kā profesionālim mūzikas terapeitam jāpiemīt praktiskai pieredzei attiecīgajā jomā vai darbā ar līdzīgu klientu grupu, zināšanām par darbā izmantojamajiem līdzekļiem un tehniku, spējai izprast un lietot neverbālo komunikāciju, izmantot klienta refleksiju par radošo procesu un tā rezultātu, spējai noteikt mūzikas terapijas mērķus, kas ir pamatā terapeitiskajām intervencēm, spējai nodrošināt drošu, korektu un efektīvu uz klientu centrētu mūzikas terapijas procesu. Nepieciešama ir arī spēja būt uztverošam, aktīvam, interaktīvam un radošam, spēja plānot, organizēt un vadīt izpildāmos darbus un noteikt to prioritātes, spēja kompetenti izmantot mūzikas radīšanas tehniku diapazonu un palīdzēt klientam izteikt sevi mūzikā, kā arī veikt klienta radītās mūzikas analīzi. No profesionāla mūzikas terapeita tiek prasītas labas saskarsmes un komunikācijas prasmes, klientorientēta darbība un orientēšanās uz darba pozitīvu rezultātu, tāpat spēja strādāt psiholoģiski sarežģītās situācijās.

Veidojot Mākslas/Mūzikas terapeita profesijas standartu, tika noteikts zināšanu, prasmju un kompetenču kopums, kas ir nepieciešams speciālistu profesionālai attīstībai. Tas noteica arī studiju programmas saturu un mācību metodes, lai sekmētu mūzikas terapeita profesionālās kompetences veidošanu, attīstību un pilnveidi. Visas mākslas terapijas specializācijas vieno kopīgi teorētiski principi, taču katrai no tām ir sava metodoloģija un instrumentārijs. Mūzikas terapeitiem noteiktas sekojošas specifiskas kompetences un prasmes:

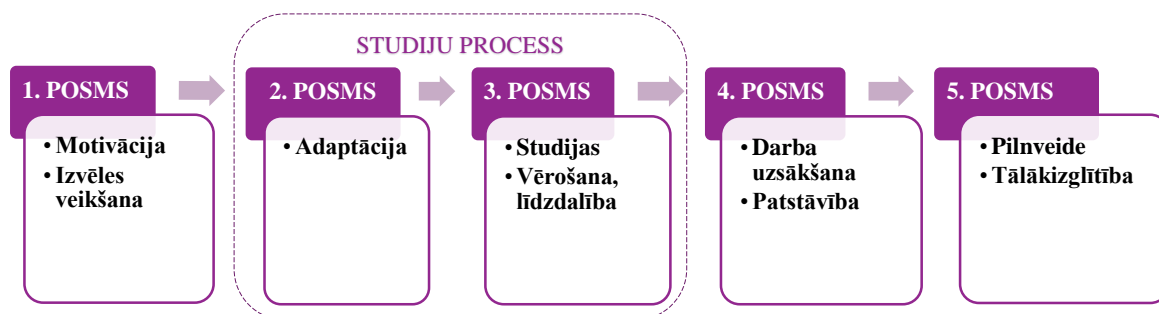
- spēja izmantot iegūtās zināšanas, prasmes un iemaņas mūzikas teorijā un vēsturē, apliecinot izpratni par mūzikas stilu un raksturu;
- spēja analizēt dažādu periodu mūzikas elementus, struktūru un stilu pēc dzirdes un redzes/vizuāli;
- spēja atšķirt standartveida darbus no klasiskās un populārās mūzikas literatūras;
- spēja komponēt un aranžēt vienkāršas dziesmas un cita rakstura (izņemot simfoniskam orķestrim) instrumentālus skaņdarbus;
- spēja dziedāt un/vai spēlēt pamatinstrumentu ar vērā ņemamu prasmi un interpretējošu izpratni;
- spēja palīdzēt klientam/pacientam izteikt sevi mūzikā.

Ministru Kabineta noteikumos noteiktas iegūstamo kompetenču vadlīnijas, kas jārespektē, veidojot un īstenojot attiecīgās specialitātes studiju programmu (MK noteikumi Nr. 268, 2009). Studiju programmai ir jābūt veidotai atbilstoši apstiprinātam profesijas standartam un citiem normatīviem aktiem, lai pēc studiju programmas absolvēšanas diplomētie un profesionālo kvalifikāciju ieguvušie mākslas terapeiti būtu apguvuši profesijai nepieciešamās pamata kompetences, prasmes un zināšanas, turpinot tās attīstīt turpmākos gadus, strādājot supervizora un mentora – ārstniecības personas pārraudzībā līdz sertifikāta saņemšanai (sertificēšanai) (LMTAA, 2020). Atbildība pret mākslas terapeita profesiju nosaka, ka nepārtraukta kompetenču attīstība ir daļa no profesionālās kvalifikācijas uzturēšanas, kas ir jāpierāda (jāapliecina) ar regulāru resertifikāciju (Upmale, Majore-Dūšele, 2011). Mākslas terapeita profesijas standartā ir uzskaitītas mūzikas terapeitam nepieciešamās terapeitiskās kompetences un prasmes, kas jāattīsta ne tikai studiju laikā, bet arī mūžizglītības skatījumā, t. i. aptverot arī tālākizglītības posmu (Raksti I, X).

2.2. Mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības modelis un tā izvērtējums

Mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības jeb MTPKA modeļa mērķis ir nodrošināt mūzikas terapeitu ar tam nepieciešamajām zināšanām un kompetencēm. MTPKA modelis nav veidojies no teorētiskiem apsvērumiem un empīriskas izpētes vien. Nozīmīga ietekme uz mūzikas terapijas izglītības attīstību Latvijā ir arī nozares priekšvēsturei (Raksti I, XIII). Latvijā izsenis liela nozīme ir iekoptām spēcīgām muzicēšanas tradīcijām gan amatieru, gan profesionālā līmenī: koru dziedāšana, attīstīts mūzikas skolu tīkls un augstas kvalitātes mūzikas skolotāju sagatavošana augstskolās kopš 20. gadsimta sākuma (J. Vītola Latvijas Mūzikas akadēmija, Rīgas Pedagoģijas un vadības akadēmija (līdz 2017. gadam), Daugavpils Universitāte, Liepājas Universitāte). Mūzikas terapijas izglītības attīstības procesu ir bagātinājusi citu mākslu terapijas attīstība un tajā ieinteresētu personību sadarbība. Liepājas Universitātes studiju programmas “Mūzikas terapija” pamatievirzi ir veidojusi Vācijas, īpaši Dr. R. Hausa, pieredze mūzikas terapeitu sagatavošanā, un programmas izveide bija iespējama, pateicoties Vācijas speciālistu nesavtīgam darbam un finansiālam atbalstam no Vācijas. Kā vēl viens unikāls aspekts minama arī Lielbritānijas mākslas terapijas modeļa ietekme, konkrēti Britu Mākslas terapijas profesijas standarts. Mūzikas terapijas profesijas vēsturiskā attīstība analizēta rakstos I, X, XII, XIII.

MTPKA modelī ir attēlots mācību process, tā norise un mūzikas terapeita profesionālisma veidošanās fāzes un to kritēriji zināšanu, prasmju un kompetences apgūvē atbilstoši Eiropas Kvalitātes izglītības 7. līmeņa EKI ietvarstruktūrai (MK noteikumi Nr. 322, 2017) (skat. 2.2.1. attēls).



2.2.1. attēls. Mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības modelis

MTPKA modelis vērsts uz izglītojamā profesionālās kompetences attīstību konstruktīvā, kontekstorientētā studiju procesā, īpaši akcentējot sociālo mijiedarbību un studiju satura izstrādi, īstenojot starpdisciplināru integrāciju. Modelī atspoguļots profesionālās kompetences attīstības process, kurš tiek realizēts kā klīniskais atbalsts studentu pašpiederības veicināšanai.

D. Oldridžs (Aldridge, 1989) salīdzina mūzikas terapeita tapšanu kā personības *nogatavināšanas vai nobriešanas procesu*, kura laikā notiek dziļa un efektīva mūzikas un terapijas elementu cieša integrācija. “Nogatavināts” mūzikas terapeits ir spējīgs motivēt, iedrošināt un apzināti izmantot mūziku terapeitiskiem nolūkiem un terapeitisko procesu virzīt kā muzikāli attīstošu, progresu veicinošu nodarbi, spēj adekvāti uztvert klienta/pacienta būtību pasaulē (Aldridge, 1989; Aigen, 1996). B.Vīlere, C.Šultis un D.Polen (Wheeler, Shultis & Polen, 2005) iezīmē trīs līmeņus, kuri ir nozīmīgi mūzikas terapeita profesionālās tapšanā izglītības procesā. Tos var saprast arī kā profesionālās izaugsmes un pilnveides līmeņus:

1. līmenis: novērošana, līdzdalība, asistēšana palīdzot norāda uz sākotnējo topošā mūzikas terapeita lomu izglītības procesā

2. līmenis: mūzikas terapijas sesiju un procesa plānošana un līdzvadība atbilst studiju procesā ietverošajai praksei un valsts pārbaudījumiem

3. līmenis: mūzikas terapijas sesiju un procesa vadība atbilst profesionālās gatavības līmenim pēc studijām

Šajā modelī izdalīti trīs mūzikas terapeita profesionālās attīstības posmi: 1. līmenis atbilst 3. posmam MTPKA modelī – Studiju posmam, novērošanai un līdzdalībai. Ņemot vērā šī darba autore teorētiskās studijas un praktiskos novērojumus, MTPKA modelī ieviesti arī Motivācijas (Nr. 1) un Adaptācijas (Nr. 2) posmi.

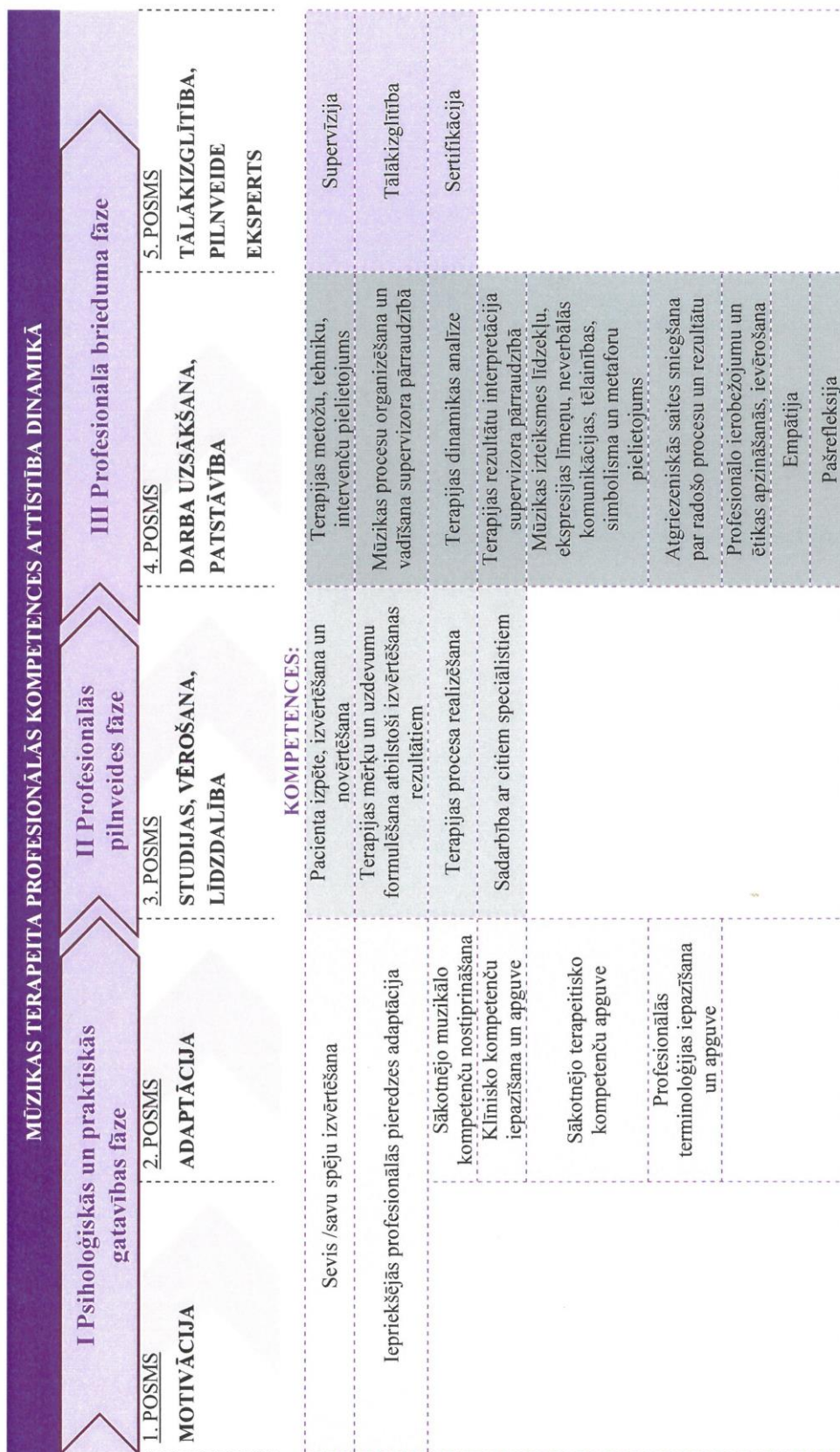
Tālāk tekstā secīgi raksturots katrs no MTPLA modeļa posmiem, norādot uz mūzikas terapeita kompetencēm, kas tiek attīstītas un/vai pilnveidotas katrā posmā. Studiju laikā mūzikas terapeits apgūst noteiktas zināšanas, prasmes un attieksmes, kas reducējas profesionālajā kompetencē, ko nodrošina studiju programmu apguve. (Skat. 2.2.2. attēlu)

1. posms. Motivācija

Šajā posmā reflektants/topošais mūzikas terapeits tikai identificē personīgo atbilstību mūzikas terapeita profesijai.

Mūzikas terapijas profesionālā maģistra studiju programma veselības aprūpē ir atvērta jebkuram 2. līmeņa augstākās izglītības absolventam, kurš spējīgs nokārtot iestājpārbaudījumu klavieru un vokālajā improvizācijā. Mūzikas terapeita sākotnējo kompetenci ir definējis K. Brušja (Bruscia, 1987). Liela daļa reflektantu ir ar sākotnējo izglītību un darba pieredzi pedagoģijā, tāpēc īpaši nozīmīgi studiju procesā ir stiprināt terapeitiskās prasmes. Tiem reflektantiem, kas pārvalda mūzikas instrumenta spēlēšanas prasmi (iestājeksāmena prasība), īpaši nozīmīgi ir palīdzēt atrast brīvas improvizācijas pieredzi un eksperimentēšanas garu. Vēsturiski Latvijā ir spēcīgi attīstītas dziedāšanas spējas, notācības prasmes un zināšanas par mūzikas vēsturi (Stramkale, 2008), tāpēc studiju procesā būtiski apgūt grupas kompozīciju un improvizāciju.

Ņemot vērā augstskolu uzņemšanas komisiju statistiku, par mūzikas terapeitiem vēlas kļūt bijušie/esošie mūzikas skolotāji, psihologi, mūziķi – izpildītāji, fizioterapeiti, retāk citu profesiju pārstāvji (ekonomisti, ķīmiķi, mediķi). Mācību praksē sākotnēji bieži notiek mūzikas terapijas un citu mākslas terapijas metožu integrācija. Ne vienmēr tas ir labvēlīgs risinājums topošajam mākslas/mūzikas terapeitam, jo pedagoģiskās metodes mūzikā nav pielīdzināmas mūzikas terapijā pielietojamām metodēm un tehnikām (par pedagoģijas un terapijas profesionālajām atšķirībām varat lasīt nākošajā nodaļā). Tas aktualizē jautājumus par kompetenci, pašpieredzi un mūzikas terapeita jauno specializāciju. Runājot par topošo mūzikas terapeitu terapeitisko potenciālu, jāatzīmē viņu personības būtība. Ja students izglītojas mūzikas terapijā, viņš visbiežāk ir mūziķis vai muzicējošs, tādēļ viņam ir personiskas attiecības ar mūziku, skaistumu, radošumu, intuīciju, jutību, racionalitāti, ķermeni, balsi un runāto vārdu, bet tas viss jāpārformatē citā kontekstā – palīdzības un atbalsta sniegšanas un nodrošināšanas attiecībās.



2.2.2. attēls. Mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstība dinamika (autore modifikācija)

2009. gadā veiktā studējošo un absolventu aptaujā secināts, ka motivāciju apgūt mūzikas terapiju veido vēlme apgūt jaunu profesiju, kurā saskata gan pilnveides iespējas savam jau esošajam darbam, gan izaugsmes iespējas, apgūstot starpdisciplināri jaunu profesiju, gan perspektīvas profesionāli darboties bez vecuma ierobežojuma (Raksts IV). Studentu aptauju dati atklāj arī vilšanos jaunajā profesijā: vairāki respondenti atzinušies, ka nebija domājuši strādāt ar slimiem cilvēkiem, tikai apgūt, kā nodarboties ar mākslas metodēm pašam un palīdzēt citiem, tādējādi dažādojot savu dzīvi.

Viens no iestājeksāmenu nosacījumiem ir potenciālā reflektanta muzicēšanas pieredze. Taču tik pat svarīga ir arī spēja klausīties mūziku (Raksti, IV, IX.). Mūziku dzirdēt un klausīties nav viens un tas pats – iekšējo psihisko procesu ziņā ir liela atšķirība starp “dzirdēt” un “klausīties” (Nelsone & Paipare, 1992). Mūzikas klausīšanās ir dinamisks process, kas izraisa sarežģītu garīgo un intelektuālo darbību, jo tas no personas prasa piepūli un koncentrēšanos – dzirdētais ir jāuztver, jāsaprot un jāpatur atmiņā. Paraleli šis process pilnveido uztveres prasmi, koncentrēšanās spēju un emocionālo atsaucību. Var uzskatīt, ka tieši mūzikas klausīšanās veido muzikālajai attīstībai nepieciešamo primāro pieredzi – muzikālās pieredzes pamatu. Mūzika un tās klausīšanās ir viena no svarīgākajām problēmām mūzikas pedagoģijā un psiholoģijā. Ne velti mūzikas klausīšanās zinātniskajā literatūrā tiek definēta arī kā muzicēšana (Small, 1998).

Terapeitiskās kompetences attīstīšanai nepieciešamas gan klausīšanās, gan mūzikas klausīšanās prasmes. Kā tas notiek mūzikas terapijā vairāk var lasīt pievienotajā rakstā XI.

2. posms. Adaptācija

Studentu adaptācijai kā tādai laiks netiek īpaši plānots. Studējošo aptauju rezultāti parāda, ka RSU *Mākslas terapijas* maģistrantūras studiju programmās pastāv virkne grūtību, studiju procesu uzsākot. Arī LiepU studiju programmā *Mūzikas terapija* pastāv līdzīgas grūtības, ņemot vērā neklātienes studiju ritmu. Parasti studējošie abās programmās ikdienā strādā pamatdarbā. LiepU nepilna laika studijās prasa maģistrantam neklātnieka apņēmību godprātīgi sagatavot mājās veicamos uzdevumus patstāvīgi, savukārt RSU pilnas laika studijas klātienes forma prasa maģistranta darbu regulāri katru nedēļas nogali. Par pastāvošām problēmām adaptācijā liecina arī studējošo “atbirums”. Analizējot atbiruma iemeslus, var secināt, ka programmas prasības un studiju grafika intensitāti prasa noteiktu personības raksturojumu, studējošo augstu motivāciju un prasmi organizēt savu laiku, sistemātiski un regulāri strādāt, nevis tikai ierasties uz eksāmenu sesijas laikā. Citi atbiruma iemesli mēdz būt finansiālo resursu nepietiekamība un sociālā (ģimenes vai darba vietas) atbalsta trūkums. Šo faktoru mijiedarbības rezultātā studiju process dažkārt kļūst par izaicinājumu, un ne visi studenti veiksmīgi var izpildīt studiju programmas prasības (Raksts XIV).

2009. gadā tika veikts pētījums par studentu adaptāciju, kurā tika atklātas jaunā speciālista adaptācijas grūtības studiju procesā un problēmas, kas tika risinātas studiju programmas pilnveides procesā.

Izglītojamaiss uzsācis studijas jau ar uzkrātu iepriekšēju pieredzi. Docētāja vadībā un pašā studējošā aktīvas darbības rezultātā pieredze tiek aktualizēta. Aktualizēšanas rezultātā un jaunu studiju kursu apguves gaitā attīstās uzskati, zināšanas, prasmes, kā arī jaunas idejas, kas sākotnēji varētu būt arī neparasti (tāpēc ‘izdzīvo’ savu adaptācijas posmu). Adaptācijas periodā grūti nosaukts konkrētu kompetenci meistarības apgūvē, taču sevis, savas izvēles izvērtēšanas spējas ir noteikti aktivizētas. Noteikti

tiek aktualizētas iepriekšējās individualizētās darbības, teorētiskā un iepriekšējās profesionālās darbības pieredze, kas pakļauta adaptācijai, attīstot pielāgošanās kompetenci.

3. posms. Studijas

Mūzikas terapijas studiju programmas mērķis ir nodrošināt topošo speciālistu ar šādām zināšanām un prasmēm:

- ir apguvis akadēmiskos un zinātniskos pamatus;
- ieguvis muzikālās uzstāšanās un improvizācijas prasmes;
- apguvis nepieciešamās medicīniskās zināšanas, ir pārliecināts par savām zināšanām;
- ir pietiekami profesionāli kompetents patstāvīgi uzsākt darbu, prast to izvērtēt, analizēt un ziņot par darba rezultātiem;
- informēts par visiem darba ētiskajiem aspektiem;
- ir drošs un stabils kā personība;
- terapeitiski vērtīgs, izprots, empātisks, ar attīstītu intuīciju (Raksts X).

Mākslu un mūzikas terapijas studiju programmu specifika iezīmē tajās realizētos komplicētos izglītības uzdevumos – samērā īsā laikā studentam jādod iespēja iegūt profesionālajam darbam veselības aprūpē nepieciešamās zināšanas un prasmes, lai jaunais speciālists kvalitatīvi uzsāktu darbu multiprofesionālas komandas sastāvā. Studiju plāns abās Latvijas augstskolās ir veidots tā, lai jau no pirmās studiju dienas veicinātu maģistrantu profesionālās kompetences attīstību un nodrošinātu patstāvīgu pētniecisko darbību, t. i., lai sagatavotu speciālistus, kuri spēj adekvāti izprast un efektīvi risināt profesionālos un pētnieciskos uzdevumus, izmantojot produktīvas un kritiskas domāšanas prasmes, veiksmīgi sadarbojoties ar dažādiem speciālistiem. Studiju laikā īpaša uzmanība tiek veltīta atbildības izjūtai par savu praksi un sniegtajiem pakalpojumiem. Tāpēc mākslu un mūzikas terapijas studijas ir integratīvas un intensīvas, to saturs ir visai plašs – maģistrantiem jāapgūst ne tikai mākslas terapija (specializācijā), bet arī medicīnas (t. sk., psihoterapijas), psiholoģijas, mākslas koncepcijas, kuras attiecas uz mākslas terapeita praksi, jāiziet personīgā terapija un jāpiedalās personības izaugsmes grupā. Personīgā terapija ietver individuālu vizīti pie psihoterapeita ārpus studijām vismaz 50 stundu apjomā, bet personības izaugsmes grupā jāapgūst grupā ārpus studiju procesa, lai izprastu terapeitiskos procesus grupu darbā (LMTAA, 2020).

Studiju procesā iegūtās un jaunizveidotās idejas nepieciešams izvērtēt, pilnveidot, papildināt un labot. Šīs darbības rezultātā pieredze bagātinās, uzskati kļūst pilnīgāki. Pieredzes aktualizēšanu un pilnveidošanu var saistīt ar zināšanu apgūšanu, to papildināšanu. Apgūtās zināšanas nedrīkst palikt pasīvas, neizmantojot: tās ir nepieciešams pielietot praksē, lai attīstītos prasmes. Prasmju attīstībai ir nepieciešama praktiskā darbība: uzdevumi, vingrinājumi, lomu spēles, videogrāfija un tās analīze, problēmu risināšana u. c. Apgūstot standartsituācijas, zināšanu izmantošana ir jāīsteno jaunās situācijās, veicot praksi gan mentora, gan supervizora vadībā, gan, izpildot patstāvīgos darbus, veicot praktiskus pētījumus, kā arī iepazīstot un pat īstenojot dažādus (pētniecības) projektus. Aktīva darba procesā students izjūt emocionālu pārdzīvojumu par sasniegto, pārvarētajām grūtībām, savu intelektuālo spēju un prasmju attīstību; rezultātā studentā attīstās refleksijas prasmes, kas izpaužas savas darbības un apgūto zināšanu kritiskā analīzē, pārdomās par zināšanu nozīmi un robežām. MTPKA modelī tas tiek saprasts kā individuālo un savstarpējo attiecību iespēju klāsts,

ko "klienti – studenti" spēj izmantot spēles situācijās (lomu spēlēs) mākslas/mūzikas terapijas procesa laikā. Studentu "potenciālās telpas" paplašināšana paredz viņu spēju iedziļināties terapeitiskajos procesos vienlaikus ar izglītošanos daudzās citās mūzikas un teorētiskajās disciplīnās (Raksts I).

Studiju priekšmetos, kuros apgūst pašpiederzi, studenti kā *studentu klienti* tiek sagatavoti vairākās jomās:

- mācīšanās iepazīt viņu personīgo improvizācijas valodu - īpaši mūzikā;
- piedzīvot mūzikas spēku/ietekmi kā instrumentu garīgo spēju, ierobežojumu un sagatavotības atspoguļošanai;
- mācīšanās būt par daļu no notiekošajiem dinamiskajiem procesiem laika gaitā;
- mācīšanās praktiski tikt galā ar projekcijām, introjekcijām un sevis ierobežošanu;
- mācīšanās attīstīt un saglabāt augstu jutības un elastības līmeni mūzikas terapijas praksē;
- mācīties būt vitāli iesaistītam un vienlaikus nepazaudēt mūzikas terapeita lomu. Attiecībā uz pēdējo jomu ir svarīgi divi jautājumi: studentiem jāiemācās sevi pasargāt un stiprināt savu enerģiju mūzikas terapijas sesijās un starp tām.

Studentiem arī jāiemācās adekvāti izprast savas vajadzības, lai klienti nenonāktu situācijā, kad viņiem būtu jāapmierina terapeita vajadzības.

Kvalitatīva studiju satura un procesa nodrošināšanā izšķirošs aspekts ir mācībspēki, to kvalifikācija, kā arī citu mācību resursu pieejamība un kvalitāte. Attiecībā uz mācībspēkiem tipiska ir situācija, kurā tikai viens, divi vai augstākais trīs pieredzējuši mūzikas terapeiti iesaistās mācību programmas realizācijā kā pilna laika docētāji un viņi specializējušies vienā vai divās terapijas jomās, mācot studentiem mūzikas terapijas teoriju, mūzikas terapijas metodes, klīnisko improvizāciju, mūzikas psiholoģiju. Tāpēc programmu īstenošanai tiek pieaicināti daudzi citās jomās specializējušies ārstata mācību spēki, kas nav mūzikas terapeiti, kas māca psiholoģiju, medicīnu, anatomiju, terapiju teoriju, statistiku, psihiatriju, patoloģiju, zinātniskās pētniecības pamatus, dziedāšanu, ģitāras vai klavierspēli, improvizāciju, mūzikas analīzi un citus priekšmetus. Arī klīniskās prakses mentorēšanu un supervīziju bieži vien veic terapeiti, kuriem nav pietiekamu zināšanu tieši mūzikas terapijas jomā. Šādai pieejai ir savi plusi – students redz, cik komplekss ir šis izglītības process, cik daudz ekspertu tajā iesaistīti, taču mīnusu ir krietni vairāk: students bieži vien apjūk, sastopoties ar dažādo priekšmetu un ekspertu viedokļiem un pieejām to daudzveidības dēļ (Raksts I).

Pilnvērtīgai mūzikas terapijas profesijas apguvei ļoti svarīgas ir prakses iespējas. Maģistranti veic praksi vairākos posmos, tādējādi pilnveidojot savu profesionālo kompetenci studiju procesā. Prakse tiek veikta mentora un supervizora vadībā. Mentors parasti ir jau profesionāls mākslas/mūzikas terapeits konkrētā darba vietā un palīgs individuālo klientu/pacientu atlasē, kā arī klientu/pacientu grupas nokomplektēšanā. Savukārt, supervizors palīdz, atbalsta maģistrantu praksē, konsultējot, daloties pieredzē, rosinot uz refleksiju, pašizpaušmi (Raksts I).

Pētījumi veselības aprūpes specialitāšu/profesiju studentu profesionālās veidošanās un attīstības iespējās (Wilson, Cowin, Johnson & Young 2013; Wear & Castellani, 2000) norāda uz aktualitāti, ka ārstniecības personai praktiskā darba pieredze veidojas, strādājot šajā profesijā, nevis tikai zināšanu un prasmju apgūvē, studējot. Zināšanu un prasmju pilnveide, praksē strādājot, izvirzīta priekšplānā kā ļoti nozīmīga, tā veido profesionālo kompetenci. Kompetenta profesionāļa darbību ietekmē dažādi identitāti

veidojoši faktori, kā arī sociālās lomas, pašvērtējums, rakstura īpašības un motivācija (Bubb & Earley, 2007).

2016. gadā tika īstenota mūzikas terapeitu aptauja, izzinot jauno speciālistu vērtējumu par savas kompetences atbilstību profesionālajai darbībai un darba tirgum (Raksts V). Vienlaikus respondenti tika aicināti norādīt, kādas prasmes un zināšanas būtu jāstiprina, lai celtu mūzikas terapeitu profesionālo kompetenci. Aptaujātie jaunie mūzikas terapeiti iesaka vairāk laika studiju procesā veltīt dažādu metožu apgūšanai un veidot padziļinātu ieskatu darbā ar dažādām klientu/pacientu grupām. Jaunie speciālisti iesaka arī palielināt praktisko nodarbību apjomu, vairāk laika studiju procesā veltīt novērtējuma diagnostikai un īstermiņa mūzikas terapijas principu īstenošanai dzīvē. Rezumējot, var secināt, ka studijās iegūtās zināšanas un prasmes veido mūzikas terapeita pamatkompetenci, tomēr profesionālās attīstības un profesionālā brieduma sasniegšanai nepieciešama ir tālākizglītība, ko nodrošina gan sertifikācijas process, gan dalība supervīzijās (Raksti I, X).

Būtiska spēja, kas jāapgūst studiju procesā topošajiem mūzikas terapeitiem ir prasme strādāt ar dažādām klientu/pacientu grupām. Šo spēju raksturo kopējā terapeitiskā kompetence (Raksts II). Mūzikas terapijas studiju procesā tiek apgūtas dažādās tehnikās un terapijas metodes, kuras tiek sekmīgi pielietotas darbā ar bērniem ar runas un attīstības traucējumiem, pacientiem ar stostīšanos, kā arī ar insulta un afāzijas slimniekiem. Nozīmīgs ir atzinums par mūzikas instrumentu spēles un mūzikas klausīšanās radītām neiroplastiskām izmaiņām smadzenēs, kuras izraisa kompensatoro mehānismu aktivizāciju (Raksti II un XI).

Mūzikas terapeitam ir jābūt kompetentam cilvēka neiroloģisko mehānismu līdzdalībā arī muzicēšanas laikā (Raksts VII).

3. posmā topošais mūzikas terapeits vienlīdz attīsta tādas terapeitiskās kompetences kā:

- Klienta /pacienta izpēti, izvērtēšanu un novērtēšanu;
- Mākslas terapijas mērķu un uzdevumu formulēšana atbilstoši izvērtēšanas rezultātiem;
- Mākslas terapijas procesa realizēšanu;
- Sadarbību ar citiem speciālistiem.

4. posms. Darba uzsākšana

Mākslas/mūzikas terapeits strādā veselības, sociālās aprūpes vai izglītības jomā ar klientiem/pacientiem, kuriem ir somatiski, psihiski traucējumi vai psiholoģiskas grūtības. Ja mākslas terapeits strādā ārstniecības iestādē un ir tieši iesaistīts veselības aprūpes procesa nodrošināšanā, savu profesionālo darbību viņš/viņa veic multiprofesionālā komandā. Mākslas/mūzikas terapeits var strādāt arī ar cilvēkiem, kuri vēlas radoši sekmēt savu personības izaugsmi, veicināt grupu saliedētību organizācijās utt. Tāpēc nosacīti var nodalīt mākslas terapiju, kas tiek veikta ārstniecībā⁶ (angliski – *medical art therapy*), un cita veida mākslas/mūzikas terapiju, kura atbilst mākslas terapijā definētiem terciāriem mērķiem (Mārtinsone, 2011)

2016. gadā tika veikta mūzikas terapeitu aptauja, kurā piedalījās 17 jaunie speciālisti. Aptaujas rezultāti rāda, ka lielākā daļa mūzikas terapeitu strādā multidisciplinārās komandās veselības aprūpes institūcijās, strādājot individuāli ar klientiem/pacientiem, lielākoties ar pirmsskolas vecuma bērniem (Raksts V). Jaunie speciālisti studiju laikā iegūtās zināšanas, prasmes un kompetences vērtē kā *drīzāk*

⁶ Piemēram, ASV tiek lietots jēdziens medicīniskā mākslas terapija (angl. *medical art therapy*).

pietiekamas un/vai *pietiekamas*. Desmit aptaujā visatzinīgāk vērtētās zināšanas, prasmes un kompetences, kas iegūtas studiju procesā, ir apkopotas 2.2.1. tabulā.

2.2.1. tabula. **Top 10 zināšanas, prasmes un kompetences, kas iegūtas studiju procesā (N=17)**

Zināšanas, prasmes, kompetences	Respondentu, kas atzinuši par noderīgu iegūtajā studiju procesā, skaits
Praktiskā specializācija	14
Individuālas konsultēšanas kompetence	12
Klīniskā prakse	10
Psihodinamikas pamati	8
Psihiatrija	8
Individuālā psihoterapija	6
Novērtēšanas metodes	6
Grupās attīstība	5
Spēja veidot terapeitiskas attiecības	4
Grupu dinamika	4

Tomēr atsevišķos gadījumos respondenti norāda arī uz nepietiekami iegūtu profesionālo kompetenci. Desmit visbiežāk nosauktās prasmes, zināšanas un kompetences, kas nepieciešamas mūzikas terapeita darbā, bet nepietiekami tiek attīstītas studiju procesā, ir apkopotas 2.2.2. tabulā.

2.2.2. tabula. **Mūzikas terapijas studiju jomas, kas jāattīsta tālākizglītībā (N=17)**

Studiju joma	Respondentu, kas vēlas apgūt studiju jomu tālākizglītības ietvaros, skaits
1. Specializācijas tehnikas un metodes	12
2. Darba specifika ar konkrētām klientu/pacientu grupām	10
3. Grupu darba teorija un prakse	9
4. Praktiskas nodarbības	8
5. Novērtēšanas metodes mākslā	7
6. Īstermiņa terapija	6
7. Mūzikas terapeita profesijas pārstāvniecība	4
8. Dokumentu veidošana	3
9. Mākslu terapijas teorija	3
10. Radošā māksla, radošās izpausmes	3

Vaicāti par galvenajiem izaicinājumiem profesionālajā darbībā, jaunie mākslas terapeiti norāda uz emocionāliem aspektiem terapeitiskajās attiecībās ar klientiem/pacientiem.

Analizējot mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības problēmu, jāatzīst, ka sabiedrībā pastāv grūtības atšķirt kompetences robežas starp mūzikas terapeitu un mūzikas skolotāju (Raksts I). Vēl vairāk, grūtības atšķirt šo speciālistu kompetences ir novērojamas ne tikai no citu profesionāļu puses, bet bieži vien arī pašu šo speciālistu starpā. Dažādu speciālistu atšķirīgo profesionālo uzdevumu neizpratne pastāv arī no darba devēju puses speciālajās izglītības un sociālās un veselības aprūpes iestādēs, jo no mūzikas skolotāja un no mūzikas terapeita nereti tiek sagaidīta tikai izklaide un/vai iesaistīšana muzikālās nodarbībās. Ir acīmredzams, ka pastāv normatīvajos aktos noteikto uzdevumu un pienākumu piemērošanas problēmas praksē. Tādējādi veidojas situācija, kad atšķirīgas, neskaidras un reizēm arī pilnīgi nepamatotas gaidas pret mūzikas terapeitu ir darba devējiem, sabiedrības locekļiem (t.sk. mēdijiem) un citu profesiju

pārstāvjiem (ārstiem, pedagogiem, ierēdņiem u. c.). Lai mākslas terapeiti Latvijā varētu pilnvērtīgi strādāt, veiksmīgi iekļauties komandā un sadarboties ar kolēģiem no dažādām nozarēm, ir nepieciešama visu komandā strādājošo speciālistu informēšana un izglītošana par mākslas terapijas pielietošanas iespējām un mākslas terapeita lomu komandas darbā veselības aprūpē un izglītībā (Zakriževska, 2009; Ventere, 2016; Vēra, 2018).

Īpaši nozīmīga ir mūzikas terapeita spēja “atslēgt” klienta/pacienta radošo potenciālu, aicinot un piedāvājot izmantot visdažādākos mākslas terapijas metodes un materiālus (Dreifelde-Gabruševa, Mārtinsone, Mihailova, Paipare, 2008). Radošajā mūzikas terapijā (Nordoff & Robbins, 1977) mūzikas terapeits balstās uz koncepciju, ka katrā cilvēkā vai viņš mazs vai liels, zīdains vai sirmgalvis, slims vai vesels ‘mājo’/mīt vai snauž muzikālais bērns (angliski – *musical child*). Mūzikas terapeitam tas ‘jāpamodina’ (Paipare, 2011). Mūzikas terapijā nereti var novērot emocionālās aizsardzības motivāciju, kas ietver klienta/pacienta pretestību un bailes būt radošam. Mākslas terapijas radošajā procesā klienti var piekļūt savam radošajam potenciālam, bet jebkura veida jaunrade ir drauds drošībai.

Mūzikas terapeita kompetence noteikti ir starpdisciplināra. Starpdisciplināritāte – mūsdienu sabiedrības izaicinājumi, kas ir saistīti ar vidi, veselību, sabiedrības procesiem, ekonomiku un citām sfērām, ir kompleksi, un to pilnvērtīgai izpratnei un risināšanai ir nepieciešama starpdisciplināra pieeja (Raksti I, IV, VIII). Starpdisciplināritāte ir būtisks resurss inovāciju attīstībai. Tādējādi nākotnes izglītībai ir jāmeklē veidi, kā efektīvi ieviest un attīstīt starpdisciplināru pieeju izglītībā, kas ļauj pārņemt mācību priekšmetu vai akadēmisku disciplīnu noteiktajām robežām un integrēt dažādus skatījumus uz pētāmo jautājumu (MK rīkojums nr.436, 2021).

5. posms. Tālākizglība

Par mūzikas terapeitu var strādāt pēc profesionālā maģistra grāda un kvalifikācijas iegūšanas.

Pirms 30 gadiem B.Hesser (Hesser, 1985) teiktais (“*Būt par mūzikas terapeitu nozīmē padziļinātu mācību procesu mūža garumā, tas nav process, kas beidzas tikai ar diploma iegūšanu vai grādu*”) (67.lpp.) ir aktuāls arī šodien, jo mākslas/mūzikas terapija apgūstama un īstenojama mūža garumā. Tas noteikti attiecināms uz īpašajiem tālākizglītības posmiem šajā profesijā: supervīziju un sertifikāciju, kas norāda gan uz profesionālo pilnveidi, gan nepieciešamību augt līdzī straujajām inovācijām vienlīdz izglītības un medicīnas zinātnes jomās. Pastāvīga personīgā un profesionālā izaugsme ir būtiska mūzikas terapeitam katrā karjeras posmā. MTPKA procesā mērķis ir katram studentam izveidot personīgās terapijas un profesionālās uzraudzības paradumus, nodrošinot, ka viņi saprot un novērtē abu šo pašrefleksijas formu funkcijas un nozīmi. Par šī posma kompetenci profesionāla mūzikas terapeita attīstības modelī variet lasīt Rakstos I un X.

Bez supervīzijas profesionāls mūzikas terapeits nevar sertificēties, tātad, lai sasniegtu profesionālo briedumu, ir jāsertificējas kā ārstniecības personai, jāiesaistās tālākizglītībā (Raksts II).

Attiecīgi resertifikācijā, kas norit ik pēc pieciem gadiem jānorāda TIP (150 tālākizglītības punkti), kas iegūti semināros, dalībā konferencēs, veidojot publikācijas vai veicot citas aktivitātes kvalifikācijas paaugstināšanā) (Ārstniecības likums, 1997). LMTAA noteikusi, ka atbilstoši mūzikas terapeita praksei, jāuzrāda noteikts apmeklēto supervīziju stundu skaits (LMTAA, 2020).

NOSLĒGUMS

Promocija darba **mērķis** ir sasniegts:

- 1) ir izstrādāta mūzikas terapeitu izglītošanas procesa izpētē koncepcija par studiju procesa inetegrītāti un starpdisciplināritāti;
- 2) ir izveidots mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības modelis un novērtēta tā praktiskā lietojamība speciālistu sagatavošanas un profesionālās kompetences pilnveides procesā, analizējot mūzikas terapeitu profesionālās kompetences attīstības posmus, kā arī sniegti priekšlikumi mūzikas terapeitu profesionālās kompetences attīstības pilnveidei.

Promocijas darbā “Mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstība Latvijā” pievienotajās publikācijās ir atbildēts uz izvirzītajiem pētījuma jautājumiem.

Promocijas darba autore, atbilstoši transformācijām, sistēmiski un kontrolēti attīsta profesionālo pieredzi mūzikas terapeita kompetenču pilnveidē atbilstoši sociālajiem izaicinājumiem un pacientu/klientu individualizētajām vajadzībām. Autore veica izmaiņas (kopš 1. profesijas standarta 2005. gadā) mūzikas terapeita profesionālajās kompetencēs profesijas standartā (2009) un šobrīd (2023. gada janvāris) tās atkal tiek veiktas, pielāgotas mūsdienu aktualitātēm, paplašinātas un koriģētas. 2022. gada nogalē, atbilstoši medicīnisko tehnoloģiju attīstībai, tiek veiktas korekcijas Medicīnisko tehnoloģiju dokumentā.

SECINĀJUMI UN PRIEKŠLIKUMI

1. Ir izstrādāta pedagoģiski transformatīvā paradigma mūzikas terapijā, kas ietver mūzikas terapijas teorijas un metodes apguvi profesionālās pilnveides procesā (Raksts I). Šī paradigma realizējas caur personību pašizziņu, radošo procesu apzināšanos un pašattīstīšanos. Autores skatījumā mūzikas terapijas kontekstā izšķiroša nozīme ir holistiskai refleksijai par uzkrātajām zināšanām, pieredzi un atklāsmēm, kurā strukturēti var apkopot jauno, atrast uzkrāto un kura sniedz jaunu kontemplatīvu izpratni par lietu kārtību, tādējādi radot vidi jaunas profesionālas identitātes veidošanās un attīstības iespējām. Pedagoģiski transformatīvā paradigma ir balstīta mūsdienu transformatīvās mācīšanās pieejā, kas ir fokusēta uz refleksiju, spēju apgūt un transformēt refleksijas pieredzi praksē, lai veicinātu izglītotāju un izglītojamo kompetenču attīstību.
2. Mainība veselības aprūpē un izglītībā atklājas dinamiskā. Mūzikas terapeita profesionālā kompetence noteikti ir attīstījusies dinamiskā, par ko liecina studiju programmas transformācija no bakalaura līmeņa programmas uz maģistra līmeņa studiju programmu, kas ietverta veselības aprūpes virzienā.
3. Izglītībā nozīmīga ir izpratne par kompetences veidošanos, savukārt jaunas profesijas izveidē un izglītošanas procesā vēl nozīmīgāka kļūst profesionālās kompetences veidošanās izpratne. Profesionālā un personīgā kompetences apguve visa mūža garumā norāda uz spēju izmatot zināšanas, prasmes un attieksmi jaunas profesijas – *mūzikas terapeits* apgūvē.
4. Profesionālā kompetence var veidoties tikai profesionāļu vadīta izglītības iekšējo (zināšanas, prasmes, attieksmes) un ārējo (personāla, privāto sakaru, datu bāzes u. c.) faktoru iedarbības dinamiskā procesā.
5. Teorētiskajos pētījumos ir noskaidrots, ka mūzikas terapeita profesionālās kompetences veidošanā un attīstīšanā liela nozīme ir vairāku nozaru (medicīna, mūzika, psiholoģija, pedagoģija, terapija) stardisciplināras sadarbības izpratnei un pielietojumam.
6. Līdz šim veikto pētījumu rezultāti ļauj secināt, ka sociālie priekšstati par mūzikas terapeita profesionālām kompetencēm nav pietiekami.
7. Pētījuma rezultāti identificē jomas (motivācija, adaptācija, tālākizglītība), kurām jāpievērš lielāka uzmanība profesionālu mūzikas terapeitu sagatavošanas procesā.
8. Mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības modelis aprobēts studijās, publikācijās un praksē, īstenojot profesionālu mūzikas terapeitu sagatavošanu (LiepU un RSU) darba tirgum izglītības, veselības un sociālajā aprūpē.
9. Literatūras un avotu analīze ļauj secināt, ka mūsu valstī līdz šim nav apzināta nepieciešamība izstrādāt mūzikas terapeita profesionālās pilnveides vajadzību izzināšanu. Mūzikas terapeita vajadzību virspusēja vai tikai daļēja ievērošana traucē kvalitatīvas tālākizglītības nodrošināšanu.
10. Latvija ir viena no trim valstīm ES, kur mūzikas terapija ir valstiski atzīta nozare veselības aprūpē.
11. Mūzikas terapeita iekļaušana funkcionālo ārstniecības personu reģistrā ir novitāte ne tikai Latvijā, bet arī Eiropā.

Pētījuma problēmas tālākās izpētes perspektīvas

Šobrīd, izvērtējot paveikto mūzikas terapijas jomā, jāatzīst, ka medicīniskajās tehnoloģijās noteiktais normatīvs ir novecojis. Medicīnisko tehnoloģiju apraksts (Paipare, 2010)⁷ tika veidots, balstoties uz pieņēmumu, ka mūzikas terapeits strādās telpās/kabinetos. Covid-19 pandēmijas laikā mainījusies mūzikas terapeita darba forma, strādājot attālināti. Attālinātais darbs ir parādījis, ka atbilstoši mūzikas terapeita profesionālajām kompetencēm, mūzikas terapeits spēj mūzikas terapijas sesijas veikt arī īpašos apstākļos, t.i. arī attālināti, respektējot un pielietojot digitālās kompetences.

Pētījumā veiktā dokumentu analīze ir bijusi vērtīga metode, lai konstatētu mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstību dinamikā. Dokumentu analīze atkarīga no normatīvajos aktos noteiktajiem regulējumiem, ļāva noteikt tās jomas, kuras normatīvie akti regulē. Nākotnē būtu ieteicams veikt kvalitatīvo kontentanalīzi, kas dotu iespēju jau specifiskāk noteikt medicīnisko tehnoloģiju datu bāzei veidoto aprakstu, precizējot atšķirības dažādās darba vidēs.

Pētījumā iegūtie rezultāti ir resurss turpmākai profesijas attīstībai un pilnveidei. Tos iespējams izmantot, lai pilnveidotu un pārskatītu Mūzikas terapeita medicīniskās tehnoloģijas aprakstu. Tāpat, lai pilnveidotu un papildinātu izglītības programmas augstskolās mākslas/mūzikas terapijā, papildinot studiju kursu par aktuālo profesionālajā darbībā, tiesiskajiem pamatiem un problēmām.

Promocijas darba autore rekomendē nākotnē izstrādāt prakses vadlīnijas mūzikas terapijas attālināto sesiju organizēšanā, kas realizētu mūzikas terapeita profesionālās kompetences pilnveidi.

⁷ Šobrīd (11.2022) darba autore ir "Medicīnisko tehnoloģiju mūzikas terapijā izstrādes darba grupā, lai atjaunotu agrāk izstrādāto aprakstu.

The present doctoral thesis has been worked out at Liepaja University in the time period from 2007 to 2023.

The scientific advisor: **Dr. paed. Edgars Znutiņš**

Official reviewers:

Professor, Dr. paed. Jeļena Davidova, Daugavpils University;

Professor, Dr. sc. admin. Daina Vasiļevska, Turība University;

Professor, Dr. paed. Jānis Dzerviniks, Rezekne Academy of Technologies.

Doctoral thesis defence will take place in Daugavpils University online open meeting in ZOOM platform of the Doctorate Council of Educational sciences on November 24, 2023 at 13.00 a.m.

The Doctoral thesis and its summary is available at the library of Daugavpils University, Parades street 1, Daugavpils and in university homepage: <http://du.lv/lv/zinatne/promocija/darbi>.

Doctoral thesis review and feedback can be sent to the secretary of the Doctorate Council, Parades street 1., Daugavpils, LV-5401, Tel. +371 65423265; e-mail: sandra.zarina@du.lv.

Secretary of the Doctorate Council: Docent, Dr. paed. Sandra Zariņa.

Content

Abbreviations	45
More Commonly Used Terms	46
INTRODUCTION.....	47
1. THEORETICAL FRAMEWORK	62
1.1. Theoretical Framework of Music Therapy	62
1.2. Competencies of the music therapist in a theoretical perspective.....	64
1.3. Theoretical basis of the model of development of professional competencies of the music therapist	67
1.4. A paradigm shift in education and its implications for music therapy studies.....	68
2. MODEL OF THE COMPETENCY DEVELOPMENT OF A MUSIC THERAPIST	70
2.1. Competencies required for a music therapist.....	70
2.1.1. Comparative analysis of music therapist competency development in study programs	71
2.1.2. The requirements regarding the competences of a music therapist defined in the normative acts	71
2.2. The model of professional competency development of music therapist and its evaluation	73
CONCLUSION	83
CONCLUSIONS AND PROPOSALS	84
LIST OF LITERATURE.....	86
ARTICLES	92

Abbreviations

HEE- higher educational establishments

a.g. – akadēmiskais gads

EC – European Commission

EPMA - European Association for Predictive, Preventive and Personalized Medicine

EU – European Union

MES – Ministry of Education and Science

LiepU – University of Liepāja

NAP 2021-2027 – Latvijas valsts Nacionālās attīstības plāns 2021.-2027. gadam

LMTA –Latvian Music Therapy Association

LMTAA – Association of Latvian Art Therapy Unions

LR – Republic of Latvia

MK – Cabinet of Ministers

MTPKA – Model of the Development of the Professional Competency of a Music Therapist

NAP - Latvijas valsts Nacionālās attīstības plāns 2021.–2027. gadam

WHO – World Health Organisation

RSU – Rīga Stradiņš University

VISC – Valsts izglītības satura centrs

More Commonly Used Terms

Art therapy – a field of health care in which, under the guidance of an art therapist in a therapeutic environment, individually or in a group, face-to-face or remotely, for the solution and prevention of physical and/or mental health and/or social problems of patients or clients, as well as for personal growth, after evaluation and agreement, art is used expression-based interventions and reflection (Mārtinsone & Duhovska, 2021).

Music therapy – the scientific application of music for therapeutic purposes, the use of music and its means of expression (sound, rhythm, melody and harmony, dynamics, etc.) in the individual or group relationship process of the music therapist, client/patient, with the aim of promoting and developing communication and relationships, learning and cognition, mobilization, expression and organization, or physical, mental and social health, thus promoting the development of the individual's potential and/or restoring his functions and achieving a better quality of life (Paipare, 2009, LMūzTA, 2021).

Art therapist – a medical practitioner who has obtained a second-level professional Master's degree in health care and a professional qualification with specialization in one of the arts (Law on Medicine, 1997; MK rules No. 264, 2017; MK rules No. 268, 2009). According to the definition of the term “art therapist”, a "music therapist" is a medical practitioner who has obtained a second-level professional master's degree in health care and a professional qualification with a specialization in music. Along with the term music therapist, the term “art therapist in music therapy” is also used in Latvia, which was formed based on the Art Therapist Profession Standard (2008) and according to which the professional master's study program implemented by the University of Liepāja prepares art therapists in music therapy corresponding to the professional qualification level.

Art therapist – functional specialist (physiotherapist, occupational therapist, rehabilitation therapist, technical orthopedist, clinical speech therapist, nutritionist, art therapist) is a medical person who has obtained second-level professional higher medical education and works according to his competence in medical treatment. (according to the Amendments to Article 45.1 of the Medical Treatment Law, the law was adopted by the Saeima on June 21, 2012, and enters into force on July 11, 2012).

Competency – necessary knowledge, professional experience, understanding in a specific field, issue and ability to use knowledge and experience in a specific activity (Skujiņa, 2000, 248).

Skill – the ability to perform an activity according to the required quality and volume, a prerequisite for the performance of the activity; such degree of acquisition of knowledge and operational techniques that allows to use what has been learned in purposeful activity (Skujiņa, 2000, 248).

Professional competency – the set of knowledge, skills and responsibilities necessary for performing professional activities in a given work situation (Law on Professional Education, 1999).

INTRODUCTION

The training of art and music therapists in Latvia is a relatively recent practice, the beginning of which can be considered the year 2003, when the implementation of the licensed second-level professional study program "Music Therapy" was started at the Liepāja Pedagogical Academy (now Liepāja University, hereinafter - LiepU). The professional standard of an art therapy specialist in Latvia was developed in 2005, based on the British model. Art therapy in Latvia is not only a supplementary discipline in medicine, but an independent and new field in health care. This defines the interdisciplinary nature of art therapy: an art therapist is a medical practitioner who works in the field of health, social care or education with clients/patients who have somatic, physical, psychiatric disorders or psychological difficulties.

Currently (2022/2023 academic year) two master's study programs in health care have been established and are being implemented in Latvia: "Art Therapy" at Riga Stradiņš University (hereinafter - RSU) and "Music Therapy" at LiepU. In less than two decades, 83 graduates obtained the specialty of music therapist at LiepU, while 26 received the qualification of music therapist at RSU.

The author of the doctoral thesis actively participates in the creation of music therapy as a study discipline and music therapist as a profession since their beginnings in Latvia, leading the development and implementation of study programs, formulating and harmonizing profession and education standards, establishing and managing the Latvian Music Therapy Association (hereinafter - LMTA). As a result of the author's theoretical and empirical research, a model of the development of the professional competency of a music therapist (hereinafter referred to as MDPCMT) has been developed, in which the path of the development of the professional competency of a music therapist is conceptualized in accordance with the standard of the profession and the standard of education throughout the professional career of a music therapist. The MDPCMT model is an important basis for identifying and evaluating the needs and opportunities of the study process, content, professional development and continuing education.

Topicality and novelty of the research

The relevance of the thesis can be seen from both a practical and a scientific point of view.

Although music therapy has already firmly entered our lives, as well as education, health and social care, the diversity of the professional competence of a music therapist and its dynamic development have not been studied in Latvia.

The improvement of professional competency is emphasized in both Latvian and EU policy planning documents (European Qualifications Framework for Lifelong Learning, 2009; Latvia's National Development Plan for 2021-2027, 2020; European Parliament and Council Directive 2005/36/EC on professional qualifications recognition, 2021, etc.). In Latvia, since 2012, in accordance with the amendments to the Medical Treatment Law (1997), music therapists have been supplementing the multiprofessional rehabilitation team of functional specialists (audiologist, physiotherapist, occupational therapist, etc.). The basic professional duties and competencies of a music therapist are regulated in the Music Therapist Profession Standard (2008). Rules of the Cabinet of Ministers No. 633 (2016) "Procedure for developing the structure of professional standards, professional qualification requirements and industry qualifications" stipulates that the need to update the professional standard must be assessed once every five years. The re-evaluation of the art/music therapist profession standard has not been carried out since 2010,

when amendments to the art therapy profession standard (2008) approved in 2009 were submitted to the Ministry of Welfare of the Republic of Lithuania.

Currently (October 2022), the working group for the standard of the art therapist profession, which includes the author of this work, in cooperation with the Association of Art Therapy Unions of Latvia (hereinafter - AATUL) is working on the standard and improvement of the profession in accordance with the regulations of the MK no. 633 (2016). The European Music Therapy Confederation (EMTC) is also currently updating the process of developing a professional standard. This would be a good solution for a uniform profession standard form for a professional music therapist, because sometimes different views have to be encountered in the preparation of professional music therapists, even though the basic competence is unchanged – therapeutic competence, i.e., working with the client/patient, respecting their needs, problems and their solutions.

This paper will discuss the creation and development of one specialization of the art therapist profession - music therapy - in Latvia. The formation and development of the profession can be discussed from various points of view. At least four viewpoints can be cited as an example.

First of all, you can look at the profession and the conditions for its creation:

- societal demand/social conditions,
- legal framework,
- people who make it (see: Martinson, Mihailova, Mihailovs, Majore-Dūšele, Paipare, 2008).

Secondly, topics related to education and its management can be considered. In this case, attention should be paid not only to the regulatory framework and the specifics of the HEI program, but also to the development of professional competence. Namely, this topic can be viewed in a wider context – professional standard, etc. development of conditions and more narrowly - how the development of this competency takes place in the study program of LiepU. It is important to look at how the new specialist is formed, how the professional identity develops.

Thirdly, attention can be directed to the work of professionals, focusing both on the conditions of the regulated profession, on the work of the professional association, and on the daily work of specialists in different work environments. Namely, this is about the development of professional identity.

Fourthly, attention can be directed to the conditions for the development of the profession and professional competency, compared to the experience of other countries.

It is the last aspect that highlights the novelty of this work. Namely, the creators of the profession in Latvia were significantly influenced by the legislation existing in the country and the experience of other countries. Each country, according to tradition, has specifics and experience in the formation of the profession of music therapist. Latvia is the only country where a music therapist is included in the group of functional health care specialists. This creates a unique situation that has not been described before.

Art therapists, including music therapists, along with psychologists and psychotherapists, are part of providers of psychological assistance in Latvia. As highly qualified, responsible and motivated professionals, music therapists are a significant contribution to any team of rehabilitation service providers, opening up opportunities to receive professional support and recommendations in working with different client groups, as well as opportunities for joint professional growth and development. In order to use the opportunities provided by art therapy as fully and efficiently as possible in the treatment and rehabilitation

of the population in Latvia, highly qualified music therapy professionals are needed. The professional performance of music therapists, on the other hand, is directly influenced by the development opportunities and quality of professional competence.

In Europe and other parts of the world, for more than 60 years, music therapy has been successfully used as a form of care in the treatment and rehabilitation of persons with special needs. The role of music therapy in promoting public health and well-being is expanding. Thanks to the experience gained in observations and research, music therapy is used in the treatment of more and more diverse diagnoses, more diverse patient groups, also in solving social, well-being and public safety issues. As a result of the aging of society, the number of patients with neurodegenerative diseases, such as Parkinson's disease, multiple sclerosis, Alzheimer's disease, etc., is increasing worldwide. Music therapy can help to improve cognitive and motor function in the long term, thus helping to maintain a high quality of life. More and more often, young people also suffer from chronic diseases caused by the increasingly complex and dynamic world of digital communications, as well as the increasing load in education, school, professional environment and family relationships. Music therapy, also as a non-verbal form of therapy, can significantly help restore communication skills and self-control. The exchange of emotions in communication is improved and the intensity and frequency of pain is reduced. About the above mentioned and other diseases in which music therapy is indicated, evidence-based practice articles in Pub Med MesH and Cochrane Library editions, and other important databases have been published.

In 2019, the World Health Organization (2019) compiled the results of more than 3,000 studies demonstrating the positive effects of art on disease diagnosis, treatment, prevention and health promotion throughout life, developed in Europe since 2000. The positive role of art therapy has been highlighted in the health and welfare policy of various European countries (for example, Finland, Norway, Great Britain, etc.). The European health policy framework "Health 2020" emphasizes the importance of multidisciplinary cooperation in promoting the health of the population (World Health Organization, 2013). The European Association for Predictive, Preventive and Personalized Medicine (EAPPPM) is an important player within the priority "Societal Challenge" of the European Commission's Horizon2020 program, which supported the implementation of innovative ideas in education and research in Europe from 2014 to 2020 (Golubnitschaja et al, 2014). The activity of this organization is focused on the implementation of innovative ideas in medicine and, among other things, it also focuses on complementary medicine methods, such as music (art) therapy.

Also in Latvia, the importance of art therapy is increasingly noticed at the national level. The NDP 2021-2027 as one of the most important priorities defines a society in which healthy and active people in Latvia together create an inclusive society, in which more children are born, there are more happy families, responsible parents, and parents who can future-proof their children. "People-centered health care" is indicated as an important direction of action, with one of the goals - equally accessible quality health services, as well as the development of multidisciplinary and interdisciplinary cooperation-based services in outpatient, inpatient and long-term care for patients with chronic diseases, especially mental diseases, addictions, infectious diseases, geriatric and terminally ill patients, including children, and it includes improving the availability of psychological and social support for patients and their family members in severe illnesses and other psycho-emotionally complex cases. An important goal determined in NDP 2021-

2027 is the promotion of psychological and emotional well-being to support people in crisis situations, to develop individual potential and to reduce the risks of deviant behavior formation, strengthening health as a value, where an important role is played by:

- strengthening mental and emotional health in society by implementing target group-oriented prevention measures and intervention, expanding public knowledge and ensuring monitoring, thereby improving the ability to adapt to changing living and working conditions and at the same time creating awareness of the importance of mental and emotional health in personality growth, cooperative and inclusive in building society;
- strengthening mental and emotional health in society by implementing target group-oriented prevention measures and intervention, expanding public knowledge and ensuring monitoring, thereby improving the ability to adapt to changing living and working conditions and at the same time creating awareness of the importance of mental and emotional health in personality growth, cooperative and inclusive in building society;
- evidence-based effective and innovative solutions for limiting the spread of addictive substances and processes and reducing excessive and harmful consumption, improving the cognitive abilities and mental health of society;
- evidence-based effective and innovative solutions for limiting the spread of addictive substances and processes and reducing excessive and harmful consumption, improving the cognitive abilities and mental health of society.

EU directives (EU Official Gazette, 2021) and Latvia's State Social Program (2021) determine the solution of problems of priority need for disabled and socially vulnerable groups. Ensuring well-being and building empathy in the new generation is also an important element of inclusive education. In order to ensure this, it is necessary to support every child and young person, as well as the teacher, by strengthening educational institutions and creating a strategic and sustainable methodical support system. Educational institutions need a physically and emotionally safe and supportive environment, as well as a system and conditions that support the learning and growth of each child, including the inclusion of children and young people with special needs, support for children and young people exposed to socioeconomic risks, and the eradication of emotional and physical violence.

Music therapy is among the support measures that are also offered in Latvia to the target groups of deinstitutionalization - children and young people outside family care, children with functional disorders, adults with mental disorders within the framework of the European Social Fund project, which from 2015 to 2023 was implemented by five administrations of Latvian planning regions under the supervision of the Ministry of Welfare (Republic of Latvia, Ministry of Welfare, 2020).

Research object: development of professional competence of music therapist in Latvia.

Research subject: dynamic development of diverse professional competency of a music therapist

The aim of the thesis is to create a model of the development of the professional competency of a music therapist and evaluate its practical applicability in the process of preparing specialists and improving professional competency, analyzing the stages of the development of the professional competency of music therapists, as well as providing proposals for improving the development of the professional competency of music therapists.

To achieve the goal of the work, the following **research tasks** are defined:

1. To provide a theoretical basis for the model of professional competence development of a music therapist in the context of competency-based education;
2. Describing the needs and opportunities for the development of professional competency of music therapists in Latvia;
3. To evaluate the development model of the professional competency of the music therapist and its compliance with the needs of the labor market;
4. To identify the problems of the development of professional competency of music therapists and put forward proposals for their solution.

The doctoral thesis seeks and finds answers to the following **research questions**:

1. What theoretical approaches have influenced the dynamics of the development of diverse professional competencies of music therapists?
2. How is the formation and development of the professional competency of music therapists carried out in studies and the labor market in Latvia?
3. How are the problems of developing the professional competency of music therapists identified and what are the possible proposals for solving them?

Content of the thesis

This doctoral thesis is designed as a systematic set of individual, but thematically unified and mutually complementary scientific publications, which emphasizes the diversity of the professional competency of a music therapist, its formation and development in dynamics. The doctoral thesis tells about the beginnings of music therapy as a profession and the historical context of the creation of the music therapy study program in Latvia, discusses the process of developing the professional competence of a music therapist. Based on theoretical studies, empirical observations and the author's experience, the model of "The Development of Music Therapist Professional Competency" or MTPKA model has been developed as part of the doctoral thesis, which conceptualizes the path of the music therapist's professional competency development in accordance with the professional standard and educational standard in the perspective of sustainability.

The MTPKA model has been worked out by collecting the author's 15 scientific publications (see the list below), which are devoted to the issues of the development of the professional competency of a music therapist. Including three collective monographs ((Mārtinsone, Mihailova, Mihailovs, Majore-Dūšele, Paipare, 2008; Mārtinsone, 2009, 2011) where the main author of the content on music therapy is the author of this doctoral thesis. All scientific publications included in the doctoral thesis have been published in scientific periodicals, which are anonymously reviewed, are internationally available in scientific information repositories and are cited in internationally accessible databases (Web of Science – 7, EBSCO – 1 and 7 internationally peer-reviewed publications available on the Internet). For six scientific publications (indexed in Web of Science), the author of the doctoral thesis is the corresponding (main) author, written consent of all the co-authors of the publications included in the thesis for the use of the publication in the thesis is attached to the thesis.

The identification and reference to the publications included in the text of the thesis is done in the form of Roman numerals.

Article I. Paipare, M. (2023). *Mūzikas terapija: teorijas un prakses kompetence*. Monogrāfija. Zinātniskā redaktore Dr.paed. Diāna Laiveniece, zinātniskie recenzenti: Dr.paed. Laimrota Kriumane un Dr.sc.soc. (Edukology) Zita Abramavičiute-Muciniene. Liepāja: LiePA. ISBN 978-9934-608-32-2 (iespiests) ISBN 978-9934-608-33-9 (digitāls).

Article II. Stieģele, D. & Paipare, M. (2020). Mākslu terapija mūžizglītībā – iespējas un risinājumi. Grām: V. Ļubkina, K. Laganovska, A. Kļavinska, A. Strode (Zin. red.), *14. starptautiskas zinātniskās konferences “Sabiedrība, Integrācija, Izglītība” rakstu krājums*. Rēzekne: Rēzeknes Tehnoloģiju akadēmija. ISSN 1691-5887, 274-283.

Article III. Paipare, M. & Stieģele, D. (2020). Runas un valodas traucējumi, to korekcija un profilakse mūzikas terapijas praksē. Grām: D. Laiveniece (Zin. red.), *Valodu apguve: problēmas un perspektīva: Zinātnisko rakstu krājums XVI*. Liepāja: LiePU. ISSN 1407-9739 (iespiests), 335-351; ISSN 2661-5584. Pieejams <https://dom.lndb.lv/data/obj/842150.html>

Article IV. Paipare, M. (2019). Mūzikas klausīšanās starpdisciplinārā skatījumā. Grām: V. Ļubkina, A. Kaupužs, A. Strode (Zin. red.), *13. starptautiskas zinātniskās konferences “Sabiedrība, Integrācija, Izglītība” materiāli, IV daļa (528.-537.lpp.)*. Rēzekne: Rēzeknes Tehnoloģiju akadēmija, ISSN 1691-5887.

Article V. Paipare, M., Enģele, L. & Blauzde, O. (2018). Reasons for choosing the Music Therapy study programme and its professional competences. In O. Titrek, A. Zembrzuska, C.S. Reis et al. (Eds.), *4th International Conference on Lifelong Education and Leadership for All* (pp. 176-186). Wrocław: Lower Silesia University. ISBN: 978-605-66495-3-0.

Article VI. Paipare, M. & Mihailova, S. (2017). Trauma and its rehabilitation in music therapy practice. In S.P. Harmon, K.S. Dennis, J. Holford et al. (Eds.), *3rd International Conference on Lifelong Education and Leadership for All* (pp. 459-463). Porto: Polytechnic Institute of Porto. ISBN:978-605-66495-2-3. Pieejams <http://www.hrpub.org/download/UJER-CoverPage-5.13.pdf> **ERIC Indexed.**

Article VII. Paipare, M., Enģele, L. & Blauzde, O. (2017). Performed overviews and analysis of researches in music therapy within the framework of master's papers. In S.P. Harmon, K.S. Dennis, J. Holford et al. (Eds.), *3rd International Conference on Lifelong Learning and Leadership for All* (pp. 479-482). ISBN:978-605-66495-2-3. Pieejams <http://www.hrpub.org/download/UJER-CoverPage-5.13.pdf> **ERIC Indexed.**

Article VIII. Paipare, M. (2017). Music and language in interdisciplinary connection. In V. Lubkina & A. Zvaigzne (Eds.), *Society. Integration. Education: Proceedings of the International Scientific Conference*, Volume III (pp. 388-394). Rēzekne. ISSN 1691-5887.

Article IX. Paipare, M. (2017). Music listening as musicking and strong musical experience. In V. Lubkina & A. Zvaigzne (Eds.), *Society. Integration. Education: Proceedings of the International Scientific Conference*, Volume IV (pp. 121-126). Rēzekne. ISSN 1691-5887.

Article X. Paipare, M., Samuseviča, A. (2016). Mūzikas terapeita profesionālā attīstība izglītības procesā. Grām: A. Samuseviča (Zin. red.), *Pedagoģija: Teorija un prakse: Zinātnisko rakstu krājums, VIII* (128.-136. lpp.). Liepāja: Liepa. ISSN 1407-9143.

Article XI. Enģele, L., Paipare, M. & Blauzde, O. (2016). Development of music therapist's professional competence in the pedagogical process. In O. Titrk, L. Pavitola, D. Bethere et al. (Eds.), *2nd*

International Conference on Lifelong Education and Leadership for All: Proceeding Book (pp. 329-335). ISBN: 978-605-66495-1-6.

Article XII. Paipare, M. (2015). Development of the music therapy profession in Latvia. *Approaches: An interdisciplinary journal of music therapy*, 7(1), 127-130. Pieejams <http://approaches.primarymusic.gr>

Article XIII. Paipare, M. (2014). Music performing and creative arts professions involved in healthcare: A portal for VET promotion and mutual recognition of profile – MUSA: Projekta numurs: 539899-LLP-1-2013-1-ITLEONARDO-LMP.

Article XIV. Мартинсоне, К., Пайпаре, М., Михайлов, И.Я., Арнис, В. (2013). Специфика адаптации студентов магистерских программ “Терапия искусств” в Латвийских высших учебных заведениях. In N.Braziene (Ed.), *Arts Therapy: Realities and prospects*, VII (pp. 111-116). Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla. ISBN 978-609-430-186-5. Pieejams www.menoterapija.info/files/Meno%20terapija%20realijos%20ir%20perspektyvos%202013.pdf

Article XV. Paipare, M. (2012). Muzikālais pārdzīvojums psiholoģiskajā un terapeitiskajā aspektā. Grām. V. Ļubkina, M. Ndabishibe, J. (Red.), *Starptautiskās zinātniskās konferences “Sabiedrība, integrācija, izglītība” materiāli*, II daļa (154.-162. lpp.). Rēzekne: RA Izdevniecība. ISSN 1691-5887.

Stages of Research and Approbation of the Doctoral Thesis

The doctoral thesis consists of a set of thematically unified scientific publications, which research and summarize the diversity of the professional competency of a music therapist, the dynamics of its formation and development. The scientific publications can also be conditionally divided into four historical stages, which also mark decisive steps in the creation and improvement of the music therapy study program. The development of the doctoral thesis proceeded by applying the sequential mixed research design. Each stage is described below.

Stage 1 (2007-2009) – The transformation of the study program "Music Therapy" into the professional master's study program "Music Therapy" in health care is taking place at LiepU (according to the recommendation of the experts of the accreditation commission in 2006). The author of the paper participates in several conferences and writes publications about the "arrival" of music therapy as a new specialization in Latvia. This is the stage in which there are already the first specialists in music therapy and scientific (including) international conferences are taking place, where Latvia's name is heard in connection with the training of new specialists at the then Liepāja Pedagogical Academy, now at the Liepāja University. In 2007, the author presents a case study at the 7th European Music Therapy Congress in Eindhoven, the Netherlands (Paipare, 2007). This presentation can be marked as the first scientific appearance of Latvian music therapists in the international arena. In the first stage, using the continuous comparative analysis method, the descriptions of the professional competencies of art therapists from other countries were analyzed (a total of nine documents, which were collected in a common book (Roth & Paipare, 2016). At the same time, the initial competencies of the music therapist determined by the World Federation of Music Therapy were also analyzed (Bruscia, 1998).

The 2nd stage (2009-2012) marks the direction and stabilization of professional development in health care. The author of the doctoral thesis prepared a scientific basis for music therapy as a medical

technology for the “Database of Medical Technologies Used in Medicine” (Paipare, 2010). Thanks to this, the music therapist was included both in the list of medical practitioners and later defined as a functional specialist in health care. At this stage, the author trained herself as a supervisor and, together with other art therapists, created the first collective monographs in Latvian, in which the integrative eclectic theoretical approach in art/music therapy is created and described in the newly created profession:

1. Mārtinsone, K., Mihailova, S., Mihailovs, I.J., Majore-Dūšele, I., Paipare, M. (2008). *Mākslu terapija un tās attīstības konteksti (Integratīvi eklektiskā pieeja Latvijā)*. Rīga: RSU.
2. Mārtinsone, K. (Comp.). (2009). *Supervīzija un tās specifika mākslu terapijā*. Rīga: SIA “Drukātava”.
3. Mārtinsone, K. (Comp.). (2011). *Mākslu terapija*. Rīga: RaKa.

In 2014, the monograph “Art therapy” was translated into Russian by A.Karpova. In these collective monographs and chapters on music therapy, the author is the submitter of this doctoral thesis.

In the 2nd stage, a survey “Motivation to become a music therapist – professional” was developed, the results of which were reflected in the study (Article V). As a result of the survey, quantitative data were obtained from trained music therapists (n=46). Data were analyzed using descriptive statistics and qualitative content analysis. During this period of time, in cooperation with colleagues from RSU, a survey was developed and a study on student adaptation was conducted (Article XIV).

In the second research stage, the dynamics of the professional development of the music therapist was evaluated, analyzing the progress and process of the development of the professional competence of the music therapist.

The 3rd stage (2012-2016) is the stage of scientific research analysis and reflection, during which scientific theses are proposed, scientific articles are prepared and published. At this stage, work was carried out on the re-accreditation of the study program “Music Therapy”, confirming this study program in the "Health Care" study direction of the University of Liepāja for 6 years.

At this stage, significant work was invested in the dynamics of the development of professional competences (Articles X–XV). Along with the scientific activity, Latvian music therapy was presented and represented in the international arena. On July 8, 2014, the author of the work together with Dr.rer.medic¹ ReinersHaus spoke at the 14th World Congress of Music Therapy, presenting the establishment and professional development of music therapy in Latvia (Haus & Paipare, 2014). In April 2015, the study program “Development of professional competence of a music therapist within the framework of the study program “Music Therapy” was presented at the International Conference in Pescara (Italy).

In July 2016 - participation in the 10th Congress of European Music Therapists in Vienna, where the book “Music Therapy Training Programs in Europe” was opened. In the book, among 10 study programs in Europe, there is a chapter that describes the LiepU master's study program "Music therapy" from various aspects for more than 10 pages (Roth & Paipare, 2016).

¹ Doctor of Theoretical Medicine

Within the framework of the EU Leonardo da Vinci project MUSA² in 2015-2017, the development of Latvian art therapy professional competencies in the study programs of Latvian universities (LiepU, RSU) was described (see Article XIII).

In the third stage, the dynamics of the music therapist's professional competency during the study process are analyzed. This is marked and characterized by changes in the study program "Music therapy", where new study courses reflect the dynamics of competence development, expanding its development opportunities (2012 accreditation). Based on the theoretical findings of the research and the conceptual unity of the methodological guidelines, at this stage the dynamic model of the development of the professional competence of the music therapist was developed and perfected.

The 4th stage (2017-2022) is the stage of improvement of scientific research and methodical work. The author of the doctoral thesis published several scientific publications individually and in cooperation with colleagues, which describe the developed model and reflect how the professionalism of a music therapist is formed in the study process and further education, as well as analyze the diverse professional competencies of a music therapist in the dynamics of its development. The publications of this stage show the maturity and expert level of the professional competence of the music therapist (Articles I - IX). In seven of the scientific publications created at this stage, the author is the main or corresponding author.

On the other hand, the transformation of the study program "Music therapy" to "Art therapy" with an eight-module plan indicates the dynamic development of the professional competence of a music therapist in diversity (the transformation and accreditation of the study program took place in 2021). With diversity in the competence of a music therapist, the author of the doctoral thesis includes its wide application possibilities - individually, in a group, musically, psychologically, medically and therapeutically.

Each module marks an important opportunity for the development of professional competency (knowledge, skills, attitudes in psychology, medicine, music therapy methodologies, communication and reflection, self-realization, research experience). According to the professional standard, musical, clinical, music therapeutic and general therapeutic competencies are integrated in the study courses, their development in dynamics. Table 1 shows the study courses of the study program "Art therapy" in eight modules, which show the possibilities of developing the professional competence of a music therapist in various directions.

Table 1. Study modules/courses in the study program “Art Therapy” (2021)

COURSE/MODULE TITLE
MODULE 1: PSYCHOLOGY
Special pedagogy and psychology
Clinical psychology
Neuropsychology
MODULE 2: PROFESSIONAL ACTION IN ART THERAPY
Professional action in art therapy and its ethical and legal bases
Entrepreneurship and health management in professional work
IT in professional work: projects, media literacy
Therapeutical relationships and their promotion, team work

² “MUSic, Performing and Creative Arts Professions Involved in Healthcare: a portal for VET promotion and mutual recognition of profiles (MUSA)” financed by European Commission's Lifelong Learning Programme (Project number: 539899-LLP-1-2013-1-IT-LEONARDO-LMP).

COURSE/MODULE TITLE
MODULE 3 PROFESIONAL ACTION IN ART THERAPY
Basic principles of art therapy at work with different patient groups/somatic diseases
Patient groups: work in clinical environment
Work in education environment and social care
Masterclass in art therapy
MODULE 4 RESEARCH AND ASSESSMENT TECHNIQUES IN ART THERAPY
Evaluation and assessment in art therapy
Acquisition and innovation of evaluation and assessment tools in specializations
Munich functional development diagnostics
MODULE 5 COMMUNICATION AND REFLECTION
Therapeutical communication: Individual consultation and group consultation
Supervision
Professional development: self-efficacy and self-regulation
MODULE 6 MEDICINE
Environmental, civil protection, first aid and emergency care
Psychiatry and psychopharmacology
Psychosomatic medicine
Neurological rehabilitation
Audiology
Rehabilitation and health management
MODULE 7 SCIENTIFIC RESEARCH, FINAL TESTING
Work on Master's Thesis: Research work projects and their implementation in art therapy
Work on Master's Thesis: Research methodology/ Scientific research and innovation in art therapy.
Work on Master's Thesis: Evidence based scientific research in specializations
<i>Professional specialization courses</i>
MODULE 8 ART THERAPY AND SELF-EXPERIENCE
MUSIC THERAPY (specialization)
Improvisation and self-experience: piano playing, vocal skills, movement development
Methodology for working with children
Methodology for working with adults
INTERNSHIP
Observation
Work on Master's Thesis: Practical research
Individual and group therapy with children in practice
Individual and group therapy with adults in practice
Appendix: assistant internship
<i>Final testing</i>
Qualification exam
Master's Thesis

The scientific research topics of the doctoral thesis include two important focal points - the music therapist as a professional who works with different groups of clients/patients, thus developing and perfecting his therapeutic competence (Articles I, III, IV, VI, VIII) as a music therapist clients/patients and the work environment in which the music therapist provides music therapy services to clients/patients (Articles I, III, IV, VI,).

Until now, the professional competency of music therapists and its realization in studies and work practice, its organization with different client/patient groups in Latvia has not been studied and described. Therefore, the author of the study believes that it is necessary to define the theoretical approach used in solving the research problem. The research is conducted based on the pragmatist approach, which determines that both objective and subjective knowledge are valuable and usable in the cognitive process,

and the research methodology follows from the research problem, that is, the methods that answer the research question most convincingly are used (Tashakkori & Teddlie 2003).

Research participants and methods

A total of 476 Latvian university respondents (both full-time and part-time) from various specializations participated in the research activities.

The following research methods were used to achieve the goals of the quantitative and qualitative research:

Theoretical method: analysis of EU and LV regulatory acts and scientific literature in the field of quality of education and development and improvement of aspects of competency.

Empirical methods

D. Data collection methods

- Surveys for several categories of respondents
- Expert interviews.
- Case analysis

E. Synthesis and modelling methods

- Constructive synthesis of concepts,
- Theoretical synthesis of the obtained empirical data,
- Deductive modeling of the structure diagram of the MTPKA model hierarchies,
- Development of the basic principles for the creation of the MTPKA model,
- Development and formulation of recommendations.

F. Data processing methods

- Descriptive statistics, correlation, continuous comparative analysis, factor analysis methods and hierarchical analysis method for processing and analyzing the obtained data

Scientific publications

In total, thirty - one publications have been developed and published. 25 scientific publications related to the creation and development of music therapy in Latvia. Fifteen of them, directly related to the research topic and internationally reviewed in scientific publications, published in collections of articles are presented in the chapter "Content of the doctoral thesis".

The author of the doctoral thesis participated as a co-author in three collective monographs, in which she is the main corresponding author in the chapters on music therapy.

Independently published monograph in 2021 – *Music therapy: methods and techniques not only for music therapists*, but a scientific monograph prepared for publication in 2022, which is presented as Article I in the "Contents of the Doctoral Thesis" chapter.

Other scientific publications related to the creation and development of music therapy in Latvia:

- Haus R., Paipare M. (2014). *Singing creates Freedom Music Therapy Academic and Practice Development in Latvia*. Music Therapy Today, Vol. 10, No. 1 (Special Issue). Summer 2014, Proceedings from the 14th World Congress of Music Therapy (Krems, Austria) pp.118.-119. ISSN 1610-191X.

- Paipare, M. (2011). Music Therapy education and Regulation in Latvia. In: Ed. Giedre Kvieskiene *Socialinis Ugdymas*, Nr. 18(29), p 9-14, Database: SocINDEX with Full Text, EBSCO, ISSN 1392-9569
- Paipare M., Kistenmacher S. (2012). Musiktherapie in Lettland. In: Ed. Hans- Helmut Decher - Voigt Musik und Gesundheit (MuG). Ludvig Reichert Verlag, Wiesbaden. Heft 22. S. 38-40. 2012. ISSN:1617-1756
- Paipare M., Roth K. (2015). Inclusion of young children with disabilities Color of us.*imagine* (1),. pp.125. <http://imagine.musictherapy.biz/Imagine/imagine.magazine.html>
- Roth K., & Paipare M (2016). Liepaja, Latvia.in: Music Therapy Training Programmes in Europe: Thema and Variations. Edited by Stegemann T. Schmidt H. U., Fitzthum E. Timmermann T., Reicher Verlag S.104- 114.ISBN:978-3-95490-179-1
- Paipare M. (2015). *Music therapy education in Latvia*. I Internationale Conference. Training in Music Therapy in Europe Conference venue: Pescara Conservatorium Italy. 2015 24.-26. April pp. 37.-38.
- Paipare M. (2016). *Mūzikas terapeitiskā iedarbība*. Mākslas terapijas izglītības desmit gadi Rīgas Stradiņa Universitātē. No ieceres līdz profesijai. Grām. Sast. J. Duhovska, K.MārtinsoneRīga.RSU.27.-31.lpp. ISBN 978-9984-793-99-3
- Paipare M. (2016). Improvisation in Music Therapy. In: Ed. Sandis Bārdiņš. Thierry Bouchier, Tapani Lakaniemi *Improvise to learn. Learn to improvise. Tools for Improvisation*. Publisher: Conservatoire a rayonnement communal de Joigny. www.improplus.eu 66.-75.pp.ISBN 978-9934-18-187-0.
- Paipare M., Blauzde, O. Strakšiene D. (2020). Mūzikas terapija. Kopīga un starpdisciplināra mūzizglītības programma TRENERA ROKASGRĀMATA Projekts Nr. LLI-352, Liepājas un Šauļu universitāte 35.–85. lpp. (LiepU E-Moodle) <https://estudijas.liepu.lv/course/view.php?id=1733>
- Paipare M. (2020) *Satikšanās augstskolu darbā* Personība un psiholoģiskā palīdzība Latvijā: (paš)pieredzes stāsti. Sastādītājas Kristīne Mārtinsone, Laura Regzdiņa-Pelēķe. Rīga, RSU, 192.-194. lpp. ISBN 978-9934-563-64-5 (drukāts izdevums) ISBN 978-9934-563-65-2 (elektronisks izdevums) doi:10.25143/ISBN-978-9934-563-65-2_IPD-487

International scientific conferences and other activities

Participation in seventeen international scientific conferences and symposia (in chronological order):

- 14th World Music Therapy Congress “14 th World Federation of Music Therapy. Singing create Freedom”. Vienna/Krems Austria“ (2014).
- 8th International Scientific Conference “Pedagogy: theory and practice”. *Professional Development of a music therapist in study process.*. Liepāja, Latvija (2015).
- Симпозиум "Музыкотерапия в медицинской реабилитации и антивозрастной медицине" в рамках I Международного конгресса "Физиотерапия~Лечебная физкультура~ Медицинская реабилитация" Москва (2015).
- *I Internationale Conference.Training in Music Therapy in Europe.,Music Therapy education in Latvia*. Pescara. Italia. (2015). https://issuu.com/diana8633/docs/conference_program

- *Pedagogu profesionālās pilnveides meistarkursi Improvizācija*. ES Erasmus+ partnerības projekts “Improvise to learn” (french – *Improvise pour apprendre*) konferences ietvarā. *Improvizācija mūzikas terapijā*. Lielvārde, Latvija (2015).
- *Šaurēs ir Baltijos šalių muzikos terapijos tinklų kūrimas. / Towards Nordic-Baltic Music Therapy Networking*. Tarptautinēs mokslinēs konferencijās *Dailės terapija ir muzikos terapija lietuvoje: profesijø vystymo aktualijos programma. Music and Movement interaction in Music Therapy*. Vilnius Universitetas Medicinos fakultetos Klinikines medicinos institutas Psichiatrijos klinika. Vilnius, Lietuva (2015).
- II Starpdisciplinārajā konference *Mūzikas pētījumi Latvijā. Mūzikas klausīšanās pedagogijā, psiholoģijā, mūzikas terapijā*. JVLMA, Rīga, Latvija (2015).
- Internationaler wissenschaftlicher Kongress an Stiftung Universität Hildesheim *Vielfalt und Demokratie – Identitätssuche in unübersichtlichen Zeiten. Musik-Hören und musikalisches Erlebnis als Dialog mit sich selbst*. Hildesheim. Deutschland (2016).
- *2nd International Conference on Lifelong Education and Leadership for All-ICLEL* Liepājas Universitāte, Latvija (2016).
- *3rd International Conference on Lifelong Education and Leadership for All-ICLEL* 1) *Trauma and its rehabilitation in music therapy practice*. 2) *Performed overviews and analysis of researches in music therapy within the framework of master's papers* Porto, Portugal (2017).
- *4th International conference on lifelong education and leadership for All-ICLEL Reasons for choosing the Music Therapy study programme and its professional competences*. Lower Silesia University Wroclaw Poland (2018).
- 4th Internationalen Kongress der *Mozart & Science 2017- Multidisziplinaritaet, Neuroscience und Demenz in der Musiktherapie*. Krems. Austria (2017).
- Mokslinė-praktinė konference *Muzika ir sveikata. Music Therapy as Health Care Profession in Latvia*. Kaunas, Lietuva (2018).
- 16. Starptautiskā zinātniskā konference *Valodu apguve: problēmas un perspektīva. Runas un valodas attīstības traucējumi, to korekcija un profilakse mūzikas terapijas praksē*. Liepājas Universitāte. Latvija (2019).
- Starptautiskā projekta *Interreg Lietuva - Latvija Noslēguma konference. Projekta ieguvumi*. Liepājas Universitāte (2019).
- 5. Starptautiskā zinātniski praktiskā konference “Veselība un personības attīstība: starpdisciplinārā skatījumā. Apaļā galda diskusijas *Studiju programmas veselības aprūpē*. RSU, Rīga (2019).
- Paipare M. (2021) Tarptautinē mokslinē-praktinē konferencija „SPRENDŽIAME MES“, skirta Pasaulinei Dauno sindroma dienai. *Music therapy for people with disorders of mental development*. Lietuva, <http://www.geneticahumana.lt> (on- line MTeam) (2021).
- Projekta *Interreg Latvija–Lietuva Noslēguma konference. Sensory gardens and nature resources for social inclusion. Music Therapy in healing and social inclusion*. Klaipeda. Lietuva (on-line) 2022.

- PEVoC 14 conference *Choral Conductors Vocal Loading in Rehearsal Simulation Conditions*. Tallin, Estonia (2022).

Scientific novelty of scientific publications

1. The education of music therapists implements the concept of the integrity and interdisciplinarity of study content (integrated achievements of social, health and social care sciences) and the inseparability of indivisibility of interdisciplinary developed study and research work according to scientific and professional potential.
2. Defined concept – professional competence of a music therapist.
3. A model for the development of the professional competence of a music therapist has been created, which makes a systematic and purposeful connection between the goal, tasks and the expected result. The MTPKA model corresponds to the professional standard established in the country and reflects the dynamic development of the professional competence of a music therapist, highlights its interdisciplinarity and diversity. The model of professional competency development of music therapists functions successfully in two universities in Latvia, demonstrating the successful preparation of professional music therapists for the labor market.
4. The MTPKA model visualizes the systemic vision of professional development. The focus of the model is the purposeful, cyclical, reflexive activity of the lecturer, conducting the research of his activity, working in cooperation with the student (future music therapist), thus contributing to the dynamic development of professional competence.

Practical significance of the set of scientific publications

1. Researched and substantiated stages of the development of the diverse professional competence of a music therapist.
2. Grounded and implemented indicators of transformative learning in the framework of reviews of the author's scientific publications.
3. The stages and levels of development outlined in the model are easy to review and can be compared with the tasks set out in the professional standard.
4. The set of scientific publications of the author of the doctoral thesis (Articles I, II, IV, V, VII, IX, X, XII,) illustrate the professional education and development of music therapists in Latvia from many points of view, looking at the formation of study programs in Latvian universities (LiepU, RSU), work on the creation of a professional standard, professional education of a music therapist, practice, description of the working environment, further education in the context of sustainability.
5. Preconditions have been created in Latvia and an integrative eclectic approach in art/music therapy and education of music therapists has been developed (Mārtinsons, Mihailova, Mihailovs, Majore-Dūšele, Paipare, 2008; Mārtinsons, 2011; Paipare, 2013).

Thesis for Defence

1. The professional competency of a music therapist is stable, safe, harmless to health, health-promoting. It is sustainable for the implementation of work and includes the components of skills, abilities and attitudes.

2. The development of the music therapist's professional competency is based on an appropriate and responsible attitude. It is related to the opportunity to a) create and develop a sustainable health-safe and stable harmless environment, b) create and develop a dynamic learning environment, c) inform, organize and manage studies in universities.
3. The dynamic development of the music therapist's professional competency in studies and work is promoted using the model of formation and development of the music therapist's professional competence. The model can be improved, modified and adapted also in other professional education programs.
4. The improvement of the professional competence of the music therapist is facilitated by the personally significant dialogic pedagogical process of the university, in which the subjective and objective components of the study activity interact, and *the pedagogically transformative paradigm in music therapy* is realized, which includes learning the theory and method of music therapy, which can be perfected, transformed and adapted in other professional education programs as well.
5. The professional improvement of the music therapist is promoted by the improvement of self-experience in studies incorporated in the MTPKA model, realizing the cooperation between lecturer and student in the unity of theory and evidence-based practice.
6. The MTPKA model actualizes didactic legality and ensures the use of postgraduate students' competence, which allows to see the aspects of interdisciplinarity and reveals new connections for solving practical professional problems.

1. THEORETICAL FRAMEWORK

1.1. Theoretical Framework of Music Therapy

The theoretical foundation of music therapy can be found in psychology (Adler, 1925; Freud, 1926; Jung, 1933, 1963, 1964), theories of learning, action and behavior (Watson, Skinner), humanistic psychology K. Rogers (Rogers, 1951), A. Maslov (Maslow, 1999), musicology (Ruud, 2000; Wigram at al, 2002; Bruscia, 1998; Small, 1998), biomedicine and neuroscience (Thaut & Hoemberg, 2016). In practice, there is no single unified music therapy, and this concept practically means a summary combination of different concepts of music therapy as formulated in Kassel theses (specifically - thesis 2) (Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft, 1998).

Historically, the Creative Music Therapy Model (RMT) developed by P. Nordoff and K. Robbins (Nordoff & Robbins, 1977) in the seventies of the last century is of great importance in music therapy. Influenced by the philosophy of humanism, the authors of this model believe that every person has innate musicality, which can be used for personal growth and development.

Over time, various influences have entered music therapy. Thus, for example, M. Priestliya admits that the theory of psychodynamics and its idea about forms of individual vitality in verbal and non-verbal communication, which form the basis for self-awareness in relations with others, have a significant influence (Priestley, 1975).

The development of music therapy theory has been influenced by neurophysiology, which is based on the formation of connections between the two hemispheres of the brain, or brain plasticity, hand-mouth coordination, bilateral motor coordination, and pitch differentiation, as the therapist synchronizes with the client's movements, instrumental playing, and vocalization (Paper VI).

In Latvia, the view of music therapy has also been influenced by the integrative eclectic approach (Krevica, 2011), which indicates the diverse roots of music therapy – art, psychoanalysis, humanistic psychotherapy, education, as well as diverse practice-based approaches. The theoretical foundation of integrative eclectic art therapy can be found in the collective monograph (Mārtinsone, Mihailova, Mihailovs, Majore-Dūšele, Paipare, 2008). Initially, the integrative eclectic approach in art therapy was defined in the collective monograph "Art therapy" (Martinsone, 2011). On the other hand, the definition of integrative eclectic music therapy was offered by the author of this doctoral thesis in 2011: "Integrative eclectic approach in music therapy should be understood as a set of professional knowledge and skills, which includes several understandings (musical, behavioral, personality development, and medical) triangular relationship (client/patient – music therapist – music), methods and techniques and other elements of art therapy can be applied individually, in a group and in the context of a multiprofessional team" (Paipare, 2011, 369).

The use of music for therapeutic purposes has a long history. H. Smeijsters (Smeijsters, 1993) divides the historical development of musical influence into four categories, calling them paradigms:

- **The magical paradigm** includes an understanding of human culture dominated by art and its influence in collaboration with religion, and in which elements of inspiration help to heal a person.

- **The mathematical paradigm** is based on the recognition of Pythagoras that the intervals in music are arranged in a cosmic, strictly mathematical order and in nature man encounters this order.
- **The medical paradigm** was formed in the 19th century at the end, when the effect of music was studied with scientific and medical parameters (body vibrations, pulse, blood flow, breathing frequencies) using the possibilities of medical measurements (Thaut & Hoemberg, 2016). Later, discussing the duality of psyche and body, psychosomatic medicine develops, within which the idea of the indisputable connection between emotions and illness and the fact that health problems are often found in people's consciousness is accepted (Smeijsters, 1996). This paradigm is also continued by behavioral medicine, which originated in the United States and encouraged patients to be more actively involved in their own health care and strengthened the belief that the body and mind are interconnected. This perspective focused on the interaction of body, mind, and behavior in the treatment and understanding of illness (Eiser, 1983).
- **The psychological paradigm** explains the effects of music from the aspects of psychology and psychotherapy knowledge. The position of this paradigm began in the 1950s and continues today (Smeijsters, 1996).

Today, music therapy is an independent, practice-oriented branch of science that is closely intertwined with other fields - medicine, social sciences, music science, pedagogical psychology. In some countries, music therapists are classified as medical practitioners. According to the data of the European Music Therapy Confederation, in three European countries - Great Britain, Austria, Latvia - art/music therapy is a recognized profession in health care (European Music Therapy Confederation, 2021).

As music therapy develops as a health care discipline, a new perspective on the phenomenon of music therapy is formed – a new paradigm. The author of the doctoral thesis proposes the term *pedagogically transformative paradigm* in music therapy, which includes learning the theory and method of music therapy in the process of professional development (Article I). This paradigm is realized through self-awareness of personality, awareness of creative processes and self-development. In the author's view, in the context of music therapy, a holistic reflection on the accumulated knowledge, experience and revelations is of decisive importance, in which the new can be gathered in a structured way, the accumulated can be found and which provides a new contemplative understanding of the order of things, thus creating an environment for the formation and development of a new professional identity. The pedagogically transformative paradigm is based on the modern transformative learning approach, which is focused on reflection, the ability to appropriate and transform reflective experience in practice, in order to promote the development of the competences of educators and learners (Paipare, 2022).

As we know, learning is an active process in which a person constructs new knowledge and understanding based on existing experience, selecting and transforming information (Piaget, 1954; Dewey, 1966; Bruner, 1966). During the learning process of the music therapy study program, the creative experience of students and lecturers is exchanged, and the basis of this process is the transformation of knowledge and experience. In the theory of empirical learning, the co-responsibility of the individual in the learning process is emphasized (Kolb, 1984). L.Djuma (Dumas, 1995) uses the term experiential learning, which is cognitive, affective and behavioral at the same time and results from personal experience, not only from knowledge. As a result of the interaction between students and lecturers during the learning process

of the music therapy study program, each person's self-experience is formed and developed, which A. Špona (2001) defines as the subjective awareness of the situation, acquired as a result of one's own life activity, learning and self-education.

1.2. Competencies of the music therapist in a theoretical perspective

The author of this work believes that *"music therapy is one of the specializations of art therapy, in which music and its means of expression, music making techniques and activities are used to solve and overcome the diverse health and social problems of clients or patients, individually or in a group, in the context of a therapeutic environment and therapeutic relationships problems of thoughts, ideas, experiences, feelings, emotions, needs, etc. expression and reflection in order to arrive at changes in the emotional state and way of thinking, at a more complete physical, emotional and social integration"* (Paipare, 2011, 340). In art therapy, including music, unlike forms of verbal therapy, the therapeutic relationship consists of three components: client/patient, art (music) therapist, and art (music). In Figure 1.2.1, the author presents the triangular model of music therapy, its elements and their mutual influence.

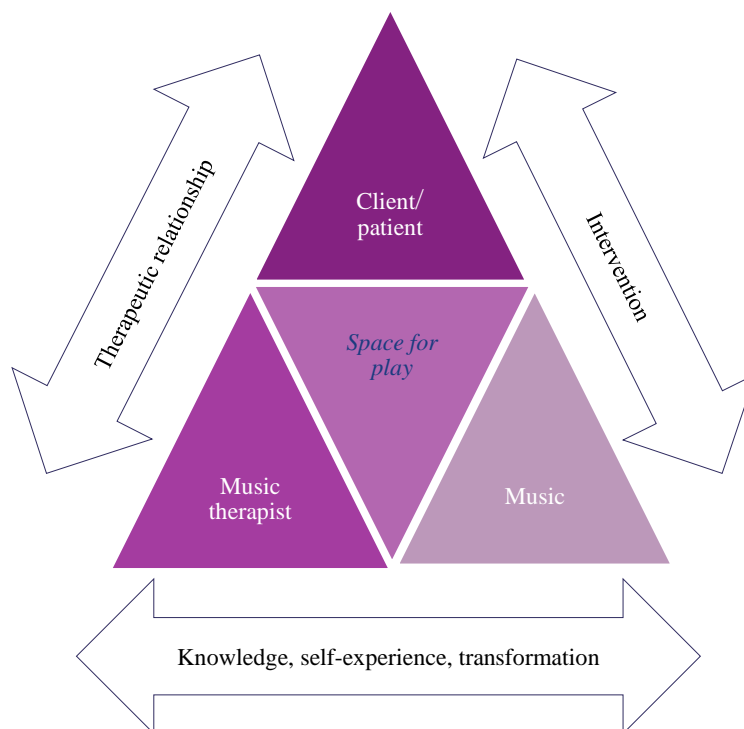


Figure 1.2.1. **Triangular model of music therapy** (the author's modification)

In the context of the triangular relationship, the music therapist must evaluate **the client/patient's personality** and readiness for a relationship, as well as make a decision in each therapeutic situation according to the needs of the client/patient and the goals of music therapy. Music therapy offers opportunities to work with all areas of client/patient needs, difficulties and desires – functional, cognitive, emotional, psychological and social. Because of this, it is one of the few helping disciplines that can

simultaneously work with clients' needs for corrective and developmental help and provide psychological and emotional support. Music therapists work with clients/patients with in music therapy both individually and in groups.

The music therapist must have a good understanding of the theoretical foundations, indications, contraindications and limitations of the intervention, and must also be sure that the underlying actions do not contradict each other (Paipare, 2013). In the therapeutic process, there is a transformation of experience and knowledge, which can be attributed to the acquisition of the professional competence necessary for a music therapist, both in relations with others and also in relations with oneself.

Self-experience plays a particularly important role in the preparation of qualified, professional music therapists, and it is essential in several aspects: the future music therapist must learn both improvisation (unplanned, spontaneous self-expression in a composition) and individual psychotherapy (understanding of "inner" personal processes and experiences so as not to confuse them with client/patient experiences or disorders). The potential of self-actualization is the most effective way to awaken individual natural creativity (creativity) through musical improvisation, which is used to overcome emotional, psychological and cognitive difficulties (Dreifelde-Gabruševa, Martinson, Mihailova, Paipare, 2008). In music therapy, self-experience is also formed by "looking into oneself" with the help and support of a psychotherapist in order to understand one's "inner" processes, to understand and not to confuse transference and countertransference processes that take place in therapy.

In art therapy, the art therapist and the client/patient do not work alone; art and the creative process have an important place in their relationship. Using a metaphor, it can be said that art acts as the "ideal mediator" in the relationship between the client/patient and the therapist, because it is through art that the client/patient sometimes "tells" the art therapist about their feelings, thoughts, needs, difficulties and resources. In art therapy, they are called triangular relationships (Case & Dalley, 1992). In music therapy, therapeutic relationships are formed through music, so it is essential for a music therapist to see, recognize and understand the specific aspects that the **presence of music** brings to the relationship. In the context of music therapy, music is experienced in different ways: concrete knowledge, skills, symbolic product, improvisation model.

The importance of play in art therapy is also often pointed out, including **playful space** as one of the basic elements of therapy (Upmale, Majore-Düšele, 2011). According to D. Winnicott (Winnicott, 1974), a) a certain physical space is necessary for play, creative imagination and artistic activity, b) the division of reality into internal and external reality is inadequate, because there is a third *intermediate state* where fantasy meets reality. P. John (Jones, 2005) describes it as the unique ability of the client/patient to reflect his life experience, creating states that are separated from reality. In art therapy, this third intermediate state is the play space where, through artistic expression and creative activity, the client/patient and the art therapist "play" together. They enter into a relationship that is associated with play, and this playful relationship is incorporated into the therapeutic relationship. This provides an opportunity to implement an experimental and exploratory attitude in the therapeutic room - the client/patient has the opportunity to connect the cause with the result, without actually changing his life outside the therapeutic room, if he does not want to.

The idea of in-between space indicates that next to the two relational competences (relationship with self, relation with others) the music therapist also needs the competence for mastering the transition or potential space (potential space or transitional area) (Winnicott, 1971). Expanding this transitional space justifies the fact that the music therapist has a primarily artistic, imaginative, creative and playful nature. It is binding even for clients/patients who like (or are recommended) a traditional and even directive approach, as well as those who are deprived of verbal language (in case of autism or stroke, etc.). Music therapy does not offer an alternative language, but an opportunity through fictionalization – mediated access to their mental reality (De Backer & Van Camp, 1999; Wigram et al, 2002).

More than 30 years ago, K. Brušja (Bruscia, 1987) studied the identity issues of music therapists, which are equally relevant in the context of the professional development of music therapists, that is, whether a music therapist is primarily a musician, a music pedagogue or a therapist. In K. Bruscia's model (Bruscia, 1998), the competence required for a music therapist can be divided into three basic blocks: clinical basis, music therapy and therapy. Based on the model of K. Brušjas, the author of the doctoral thesis determined and described the competencies of a music therapist (see table 1.2.1).

Table 1.2.1 **Competency of a music therapist**

	Competency	Explanation
Clinical basis	Special situations when special education is needed	Understanding of various special conditions, their causes, symptoms, personal involvement; understanding of normal development and pathology.
	The dynamism of therapy	Understanding the dynamics and processes of the client-therapist relationship, the individual and group treatment process, and various psychotherapy models.
	Therapeutic relationships	Understanding of the client's perspective, awareness of the impact on the client, ability to build therapeutic relationships and effectively apply them in individual and group therapy.
Music therapy	The basics and principles	Understanding of the nature of music and rationale for its use in therapy; understanding the nature of music for different types of customers; understanding the purpose of using music therapy for different client groups; understanding of the main principles of assessment, treatment and evaluation of music therapy; knowledge of the history of the profession.
	Evaluation of the client	Ability to identify evaluation needs and implement effective methods for customer evaluation with the help of music; ability to evaluate and apply the data obtained in the assessment.
	Treatment planning	Ability to identify treatment, formulate appropriate goals and objectives, develop effective treatment strategies for individual and group therapy.
	Implementation of treatment	Ability to create a supportive environment, create/select suitable musical materials, lead in different ways. activities/experiences, spontaneously engage the client in music, organize sessions (Paper I) and recognize important events.
Therapy	Evaluation of therapy	Ability to recognize and record change, create schemes for evaluation, apply effective methods for determining client success and use data obtained from evaluation.
	Termination of therapy	The ability to determine the appropriate time to end therapy; ability to provide it to the client.
	Communication about therapy	Ability to communicate with the client, treatment team, etc. important persons about the therapy orally and in writing.
	Interdisciplinary cooperation	Understanding the role of other disciplines in relation to music therapy; ability to link client programs with other disciplines and collaborate with team members.
	Supervision and administration	Ability to participate productively in supervision; ability to conduct music therapy programs in a variety of settings.
	Ethics	Ability to interpret and apply ethical standards in practice.

What is summarized in the table indicates the clear dual identity of the professional competence of the music therapist, which combines the expertise of both the musician and the therapist in interdisciplinary cooperation.

1.3. Theoretical basis of the model of development of professional competencies of the music therapist

The development of the music therapist's professional competence is based on the basic principle of the **constructivist approach** that learning is a process of constructing knowledge based on personal and social environment experiences (Matthews, 1998; Kim, 2001). One of the founders of constructivism - J. Dewey (1916, 1966) distinguishes several aspects of the learning process that must be experienced in order to construct knowledge:

- learn by doing
- learn from experience,
- learn by engaging the mind,
- learn by creating a storehouse of your knowledge and creative abilities,
- learn by engaging in activities,
- learn through collaboration.

Several directions are distinguished in the theory of constructivism, of which the systemic direction is directly applicable to the DMTPC model. Systemic constructivism includes a definite and sequential system in the education of the future art/music therapist and emphasizes interdisciplinary cooperation (Kriz, 2010). From the systemic constructivist point of view, learning is an active, constructive, self-controlled, social and situational process (Kriz, 2000). Systemic constructivism also looks at the question of the development of students' thinking in interrelationships, looking at and linking theory and practice, in the specific case linking medicine and music, psychology and pedagogy, therapy methodology, technique and intervention learning. According to E. Rud (Ruud & Mahns, 1992), the history of music therapy from ancient times to our days is characterized by an amazing diversity of interdisciplinary ideas and theories. New medical theories are involved in viewing music as therapy, giving it a new form of expression and interpretation (Paper I).

As previously emphasized, the concept of music therapy practically means a sum total of different concepts of music therapy. Theoretical studies show that art therapy as a field undergoes constant evolution resulting from the influence of different ideologies and scientific discoveries. The development of the professional competence of an art therapist is characterized by a set of theoretical knowledge, practical skills and attitudes that develop in a variety of different positions (Mihailova, Mārtinson, Mihailovs, 2014). **Diversity competency** can be considered a basic skill of an individual, which is necessary for effective functioning in the context of societal changes and globalization (Pavītola, Bethere, Usca, 2017). Diversity is both a value and a resource in creating an inclusive environment, which is essential in both pedagogy and music therapy.

There are several models that describe diversity competence. In the model of B.A. Velman (Wellmann, 2009), diversity competence consists of theoretical knowledge, tolerance and the ability to

conduct non-evaluative conversations, work in heterogeneous teams and put diversity as one of the results criteria. A. Roskena (Rosken, 2010) added diversity competence by emphasizing the ability to reflect personal behavior and the ability to recognize and avoid stereotypes. The competence of diversity in music therapy is characterized by its application: a) in individual and group processes, b) in various client/patient illnesses, c) the ability to participate in a multiprofessional team, d) as well as in its three basic facets in professional development: clinical, therapeutic and music therapeutic basis (see Table 1.2.1).

1.4. A paradigm shift in education and its implications for music therapy studies

The development of education is related to the change of paradigms (Žogla, 2001, Burtseva et al., 2010; Kokare, 2011). It promotes the creation of new theoretical platforms, innovation and broadening of professional horizons. The concept of competence as a socio-pedagogical and analytical category of learning is brought up to date in the modern pedagogical discourse (Briška et al., 2006). It is related to the change of the scientific paradigm, which is facilitated by newly created phenomena in the course of the development of science, knowledge and the understanding of science itself. Three scientific paradigms of pedagogy – modernism, postmodernism and neomodernism – are currently alternating in Latvia, and they are transformed through the different experience of education, learning and interaction of each person. The transformation to the knowledge society requires a new perspective on competence-based education, in which competences are no longer just skills (the approach of the 70s-80s of the last century) and professional qualifications (the approach of the 80s-90s of the last century). Modern economic development puts competence as a strategic goal and an analytical category of educational quality.

The term "competency" in education is associated with the pursuit of self-organization and includes the interaction of knowledge and skills (Rieckmann, 2012). Competency relates to knowledge and skills that can be acquired as a result of action based on knowledge, experience and reflection on it. Professional competency is a) constant and reasonable application of communication, knowledge, technical skills; b) clinical reasoning; c) application of emotions, values and reflexes in daily practice to satisfy individual and social needs (Epstein & Hundert, 2002). It includes actual work experience, acquired skills and abilities in the work process, academic knowledge and its importance in professional growth, as well as the specialist's attitude to work, the ability to improve and the desire to learn new skills and knowledge (Articles I, X).

N. Shaper (Schaper et al., 2012) offers a model of competence-based higher education, which distinguishes six basic components that make it up: study content, support for students, competence-based approach to teaching, competence-based approach to assessment, competence-based quality management system, teaching staff's professional improvement. In this model, the competence approach in higher education should be promoted by developing self-organized learning, experiential learning and active learning. Project approach, research-based learning, as well as an interdisciplinary approach to the learning process are also useful approaches in the development of competencies. In such an approach, the task of the teaching staff is rather to encourage and support the students, among other things, promoting it with a stimulating learning environment, a practical approach to learning, experiments, etc.

In pedagogy, there are several approaches to systematizing professional development. In order to analyze the opportunities for professional development of a music therapist, one can look at previously conducted studies and proposed models. The professional identity development model of N. Gage and G. Berliner (1998) is widely used. It distinguishes five degrees and levels, which are determined by the length of professional activity and work experience. This model was developed to analyze the professional development of educators and was later adapted to review the development of medical workers. However, it can also be used by representatives of other professions to demonstrate continuous learning and development at several levels. The first stage *The beginner's development stage* includes learning the profession and initial professional activity. This is followed by the second - *Progressive beginner development stage* (1-3 years of work experience) and the third - *Competent development stage* (3-4 years of work experience). Finally, the fourth - *Skilled Development Stage* (~5 years of experience) and the fifth - *Expert Development Stage* (free professional activity without obvious effort) are reached.

The results obtained in studies on the acquisition and professional development of healthcare professions (Wear & Castellani, 2000; Wilson, Cowin, Johnson & Young, 2013) show that the practical work experience of medical personnel is formed by working in the profession, and not only by acquiring theoretical knowledge and skills in the study process. The improvement of knowledge and skills, resulting from their application in practice or while working, is brought to the fore as very important for the specialist to be able to develop his professional competence. It has been proven that the performance of a competent professional is influenced by various identity-forming factors, including social roles, self-esteem, character traits and motivation (Bubb & Earley, 2007). In the professional competence development model EDGE, it is emphasized that future specialists demonstrate high-quality performance in their industry and the labor market when, during the study process, they have developed their knowledge, skills and competences in accordance with the relevant study program, learned the essence of career building, gained experience and emotional intelligence, thus reaching the highest the degree of self-efficacy and self-confidence (Pool & Sewell, 2007).

According to the theoretical justification and pedagogically transformative paradigm, in the model proposed by the author, self-awareness of the personality structure, awareness of the self-creative process, self-development and self-realization are realized in the future specialist. The pedagogically transformative paradigm, based on the modern transformative learning approach, dynamically moves the professional competence of the music therapist to the highest level of self-realization and self-efficacy - an expert in his professional activity.

2. MODEL OF THE COMPETENCY DEVELOPMENT OF A MUSIC THERAPIST

2.1. Competencies required for a music therapist

The competencies required for a music therapist can be identified both in the theoretical considerations of music therapy (see Chapter 1), and also by analyzing the professional fields of music therapy, performing a comparative analysis of music therapy study programs and looking at the requirements set in the regulatory acts that regulate the standard of education and profession.

The results of the research show that the scientific application of music gives not only an aesthetic, but also a pedagogical and even therapeutic effect. The interpretation of the obtained results can be applied in pedagogy, psychology, music science, health care (Articles I, II, IV, X, XV). Music therapy is influenced by several fields: music, psychology, pedagogy, medicine (see Figure 2.1.1).

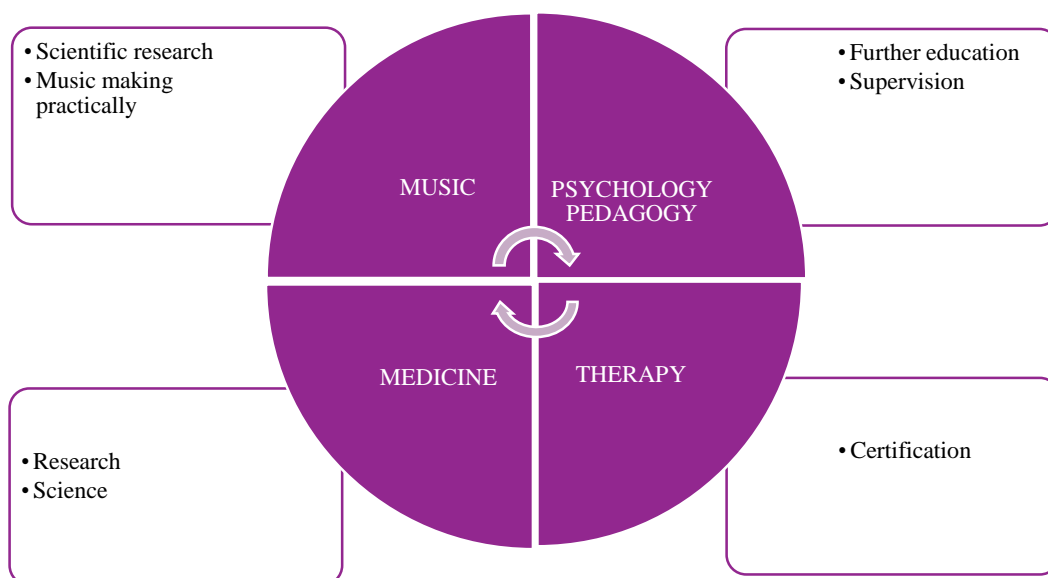


Figure 2.1.1 Professional areas effecting music therapy

Areas of influence are interrelated: a specialist in any area should know and be able to use the knowledge of other areas and acquire the skills to apply it practically. A musician needs knowledge of pedagogy, psychology, medicine, as well as the understanding and use of therapy. A doctor must be able to play a musical instrument, know the regularities of music, be knowledgeable in pedagogy, psychology and therapy. This means that the professional competence of a music therapist has an integrative nature and includes a set of sub-competencies in which a musician, a doctor (medical practitioner), a psychologist, an educator continuously interacts (Articles I, X). In Picture 2.1.1. the inner circle of the picture indicates professional development in the perspective of sustainable development. The profession of music therapist includes research-based practice that must be regularly supervised, continuous self-improvement in further education, as well as the certification and regular recertification necessary for therapists.

2.1.1. Comparative analysis of music therapist competency development in study programs

In European countries, the specialty of music therapy can be studied in various national programs at the level of vocational schools and universities. The results of the comparative analysis of the study programs show that the importance of learning the basic psychology course and the basics of music therapy methods is generally recognized in Europe, but the amount of time devoted to musical skills, medical subjects, clinical practice and personal development in the study process can differ significantly in different study programs, and how much deeply these directions are mastered (Paper X). All study programs in the field of education of music therapists include courses in medicine, psychology, counseling, musical self-experience (instrument playing, improving vocal and movement skills and self-knowledge), but the proportion of hours allocated to study subjects differs. In different study programs, one of the concepts or traditions of music theory may be emphasized more clearly. In efforts to formulate a unified standard of music therapy education, there are many discussions, disagreements and even radically opposite positions regarding the division of priorities for teaching subjects within the time limit. This and similar questions are regularly raised for discussion at the assemblies of the European Confederation of Music Therapy³, international cooperation projects (e.g. Leonardo daVinci MUSA⁴) and conferences (Article XIII).

The music therapy study program in Latvia differs as music therapists are a state-recognized medical profession in Latvia⁵. This raises the question: is the music therapist more of a medical practitioner-practitioner or a researcher-scientist? The basis of LiepU's music therapy study program consists of three areas, which are connected and integrated into the study program in such a way as to successfully develop the therapeutic and musically professional identity of a music therapist:

- in therapy – therapeutic understanding and attentiveness;
- in art – clinical application of musical skills;
- in science – academic, clinical and professional competence (Article X).

2.1.2. The requirements regarding the competences of a music therapist defined in the normative acts

The profession is most often treated as a permanent occupation of individuals, which is based on the use of certain acquired theoretical knowledge and practical skills, and serves as the main source of a person's income (Moors, 2007). The competences of an art/music therapist in Latvia are defined in the profession classification and profession standard. The professional standard determines the basic tasks and responsibilities of the professional activity corresponding to the profession, professional qualification requirements, the general and professional knowledge, skills, attitudes and competences necessary for their

³ EMTC (angļu – European Music Therapy Confederation) - Eiropas Mūzikas terapeitu konfederācija - EMTC - European Music Therapy Confederation

⁴ “MUSic, Performing and Creative Arts Professions Involved in Healthcare: a portal for VET promotion and mutual recognition of profiles (MUSA)” financed by European Commission's Lifelong Learning Programme (Project number: 539899-LLP-1-2013-1-IT-LEONARDO-LMP)

⁵ According to EMTC data, only in three European countries art/music therapy is considered as a health care profession; they are: the UK, Austria, Latvia (www.emtc-eu.com)

fulfillment (VISC, 2017). In order to work as an art therapist and offer art therapy services in Latvia, it is necessary to obtain appropriate education and professional qualifications. The regulations set forth in the job description of a music therapist (MK regulations No. 268, 2009) stipulate that a music therapist must have a second-level professional higher medical education in art therapy, be registered in the register of medical practitioners and certified. As a professional music therapist, one must have practical experience in the relevant field or work with a similar group of clients, knowledge of the tools and techniques used in the work, the ability to understand and use non-verbal communication, use the client's reflection on the creative process and its result, the ability to determine the goals of music therapy, which are the basis therapeutic interventions, the ability to provide a safe, correct and effective client-centered music therapy process. It also requires the ability to be perceptive, active, interactive and creative, the ability to plan, organize and manage tasks to be performed and set their priorities, the ability to competently use a range of music creation techniques and help the client express himself in music, as well as to analyze the music created by the client. A professional music therapist is required to have good contact and communication skills, customer-oriented activity and orientation to a positive result of the work, as well as the ability to work in psychologically difficult situations.

When creating the Art/Music Therapist profession standard, a set of knowledge, skills and competencies, which is necessary for the professional development of specialists, was defined. It also determined the content of the study program and teaching methods in order to promote the formation, development and improvement of the professional competence of a music therapist. All specializations of art therapy are united by common theoretical principles, but each of them has its own methodology and tools. Music therapists have the following specific competencies and skills:

- ability to use acquired knowledge, skills and abilities in music theory and history, proving understanding of music style and character;
- ability to analyze musical elements, structure and style of different periods by hearing and sight/visually;
- ability to distinguish standard works from classical and popular music literature;
- ability to compose and arrange simple songs and instrumental pieces of a different nature (except for symphony orchestra);
- ability to sing and/or play a basic instrument with considerable skill and interpretive understanding;
- ability to help the client/patient express themselves in music.

The regulations of the Cabinet of Ministers define the guidelines for the competences to be acquired, which must be taken when creating and implementing the study program of the relevant specialty (Cabinet of Ministers Regulations No. 268, 2009). The study program must be designed in accordance with approved professional standards and other regulatory enactments, so that after graduating from the study program, art therapists who have obtained diplomas and professional qualifications have acquired the basic competences, skills and knowledge necessary for the profession, continuing to develop them in the following years, working as supervisors and mentors - medical personnel under supervision until receiving the certificate (certification) (LMTAA, 2020). Responsibility towards the profession of art therapist determines that continuous development of competences is part of maintaining professional qualifications,

which must be proven (confirmed) by regular recertification (Upmale, Majore-Düšele, 2011). The standard of the art therapist profession lists the therapeutic competencies and skills necessary for a music therapist, which must be developed not only during studies, but also from the point of view of lifelong learning, i.e. covering also the stage of further education (Article I,X).

2.2. The model of professional competency development of music therapist and its evaluation

The purpose of the Music Therapist Professional Competency Development or DMTPC model is to provide the music therapist with the necessary knowledge and competencies. The DMTPC model was not developed from theoretical considerations and empirical research alone. The background of the industry also has a significant impact on the development of music therapy education in Latvia (Article XIII). In Latvia, strong musical traditions have been cultivated, both at the amateur and professional level, for a long time: choir singing, a developed network of music schools and the preparation of high-quality music teachers in universities since the beginning of the 20th century (J. Vītols Latvian Academy of Music, Riga Academy of Pedagogy and Management (until 2017), Daugavpils University, Liepāja University). The development process of music therapy education has been enriched by the development of other arts therapy and the cooperation of interested parties. The basic direction of the "Music Therapy" study program of the University of Liepāja has been formed by Germany, especially by Dr. R. Haus, experience in training music therapists, and the creation of the program was possible thanks to the selfless work of German specialists and financial support from Germany. Another unique aspect is the influence of the British art therapy model, specifically the British Art Therapy Professional Standard. The historical development of the music therapy profession is analyzed in articles I, X, XII, XIII.

The DMTPC model depicts the learning process, its progress and the phases of the formation of the professionalism of a music therapist and their criteria in the acquisition of knowledge, skills and competences in accordance with the 7th level EQI framework for European Quality Education (Cabinet of Ministers Regulations No. 322, 2017) (see Figure 2.2.1).

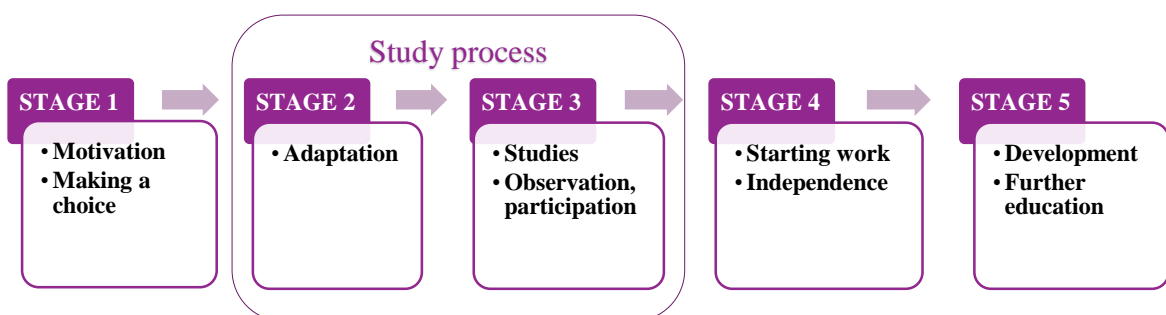


Figure 2.2.1 Model of the competency development of a music therapist

The MTPKA model focuses on the development of the learner's professional competence in a constructive, context-oriented study process, with special emphasis on social interaction and the development of study content, implementing interdisciplinary integration. The model reflects the

professional competence development process, which is implemented as clinical support for the promotion of students' self-experience.

D. Aldridge (Aldridge, 1989) compares becoming a music therapist as *a process of personality maturation*, during which a deep and effective close integration of music and therapy elements takes place. A "mature" music therapist is able to motivate, encourage and consciously use music for therapeutic purposes and direct the therapeutic process as a musically developing, progress-promoting activity, is able to adequately perceive the essence of the client/patient in the world (Aldridge, 1989; Aigen, 1996). B. Vīlere, C. Šultis and D. Polen (Wheeler, Shultis & Polen, 2005) outline three levels that are important in the professional development of a music therapist in the educational process. They can also be understood as levels of professional development and improvement:

Level 1: observation, participation, assisting by helping indicate the initial role of the future music therapist in the educational process.

Level 2: the planning and co-management of music therapy sessions and the process corresponds to the practice included in the study process and state tests.
--

Level 3: Management of music therapy sessions and process corresponds to the level of professional readiness after studies.

In this model, three stages of the professional development of a music therapist are distinguished: Level 1 corresponds to Stage 3 in the MTPKA model - Study stage, observation and participation. Taking into account the theoretical studies and practical observations of the author of this work, the stages of Motivation (No. 1) and Adaptation (No. 2) have also been introduced in the MTPKA model.

Next, the text sequentially describes each of the stages of the MTPKA model, indicating the competencies of the music therapist that are developed and/or perfected at each stage. During the studies, the music therapist acquires certain knowledge, skills and attitudes, which are reduced to the professional competencies provided by studying the study programs. (See Figure 2.2.2.)

Stage 1. Motivation

At this stage, the applicant/future music therapist is only evaluating the suitability for the profession of music therapist.

The professional Master's degree program in music therapy in health care is open to any 2nd level higher education graduate who is able to pass the entrance exam in piano and vocal improvisation. The initial competence of a music therapist has been defined by K. Bruscia (Bruscia, 1987). A large number of applicants have initial education and work experience in pedagogy, so it is especially important to strengthen therapeutic skills during the study process. For those applicants who have mastered the skill of playing a musical instrument (a requirement of the entrance exam), it is especially important to help unleash the experience of free improvisation and the spirit of experimentation. Historically, singing abilities, notation skills and knowledge of music history are strongly developed in Latvia (Stramkale, 2008), so it is important to learn group composition and improvisation during the study process.

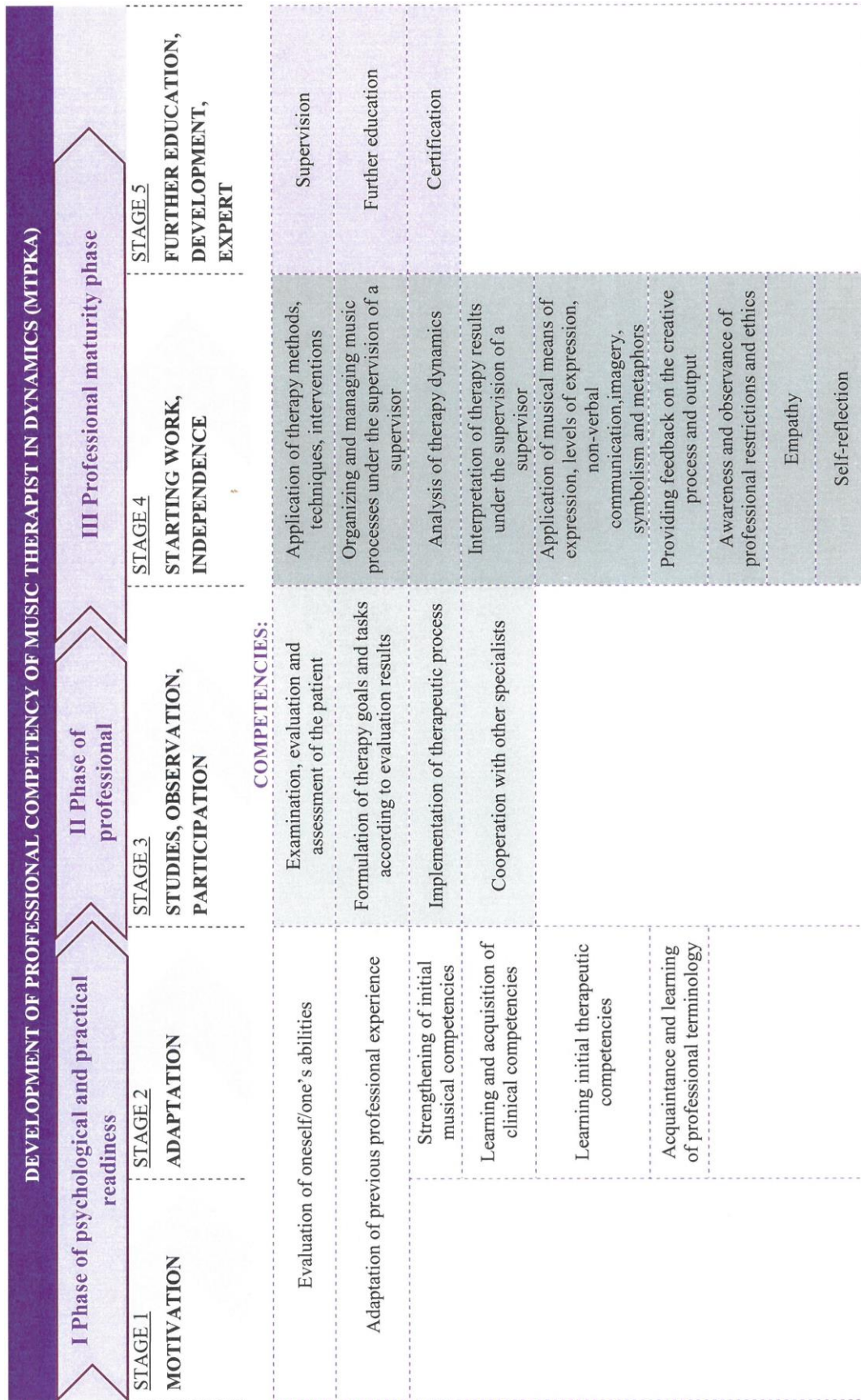


Figure 2.2.2. Development of music therapist's professional competence in dynamics (author's modification)

Taking into account the statistics of university admissions commissions, former/current music teachers, psychologists, musicians - performers, physiotherapists, rarely representatives of other professions (economists, chemists, doctors) want to become music therapists. In teaching practice, music therapy and other art therapy methods are often integrated initially. It is not always a favorable solution for the future art/music therapist, because the pedagogical methods in music are not comparable to the methods and techniques used in music therapy (you can read about the professional differences between pedagogy and therapy in the next chapter). It raises questions about competence, self-experience and the new specialization of the music therapist. When it comes to the therapeutic potential of future music therapists, the essence of their personality should be noted. If a student is educated in music therapy, he is most often a musician or a musician, therefore he has a personal relationship with music, beauty, creativity, intuition, sensitivity, rationality, body, voice and the spoken word, but all this should be reformatted in another context - providing help and support and in collateral relationships.

A survey of students and graduates conducted in 2009 concluded that the motivation to learn music therapy is the desire to learn a new profession, in which one sees both improvement opportunities for one's existing job, opportunities for growth by learning an interdisciplinary new profession, and perspectives to work professionally without age restrictions (Article 1V). Student survey data also reveals disappointment in the new profession: several respondents admitted that they had not thought of working with sick people, only learning how to practice art methods themselves and help others, thus diversifying their lives.

One of the conditions of the entrance exams is the music experience of the potential candidate. But the ability to listen to music is just as important (Articles, IV, IX,). Hearing and listening to music are not the same thing - in terms of internal psychic processes, there is a big difference between "hearing" and "listening" (Nelson & Paipare, 1992). Listening to music is a dynamic process that causes complex mental and intellectual activity, as it requires effort and concentration from a person - what is heard must be perceived, understood and remembered. At the same time, this process improves perception skills, ability to concentrate and emotional responsiveness. It can be considered that listening to music constitutes the primary experience necessary for musical development - the basis of musical experience. Music and listening to it is one of the most important problems in music pedagogy and psychology. It is not for nothing that listening to music is also defined in scientific literature as making music (Small, 1998).

The development of therapeutic competency requires both listening and music listening skills. You can read more about how this happens in music therapy in the attached article XI.

Stage 2. Adaptation

As such, time is not specifically planned for student adaptation. The results of student surveys show that there are a number of difficulties in the RSU Art Therapy Master's study programs when starting the study process. There are also similar difficulties in the *Music Therapy* study program at LiepU, taking into account the specifics of extramural studies. Usually, students in both programs have a basic job on a daily basis. In LiepU part-time studies, the postgraduate is required to faithfully prepare the tasks to be done at home independently, while the face-to-face form of full-time study at RSU requires the postgraduate to work regularly every weekend. Existing problems in adaptation are also evidenced by the "dropout" of

students. Analyzing the reasons for dropping out, it can be concluded that the requirements of the program and the intensity of the study schedule require certain personality characteristics, high student motivation and the ability to organize their time, work systematically and regularly, and not just come to the exam during the session. Other reasons for dropping out tend to be insufficient financial resources and lack of social (family or workplace) support. As a result of the interaction of these factors, the study process sometimes becomes a challenge and not all students can successfully fulfill the requirements of the study program (Article XIV).

In 2009, a study was conducted on student adaptation, which revealed the adaptation difficulties of the new specialist in the study process and the problems that were solved in the process of improving the study program.

The learner has already started his studies with previous experience. Under the guidance of the lecturer and as a result of the active activity of the student himself, the experience is actualized. As a result of actualization and in the course of learning new study courses, beliefs, knowledge, skills, as well as new ideas develop, which may be unusual at first (therefore they "survive" their adaptation phase). During the adaptation period, it is difficult to name specific competences in the mastery, but the ability to evaluate oneself and one's own choices has definitely been activated. Previous individualized actions and theoretical and previous professional experience subject to adaptation are definitely brought up to date.

Stage 3. Studies

The aim of the music therapy study program is to provide the future specialist with the following knowledge and abilities:

- has mastered the academic and scientific foundations;
- acquired musical performance and improvisation skills;
- acquired the necessary medical knowledge, is confident in his knowledge;
- is professionally competent enough to start work independently, to be able to evaluate it, analyze it and report on the results of the work;
- informed about all ethical aspects of work;
- is secure and stable as a person;
- therapeutically observant, understanding, empathetic, with developed intuition (Article X).

The specifics of art and music therapy study programs mark the complicated educational tasks realized in them - in a relatively short time, the student should be given the opportunity to acquire the knowledge and skills necessary for professional work in health care, so that the young specialist can start working in a multiprofessional team. The study plan in both Latvian universities is designed in such a way as to promote the development of Master's students' professional competence and independent research activity from the first day of study, i.e., to prepare specialists who are able to adequately understand and effectively solve professional and research tasks, using productive and critical thinking skills, successfully cooperating with various specialists. During studies, special attention is paid to the sense of responsibility for one's practice and the services provided. That is why art and music therapy studies are integrative and intensive, their content is quite broad – postgraduate students must learn not only art therapy (specialization), but also medical (including psychotherapy) concepts, psychology, and art concepts that

relate to art therapist practice, undergo personal therapy and participate in a personal growth group. Personal therapy includes an individual visit to a psychotherapist outside of studies in the amount of at least 50 hours, but personal growth in a group should be learned in a group outside of the study process in order to understand therapeutic processes in group work (LMTAA, 2020).

The ideas obtained and newly created during the study process need to be evaluated, improved, supplemented and corrected. As a result of this action, the experience is enriched, the views become more complete. Actualization and improvement of experience can be associated with acquiring knowledge and supplementing it. The acquired knowledge should not remain passive, unused: it is necessary to apply it in practice in order to develop skills. Practical activity is necessary for the development of skills: tasks, exercises, role-plays, videography and its analysis, problem solving, etc. When learning standard situations, the use of knowledge must be implemented in new situations, by practicing both under the guidance of a mentor and a supervisor, and by performing independent work, conducting practical research, as well as getting to know and even implementing various (research) projects. In the process of active work, the student feels an emotional experience of what he has achieved, overcome difficulties, the development of his intellectual abilities and skills; as a result, the student develops reflection skills, which are manifested in a critical analysis of his actions and acquired knowledge, in reflections on the meaning and limits of knowledge. In the MTPKA model, it is understood as a range of individual and interpersonal relational possibilities that "clients-students" are able to use in play situations (role play) during the art/music therapy process. Expanding students' "potential space" presupposes their ability to delve into therapeutic processes simultaneously with education in many other musical and theoretical disciplines (Paper I).

In study subjects in which self-experience is learned, students as student clients are prepared in the following areas:

- Learning to get to know their personal language of improvisation - especially in music;
- Experience the power/influence of music as a tool for reflecting mental abilities, limitations and readiness;
- Learning to be a part of ongoing dynamic processes over time;
- Learning to practically deal with projections, introjections and self-limitation;
- Learning to develop and maintain a high level of sensitivity and flexibility in music therapy practice;
- Learn to be vitally involved and at the same time not lose the role of music therapist. Regarding the latter area, two issues are important: students must learn to protect themselves and strengthen their energy within and between music therapy sessions.

Students must also learn to understand their own needs properly so that clients do not end up in a situation where they have to meet the therapist's needs.

Teaching staff, their qualifications, as well as the availability and quality of other learning resources are a decisive aspect in ensuring quality study content and process. Regarding teaching staff, it is typical for a situation where only one, two or at most three experienced music therapists are involved in the implementation of the curriculum as full-time lecturers and they specialize in one or two areas of therapy, teaching music therapy theory, music therapy methods, clinical improvisation, music psychology. Therefore, freelance teaching staff who are non-music therapists are called upon to deliver the programs, teaching psychology, medicine, anatomy, theory of therapy, statistics, psychiatry, pathology, fundamentals

of scientific research, singing, guitar or piano, improvisation, music analysis and other items. Also, mentoring and supervision of clinical practice is often performed by therapists who do not have sufficient knowledge specifically in the field of music therapy. Such an approach has its advantages - the student sees how complex this educational process is, how many experts are involved in it, but there are much more disadvantages: the student often gets confused when encountering the opinions and approaches of different subjects and experts due to their diversity (Article I).

Practice opportunities are very important for a full-fledged learning of the profession of music therapy. Master's students carry out practice in several stages, thus improving their professional competence during the study process. Internship is conducted under the guidance of a mentor and supervisor. The mentor is usually a professional art/music therapist at a particular workplace and an assistant in the selection of individual clients/patients, as well as in the completion of a group of clients/patients. On the other hand, the supervisor helps and supports the postgraduate student in practice, advising, sharing experience, encouraging reflection and self-expression.

Research into the professional formation and development opportunities of students of health care specialties/professions (Wilson, Cowin, Johnson & Young 2013; Wear & Castellani, 2000) indicates the relevance that a medical practitioner's practical work experience is formed by working in this profession, and not only by acquiring knowledge and skills, while studying. Improvement of knowledge and skills while working in practice is highlighted as very important, it forms professional competence. The performance of a competent professional is influenced by various identity-forming factors, as well as social roles, self-esteem, character traits and motivation (Bubb & Earley, 2007).

In 2016, a survey of music therapists was carried out, finding out the assessment of young specialists on the relevance of their competence to professional activities and the labor market (Article V). At the same time, the respondents were invited to indicate what skills and knowledge should be strengthened in order to improve the professional competence of music therapists. The surveyed young music therapists recommend spending more time in the study process on learning different methods and developing a deeper insight into working with different groups of clients/patients. The young specialists also recommend increasing the volume of practical lessons, devoting more time during the study process to assessment diagnostics and implementing the principles of short-term music therapy in life. In summary, it can be concluded that the knowledge and skills acquired in the studies constitute the basic competence of a music therapist, however, in order to achieve professional development and professional maturity, further education is required, which is provided by both the certification process and participation in supervisions (Articles I, X).

An essential ability that future music therapists must acquire during their studies is the ability to work with different groups of clients/patients. This ability is characterized by overall therapeutic competence (Article II). In the process of studying music therapy, various techniques and therapeutic methods are learned, which are successfully applied in work with children with speech and developmental disorders, patients with stuttering, as well as stroke and aphasia patients. Important is the finding of neuroplastic changes in the brain caused by playing musical instruments and listening to music, which lead to the activation of compensatory mechanisms (Articles II and XI).

A music therapist must be competent in the participation of human neurological mechanisms also during music making (Article VII).

In the 3rd stage, the future music therapist equally develops such therapeutic competencies as:

- Client/patient research, evaluation and assessment;
- Formulation of art therapy goals and tasks according to evaluation results;
- Implementation of the art therapy process;
- Cooperation with other specialists.

Stage 4. Starting work

An art/music therapist works in health, social care or education with clients/patients who have somatic, psychiatric disorders or psychological difficulties. If an art therapist works in a medical institution and is directly involved in providing the health care process, he/she performs his/her professional activities in a multiprofessional team. An art/music therapist can also work with people who want to promote their personal growth creatively, promote group cohesion in organizations, etc. Therefore, one can conditionally separate art therapy, which is carried out in medical art therapy⁶ and another type of art/music therapy, which corresponds to the tertiary goals defined in art therapy (Mārtinsone, 2011).

In 2016, a survey of music therapists was conducted, in which 17 young specialists participated. The results of the survey show that the majority of music therapists work in multidisciplinary teams in health care institutions, working individually with clients/patients, mostly with preschool children (Article V). The young specialists evaluate the knowledge, skills and competences acquired during their studies as rather sufficient and/or sufficient. The ten most valued knowledge, skills and competences acquired during the study process are summarized in 2.2.1. in the table.

Table 2.2.1. Top 10 knowledge, skills, competencies acquired during the study process (N=17)

Knowledge, skills, competencies	The number of respondents who found it useful in the study process
Practical specialization	14
Competency of individual counselling	12
Clinical internship	10
Basics of psychodynamics	8
Psychiatry	8
Individual psychotherapy	6
Assessment methods	6
Group development	5
Ability to establish therapeutic relationships	4
Group dynamics	4

However, in some cases, respondents also point to insufficiently acquired professional competence. The ten most frequently mentioned skills, knowledge and competences, which are necessary in the work of a music therapist, but are not sufficiently developed during the study process, are summarized in Table 2.2.2.

⁶ In the USA, for example, the term of medical art therapy is used

Table 2.2.2. **Areas of study in music therapy to be developed in further education** (N=17)

Study field	The number of respondents who want to learn the field of study as part of further education
11. Techniques and methods of specialization	12
12. Work with specific groups of clients/patients	10
13. Theory and practice of group work	9
14. Practical classes	8
15. Evaluation methods in art	7
16. Short-term therapy	6
17. Representation of the profession of a music therapist	4
18. Writing documents	3
19. Theory of art therapy	3
20. Creative art, creative manifestation	3

When asked about the main challenges in professional activity, young art therapists point to emotional aspects in therapeutic relationships with clients/patients.

Analyzing the problem of the development of the professional competence of a music therapist, it should be recognized that there are difficulties in society in distinguishing the limits of competence between a music therapist and a music teacher (Article I). Moreover, difficulties in distinguishing the competences of these specialists can be observed not only on the part of other professionals, but often also among these specialists themselves. Misunderstanding of the different professional tasks of different specialists also exists on the part of employers in special educational and social and health care institutions, because music teachers and music therapists are often expected to only entertain and/or engage in musical lessons. It is obvious that there are problems with the application of the tasks and duties defined in the regulatory acts in practice. This creates a situation where employers, members of society (including the media) and representatives of other professions (doctors, educators, civil servants, etc.) have different, unclear and sometimes completely unjustified expectations towards music therapists. In order for art therapists in Latvia to be able to work to their full potential, successfully integrate into a team and cooperate with colleagues from various sectors, it is necessary to inform and educate all specialists working in the team about the possibilities of applying art therapy and the role of the art therapist in team work in health care and education (Zakriževska, 2009; Ventere, 2016; Vera, 2018).

The ability of the music therapist to "unlock" the creative potential of the client/patient is especially important, inviting and offering to use a wide variety of art therapy methods and materials (Dreifelde-Gabruševa, Mārtinson, Mihailova, Paipare, 2008). In creative music therapy (Nordoff & Robbins, 1977), the music therapist is based on the concept that in every person, whether he is small or big, infant or old, sick or healthy, a musical child "lives"/lives or sleeps. The music therapist must 'wake it up' (Paipare, 2011). In music therapy, one can often observe the motivation of emotional defense, which includes the resistance of the client/patient and the fear of being creative. In the creative process of art therapy, clients can access their creative potential, but any form of creativity is a threat to safety.

The competency of a music therapist is definitely interdisciplinary. Interdisciplinarity – the challenges of modern society, which are related to the environment, health, social processes, economy and other spheres, are complex, and their full understanding and solution require an interdisciplinary approach (Article I, IV, VIII). Interdisciplinarity is an essential resource for the development of innovation. Thus,

future education must look for ways to effectively introduce and develop an interdisciplinary approach in education, which allows breaking the boundaries of a subject or academic discipline and integrating different perspectives on the researched question (MK order no. 436, 2021).

Stage 5. Continuing education

You can work as a music therapist after obtaining a professional Master's degree and qualification.

What B. Hesser (Hesser, 1985) said 30 years ago ("Being a music therapist means an in-depth lifelong learning process, it is not a process that ends only with obtaining a diploma or a degree" (p. 67)) is still relevant today, because art/music therapy can be learned and implemented throughout life. This is certainly attributable to the special stages of continuing education in this profession: supervision and certification, which indicate both professional development and the need to grow with rapid innovations in the fields of education and medical science alike. Ongoing personal and professional growth is essential for a music therapist at every stage of their career. In the MTPKA process, the goal is to establish habits of personal therapy and professional supervision for each student, ensuring that they understand and value the functions and importance of both of these forms of self-reflection. You can read about the competence of this stage in the professional music therapist development model in Articles I and X.

Without supervision, a professional music therapist cannot be certified, therefore, in order to achieve professional maturity, it is necessary to be certified as a therapeutic person, to be involved in further education (Article II).

Accordingly, in the recertification, which takes place every five years, the TIP (150 further education points) obtained in seminars, participation in conferences, creating publications or performing other activities to increase qualifications must be indicated (Medical Law, 1997). The LMTAA has determined that, according to the music therapist's practice, a certain number of attended supervision hours must be presented (LMTAA, 2020).

CONCLUSION

The **goal** of the doctoral thesis has been achieved:

- 1) a model of the development of the professional competence of a music therapist
- 2) has been created and its practical applicability in the process of preparing specialists and improving professional competence has been assessed, by analyzing the stages of the development of the professional competence of music therapists, as well as proposals have been made for the development of the professional competence of music therapists.

The research questions raised in the dissertation “The development of professional competency of music therapists in Latvia” have been answered in the publications attached.

According to the transformations, the author of the doctoral thesis develops the professional experience in improving the competencies of the music therapist according to the social challenges and the individualized needs of the patients/clients systematically and in a controlled way.

The author changes have been made (since the 1st professional standard in 2005) in the professional competencies of the music therapist in the professional standard (2009) and currently (November 2022) they are made again, adapted to today's actualities, expanded and corrected. At the end of 2022, according to the development of medical technologies, corrections are made to the Medical Technologies document.

CONCLUSIONS AND PROPOSALS

1. A pedagogically transformative paradigm in music therapy has been developed, which includes learning the theory and method of music therapy in the process of professional development (Article I). This paradigm is realized through self-awareness of personalities, awareness of creative processes and self-development. In the author's view, in the context of music therapy, a holistic reflection on the accumulated knowledge, experience and revelations is of decisive importance, in which the new can be gathered in a structured way, the accumulated can be found and which provides a new contemplative understanding of the order of things, thus creating an environment for the formation and development of a new professional identity. The pedagogically transformative paradigm is based on the modern transformative learning approach, which is focused on reflection, the ability to appropriate and transform reflective experience into practice, in order to promote the development of the competences of educators and learners.
2. Change in health care and education appears in dynamics. The professional competence of a music therapist has definitely developed dynamically, as evidenced by the transformation of the study program from a Bachelor's level program to a Master's level study program, which is included in the direction of health care.
3. In education, the understanding of the formation of competency is important, while in the creation of a new profession and in the process of education, the understanding of the formation of professional competency becomes even more important. The lifelong acquisition of professional and personal competency indicates the ability to use knowledge, skills and attitudes in learning a new profession - music therapist.
4. Professional competency can only be formed in a dynamic process of exposure to internal (knowledge, skills, attitudes) and external (personnel, private communications, databases, etc.) educational resources led by professionals.
5. The theoretical studies revealed that the understanding and application of interdisciplinary cooperation of several branches (medicine, music, psychology, pedagogy, therapy) is of great importance in the formation and development of the professional competence of a music therapist.
6. The results of the studies carried out so far allow us to conclude that social perceptions about the professional competences of music therapists are not sufficient.
7. The results of the study identify areas (motivation, adaptation, continuing education) that require more attention in the process of training professional music therapists.
8. The model of development of professional competency of a music therapist has been approved in studies, publications and practice, implementing the preparation of professional music therapists (LiepU and RSU) for the labor market in education, health and social care.
9. The analysis of literature and sources allows us to conclude that in our country so far there has not been a conscious need to develop an assessment of the professional development needs of music therapists. Superficial or only partial consideration of the music therapist's needs hinders the provision of quality continuing education.

10. Latvia is one of the three countries in the EU where music therapy is a state-recognized branch of health care.

11. The inclusion of a music therapist in the register of functional therapists is a novelty not only in Latvia, but also in Europe.

Research perspectives on the research problem

At the moment, when evaluating what has been done in the field of music therapy, it must be recognized that the standard set in medical technologies is outdated. The description of medical technology (Paipare, 2010)⁷ was created based on the assumption that the music therapist will work in rooms/offices. During the Covid-19 pandemic, the form of work of a music therapist has changed, working remotely. The remote work has shown that, according to the professional competences of the music therapist, the music therapist is able to conduct music therapy sessions also in special conditions, i.e., also remotely, respecting and applying digital competences.

The analysis of the documents carried out in the research has been a valuable method to determine the dynamic development of the professional competence of the music therapist. The analysis of documents depends on the regulations established in the regulatory enactments, it allowed to determine the areas that are regulated by the regulatory enactments. In the future, it would be recommended to carry out a qualitative content analysis, which would enable a more specific definition of the description created for the medical technology database, clarifying the differences in different work environments.

The results obtained in the study are a resource for further development and improvement of the profession. They can be used to improve and revise the description of the Music Therapist medical technology. Also, to improve and supplement educational programs in universities in art/music therapy, supplementing the study course on the current professional activity, legal foundations and problems.

The author of the doctoral thesis recommends developing practice guidelines for organizing remote sessions of music therapy in the future, which would realize the improvement of the professional competence of the music therapist.

⁷ Currently (11.2022), the author is part of a workgroup on “Medical Technology in Music Therapy” that works on updating previously worked out descriptions

LITERATŪRAS SARAKSTS LIST OF LITERATURE

- Adler, A. (1925). *The Practice and Theory of Individual Psychology*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Aigen, K. (1996). *Being in Music: Foundations of Nordoff-Robbins Music Therapy*. Louis, Missouri: MMB Music.
- Aldridge, D. (1989). A phenomenological comparison of the organization of music and the self. *The Arts in Psychotherapy*, 16(9), 1-97.
- Ārstniecības likums (1997). Pēdējās izmaiņas stājās spēkā 17.06.2020. [skatīts 2021.09.09.] Pieejams <https://www.vestnesis.lv/ta/id/44108-arstniecibas-likums>
- Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāze. [skatīts 16.01.2022]. Pieejams <https://dati.zva.gov.lv/mtdb/30-rehabilitacijas-mediciniskie-pakalpojumi/makslu-terapija>.
- Briška, I., Klišāne, J., Brante, I., Helmane, I., Turuševa, L., Rubene, Z., Tiļļa, I., Hahele, R., Maslo, I. (2006). Plaša kompetences izpratnē. Grām.: I. Maslo (Red.), *No zināšanām uz kompetentu darbību: Mācīšanās antropoloģiskie, ētiskie aspekti* (45.–54. lpp.). Rīga: LU Akadēmiskais apgāds.
- Bruner, J. S. (1966). *Toward a Theory of Instruction*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bruscia, K. E. (1998). *Defining Music Therapy*. Jessica Kingsley Publishers.
- Bruscia, K. E. (1987). Professional identity issues in music therapy education. In C. Maranto, & K. Bruscia (Eds.), *Perspectives on Music Therapy Education and Training* (pp. 17-29). Philadelphia, PA: Temple University, Esther Boyer College of Music.
- Bubb, S. & Earley, P. (2007). *Leading & Managing Continuing Professional Development Developing People, Developing Schools*. SAGE Publications Ltd.
- Burceva, R., Davidova, J., Kalniņa, D., Lanka, Ē., Mackēviča, L. (2010). *Novitātes pedagogijā profesionālās izglītības skolotājiem*. Rīga: Latvijas Universitāte. [skatīts 2021.15.12.]. Pieejams <http://profizgl.lu.lv/mod/book/view.php?id=12113>
- Carretero, S. Vuorikari, R. & Punie, Y. (2017). *DigComp 2.1: Iedzīvotāju digitālās kompetenču ietvars ar astoņiem apguves līmeņiem un lietošanas piemēriem*. Luxemburg: European Union. doi:10.2760/38842. Pieejams https://epale.ec.europa.eu/system/files/2021-04/web-digicomp2.1.word_%28online%29_LVL_FINAL.pdf
- Case, C. & Dalley, T. (1992). *The Handbook of Art Therapy*. London: Routledge.
- De Backer, J. & Van Camp, J. (1999). Specific aspects of the music therapy relationship to psychiatry. In T. Wigram, & J. De Backer (Eds.), *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (1998). *Kessels Thgesen zur Musiktherapie*. Veröffentlicht in Musiktherapeutische Umschau, S. 232-235 [skatīts 2021.09.09.]. Pieejams <https://www.musiktherapie.de/wp-content/uploads/2019/07/Kasseler-Thesen-zur-Musiktherapie.pdf>
- Dewey, J. (1966). *Democracy and Education: An introduction to the philosophy of education*. New York: Free Press.
- Dewey, J. (1916). *Essays in Experimental Logic*. Ch. XIII. Chicago: University of Chicago Press.

- Directive 2005/36/EC of The European Parliament and of The Council on the recognition of professional qualification* (2005). [skatīts 2021.09.09.]. Pieejams <http://eur-lex.europa.eu/LEXUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:EN:PDF>
- Dreifelde-Gabruševa, I., Mārtinsons, K., Mihailova, S., Paipare, M. (2008). *Mākslas terapija kreatīvas personības attīstībā*. Grām.: D. Rumpīte (Zin. red.), *Radoša personība* (98.-107. lpp.). Rīga: Kreativitātes zinātniskais institūts.
- Dumas, L. (1995). *Élaboration et validation d'un instrument d'évaluation formative de la démarche du savoir-apprendre expérientiel de l'infirmière-étudiante en stage clinique*. Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Eiropas kvalifikāciju ietvarstruktūra mūžizglītībai* (EKI) (2009). Luksemburga: Eiropas Kopienų Oficiālo publikāciju birojs. Pieejams https://www.nki-latvija.lv/content/files/EKI_brosura_lv.pdf
- Eiser, R. J. (1983). Behavioral medicine: What kind of medicine? What kind of behaviour medicine? *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol. 76(8), 629-632. Pieejams <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/014107688307600801>
- Epstein, R. M. & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *The Journal of the American Medical Association*, 287(2), 226 -235.
- Eiropas Parlamentā un Padomes direktīva 2005/36/EK par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu (2021). *ES Oficiālais vēstnesis* Nr. C494. Pieejams <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LV/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2021:494:FULL&from=EN>
- European Music Therapy Confederation (2021). *Country Information: Member Countries*. [skatīts 2021.12.15.]. Pieejams <https://www.emtc-eu.com/member-countries>
- Freud, S. (1926). *Hemmung, Symptom and Angst*. Gesammelte Werke XIV.
- Geidžs, N.L., Berliners, D. C. (1998). *Pedagoģiskā psiholoģija*. Rīga: Zvaigzne ABC.
- Golubnitschaja, O., Kinkorova, J. & Costigliola, V. (2014). Predictive, preventive and personalised medicine as the hardcore of 'Horizon 2020'. *EPMA Journal*, 5(6). doi: 10.1186/1878-5085-5-6. Pieejams <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/1878-5085-5-6.pdf>
- Haus, R. & Paipare, M. (2014). Singing creates freedom: Music therapy academic and practice development in Latvia. In *Music Therapy Today: Proceedings of the 14 th WFMT*. ISSN 1610-191X
- Hesser, B. (1985). Advanced clinical training in musictherapy. *Music Therapy*, 5, 66-73.
- Jones, P. (2005). *The Arts Therapies: A revolution in healthcare*. Hove: Brunner–Routledge.
- Jung, C. G. (1964). *Man and His Symbols*. New York: Doubleday.
- Jung, C. G. (1963). *Memories, Dreams, Reflections*. New York: Pantheon Books.
- Jung, C. G. (1933). *Modern Man in Search of a Soul*. New York: Harcourt.
- Kim, B. (2001). Social constructivism. In M. Orey (Ed.), *Emerging Perspectives on Learning, Teaching, and Technology*. [skatīts 2013.09.07.] Pieejams <http://projects.coe.uga.edu/epltt/>
- Kokare, M. (2011). *Mācīšanās organizācija kā pedagoģiska perspektīva: Promocijas darbs*. [skatīts 01.11.2021.]. Pieejams https://dspace.lu.lv/dspace/bitstream/handle/7/4664/20167-Maija_Kokare_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning: Experience as the source of learning and development*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

- Krevica, E. (2011). Psiholoģijas un psihoterapijas ietekmes mākslu terapijā. Grām.: K. Mārtinsone (Red.), *Mākslu terapija* (76.–105. lpp.). Rīga: RaKa.
- Kriz, W. C. (2010). A systems-oriented constructivism approach to the facilitation and debriefing of simulations and games. *Simulation & Gaming*, 41(5), 663–680.
- Kriz, W. C. (2000). *Lernziel Systemkompetenz. Planspiele als Trainingsmethode*. Goettingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kriz, W. C. (2010). A systems-oriented constructivism approach to the facilitation and debriefing of simulations and games. *Simulation & Gaming*, 41(5), 663–680.
- Latvijas nacionālais attīstības plāns 2021.-2027. gadam (2020). Rīga: Pārresoru koordinācijas centrs. Pieejams https://pkc.gov.lv/sites/default/files/inline-files/20200204_NAP_2021_2027_gala_redakcija_projekts_.pdf
- Latvijas Valsts sociālā programma (2021). *Valsts programma bērna un ģimenes stāvokļa uzlabošanai 2021.gadam*. [skatīts 03.01.2021.] Pieejams <https://www.lm.gov.lv/lv/2021-gads>
- LMTAA (2020). *Mākslas terapeitu sertifikācija*. Rīga: Latvijas Mākslu terapijas asociāciju apvienība. [skatīts 2021.12.13.]. Pieejams <https://maksluterapija.lv/sertifikacija/>
- LMūzTA (2021). *Kas ir mūzikas terapija?* Muzikasterapija.lv [skatīts 2021.09.09.]. Pieejams <https://muzikasterapija.lv/test/>
- LR Labklājības ministrija (2020). *Deinstitutionalizācijas process*. [skatīts 2021.09.04.]. Pieejams <https://www.lm.gov.lv/lv/informacija-par-projektu>
- Mākslas terapeita profesijas standarts* (2008). Rīga. [skatīts 10.09.2021.]. Pieejams <https://registri.visc.gov.lv/profizglitiba/dokumenti/standarti/ps0434.pdf>
- Mārtinsone, K. (Sast.). (2011). *Mākslu terapija*. Rīga: RaKa.
- Mārtinsone, K. (2011). Mākslu terapija, tās izveide un attīstība Latvijā. Grām.: K.Mārtinsone (Red.) *Mākslu terapija* 55. lpp. Rīga: RaKa.
- Mārtinsone, K. (Sast.). (2009). *Supervīzija un tās specifika mākslu terapijā*. Rīga: SIA „Drukātava”.
- Mārtinsone, K., Duhovska, J. (2021). Mākslu terapija. *Nacionālā Enciklopēdija*. [skatīts 2021.09.09.]. Pieejams <https://enciklopedija.lv/skirklis/102328-makslu-terapija>
- Mārtinsone, K., Mihailova, S., Mihailovs, I. J., Majore-Dūšele, I., Paipare, M. (2008). *Mākslu terapija un tās attīstības konteksti (Integratīvi eklektiskā pieeja Latvijā)*. Rīga: RSU.
- Maslow, A. H. (1999). *Towards a Psychology of Being*. (3rd ed.). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Matthews, M. R. (1998). *Constructivism and Science Education: A Philosophical Examination*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers
- Mihailova, S., Mārtinsone, K., Mihailovs, J. I. (2014). Mākslu terapija un psiholoģija: robežas un krustpunkti. Grām.: K. Mārtinsone, E. Krēvica (Sast.), *Mākslu terapija dažādām klientu/pacientu grupām* (94.-95.lpp.). Rīga: RSU.
- MK (2017). *Noteikumi Nr. 264 par Profesiju klasifikatoru, profesijai atbilstošiem pamatuzdevumiem un kvalifikācijas pamatprasībām*. Pēdējās izmaiņas stājās spēkā 10.02.2021. [skatīts 2021.11.22.]. Pieejams <https://www.vestnesis.lv/op/2017/104.6>
- MK (2009). *Noteikumi Nr. 268 par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu*

- teorētisko un praktisko zināšanu apjomu. Pēdējās izmaiņas stājās spēkā 01.01.2022. [skatīts 2021.11.22.]. Pieejams <https://www.vestnesis.lv/ta/id/190610-noteikumi-par-arstniecibas-personu-un-studejoso-kuri-apgust-pirma-vai-otra-limena-profesionalas-augstakas-mediciniskas-izglitiba>*
- MK (2017). *Noteikumi Nr. 322 par Latvijas izglītības klasifikāciju*. Pēdējās izmaiņas stājās spēkā 12.11.2021. [skatīts 2021.12.13.]. Pieejams <https://www.vestnesis.lv/op/2017/119.9>
- MK (2016). *Noteikumi Nr. 633 Profesijas standarta, profesionālās kvalifikācijas prasību (ja profesijai neapstiprina profesijas standartu) un nozares kvalifikāciju struktūras izstrādes kārtība*. [skatīts 2021.12.12.] Pieejams <https://www.vestnesis.lv/op/2016/189.6>
- MK *Rīkojums nr. 436 (2021). Par izglītības pamatnostādņēm 2021.–2027. gadam*. Pēdējās izmaiņas stājās spēkā 12.11.2021 [skatīts 2022.11.11.] Pieejams <https://likumi.lv/ta/id/324332-par-izglitiba-attistibas-pamatnostadnem-2021-2027-gadam>
- Moors, M. (2007). Sociālā darbinieka profesionālās identitātes veidošanās problēmas. *Sociālais darbinieks*, 2(23), 10-13.
- Nelsone, I., Paipare, M. (1992). *Mūzikas mācīšanas metodika*. Rīga: Zvaigzne.
- Nordoff, P. & Robbins, C. (1977). *Creative Music Therapy*. New York: John Day.
- Paipare, M. (2009). Definīcija Latvijas Mūzikas terapijas asociācijas (LMūzTA) mājas lapā. Pieejams www.muzikasterapija.lv/muzikasterapija
- Paipare, M. (2007). Fostering speech motorability after brain trauma. *7th European Music Therapy Congress "Dialogues in Music Therapy"* (pp. 2-73). Eindhoven.
- Paipare, M. (2013). Integrative-eclectic music therapy. In K. Kirkland (Ed.), *International Dictionary of Music Therapy* (1st ed., p. 44). London & New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Paipare, M. (2010). *Izvērsts apstiprināmās medicīniskās tehnoloģijas "mūzikas terapija" apraksts: Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāze*. Zāļu valsts aģentūra. [skatīts 2021.12.15.]. Pieejams <https://www.zva.gov.lv/zvais/mtdb/30-rehabilitacijas-mediciniskie-pakalpojumi/347-pielikumi-izverstie-mediciniskas-tehnologijas-metodes-apraksti-un-citi-materiali/izversts-apstiprinamas-mediciniskas-tehnologijas-muzikas-terapija-apraksts>
- Paipare, M. (2011). Mūzikas terapija. Grām.: K. Mārtinsone (Red.), *Mākslu terapija* (340.–373. lpp.). Rīga: RaKa.
- Paipare, M. (2021). *Mūzikas terapija: metodes un tehnikas. Rokasgrāmata ne tikai mūzikas terapeitiem*. Liepāja: LiePA.
- Paipare, M. (2022). *Mūzikas terapija: teorijas un prakses kompetence*. Monogrāfija (sagatavota publicēšanai). ISBN 978-9934-608-04-9.
- Pasaules Veselības organizācija (2013). *Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. [skatīts 2021.09.09.]. Pieejams <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131300/9789289002783-eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Pasaules Veselības organizācija (2019). *What is The Evidence on the Role of the Arts in Improving Health and Well-being? A scoping review*. [skatīts 2021.09.09.]. Pieejams <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329834/9789289054553-eng.pdf>

- Pavitola, L., Bethere, D. & Usca, S. (2017). Promoting diversity competence development in professional profile of teachers. In S. P. Harmon, K. S. Dennis, J. Holford et al. (Eds.), *3rd International Conference on Lifelong Education and Leadership for All* (pp. 459-463). Porto: Polytechnic Institute of Porto. Pieejams file:///C:/Users/Admin/Downloads/78%20(1).pdf
- Pārresoru koordinācijas centrs (2020). *Latvijas Nacionālais attīstības plāns 2021.–2027. gadam*. [skatīts 19.09.2021.]. Pieejams https://www.pkc.gov.lv/sites/default/files/inline-files/NAP2027_apstiprin%C4%81ts%20Saeim%C4%81_1.pdf
- Piaget, J. (1954). *The Construction of Reality in the Child*. New York: Basic Books. [skatīts 2021.12.12.]. Pieejams <http://dx.doi.org/10.1037/11168-000>
- Pool, L. D. & Sewell, P. P. (2007). The key to employability: Developing a practical model of graduate employability. *Education & Training*, 49(4), 277-289 [skatīts 2021.12.12.]. Pieejams <https://doi.org/10.1108/00400910710754435>
- Priestley, M. (1975). *Music Therapy in action*. Constable and Company, London.
- Profesionālās izglītības likums* (1999). Pēdējās izmaiņas stājās spēkā 06.07.2017. [skatīts 2021.09.09.]. Pieejams <https://www.vestnesis.lv/ta/id/20244-profesionalas-izglitibas-likums>
- Rieckmann, M. (2012). Future-oriented higher education: Which key competencies should be fostered through university teaching and learning? *Futures*, 44(2), 127-135.
- Rogers, C. R. (1951) *Client-centered Therapy*. Houghton Mifflin: Boston.
- Rosken, A. (2009). *Diversity und Profession. Eine biographisch-narrative Untersuchung in Kontext der Bildungssoziologie*. Wiesbaden.
- Roth, K. & Paipare, M. (2016). Liepāja, Latvia. Postgraduate Music Therapy Programme University of Liepāja. In: T. Stegemann, H.U. Schmidt, E. Fitzthum, & T. Timmermann (Eds.), *Music Therapy Training Programmes in Europe: Thema and Variations* (s.104-114). Verlag.
- Rubin, J. A. (2001). *Approaches to Art Therapy: Theory and technique*. New York: Brunner/Mazel.
- Ruud, E. (2000). 'New musicology', music education and music therapy: Keynote paper presented at the 13th Nordic Musicological Congress, Århus August 18–2000. In *Archival Material by Nordic Journal of Music Therapy 1998-2008*. Pieejams <https://njmt.w.uib.no/2000/06/30/new-musicology-music-education-and-music-therapy/>
- Ruud, E. & Mahns, W. (1992). *Meta-Musiktherapie, Wege zu einer Theorie der Musiktherapie*. Stuttgart: Fischer.
- Schaper, N., Schlömer, T. & Paechter, M. (2012). Editorial: Kompetenzen, kompetenzorientierung und employability in der hochschule. *Zeitschrift für Hochschulentwicklung*, 7(4), 1-10. Pieejams <https://zfhe.at/index.php/zfhe/article/view/506>
- Skinner, B. F. (1974). *About Behavioris*. Random House. ISBN 0-394-7168-3
- Skujiņa, V. (Atb. red.) (2000). *Pedagoģijas terminu skaidrojošā vārdnīca*. Rīga: Zvaigzne ABC.
- Small, C. (1998). *Musicking: The meanings of performing and listening*. Hanover: University Press of New England.
- Smeijsters, H. (1996). Geschichtlicher Hintergrund uz Musiktherapeutischen Methoden der Gegenwrt. In: Decker-Voigt, H.H. (Hrsg.), *Lexikon der Musiktherapie*. Goettingen: Hogrefe.

- Stramkale, L. (2008). Mūzika vispārīzglītojošā skolā: vēsturiskais un mūsdienu aspekts. Grām.: *Latvijas Universitātes Raksti. Pedagoģija un skolotāju izglītība*, 741. Sējums (81.-88.lpp). Rīga: LU Akadēmiskais apgāds.
- Špona, A. (2001). *Audzināšanas teorija un prakse*. Rīga: RaKa.
- Tashakkori, A. & Teddlie, C. (2003). *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research*. Thousand Oaks: Sage.
- Thaut, M. H. & Hoemberg, V. (Eds.) (2016). *Handbook of Neurologic Music Therapy*. Oxford University Press.
- Upmale, A., Majore-Dūšele, I. (2011). Mākslu terapijas procesa raksturojums: integratīvi eklektiskā pieeja. Grām.: K.Mārtinsons (Red.), *Mākslu terapija* (106.-183.lpp.). Rīga: RaKa.
- Valsts izglītības satura centrs (2017). *Profesiju standartu/profesionālās kvalifikācijas prasību izstrādes metodika* (2. redakcija). Rīga: VISC.
- Ventere, L. (2017). Sociālo darbinieku sociālie priekšstati par mūzikas terapiju un tās pielietošanu sociālo pakalpojumu jomā Latvijā. Grām.: M. Paipare (Sast.), *Mūzikas terapija I: Pētniecība, pieredze, prakse*. Zinātnisko rakstu krājums (19.–33. lpp). Liepāja: LiePA.
- Vēra, I. (2018). Kuldīgas novada izglītības darbinieku viedoklis par mūzikas terapijas nepieciešamību. Grām.: M. Paipare (Sast.), *Mūzikas terapija II: Pētniecība, prakse, pieredze, atmiņas*. Zinātnisko rakstu krājums (64.- 79.lpp). Liepāja: LiePA.
- Watson, John, B. (1930). *Behaviorism*. University of Chicago Press.
- Wear, D. & Castellani, B. (2000). The development of professionalism: Curriculum matters. *Academic Medicine*, 75(6), 602-11. DOI:10.1097/00001888-200006000-00009
- Wellmann, B. A. (2009). *Mit der Vielfalt leben*. Stuttgart: Verlag der Evangelischen Gesellschaft.
- Wheeler, B. L., Shultis, C. L. & Polen, D. W. (2005). *Clinical Training Guide for the Student Music Therapist*. Barcelona Publishers.
- Wigram, T., Pedersen, I. N. & Bonde, L. O. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, clinical practice, reseach and training*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Wilson, I., Cowin, L. S., Johnson, M. & Young, H. (2013). Professional identity in medical students: Pedagogical challenges to medical education. *Teaching and Learning in Medicine*, 25(4), 369-373. [skatīts: 06.01.2021.]. Pieejams <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24112208/>
- Winnicott, D. W. (1974). Fear of breakdown. *International Review of Psycho-Analysis*, 1(1-2), 103-107.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. Middlesex, England: Penguin Books.
- Zakriževska, M. (2009). Ārstu un pedagogu sociālie priekšstati par mākslu terapiju. Grām.: K. Mārtinsons (Sast.), *Mākslas terapija: teorija un prakse* (104.-109.lpp.). Rīga: SIA "Drukātava".
- Žogla, I. (2001). Pedagoģiskā paradigma un didaktiskais modelis. Grām.: A. Špona, I. Žogla, I. Maslo (Zin. red), *Vispārīgā didaktika un audzināšana* (28 - 33). Rīga: LU, PPI.
- Мартинсоне, К, Паипаре, М, Михайлов, И.Я., Арнис, В. (2013). Специфика адаптации студентов магистерских программ "Терапия искусств" в Латвийских высших учебных заведениях. In: Ed. Nijolė Bražienė *Arts Therapy: Realities and prospects* (pp. 111-116). Šiaulių universiteto leidykla.
- Маслов, А. Г. (1999). *Мотивация и личность*. Санкт-Петербург: Евразия.

**RAKSTI
ARTICLES**

RAKSTS I

mūzikas terapija: teorijas un prakses kompetence

Lai arī rakstīta kā monogrāfija, šī grāmata vairāk uzlūkojama kā stāsts par mūzikas terapijas attīstību Latvijas situācijā, proti, mākslas terapijas kontekstā, vienlaikus apliecinot Latvijas mūzikas terapeitu kā profesionālu pilntiesīgu iekļaušanos veselības aprūpes profesijā. Monogrāfijas saturs ir resurss mūzikas terapijas studijām, pētniecībai, kā arī profesionālās pieredzes un pilnveides attīstībai.

mūzikas terapija: teorijas un prakses kompetence

Mūzikas terapija šodien Latvijā jau kļuvusi par ikdienu, īpaši šajā, mums katram nozīmīgajā laikā, kad esam spiesti izolēties, attālināties vai arī tuvināties atbilstoši situācijai – valstī izsludinātajam epidemioloģiskajam stāvoklim. Mūzikas terapeiti kļūst aizvien zināmāki un pieprasītāki ārstniecības speciālisti kā palīdzošās profesijas pārstāvji. Liepājā, Rīgā, Jūrmalā, Daugavpilī (Aknīstes Psihoneiroloģiskajā slimnīcā) u. c. sertificēti mūzikas terapeiti strādā veselības aprūpē, esot gan multiprofesinālas komandas locekļi, gan monospeciālisti. Mūzikas terapeiti kā funkcionālie speciālisti strādā izglītībā, darbojas sociālajā un veselības aprūpē, kā arī privātpraksē.

MIRDZA PAIPARE

mūzikas terapija: teorijas un prakses kompetence

MIRDZA PAIPARE

mūzikas terapija: teorijas un prakses kompetence

mūzikas terapija: teorijas un prakses kompetence

Monogrāfijā var lasīt par mūzikas terapeita un mākslas terapeita kopīgo profesionālo ceļu, kas aizsākās, veidojot kopīgu profesijas standartu *Mākslas terapeits*. Autore izklāsta savu skatījumu par šīs profesijas standarta tapšanas laiku, jo mūzikas terapijas speciālists Latvijā bija pirmais mākslas terapijas speciālists, kamēr netika atzīts mūzikas/mākslas terapeits.

MIRDZA PAIPARE
Sertificēta mūzikas terapeite,
sertificēta supervizore

 LIEPĀJAS
UNIVERSITĀTE

ISBN 978-9934-608-32-2



MONOGRĀFIJA

MIRDZA PAIPARE
Sertificēta mūzikas terapeite,
sertificēta supervizore



Paipare, Mirdza. Mūzikas terapija:
teorijas un prakses kompetence. Monogrāfija.
Liepāja : LiePA, 2023. 232 lpp.

ISBN 978-9934-608-32-2 (iespiests)

ISBN 978-9934-608-33-9 (digitāls)

Apstiprināta izdošanai

Liepājas Universitātes Zinātnes padomes sēdē Nr. 2

2022. gada 10. oktobrī

RECENZENTES:

Dr. paed. Laimrota Kriumane,

Dr. sc. educ. Zita Abramavičute-Muciniene

(*Zita Abramavičiutē-Muciniē*)

ZINĀTNISKĀ REDAKTORE:

Diāna Laiveniece

LITERĀRĀS REDAKTORES:

Sandra Okuņeva, Iveta Šlaita

TEHNISKĀ REDAKTORE:

Līga Liepiņa

TULKOJUMS ANĢĻU VALODĀ:

Kristina Ēcis

© Mirdza Paipare, autore, 2023

© Uldis Baltutis, vāka dizains, 2023

© Pixabay.com/Marcelo Mussatto, vāka foto, 2023

© Liepājas Universitātes izdevniecība LiePA, 2023



MIRDZA PAIPARE

**mūzikas
terapija:**
teorijas un prakses
kompetence

MONOGRĀFIJA

LIEPĀJA 2023

KOPSAVILKUMS

Mūzikas terapijas nozīme veselības parūpē ir balstīta pierādījumos, kuri nav apstrīdami. Starptautiskajās zinātniskajās datubāzēs (piemēram, *Cochrane Library*, *PubMed* u. c.) ir publikācijas, kas liecina par mūzikas terapijas pozitīvu iedarbību daudzu slimību (depresiju, autismu, insultu u. c.) ārstēšanā. Lai arī monogrāfijas sākumā aprakstīta neuzticība, ko rada vārdkopa *mūzikas terapija*, jo tieši *terapija* ir vārds, kuru aizsargā Veselības ministrija, norādot, ka terapiju var veikt tikai ārstniecības persona, tieši šie pierādījumi balstītie zinātniskie pētījumi ir skaidrs apliecinājums ārstiem, lai ietvertu mūzikas terapiju rehabilitācijas komandā slimnīcās, rehabilitācijas iestādēs, pansionātos u. c. monogrāfijā norādītajās mūzikas terapijas darba vidēs.

Mūsdienās katrā valstī mūzikas terapijai ir sava lietojuma specifika jeb virziena vai skolas (citur arī modeļa) izvēle. Lielākajās valstīs, kā ASV, Vācijā, Itālijā, Spānijā, ir vairākas mūzikas terapijas asociācijas, kurās to dalībnieki pārstāv konkrēto skolu/virzienu mūzikas terapijā. Šo pārstāvniecību arī ataino šajās valstīs radītās mūzikas terapijas definīcijas. Latvijā mūzikas terapija definēta kā mūzikas zinātnisks izmantojums ārstnieciskiem nolūkiem, ietverot gan radošās, gan psihodinamiskās/psichoanalītiskās mūzikas terapijas elementus individuālajā un grupu ārstniecībā. Pielāgojot mūzikas terapiju pacienta/klienta vajadzībām, tiek izvēlētas radošās vai receptīvās metodes, tādējādi pārstāvot integratīvi eklektisko pieeju mūzikas terapijā.

Monogrāfijā var lasīt par mūzikas terapiju un mākslas terapiju kopīgo profesionālo ceļu, kas aizsākās, veidojot kopīgu profesijas standartu *Mākslas terapeits*. Autore izklāsta savu skatījumu par šī profesijas standarta tapšanas laiku, jo mūzikas terapijas speciālists Latvijā bija pirmais mākslas terapijas speciālists, kamēr netika atzīts mūzikas/mākslas terapeits.

Sākuma procesā nozīmīga bija mūzikas terapijas terminoloģijas apguve. Latviju ar mūzikas terapiju iepazīstināja vācu speciālists Dr. rer. med. Reiners Hauss. Viņš pusgada laikā apguva latviešu valodu Minhenes intensīvajos latviešu valodasursos. Sprotams, ka lekcijās tika lietota gan vācu, gan angļu terminoloģija. Pamata literatūra mūzikas terapijai bija iegūstama tikai angļu un vācu valodā. Monogrāfijā stāstīts par terminoloģijas apguves īpatnībām arī saistībā ar mākslas terapiju.

Tik ilgi, kamēr ir bijusi cilvēce, ir bijusi mūzika. Senie filozofi domāja, ka dvēsele ķermenī tiek ievilināta ar mūzikas palīdzību, un, kaut gan viņi lieto pavisam citus vārdus, liekas, ka daļa mūsdienu zinātnieku sliecas izdarīt līdzīgus secinājumus. Iespējams, tāpēc, ka mūzika ir kļuvusi par mūsu dzīves un vides sastāvdaļu tik ļoti, mēs viegli aizmirstam, cik nozīmīgu lomu tā ieņem mūsu dzīvē.

Vēstures liecības interesei par mūzikas iedarbību uz cilvēku konstatētas jau viduslaikos, bet par mūzikas terapeitisko iedarbību un mūzikas terapiju sākti runāt tikai 20. gadsimtā, kad veidojās īslaicīgas nacionālas biedrības, fondi pie hospitāļiem u. c. Šīs biedrības, fondi un organizācijas bija tās, kas rosināja domāt par jaunas profesijas – mūzikas terapeits – izveidi. Cita pēc citas tika dibinātas profesionālas mūzikas terapeitu asociācijas, kas apvienoja līdzīgi domājošos un darbojošos ārstniecībā ar mūziku.

Mūzikas zinātnieks, terapeits Henks Smeijsters vēsturisko mūzikas terapijas attīstības posmu iedala četrās paradigmās: (1) maģiskā, (2) mūziskā, (3) matemātiskā un (4) psiholoģiskā. Tās atklāj mūzikas terapijas pamatietvaru jeb priekšstatus par tās iedarbību – kā kaut ko neredzamu, netveramu, maģisku, mūzisku, ārstējošu, bet matemātiski loģiski sakārtotu un ar psiholoģisko iedarbību.

Monogrāfijas autore kā turpinājumu šīm četrām paradigmām radījusi vēl vienu – (5) pedagoģiski transformatīvo paradigmu, tādējādi uzsverot mūzikas terapijas izglītošanas procesa dinamisko

virzību un attīstību, ko raksturo šim nolūkam izveidotais mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības modelis.

20. gadsimta 60. gados sāka veidoties dažādi mūzikas terapijas virzieni un skolas, kas balstījās uz tajā laikā attīstītajām teorētiskajām nostādnēm. Tā kā Latvijā mūzikas terapija iet kopsolī ar mākslas terapiju, tad filozofiski šis laikposms raksturojams kā postmodernisma svārstības starp vienotību un sašķeltību. Tādējādi mākslas terapijas koncepcija veidojās ar pārliecību par to, ka viss, kas veikts terapijā, jāakceptē – viss ir pareizi. Netiek vērtēts individuālais vai grupas veikums, kā to dara izglītībā.

Mūzikas terapija nav iedomājama bez tās pamatiem mūzikā, psiholoģijā, medicīnā un pedagoģijā. Šīs jomas ir noteiktās mijattiecībās, kas raksturo sadarbības iespējas mūzikas terapeitu darbā multiprofesionālā komandā ar pacientu/klientu. Monogrāfijā plašāk raksturota mūzikas nozīme mūzikas terapijā, atbalstot ideju par tās mīklainību un visvarenību, pildot starpnieka lomu attiecībās starp klientu/pacientu un mūzikas terapeitu. Autore dalās atmiņās par mūzikas terapijas pirmajiem soļiem Latvijā, uzsverot to, ka viss jaunais sasniedzams, pārvarot grūtības, neizpratnes un birokrātiskas aiztures.

Lai radītu Latvijā jaunu profesiju – mūzikas terapeits –, bija jānoiet garš ceļš ar konkrētiem uzdevumiem: jāizstrādā jauna studiju programma, kura jālicencē Izglītības un zinātnes ministrijā, jāizveido profesijas standarts, jāpierāda mūzikas terapijas lietderība, it īpaši ārstniecībā (veselības aprūpē), jo vārds *terapeits* apliecina piederību ārstniecībai. Profesijas standarts šobrīd ļauj jaunajam profesionālim strādāt gan veselības un sociālajā aprūpē, gan izglītībā.

Grāmatā sniegts apraksts par mūzikas terapeita izglītības ieguves iespējām Latvijā, norādot, ka par profesionālu mūzikas terapeitu var kļūt 2. līmeņa profesionālās maģistrantūras absolvents, kurš ieguvis maģistra grādu veselības aprūpē un kvalifikāciju *mākslas terapeits mūzikas terapijā* (kā tas ir Liepājas Universitātē)

vai *mākslas terapeits ar specializāciju mūzikas terapijā* (kā tas ir Rīgas Stradiņa universitātē).

Diskusijas vērts ir jautājums par mūzikas terapeita identitāti, kas apvieno gan mūziķi, gan terapeitu. Īpaši pētījumi būtu jāvelta mūzikas terapeita dominējošai identitātei šajā profesijā. Kolēģi Eiropā un pasaulē joprojām diskutē par studiju programmu saturu un studiju kursu īpatsvaru mūzikā, medicīnā, psiholoģijā un terapijā. Tāpat diskutabls ir jautājums par mācībspēku resursiem un kapacitāti esošajās studiju programmās. Ir iesākta laba tradīcija, mūzikas terapijas studiju programmās uzaicinot strādāt par docētājiem jaunus mācībspēkus, kas ir šo programmu absolventi.

Pašlaik Latvijā tiek īstenota kompetenču pieeja izglītībā. Kompetence jeb lietpratība ir noteicošais faktors arī mūzikas terapeita profesijas apgūvē. Autore piedāvā un raksturo mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības modeli, kurš ietver piecus posmus. Pirmais posms ir psiholoģiskās un praktiskās gatavības fāze, kurā topošais mūzikas terapeits tikai apsver domu par studijām. Te svarīga ir motivācija un iepriekšējās pieredzes pieskaņošana. Otrais posms – profesionalitātes sākuma posms, kas ietver adaptāciju. Tam seko trešais un ceturtais posms – studijas un profesionālās pilnveides fāze, kurā līdzās zināšanu un prasmju apguvei notiek novērošana, līdzdalība un klīniskā prakse. Studiju nobeigums un patstāvīgā darba aizsākums jau raksturo piekto posmu – profesionālā pilnbrieda fāzi, kurā mūzikas terapeits veic sertifikāciju kā jebkura ārstniecības persona, supertvīzējot savu praksi.

Modeļa pamatā ir Natinjela Geidža un Devida Berlinera izstrādātais profesionālās identitātes attīstības modelis, kurš lieliski palīdz iezīmēt un aprakstīt visus posmus un profesionālās pilnveides fāzes. Mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības modelis ir monogrāfijas autores un viņas kolēģu ilgu gadu pētījumu rezultāts. Pieredzes analīze atklāj izpratni gan par studiju pārtraukumu, gan studentu vilšanos sākotnēji izraudzītajā profesijā.

Dažiem studentiem pat nav bijusi nojausmas, ka mākslas/mūzikas terapija ir domāta ārstniecībai. Viņu izpratnē nodarboties ar mākslu jau ir terapija pati par sevi.

Mūzikas terapijas studijas ir integratīvas un intensīvas, to saturs ir visai plašs. Tas ietver gan mākslas terapiju (specializācijā), gan medicīnas (tostarp psihoterapijas), psiholoģijas un mākslas koncepcijas, kas attiecināmas uz mākslas terapeita praksi. Aktuāla ir studenta pašpiederzes veicināšana un veidošana gan studiju procesā, gan ārpus tā, apmeklējot psihoterapeitu vai personīgo terapiju. Šis process ir laikietilpīgs un arī finansiāli sarežģīts, bet nepieciešams, lai mūzikas terapeits nejauktu savus personīgos psiholoģisko pārdzīvojumu procesus un ietekmes ar līdzīgiem pacienta/klienta procesiem.

Monogrāfijas autores pieredzē ir gadījumi, kas liecina par pārprastu mūzikas terapeita identitāti vai pat profesionālo sniegumu. Gan ārstiem, gan citu profesiju pārstāvjiem bieži vien ir priekšstats, ka mūzikas terapeits tāpat kā mūzikas pedagogs savās nodarbībās izklaidē pacientu/klientu ar kādām muzikālām darbībām. Tas liecina par stereotipiskajiem sabiedrības sociālajiem priekšstatiem. Mūzikas terapijā ir veikti pētījumi (mediķiem, pedagogiem, sociālajiem darbiniekiem), kas liecina, ka mūzikas terapeita profesija ir vairāk saprotami jāskaidro un jāpopularizē. Noteikti turpmāk jāveic plašāki pētījumi, lai pēc iespējas plašāka sabiedrība izprot mūzikas terapeita profesiju un tās nozīmi un nepieciešamību.

Pēdējos gados mākslas terapeita profesija ir vairāk pieprasīta saistībā ar *Covid-19* pandēmiju, pašlaik – ar karu Ukrainā, jo ir vajadzība pēc atbalstošā personāla (psihologiem, psihoterapeitiem, mākslas terapeitiem). Cilvēki gūst gan fiziskas, gan psihiskas traumas, viņiem ir nepieciešams atbalsts. Kā zināms – mūzika ir ideāls starpnieks šādā ārstniecības un dziedināšanas procesā.

Liepājas Universitātē gan ar *Erasmus* mobilitāti, gan ar Vācijas finansiālu atbalstu viesojušies izcili meistari mūzikas terapijā. Tonijs

Vigrams, Jako Erkkila, Esa Ala Ruona, Heidi Fauša-Pfistere, Vilmante Aleksiene u. c. dalījušies pieredzē gan par teorētiskiem jautājumiem, gan par praksi, gan savu pieredzi un redzējumu, kādam ir jābūt labam mūzikas terapeitam.

Mūzikas terapeita profesionālā sagatavotība jāveic atbilstoši profesijas standartam, kas izstrādāts saskaņā ar Latvijas kvalifikāciju ietvarstruktūras vispārējo regulējumu un paredz konkrētas zināšanas, prasmes un kompetences. Monogrāfijā var iepazīties ar pašreizējo profesijas standartu, kurš jau tiek uzlabots, pārstrādāts, jo ir pagājis laiks, kurā jau sagatavotie profesionālie mākslas/mūzikas terapeiti ir uzkrājuši pieredzi un pat kļuvuši paši par mācībspēkiem, izglītojot citus.

Atsevišķa monogrāfijas nodaļa veltīta mūzikas terapeita darba vides iepazīšanai. Ilgus gadus valdīja ārstu neuzticība šai jaunajai profesijai, tāpēc veselības aprūpes vidi iekarot izdevās vien retajam. Mākslas terapeitu pieņēma darbā tikai tie galvenie ārsti, kuri bija ar šo profesiju pazīstami no savām studijām vai prakses ārzemēs.

Liela daļa topošo mūzikas terapeitu nāk no pedagoģiskās vides (viņu pamatprofesija ir mūzikas pedagogs). Šo reflektantu motivācija studēt skaidrojama ar vēlmi strādāt un palīdzēt audzēkņiem, kuriem ir mācību grūtības vai citas fiziskas un garīgas slimības, jo Latvijā ir ieviesta iekļaujošā izglītība. Pedagoģi ir apmulsuši, jo nepietiek zināšanu, kā tieši strādāt ar šiem audzēkņiem. Apgūstot mūzikas terapeita profesiju, veidojas gan zināšanas, gan prasmes darbam izglītības vidē pirmsskolā un vispārējā vidusskolā, arī speciālajā izglītībā un pat profesionālās ievirzes skolās. Lasot par mūzikas terapeita darbu izglītības vidē, var vilkt paralēles un salīdzināt izglītības un mūzikas terapijas didaktiskos principus, mērķus, uzdevumus un attiecības.

Mūzikas terapeita darbs sociālajā vidē visciešāk saistīts ar darbu multiprofesionālā komandā. Šī mūzikas terapeita darbība liecina par mūzikas terapijas starpdisciplināritāti. Autore dalās ar pieredzi, kas gūta, vairākus gadus strādājot Jauniešu dienas aprūpes

un rehabilitācijas centrā personām ar garīgās attīstības traucējumiem. Tur iegūta pieredze un pārlicība, ka mūzikas terapija palīdz komunikācijas uzlabošanai, savu emociju atpazīšanai, fiziskajai un kognitīvajai attīstībai. Prakse sociālajā aprūpē skar arī seniorus dažādās sociālās aprūpes iestādēs. Šajās iestādēs jārēķinās ar cilvēkiem, kuriem ir dažādas slimības, kas saistītas ar cilvēka novecošanos (neirodeģeneratīvās, psihiskās, fiziskās un garīgās saslimšanas). Mūzikas terapeita darbs gan veselības, gan sociālajā aprūpē saturiski bieži vien mijiedarbojas, lai gan katra aprūpes forma ir pakļauta savai ministrijai (Veselības ministrijai un Labklājības ministrijai), kurām ir atšķirīga likumdošana un darba samaksa.

Monogrāfijas pēdējā daļa veltīta supervīzijai, kas ir neatņemama mūzikas terapeita darbības sastāvdaļa. Supervīzija ir gan tālākizglītība, gan profesionālā pilnveide, gan pieredzes ieguves avots. Bez supervīzijas mūzikas terapeits nevar tikt sertificēts kā ārstniecības persona. Monogrāfijā dota iespēja iepazīt supervīziju mūzikas terapijā gan no vēsturiskās attīstības viedokļa pasaulē un Latvijā, gan no izglītības ieguves iespēju skatpunkta. Darba autore pati ir sertificēta supervizore un vada supervīzijas gan saviem kolēģiem mūzikas terapeitiem, gan pedagogiem dažādos projektos. Grāmatā raksturota supervīzijas izglītojošā, atbalstošā un vadošā funkcija, kas dominē, strādājot par supervizoru gan individuāli, gan grupā.

Ar pirmo pieredzi supervīzijā mūzikas terapeits saskaras jau studiju procesā, veicot mācību praksi. Uzdodot jautājumu prakses mentoram, veidojas pieredze jautājumu izvirzīšanai supervīzijā vispār. Studiju laikā topošais mūzikas terapeits praktizējas gan ar bērniem, gan pieaugušajiem, saskaras ar darba vidi, noteikumiem un profesionālās ētikas jautājumiem, kuri bieži vien ir supervīzijas jautājumu lokā. Šo prakses supervīziju parasti veic prakses vadītājs, kurš ne vienmēr ir supervizors. Mūzikas terapeita profesionālās kompetences attīstības modelī ir iezīmēti un aprakstīti četri līmeņi,

kuros iespējama supervīzija. Katram studentam un profesionālim mūzikas terapijā jāsaprot, ka supervīzija ir nepieciešama arī savai profesionālajai psihohigiēnai, lai neizdegtu, lai nenestu klientu/pacientu grūtības un smagumu uz saviem pleciem, lai nenestu darba problēmas uz mājām. Mūzikas terapeitam tādējādi ir iespēja vairāk ieskatīties sevī un parūpēties par sevi. Tātad supervīzija ir vieta, kur var izrunāt darba situācijas, problēmas, profesionālus jautājumus, dalīties pieredzē, gūt atbalstu, izglītoties un pilnveidoties profesionāli.

Monogrāfija ir tapusi, godprātīgi apkopojot autores daudzu gadu praksē gūto pieredzi, esot kordiriģentei, mūzikas terapeitei un supervizorei. Tādējādi starpdisciplināritāte ir tas rakurss, caur kuru skatīta katra grāmatā aplūkotā tēma un īstenoti galvenie mērķi: (1) iepazīstināt lasītāju ar mūzikas terapiju – jaunradītu profesiju tās plašākajā kontekstā, raksturojot vēsturiskās ietekmes, analizējot mūzikas terapeitu profesionālo kompetenci un tās attīstību dinamikā; (2) atspoguļot un raksturot kopīgo un atšķirīgo katrā mūzikas terapeita darba vides praksē: izglītībā, sociālajā darbā un veselības aprūpē.

RAKSTS II

MĀKSLU TERAPIJA MŪŽIZGLĪTĪBĀ – IESPĒJAS UN RISINĀJUMI

Arts Therapies in Lifelong Learning – Opportunities and Solutions

Dace Stieģele

Liepāja University, Latvia

Mirdza Paipare

Liepāja University, Latvia

Abstract. *Observing lifelong learning programs in Latvia, there is a tendency to develop study courses that ensure the acquisition of new professional knowledge and skills, as well as their development, but a very minor section of courses and programs is devoted to the personality, resources, needs and acquisition of broad skills involved in adult education.*

In professional and scientific literature there is no reflection of the research conducted so far in Latvia on the use of arts therapies in maintaining the quality of life of adults in the context of lifelong learning.

Purpose of the article: to research education as one of the indicators of quality of life in Europe and Latvia and differences and similarities in andragogy and arts therapies in order to get an idea of the possibilities of using arts therapies in lifelong learning.

Method: content analysis of pedagogical and psychological literature, scientific articles, data of Eurostat population quality of life surveys, as well as official EU and Republic of Latvia guidelines on quality of life and lifelong learning issues.

Results: the professional and personal competencies of an adult educator and an art therapist are highly demanding and have a number of common features. An adult educator and an art therapist have similar professional tasks - to see the needs of those involved in adult education and arts therapies, to support individual self-development, to encourage personality development, thus improving the quality of life. For each specialisation of arts therapies (music, dance and movement, drama and visual plastic) a specific application can be made according to target groups, educational stage and programs, as well as areas of needs.

Keywords: *adult educator, andragogy, arts therapies, art therapist, broad skills, lifelong learning.*

Ievads

Introduction

Kā liecina 2017. gadā apkopotie Eurostat dati, – vienai trešdaļai (31%) Eiropas Savienības iedzīvotāju vecumā no 25 – 64 gadiem ir augstākais izglītības līmenis. Latvijā šie rādītāji ir vērojami nedaudz augstāki – 33,9 % (Eurostat, 2019c). Vēršot uzmanību uz izglītību dzīves kvalitātes kontekstā, tiek

uzsvērts, ka uz zināšanām balstītās ekonomikās izglītība ir ekonomiskās izaugsmes pamatā. Kā līdzeklis zināšanu nodošanai nākošajām paaudzēm izglītība tiek minēta kā civilizācijas pamats, un tiek uzsvērtā tās būtiskā ietekme uz indivīdu dzīves kvalitāti. Bez tam tiek norādīts, ka prasmju un kompetenču trūkums ierobežo piekļuvi darba tirgum un ekonomisko labklājību, palielina sociālās atstumtības un nabadzības risku un var kavēt pilnīgu pilsonisko un politisko līdzdalību. Vērā ņemams ir secinājums, ka izglītība veicina cilvēku izpratni par pasauli, kurā viņi dzīvo, un līdz ar to izpratni par spēju to ietekmēt (Eurostat, 2019a).

Viens no Eurostat Dzīves kvalitātes mērījumu indikatoriem ir izglītība, kurš ietver sevī jautājumu arī par iesaisti mūžizglītības aktivitātēs un uzsver šādas iesaistes nozīmīgumu mainīgajā sabiedrībā un darba tirgū (Eurostat, 2019d).

Kaut arī pieaugušo izglītībai veltītajā literatūrā un pieaugušo izglītības organizāciju un apvienību Latvijā nostādņēs tiek aktualizēti jautājumi par plaša rakstura prasmju apguves un indivīdu personības vispusējas pilnveides nozīmi mūžizglītībā (Lieģeniece, 2002), tomēr, aplūkojot mūžizglītības programmas Latvijā, ir novērojams, ka tās galvenokārt sastāv no mācību kursiem, kas nodrošina jaunu profesionālo zināšanu un prasmju apguvi, kā arī to pilnveidi, taču pavisam neliela vai nebūtiska programmu sadaļa tiek veltīta pieaugušo izglītībā iesaistīto personībai, tās īpatnībām, resursiem, vajadzībām un plaša rakstura prasmju apguvei. Bieži šādas sadaļas programmās iztrūkst pilnībā.

Profesionālajā un zinātniskajā literatūrā nav atrodams Latvijā līdz šim veiktu pētījumu par mākslas terapijas pielietojuma pieaugušo dzīves kvalitātes saglabāšanā mūžizglītībā atspoguļojums.

Raksta mērķis ir pētīt izglītību kā vienu no dzīves kvalitātes mērījumu rādītājiem Eiropā un Latvijā un atšķirīgo un kopīgo andragoģijā un mākslu terapijā, lai rastu priekšstatu par mākslu terapijas pielietojuma mūžizglītībā iespējām.

Sākotnējā pētījumā ir veikta M.S. Noula (Knowles, 1973, 1980), D.A. Kolba (Kolb, 1984), S.D. Brukfilda (Brookfield, 1986), T. Koķes (1999), D. Lieģenieces (2002), K. Mārtinsones (2011) u.c autoru darbu, Eurostat iedzīvotāju dzīves kvalitātes aptauju datu, kā arī Eiropas Savienības un Latvijas Republikas oficiālo pamatnostādņu dzīves kvalitātes un mūžizglītības jautājumos kontentanalīze.

Mūžizglītība un pieaugušo izglītība ***Lifelong learning and adult education***

Izglītība ir civilizācijas pamats un tā būtiski ietekmē indivīda dzīves kvalitāti. Arī Latvijas Centrālās statistikas pārvaldes interneta vietnē sadaļas

“Sociālie procesi” apakšsadaļā “Dzīves kvalitāte” izglītība ir iekļauta galveno rādītāju skaitā. Augstāks izglītības līmenis vairumā gadījumu ir saistīts ar labākām profesionālajām izredzēm un augstākiem ienākumiem, tādējādi pozitīvi ietekmējot personas dzīves kvalitāti (Eurostat, 2019). I. Ivanova vērš uzmanību uz to, ka izglītība ne tikai veicina karjeras attīstības iespējas, bet arī ceļ cilvēku pašapziņu un kalpo par personīgās izaugsmes līdzekli (Ivanova, 2016).

Pēc Eurostat aptaujas datiem 2017. gadā 10,9 % pieaugušo vecumā no 25 – 64 gadiem bija iesaistījušies dažādās mūžizglītības (*lifelong learning*) aktivitātēs. Aktīva iesaiste mūžizglītībā cilvēkiem ar augstāko izglītību bija sastopama ievērojami biežāk nekā iedzīvotājiem ar zemāku izglītības līmeni. Saskaņā ar aptaujāto sniegtajām atbildēm liela daļa ES iedzīvotāju turpina izglītoties pēc skolā vai augstākās izglītības mācību iestādēs pavadītā laika. Tā kā iespēja iekļauties darba tirgū lielā mērā ir atkarīga no iemaņām, ko cilvēki iegūst savā profesionālajā un privātajā dzīvē, mūžizglītība ir kļuvusi par nepieciešamību konkurētspējīgā darba tirgū, jo uzņēmumu un sabiedrības vajadzības nepārtraukti attīstās, kā arī attīstās un mainās izmantotās tehnoloģijas un metodes (Eurostat, 2019d).

Eurostat terminu vārdnīcā jēdzienam “mūžizglītība” tiek sniegts šāds skaidrojums: “Mūžizglītība ietver sevī visas mūžizglītības aktivitātes, kas tiek veiktas visā dzīves laikā, lai uzlabotu zināšanas, prasmes un kompetences personīgās, pilsoniskās, sociālās vai nodarbinātības perspektīvās. Mērķis mācīties ir kritiskais punkts, kas nošķir šīs aktivitātes no aktivitātēm, kas nav saistītas ar mācīšanos, piemēram, kultūras vai sporta aktivitātēm” (Eurostat, 2019b) (tulkojums mans D.S.). Savukārt, jēdziens “pieaugušo izglītība” tiek aprakstīts kā pieaugušo līdzdalība mūžizglītībā un tiek norādīts, ka pieaugušo izglītība parasti attiecas uz mācībām pēc sākotnējās izglītības beigām un ka tā ir būtiska ES mūžizglītības politikas sastāvdaļa. Tiek uzsvērts, ka piedaloties mācīšanās pasākumos, cilvēki var uzlabot savas zināšanas, prasmes un kompetences, tādējādi potenciāli uzlabojot savu karjeru, kā arī dzīves kvalitāti. Eurostat mūžizglītības statistika aptver formālu un neformālu vadītu izglītību un izglītošanu, bet neietver pašmācības aktivitātes, lai gan konceptuāli tās pieder pie mūžizglītības koncepcijas (Eurostat, 2019b).

D.Lieģeniece definē pieaugušo izglītību kā “izglītības sastāvdaļu, kas pieaugušajiem ar jebkura līmeņa iepriekš iegūtajām zināšanām piedāvā iespēju mācīties visa mūža garumā” (Lieģeniece, 2002, 25.lpp.).

Pēc M.S. Noula (Knowles) domām pieaugušo vēlme un ieinteresētība mācīties ir saistīta gan ar izpratni par to, ko nepieciešams uzzināt, gan ar orientāciju vairāk uz problēmām nekā uz mācību priekšmetiem, kā arī ar iekšēju motivāciju mācīties (Knowles, 1973).

Saskaņā ar M.S. Noula (Knowles) izveidoto andragoģijas modeli ir redzamas vērā ņemamas atšķirības pedagoģijā un andragoģijā, uzsverot, ka andragoģija turpina attīstīties arī mūsdienās (Knowles, 1980).

Andragoģija tiek definēta kā zinātne par pieaugušo izglītības procesu, tā mērķiem, organizāciju un metodēm, ņemot vērā sekojošas pieaugušo mācīšanas un mācīšanās īpatnības: pieredzi, sevis izpratni, gatavību mācīties, apgūto zināšanu tūlītēju praktisku lietojamību u.c. (Skujiņa, 2000).

I. Ivanova, aplūkojot dažādu pētnieku atziņas, ir aprakstījusi andragoģijas un pedagoģijas atšķirības, apskatot piecas svarīgas jomas – cilvēka personību, cilvēka pieredzi, izglītojamā gatavību mācīties, izglītojamā orientāciju uz mācīšanos un mācīšanās motivāciju, īpaši uzsverot pieaugušā, kurš iesaistījies izglītības procesā, pašvirzību, atbildību par izglītošanos un pašvērtējuma nozīmīgumu (Ivanova, 2016). Salīdzinājumā ar pedagoģiju, kur izglītojamiem ir neliela pieredze, andragoģijā pieaugušajiem izglītības procesa dalībniekiem ir apjoma un kvalitātes ziņā ievērojami lielāka pieredze, kura katram iesaistītajam var būt atšķirīga, līdz ar to būtiski svarīga ir dalīšanās ar pieredzi grupās. Tieši pieredze veido pieaugušo pašidentitāti. Pedagoģijā skolēni tiek virzīti no viena mācību līmeņa uz nākošo, turpretī andragoģijā pieaugušie spēj paši noteikt, kur atrodas un kur vēlētos nokļūt, bet dzīves pārmaiņas rosina iekšēju nepieciešamību mācīties, lai efektīvāk realizētu sevi kādā dzīves aspektā. Pedagoģijā mācīšanās procesā tiek apgūta konkrēta mācību viela, un tai ir pakārtoti izpildāmie uzdevumi. Turpretī andragoģijā izglītošanās ir saistīta ar dzīves vai darba situācijām nevis ar apgūstamo vielu, un uzdevumi ir saistīti ar šo situāciju atrisināšanu vai uzlabošanu. Pedagoģijā izglītojamo motivācija visbiežāk ir ārēja – labāks vērtējums, tuvinieku gaidas, iespējamās nepatikšanas neveiksmes gadījumā. Savukārt, andragoģijā izglītojamo motivācija ir iekšēja – pašvērtība, atzinība, labāka dzīves kvalitāte, pašapziņa, pašaktualizēšanās (Ivanova, 2016).

Pieaugušo izglītības pamatā ir mijiedarbība starp izglītojamo un izglītības nodrošinātāju, un kā mijiedarbības procesam tai piemīt vairākas funkcijas, kuras ir saistītas ar pieaugušo pašrealizācijas vajadzībām:

- kompensējoša – papildina nepilnīgu vai iztrūkstošu iepriekšējo izglītību,
- adaptējoša – veido indivīda harmoniskas attiecības ar apkārtējo vidi,
- reproduktīva – vairo esošo sociāli kulturālo pieredzi,
- resocializācijas – atjauno sociālās lomas izpildei nepieciešamās spējas,
- rekreatīva funkcija – apmierina nepieciešamību pēc saturīgas brīvā laika izmantošanas (Lieģeniece, 2002).

Saskaņā ar D.A. Kolba (Kolb) un S.D. Brukfilda (Brookfield) veiktajiem pētījumiem pieaugušo mācīšanās process tiek saprasts kā kognitīvo, afektīvo, psihomotoro un sociālo procesu mijiedarbība (Kolb, 1984; Brookfield, 1986).

Dažādi autori atšķirīgi apraksta pieaugušo izglītības mērķus, taču kopējās vadlīnijas ir divas:

- uzlabot un harmonizēt cilvēka un sabiedrības dzīves kvalitāti;
- bagātināt un pilnveidot cilvēka personību, veicinot tā orientāciju uz pašizaugsmi un savas vietas atrašanu izmaiņu pilnajā pasaulē (Lieģeniece, 2002).

T. Koķe, apkopojot Eiropas valstu pieredzi, ir izdalījusi piecas nozīmīgākās mērķgrupas pieaugušo izglītībā:

- personas, kas nav apguvušas obligāto izglītību tam paredzētajā vecumā;
- personas ar nepieciešamību pilnveidot savas zināšanas un prasmes;
- personas, kuras nav darba attiecībās;
- personas, kas ieinteresētas pievērsties liberālajai un interešu izglītībai;
- pensijas vecuma cilvēki (Koķe, 1999).

Katrai mērķgrupai ir savi specifiskie izglītības mērķi, precizējot un konkretizējot tos atbilstoši katram izglītībā iesaistītajam (Lieģeniece, 2002).

M.S. Nouls (Knowles) formulē pieaugušo pedagoga darba raksturīgās iezīmes un vērš uzmanību uz pedagoga cieņpilnu attieksmi pret pieaugušo izglītības dalībniekiem un nepieciešamību attīstīt profesijai nozīmīgas personības īpašības (Knowles, 1973). Pieaugušo pedagoga loma, attieksme un nepieciešamās personības īpašības tiks apskatītas turpmāk salīdzinājumā ar mākslas terapeita kompetencēm un prasībām tā personībai.

Izglītība ir viens no pilnvērtīgas dzīves pamatiem, kas sniedz iespēju pašrealizācijai un savas dzīves mērķu un virzības noteikšanai. Mūžizglītība ietver sevī gan profesionālo, gan personības pilnveidi, aptverot indivīda visas dzīves fāzes un aspektus. Tā kā ir vērojama izglītības līmeņa un iesaistīšanās mūžizglītības aktivitātēs sasaiste pieaugušo vecumā, rodas jautājums par personu ar zemāku izglītības līmeni motivāciju savas dzīves kvalitātes saglabāšanā un celšanā, kā arī sava redzesloka paplašināšanā un dalības sabiedrības procesos palielināšana. Pēc autoru domām jautājums un izaicinājums ir par iespējām aizsniegt mazāk aktīvo, bet procentuāli lielāko sabiedrības daļu, lai veicinātu šo cilvēku interesi un vēlmi paaugstināt savas dzīves kvalitāti, iesaistoties mūžizglītības aktivitātēs.

Mākslu terapija mūžizglītībā – iespējas un izaicinājums *Arts therapies in lifelong learning – opportunities and challenge*

Mākslu terapija Latvijā tiek definēta kā veselības aprūpes joma (Mārtinsone, Mihailovs, & Vāverniece, 2010). Taču visu četru specializāciju mākslas terapeiti kā multidisciplināras komandas locekļi strādā ne tikai Latvijas veselības aprūpes iestādēs, bet arī sociālajā un izglītības jomā. Mākslu terapijas pirmsākumi ir rodami mākslā un psiholoģijas un psihoterapijas teorijās (Krevica, 2011). Vienlaikus vērā ņemamas ir mākslas pedagogijas idejas, kuras, attīstoties 20.gs. pirmajā pusē, balstījās pieņēmumā, ka mākslinieciskā jaunrade ir personības attīstības līdzeklis, tas nozīmē, ka ir iespējams audzināt un izglīt, izmantojot mākslu (Mārtinsone u.c., 2010).

Kaut arī profesionālajā literatūrā tiek nodalītas pedagoga un mākslas terapeita lomas un intervences, tomēr, aplūkojot pieaugušo izglītību un mākslu terapiju, ir saskatāmas daudzas kopīgas iezīmes gan pedagoga un mākslas terapeita kompetencēs un nepieciešamajās personības īpašībās, gan attieksmē pret izglītībā un terapijā iesaistītajiem, gan pieaugušo izglītības un mākslu terapijas mērķos un iesaistīto vajadzību jomās. Turpmāk aplūkosim zīmīgākās no tām.

Mākslu terapijā darbs tiek veikts ar klientu/pacientu visām vajadzību jomām – kognitīvajām, psiholoģiskajām, emocionālajām un sociālajām, katrā individuālā gadījumā vēršot uzmanību uz konkrētiem mērķiem. Mākslu terapija ir radošs process, kurā mijiedarbojas terapeits, klients/pacients un māksla, bet grupā – grupas dalībnieki, māksla un terapeits. Kā iepriekš minēts, pieaugušo mācīšanās process tiek saprasts kā kognitīvo, afektīvo, psihomotoro un sociālo procesu mijiedarbība, savukārt, R. Zālīte, balstoties uz psihoterapeitu un mākslas terapeitu atzinumiem, pamato, ka radošums palīdz integrēt ķermeni, domas, emocijas un garīgumu (Zālīte, 2010a).

Līdzīgi kā pieaugušo izglītībā mākslu terapijā virsmērķis allaž ir cilvēka un sabiedrības dzīves kvalitātes uzlabošana, bet viens no mērķiem – personības pilnveide un izaugsme. Pētot dzīves kvalitātes Eiropā un Latvijā aktuālos rādītājus, ir saskatāmas paralēles ar mākslu terapijā bieži izvirzītajiem mērķiem – interpersonālā mijiedarbība un subjektīvā labizjūta, kas ietver sevī novērtējošo labizjūtu, pozitīvos un negatīvos afektus un eidemonisko labizjūtu (Eurofound, 2019).

Apskatot pieaugušo pedagoga lomu, D. Lieģeniece akcentē rēķināšanos ar pieaugušo izglītojamo vajadzībām, vēlmēm un mērķi attīstīt pieaugušo izglītības dalībnieku pašpārlicinātību, tāpat arī pedagoga un pieaugušo dalībnieku līdzvērtību mācību procesā un atbalstu sava mācīšanās procesa izpratnē ar mērķi pārvarēt tieksmes, paradumus un rīcību, kas traucē mācīties (Lieģeniece, 2002). Līdzīgi kā pieaugušo pedagoga arī mākslas terapeita kompetencēm tiek

izvirzītas augstas prasības. Mākslu terapijas pamatā ir pieņemošas un atbalstošas terapeitiskās attiecības, kurās tāpat kā pieaugušo izglītībā tiek ņemtas vērā terapijā iesaistītā vajadzības un vēlmes. Taču arī terapeita personības kvalitātei ir liela nozīme (Majore–Dūšele, 2011). Kopumā pieaugušo pedagoga un mākslas terapeita profesionālie uzdevumi ir līdzīgi – saskatīt pieaugušo izglītībā un mākslu terapijā iesaistīto vajadzības, atbalstīt individuālo pašizaugsmi, rosināt uz personības pilnveidošanos un dzīves kvalitātes uzlabošanu.

Pēc autoru domām mācīšanās izprast savus resursus ir viens no pamatelementiem veiksmīgas personības attīstībā un pilnveidē, kas nosaka indivīda dzīves kvalitāti. Arī D. Lieģeniece vērš uzmanību uz savu resursu apzināšanos nozīmību dažādos vecuma posmos mūžizglītības kontekstā (Lieģeniece, 2002). R. Zālīte norāda, ka “māksla var palīdzēt cilvēkam izzināt viņa resursus un stiprās puses, kas citādi bieži vien tā arī netiktu atklātas” (Zālīte, 2010a, 26).

Otrs no pamatelementiem veiksmīgā personības izaugsmē ir prasmju apguve, akcentējot plaša rakstura prasmes (komunikācijas un sociālās prasmes, problēmrisināšanas prasmes, domāšanas prasmes u.c.), kuras ir par pamatu jebkuru profesionālo un dzīvē nepieciešamo prasmju veidošanā (Lieģeniece, 2002). Mākslu terapijā starp dažādiem mērķiem atkarībā no konkrētā gadījuma, vides un teorētiskās orientācijas tiek strādāts, lai sekmētu sevis apzināšanos, paaugstinātu pašvērtību, veicinātu spēju uzņemties atbildību par risinājumu meklēšanu un īstenošanu, pilnveidotu sociālās un komunikācijas prasmes, apzinātu problēmas un tās risinātu, attīstītu kognitīvās iemaņas, apzinātos un paustu emocijas (Mārtinsone u.c., 2010; Upmale & Majore – Dūšele, 2011).

Profesionālajā praksē ir saskatāmi mākslu terapijas pedagoģiskie aspekti, strukturējot sesiju gaitu un izmantojot direktīvās metodes. Arī neizmantojot pedagoģiskās metodes, mākslu terapijā ir klātesošs pedagoģiskais aspekts, jo drošā terapeitiskā vidē, izmantojot mākslas metodes, tehnikas un paņēmienus, terapijā iesaistītais var mācīties saskatīt savas grūtības un mācīties risināt tās, mācīties ieraudzīt savas vajadzības un mācīties piepildīt tās, mācīties saskatīt savus resursus un mācīties izmantot tos savas dzīves kvalitātes saglabāšanai un uzlabošanai. Profesionālajā valodā mākslas terapeiti vārda “mācīt” vietā lieto frāzi “sniegt iespēju apgūt”. Pēc autoru domām šeit ir saskatāma pieaugušo pedagogu un mākslas terapeitu profesionālās darbības pamata mērķu vienotība – sniegt iespēju un atbalstīt terapijā un mūžizglītībā iesaistīto indivīdu vēlmi mācīties un pilnveidoties ikvienā no viņiem svarīgajā jomā.

Šāds varētu būt sākotnēji saskatīto iespēju mākslu terapijas pielietojumam mūžizglītībā apkopojums:

- iespēja mācīties izzināt sevi, apzināties sevi, savus resursus, vajadzības, grūtības;
- iespēja mācīties komunicēt, ieklausīties, sadzirdēt;

- iespēja mācīties paust savu viedokli, emocijas, izjūtas;
- iespēja mācīties saskatīt savu lomu ģimenē, darba vietā, sabiedrībā;
- iespēja mācīties būt radošam;
- iespēja mācīties pielāgoties un izmēģināt ko jaunu;
- iespēja mācīties mijiedarbību un vienlīdzību;
- iespēja mācīties atkal noteikt savas izvēles (iesaistītajiem no sociālā riska grupām).

Ņemot vērā, ka mākslu terapijā ir iespējams strādāt ar visām iesaistīto vajadzību jomām, mākslu terapija mūžizglītībā varētu tikt pielietota dažādām mērķgrupām dažādos izglītības posmos un vajadzību jomās.

Katrai no mākslu terapijas specializācijām varētu būt iespējams specifisks pielietojums atbilstoši mērķgrupām, izglītības posmam un programmām, kā arī vajadzību jomām:

- mūzikas terapijai – iepazīšanās, iedrošināšanās būt un izpaust sevi, emociju apzināšanās un paušana, komunikācija, uztvere;
- deju un kustību terapijai – grupas dalībnieku saliedēšana, sadarbība, iekļaušanās;
- drāmas terapijai – konkrētas situācijas izspēle, savas lomas apzināšanās un izvēle;
- vizuāli plastiskās mākslas terapijai – resursu apzināšanās, savas vietas saskatīšana, intelektualizācija.

Nepieciešamības gadījumā ikvienā no mākslu terapijas specializācijām ir iespējams strādāt ar visām iepriekš minētajām pieaugušo izglītībā iesaistīto vajadzību jomām un mērķgrupām. Tā kā Latvijā tiek attīstīta integratīvi eklektiskā mākslu terapija (Krevica, 2011), tad multimodālā pieeja pieļauj dažādu mākslas modalitāšu kombināciju, kas nozīmē, ka atbilstoši kompetencēm mākslas terapeits darbā ar terapijā iesaistītajiem var izmantot daudzveidīgas mākslas modalitātes, apvienojot, piemēram, mūziku, deju un kustību un teātra mākslu (Zālīte, 2010).

Medicīna, pedagogija un psiholoģija ir zināmā mērā nošķirtas zinātnes jomas. Taču sabiedrībā tās nav atdalāmas, jo ikviena no tām atbild par katra sabiedrības locekļa noteiktiem dzīves aspektiem. Mākslu terapijā šīs trīs zinātnes, katrs indivīds un sabiedrība atrodas ciešā mijiedarbībā, terapijā iesaistītos uztverot to veselumā un savstarpēji ietekmējošā sadarbībā. Sabiedrība ir indivīdu kopums, kur izmaiņas notiek iekšējā un ārējā mijiedarbībā.

Secinājumi **Conclusions**

Izglītība ir iekļauta CSP datu apkopojumā starp nozīmīgākajiem dzīves kvalitātes rādītājiem.

Mūžizglītība ietver sevī gan profesionālo, gan personības pilnveidi, aptverot indivīda visas dzīves fāzes un aspektus. Pieaugušajiem ar augstāku izglītības līmeni ir vērojams augstāks iesaistīšanās mūžizglītības aktivitātēs līmenis.

Mūžizglītības programmās Latvijā galvenokārt ir iekļauti mācību kursi, kuri sniedz iespēju apgūt jaunas profesionālās zināšanas un prasmes un pilnveidot tās, taču Latvijā īstenojamās mūžizglītības programmās maz vērības tiek veltīts pieaugušo izglītībā iesaistīto personībai, tās īpatnībām, resursiem, vajadzībām un plaša rakstura prasmju apguvei.

Mācīšanās izprast savus resursus ir viens no pamatelementiem veiksmīgas personības attīstībā un pilnveidē. Nozīmīgs elements veiksmīgā indivīda izaugsmē ir plaša rakstura prasmju apguve.

Pieaugušo izglītības un mākslu terapijas virsmērķis ir cilvēka un sabiedrības dzīves kvalitātes uzlabošana, bet viens no mērķiem – personības pilnveide un izaugsme. Mākslu terapijā bieži izvirzītie mērķi – interpersonālā mijiedarbība un subjektīvā labizjūta ir Eiropas dzīves kvalitātes aktuālo rādītāju starpā.

Pieaugušo pedagogam un mākslas terapeitam ir līdzīgi profesionālie uzdevumi – saskatīt pieaugušo izglītībā un mākslu terapijā iesaistīto vajadzības, atbalstīt individuālo pašizaugsmi, rosināt uz personības pilnveidi un dzīves kvalitātes uzlabošanu.

Pieaugušo pedagogu un mākslas terapeitu profesionālajā darbībā ir saskatāmi vienojoši pamata mērķi – sniegt iespēju un atbalstīt terapijā un mūžizglītībā iesaistīto indivīdu vēlmi mācīties un pilnveidoties ikvienā no viņiem svarīgajā jomā.

Mākslu terapijas pedagoģiskie aspekti ir saskatāmi, strukturējot sesiju gaitu un izmantojot direktīvās metodes. Mākslu terapijā ir klātesošs pedagoģiskais aspekts, jo drošā terapeitiskā vidē, izmantojot mākslas metodes, tehnikas un paņēmienus, terapijā iesaistītais var mācīties apgūt sev nepieciešamās plaša rakstura prasmes.

Katrai no mākslu terapijas specializācijām ir iespējams specifisks pielietojums atbilstoši mērķgrupām, izglītības posmam un programmām, kā arī vajadzību jomām. Ikvienā no mākslu terapijas specializācijām ir iespējams strādāt ar visām saskatītajām pieaugušo izglītībā iesaistīto vajadzību jomām un iespējamām mērķgrupām.

Medicīna, pedagogija un psiholoģija kā zinātnes jomas sabiedrībā nav atdalāmas, jo ikviena no tām atbild par katra sabiedrības locekļa noteiktiem dzīves aspektiem.

Pētījumā iegūtās atziņas un secinājumi tiks izmantoti tālākai mākslu terapijas pielietojuma mūžizglītībā iespēju izpētei.

Summary

In Latvia, education is included in the Central Statistical Bureau's data collection among the most important quality of life indicators.

Lifelong learning includes both professional and personal development, covering all phases and aspects of the individual's life. Adults with higher education levels have a higher level of involvement in lifelong learning activities.

Lifelong learning programs in Latvia mainly include training courses that provide opportunities to acquire and develop new professional knowledge and skills, but little attention is paid to the personality, characteristics, resources, needs and skills of adults involved in adult education.

Learning to understand your resources is a fundamental element in the development and improvement of a successful personality. A major element in the successful growth of the individual is the acquisition of broad skills.

The primary goal of adult education and arts therapies is to improve the quality of life of the individual and the community, but one of the goals is personal development and growth. Interpersonal interaction and subjective well-being, which are common goals in arts therapies, are among the current indicators of the quality of life in Europe.

An adult educator and an art therapist have similar professional tasks - to see the needs of those involved in adult education and arts therapy, to support individual self-development, to encourage personal development and to improve the quality of life.

There is a consensus among adult educators and arts therapists in their professional activities to provide opportunities and support for individuals in therapy and lifelong learning to learn and develop in each of their important areas.

The pedagogical aspects of arts therapies can be seen in structuring sessions and using directive methods. There is a pedagogical aspect of arts therapies because in a safe therapeutic environment, using arts methods and techniques, those involved can learn to acquire the necessary broad skills.

For each of the specialisations of arts therapies, a specific application can be made according to the target groups, the education phase and the programmes, as well as the areas of needs. In each of the specialisations of arts therapies, it is possible to work with all the identified areas of needs and potential target groups involved in adult education.

Medicine, pedagogy and psychology, as fields of science are not separable in society, since each of them is responsible for certain aspects of life of each member of society.

The information obtained in the study and conclusions will be used for further research into the possibilities of the use of arts therapy in lifelong learning.

Literatūra References

- Brookfield, S.D. (1986). *Understanding and Facilitating Adult Learning*. Buckingham: Open University Press.
- Eurofound. (2019). *Subjective well-being*. Retrieved from <https://www.eurofound.europa.eu/lv/topic/subjective-well-being>
- Eurostat. (2019). *About one third*. Retrieved from https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Quality_of_life_indicators_-_education#About_one_third_of_those_aged_25-64_had_a_tertiary_degree_in_2017
- Eurostat. (2019a). *Education in the context of quality of life*. Retrieved from https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Quality_of_life_indicators_-_education#Education_in_the_context_of_quality_of_life
- Eurostat. (2019b). *Glossary: Lifelong learning*. Retrieved from https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Lifelong_learning
- Eurostat. (2019c). *Quality of life indicators – education*. Retrieved from https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Quality_of_life_indicators_-_education
- Eurostat. (2019d). *10.9 % of those aged 25–64*. Retrieved from https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Quality_of_life_indicators_-_education#C2.A0.25_of_those_aged_25-64_attended_training_in_last_4_weeks
- Ivanova, I. (2016). *Pieaugušo mācīšanās īpatnības*. Retrieved from <https://ec.europa.eu/epale/lv/resource-centre/content/pieauguso-macisanas-ipatnibas>
- Knowles, M.S. (1973). *The Adult Learner: A Neglected Species*. Houston: Gulf Publishing Company.
- Knowles, M.S. (1980). *The Modern Practice of Adult Education: from Pedagogy to Andragogy*. (2nd ed.). New York: Cambridge Books.
- Koķe, T. (1999). *Pieaugušo izglītības attīstība: raksturīgākās iezīmes*. Rīga: SIA “Mācību apgāds NT”.
- Kolb, D.A. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Krevica, E. (2011). Psiholoģijas un psihoterapijas ietekmes mākslu terapijā. In No K. Mārtinsone (sast.), *Mākslu terapija* (76 – 105). Rīga: Raka.
- Lieģeniece, D. (2002). *Ievads andragoģijā jeb mācīšanās “būt” pieaugušo vecumā*. Rīga: Raka.
- Majore – Dūšele, I. (2011). Mākslas terapeita kompetences. In K. Mārtinsone (sast.), *Mākslu terapija* (184 – 197). Rīga: Raka.
- Mārtinsone, M., Mihailovs, I.J., & Vāverniece, I. (2010). Māksla, terapeitiskā māksla, mākslas izglītība, mākslu terapija – mākslu metodes un tehnikas profesionālajā darbībā: jēdzieni, atšķirības, atbildība. In K. Mārtinsone (sast.), *Mākslu metodes un tehnikas profesionālajā darbībā* (9 – 21). Rīga: Raka.
- Skujīņa, V. (autoru kol. vad.) (2000). *Pedagoģijas terminu skaidrojošā vārdnīca*. Rīga: Zvaigzne ABC.
- Upmale, A., & Majore – Dūšele, I. (2011). Mākslu terapijas procesa raksturojums: integratīvi eklektiskā pieeja. In K. Mārtinsone (sast.), *Mākslu terapija* (106 –183). Rīga: Raka.
- Zālīte, R. (2010). Multimodālā pieeja. In K. Mārtinsone (sast.), *Mākslu metodes un tehnikas profesionālajā darbībā* (186 – 209). Rīga: Raka.
- Zālīte, R. (2010a). Radošais potenciāls un cilvēka resursi. In K. Mārtinsone (sast.), *Mākslu metodes un tehnikas profesionālajā darbībā* (22 – 29). Rīga: Raka.

RAKSTS III

Runas un valodas attīstības traucējumi, to korekcija un profilakse mūzikas terapijas praksē

Speech and Language Developmental Disorders, Their Treatment and Prevention in the Practice of Music Therapy

Mirdza PAIPARE

Liepājas Universitāte, Pedagoģijas un sociālā darba fakultāte
Lielā iela 14, Liepāja, LV-3401
mirdza.paipare@liepu.lv

Dace STIEĢELE

Liepājas Neredzīgo biedrības Dienas centrs
Ganību iela 197/205, Liepāja, LV-3407
d.stiegele@inbox.lv

Latvijā šobrīd ir attīstīta mūzikas terapija, kas balstīta integratīvi eklektiskajā pieejā. Darbā ar pacientiem, kuriem ir runas un valodas attīstības traucējumi, tā dod iespējas izmantot gan radošās mūzikas terapijas metodes un tehnikas, gan receptīvās, uz uztveri balstītās tehnikas. Publikācijā analizēti pētījumi, teorija un prakse, sniedzot apkopotu ieskatu dažādās tehnikās un terapijas metodēs, kas tiek sekmīgi izmantotas darbā ar bērniem, kuriem ir runas un attīstības traucējumi, pacientiem ar stostīšanos, kā arī insulta un afāzijas slimniekiem. Nozīmīgs ir atzinums par mūzikas instrumentu spēles un mūzikas klausīšanās radītajām neiroplastiskajām izmaiņām smadzenēs, kuras izraisa kompensatoro mehānismu aktivizāciju. Šis raksts sniedz iespēju praktizējošiem mūzikas terapeitiem, mūzikas terapijas studentiem un arī citiem speciālistiem, kuri savā profesionālajā darbībā saskaras ar līdzīgām problēmām, rast ierosmi un atbalstu metožu un tehniku pamatotā izvēlē, lai strādātu ar klientu un pacientu grupu runas un valodas traucējumu gadījumos.

Atslēgvārdi: runas un valodas attīstības traucējumi, mūzikas terapija, integratīvi eklektiskā pieeja, neiroplasticitāte, stostīšanās, insults, afāzija.

Ievads

Valoda ir svarīgākais komunikācijas līdzeklis. Ar valodas starpniecību tiek paustas domas, jūtas, sajūtas, vēlēšanās un vajadzības. Emocijas tiek izpaustas arī ar vārdiem – tās aprakstot, izprotot un

saņemot atbildes. Mūzika, emocijas un to izpausmes ir visvairāk pētītā joma mūzikas terapijā. Šai jomai pievēršas arī mūzikas psiholoģijas pētījumi. Tiek pētīts, kā mūzika tiek uztverta un kā tā iedarbojas uz cilvēka emocijām un kognitīvajiem procesiem, kā tie tiek aktivizēti, klausoties vai pašam radot mūziku. Stefans Koelšs (*Stefan Koelsch*) norāda, ka emociju muzikālajām izpausmēm ir visas „reālo” emociju pazīmes, tostarp tās parādās arī organisma reakcijās, sejas izteiksmē un tādās atbildes darbībās kā dejošana, dziedāšana, raudāšana (Koelsh 2014).

Mūzika tiek saukta arī par emociju valodu. Marina Korsakova-Kreina (*Марина Корсакова-Крейн*) norāda, ka augsta līmeņa kognitīvā darbība nav atdalāma no cilvēka emocionālās apziņas (Korsakova-Kreyn 2019). Patriks Džaslins (*Patrik N. Juslin*) un Džons Sloboda (*John A. Sloboda*) apraksta, ka mūzika bez vārdiem spēj izsaukt cilvēkā izteikti spēcīgas emocionālas reakcijas, secinot, ka mūzika izmanto pavisam vienkāršus, bet vienlaikus ļoti spēcīgus komunikācijas mehānismus, kas nepastarpināti aizsniedz cilvēka prātu (Juslin, Sloboda 2010). Arī Mirdza Paipare un Sandra Mihailova norāda uz mūzikas spēju izraisīt pacientā aktīvas emocionālas reakcijas, jo mūzikas valodas sākotnējās akustiskās vienības veic tiešu iedarbību uz emocionālajiem centriem smadzenēs (Paipare, Mihailova 2017). Pētījumi un prakse pierāda, ka bērniem ar autismu mūzikas terapija palīdz attīstīt runu un komunikācijas prasmes, savukārt pacientiem ar Broka afāziju melodiskās intonēšanas terapija palīdz atjaunot runas spējas (Schlaug, Marchina, Norton 2009; Korsakova-Kreyn 2019).

M. Korsakova-Kreina pētījumā par mūzikas valodu un tās psihofiziskajiem pamatiem norāda, ka pacientiem ar insultu, klausoties mūziku, uzlabojas gan verbālā atmiņa, gan uzmanības koncentrēšanas spējas, kur uzlabojumi notiek kopā ar smalkām strukturālām izmaiņām smadzeņu frontāli limbiskajā daivā (Korsakova-Kreyn 2019). M. Paipare un S. Mihailova norāda uz „nervu plasticitāti” – smadzeņu spēju traumu radītu neiroloģisko funkciju zaudējumu gadījumos izraisīt kompensatoro procesu aktivizāciju, tādējādi tiem daļēji vai pilnīgi pārņemot neesošās funkcijas (Paipare, Mihailova 2017). Nozīmīgs ir atzinums, ka mūzikas instrumentu spēle, bet dažos gadījumos tikai mūzikas klausīšanās vien var radīt neiroplastiskas izmaiņas, kas ir saistāmas ar kognitīvo un motoro funkciju spēju uzlabošanu (Korsakova-Kreyn 2019). Elizabete Štegemollere (*Elizabeth Stegemöller*) uzsver medicīnā zināmu faktu: lai

veidotos jauni neironu savienojumi smadzenēs, ir nepieciešama dopamīna klātbūtne, savukārt pētījumu rezultātā ir konstatēts, ka dopamīns izstrādājas konkrētajam pacientam vēlamas un pieņemamas mūzikas klausīšanās laikā (Stegemöller 2017).

Runas un valodas attīstības traucējumi bērniem un to korekcijas iespējas mūzikas terapijā

Pēdējo gadu laikā mūsu sabiedrībā palielinās to bērnu skaits, kuriem ir specifiski attīstības traucējumi. Lielākā daļa no tiem ir bērni ar runas un valodas attīstības traucējumiem.

Skandināvijas valstīs un Eiropā tiek pievērsta liela nozīme agrīnai diagnostikai un preventīvajam darbam, taču Latvijā joprojām nav uzskaites par bērniem ar runas un valodas attīstības traucējumiem. Domājams, tieši tāpēc mācību process un izglītības programmas neatbilst viņu iespējām; arī palīdzības nodrošinājums nav pilnvērtīgs, kā rezultātā rodas emocionāls saspringums un neirozes (Hadaņonoka, Hadaņonoka 2013).

Pēc iepriekšminētās informācijas un apkopotajiem datiem, Latvijā ir 40–50 % bērnu, kuriem ir runas un valodas attīstības traucējumi – neprecīza skaņu uztvere, neliels vārdu krājums, nespēja loģiski veidot sakarīgu runu. Traucēta runas un valodas attīstība ir saistīta arī ar emocionālajām izpausmēm – savu emociju apzināšanos, to atpazīšanu un adekvātu izpaušanu. Pēc iespējas agrāka diagnosticēšana veicina savlaicīgāku koriģējošā darba uzsākšanu, kas dod lielākas iespējas traucējumu mazināšanai.

Mūzikas terapija ir vienu no koriģēšanas iespējām, ko izmanto darbā ar bērniem, kuriem ir traucēta valodas un valodas sistēmas attīstība. Tā ir saistīta ar savu spēju un sevis apzināšanos, mijiedarbības, sadarbības un komunikācijas uzlabošanu, kā arī savu emociju izpaušmi un regulāciju (Paipare 2011). Valodas attīstībai ir cieša saistība ar emociju apzināšanos un izpaušmi. Mūzikas terapija spēj veicināt emocionālas izpaušmes un sniegt priekšstatus par to, kādas ir emocijas.

Runas attīstības traucējumus var radīt organiskas dabas centrāli bojājumi (galvas smadzeņu runas centru, fonemātiskās dzirdes centru primāri bojājumi), funkcionāli nervu darbības traucējumi (logoneiroze), perifēras izcelsmes organiska rakstura (mēles, žokļu, zobu, cieto un mīksto aukslēju) traucējumi, gan arī citi funkcionāli traucējumi. Jo runas

traucējums ir smagāks, jo būtiskāk tas ietekmē bērna kognitīvās funkcijas. (Liepiņa 2003)

Lai varētu precīzi izprast valodas traucējumus, noteikt racionālākos un efektīvākos paņēmienus to novēršanai, nepieciešams atklāt valodas traucējuma raksturu, dziļumu un pakāpi, prast izanalizēt, kuri valodas sistēmas komponenti ir skarti (Tūbele 2002). Šeit jāņem vērā arī tas, ka katrs bērns ir atšķirīgs un neatkārtojams un ka katram ir savs attīstības temps (Roge, Mēlere 2003).

Anna Ļubļinska bērnu psiholoģijas pētījumos lielu uzmanību pievēršusi runai un valodai. Uzskatot valodu par vispārīgu, bet runu – par individuālu valodas izpausmi, viņa norāda, ka bērns runājot izsaka savu attieksmi, ko atsedz arī runai piemītošā intonatīva izteiksme. Tas ir skaidri saklausāms rakstura, ritma un tempa maiņās. (Ļubļinska 1979)

Līdz ar to secināms, ka valoda nav saistīta tikai ar domāšanu, tajā ietverti visi psihiskie procesi – atmiņa, iztēle, sajūtas, uztvere, griba un emocijas – viss, kā bērns uztver apkārtējos, pasauli ap sevi, kādas ir viņa sajūtas un attieksme pret apkārtējo vidi.

Leslija Reskorla (*Leslie A. Rescorla*) un Rī Pauls (*Rhea Paul*) vērš uzmanību uz „vēlajiem runātājiem” (*late talkers*), norādot, ka vairums pētnieku ir vienojušies: šajā grupā iekļaujami bērni, kuri lieto mazāk par 50 vārdiem un kuri nespēj izveidot jēdzieniskus vārdu savienojumus (Rescorla 1989; Paul 1991). Traucējumi var būt gan pavisam viegli, gan tik smagi, ka šiem bērniem ir lielas grūtības dzimtās valodas apgūvē, kas var būt saistītas ar dažādiem valodas aspektiem: vārdu pareizu saklausīšanu, to nozīmes izpratni, verbāla materiāla atcerēšanos un pārliedzinošu sazināšanos (Orska, Olutnika (red.) 2008).

Ja bērna runas un valodas attīstības traucējumi galvenokārt saistīti ar receptīvo valodu, tad bērnam ir grūtības:

- saprast, ko viņam saka,
- veikt plānošanu un atskaiti,
- veidot izteiksmīgu, intonatīvi bagātu runu,
- veidot gramatiski pareizu runu, izvērstus teikumus.

Strādājot ar bērniem, kuriem ir runas un valodas attīstības traucējumi, ir svarīgi

- samazināt telpā jebkādas svešas izcelsmes trokšņus, kas varētu novērst, traucēt dzirdes un redzes uztveri;
- izmantot žestus, dot verbālus vai neverbālus signālus, pievēršot bērna uzmanību un mudinot vērot notiekošo;

- verbālo informāciju papildināt ar vizuālo, jo vizuāli uztvertais ilgāk saglabājas atmiņā;
- runāt lēni, skaidri, izmantojot pauzes;
- uzdevumus veikt soli pa solim, lēnā tempā, dodot īsas norādes (Roge, Mēlere 2003; Tereško u. c. 2013).

Valoda funkcionē tikai uz sensomotorās integrācijas bāzes. Tas nozīmē, ka aptveršana notiek satverot, bet abstrakts jēdziens veidojas ar tiešas uzskatāmas darbošanās palīdzību. Bez taktili kinestētiskās uztveres svarīga ir arī garša, oža un redze. Savienojot šo visu kopā, bērns apkopo sajūtu iespaidus. (Roge, Mēlere 2003)

Arī Irēna Hadaņonoka un Linda Hadaņonoka uzsver, ka svarīgi ir attīstīt maņu orgānus, tādējādi veicinot domāšanas un valodas attīstību. Īpaša nozīme ir pirkstu sīkās muskulatūras saistībai ar valodas attīstību. Jo vairāk tiek veiktas darbības ar pirkstiem, jo vairāk tiek stimulēts runas motorikas centrs smadzenēs. Šīs atziņas pamatojums balstās uz centrālās nervu sistēmas darbības īpatnībām. (Hadaņonoka, Hadaņonoka 2013)

Valodas, runas un balss traucējumi ir apgrūtinājums komunikācijas spējām, un šāda situācija bieži ir saistīta ar lielu garīgo stresu. Šo traucējumu ārstēšanā ar mūzikas terapiju tiek ņemti vērā gan funkcionāli lingvistiskie aspekti, gan uzvedība un psihe. Funkcionāli lingvistiskajā līmenī valodiskās spējas labvēlīgi ietekmē ritma vingrinājumi. Dziedāšana, savukārt, ir efektīva terapeitiskā metode. Motivācija, emocionalitāte un komunikatīvā uzvedība tiek ietekmēta psihiskajā vai uzvedības (biheiviorālā) līmenī. Mūzika kļūst par efektīvu neverbālās komunikācijas līdzekli, kas kompensē un atvieglo, kā arī dod analogu praktizēšanās iespēju (Beiträge zur Musiktherapie 2007).

Mūzikas terapija stostīšanās gadījumā: teorija, pētījumi un prakse

„Stostīšanās, valodas raustīšana jeb logoneiroze ir runas traucējumi, kas veidojas runas aparāta (mēles muskuļu, lūpu, elpošanas, rīkles, apakšžokļa) krampju rezultātā. Reizēm papildus runas aparāta krampjiem izpaužas arī sejas muskuļu un ekstremitāšu krampji. Stostīšanās var liecināt arī par psiholoģiskiem vai neiroloģiskiem traucējumiem.” (Stostīšanās 2018) Šādi runas traucējumi visbiežāk rodas bērniem divu līdz piecu gadu vecumā.

Svarīgākais uzdevums, strādājot ar bērniem un pieaugušajiem, kuriem ir stostīšanās, ir uzlabot runas mehānisma darbību un pozitīvi izmainīt savas izjūtas un attieksmi pret sevi (Puga b. d.).

Stostīšanās korekcija visbiežāk ir kompleksa: tā ietver medicīnisku, psiholoģisku, pedagoģisku un logopēdisku palīdzību (Tomele 2012).

Erika Šira (*Erika Shira*) uzskata, ka pozitīvu rezultātu sasniegšanai darbā ar pacientiem, kuriem ir stostīšanās, mūzikas terapijā vislielākā ietekme ir vokalizācijai, dziedāšanai un ritmam. Papildus tiek izmantotas arī relaksācijas tehnikas. Efektīvas metodes ir vokalizācija un dziedāšana apvienojumā ar kustību – tā var būt vokalizācija vienlaikus ar instrumenta spēlēšanu, bet tā var būt arī pacienta pārvietošanās mūzikas ritmā pa telpu, dziedot līdzī zināmai dziesmai. Šādu uzdevumu laikā tiek aktivizētas vairākas smadzeņu daļas vienlaikus, palīdzot koordinēt pacienta kustības un vokalizēšanu. (Shira 2008)

Tā kā mūzikas terapija sniedz iespēju interaktīvi piedalīties muzicēšanā un mūzikas radīšanā, reizē stimulējot dažādas smadzeņu daļas, tā ir efektīvs līdzeklis neiroloģisku izmaiņu panākšanā. E. Šira norāda, ka smadzenes optimāli darbojas tad, kad dažādas to daļas strādā vienlaicīgi, savstarpēji kompensējot cita citu (Shira 2008).

Pacientam piedaloties aktīvā muzicēšanā, smadzenēm ir jāapstrādā skaņas vibrācijas, kustības un emocionālie stāvokļi, kuri smadzenēs tiek apstrādāti gluži tādā pašā veidā kā valoda. Stostīšanās un ar to saistītu valodas plūduma traucējumu gadījumā tiek strādāts, akcentējot divus pamata aspektus – (1) stostīšanos kā sociāla rakstura satraukumu un bažu manifestāciju, kur ārstēšana vērsta uz šī satraukuma mazināšanu un bažu pārvarēšanu, un (2) stostīšanos kā ar motoriku saistītu grūtību rezultātu, kur ārstēšana vērsta uz labāku runas motoro spēju apguvi. Tāpat ir nepieciešams ņemt vērā emocionālos aspektus, kas saistīti ar stostīšanās. Mūzikas terapija ir viena no retajām ārstēšanas iespējām, kur darbs ar motoro prasmju pilnveidi, kā arī sociālo un emocionālo grūtību apzināšanās un risināšana var notikt vienlaicīgi. (Shira 2008)

Kā jau iepriekš minēts, mūzikas terapijas darbā ar pacientiem, kuriem ir stostīšanās, galvenās tehnikas ir vokalizēšana un ritms. Pētījumi pierāda, ka vokalizēšanai ir īpaši nozīmīgs terapeitisks potenciāls un priekšrocības runas plūduma veicināšanai pacientiem ar stostīšanos. Čārlzs Hīlejs (*Charles E. Healey*), Aleksandrs Mallards (*Alexandre R. Mallard*) un Martins Adams (*Martin R. Adams*) ir pētījuši vokalizēšanas spēju mazināt stostīšanos un to, vai dziesmu tekstu zināšanai ir kāda nozīme šāda efekta panākšanā (Healey, Mallard, Adams 1976). Viņi apraksta, ka pētījumā iesaistītie dalībnieki tika

aicināti izlasīt un nodziedāt viņiem zināmas dziesmas ar oriģinālo (pazīstamo) un pārveidoto (nezināmo) tekstu. Stostīšanās mazāk tika novērota dziedot, vairāk – lasot tekstu. Tāpat stostīšanās bija mazāk izteikta, dziedot dziesmas ar pazīstamu tekstu nekā ar pārveidotu tekstu. Viņi secināja, ka lielāks fonācijas ilgums, intonēšana un pazīstams teksts pastiprina vokalizēšanas kā tehnikas spēju uzlabot runas plūdumu (Healey Mallard, Adams 1976).

Savukārt, citi zinātnieki pētīja 15 dažādas tehnikas, kuras veicina runas plūdumu, tai skaitā vokalizēšanu. Pētījuma dalībniekiem tika uzdots 10 minūtes vokalizēt pašu izvēlētas dziesmas. Pētījuma rezultāti parādīja, ka vokalizēšana samazināja stostīšanās biežumu par vairāk nekā 90 %. Turklāt tika secināts, ka stostīšanās biežuma samazinājums, ļoti iespējams, noticis saistībā ar fonācijas ilguma palielināšanos. (Andrews u. c. 1982)

Arī citi pētījumi pierāda vokalizācijas nozīmīgumu runas plūduma uzlabošanai (Colcord, Adams 1979; Davidow u. c. 2009). Šeila Steidžere (*Sheila V. Stager*), Keita Džefrīze (*Keith J. Jeffries*) un Alens Brauns (*Allen R. Braun*) izmantoja pozitronu emisijas tomogrāfiju, lai pētītu smadzeņu aktivitāti divu veida uzdevumu laikā: (1) uzdevumi, kas veicina runas plūdumu (vokalizēšana un raita runa, izmantojot metronomu) un (2) uzdevumi, kas traucē raitu runu (teikumu konstruēšana un raustītas runas stāstījums). Salīdzinot rezultātus, tomogrāfijas attēlos bija redzams, ka smadzeņu reģioni, kas bija būtiski aktīvāki raitas runas uzlabojošu uzdevumu laikā, iekļāva smadzeņu daļas, kas producē runu un saņem sensoro atgriezenisko saiti (motorie un premotorie reģioni, kas iesaistīti artikulārajās un motorajās darbībās). (Stager, Jeffries, Braun 2003)

Mūzikas terapiju praksē ir daudz pacientu, kuriem ir bērnu cerebrālā trieka. Nereti šī saslimšana rada runas un valodas traucējumus. Strādājot ar šiem pacietiem, bieži tiek izmantotas metodes un tehnikas, ko piedāvā Nordofa-Robbinsa mūzikas terapija. Šī terapija tiek balstīta uz neiroloģiskajiem konceptiem, kur nozīmīgs ir mutes un rokas sasaistīšanas mehānisms un smadzeņu plasticitātes mehānisma funkciju izmantošana. Tas nozīmē, ka pacients, muzicējot ar balsi (vokalizējot vai dziedot) vai arī dziedot un spēlējot, vienlaicīgi ritmā darbina savas rokas un kājas. Tas smadzenēs sekmē daudzu prāta operāciju izpildi, tādējādi aktivizējot smadzeņu plasticitāti, kura nodrošina traumētās smadzeņu puslodes operāciju kompensāciju. (Paipare, Mihailova 2017)

Insults un melodiskās intonēšanas terapija

Pēc pārciesta insulta dažādiem smadzeņu rajoniem atbilstošu funkciju atjaunošanās nenotiek vienlīdz ātri, piemēram, kustību traucējumi var mazināties straujāk nekā atjaunoties jušana. Spēja norīt var atjaunoties jau pirmajā mēnesī, turpretī runas spējas var būt traucētas ilgāku laiku. Galvas smadzeņu neskartie rajoni daļēji var pārņemt bojā gājušo apvidu funkcijas. Tomēr nereti pēc insulta var palikt sekas, piemēram, parēze, runas, valodas, jušanas, uzvedības u. c. traucējumi. Insults var izraisīt dažādas pakāpes kustību un jušanas traucējumus, ietekmēt spēju runāt un saprast sacīto, kā arī var radīt uzvedības, domāšanas, atmiņas un emociju traucējumus. Viens no svarīgākajiem pēcinsulta rehabilitācijas mērķiem ir atgūt spēju runāt un saprast citus. (Insults 2008)

Gotfrīds Šlaugs (*Gottfried Shlaug*) Amerikas zinātnes progresa asociācijas gadskārtējā sanāksmē ziņoja par pētījumu, kura rezultāti liecina, ka insulta pacientiem runas spējas vieglāk ir atgūt dziedot. Viņš klausītājiem piedāvāja videoierakstu, kurā bija redzams, kā pacientam ar insulta skartu smadzeņu kreiso puslodi tiek lūgts izrunāt vārdus no dziesmiņas *Happy Birthday to You*. Pacientam tas neizdodas, un viņš tikai ar pūlēm spēj izrunāt dažas skaņas. Pēc tam profesors G. Šlaugs aicina pacientu šos pašus vārdus nodziedāt. Ierakstā redzams, ka pacienta kreisā roka tiek atbalstīta, lai palīdzētu veikt ritmiskus piesitienus sinhroni ar tekstu, un pacients jau pavisam skaidri un saprotami spēj izdzied dziesmas vārdus. (Shlaug u. c. 2010)

Citā ierakstā redzams pacients, kas apguvis spēju izdziedāt vārdus *Man gribas dzert*, bet cits insulta pacients pēc gadiem ilgušiem nesekmīgiem pūliņiem atgūt valodas un runas spējas bija iemācījies nodziedāt savu adresi. Smadzeņu izmeklējumu uzņēmumos redzams, ka pacientiem, kuriem insults skāris smadzeņu kreiso puslodi, kas atbild par vārdiskās informācijas apstrādi, pēc melodiskās intonēšanas terapijas (*Melodic Intonation Therapy – MIT*) vērojamas funkcionālas un strukturālas pārmaiņas smadzeņu labajā puslodē. Lai gan medicīniskajā literatūrā arī iepriekš tikuši aprakstīti gadījumi, kad cilvēki, kas zaudējuši runas spējas, var apgūt prasmi vārdus izdziedāt, G. Šlaugs ir pirmais, kurš veicis klīniskus pētījumus pēc nejaušas atlases metodes.

G. Šlaugs norāda, ka cilvēkiem, kuriem tiek piemērota MIT, nav nepieciešamas iepriekš apgūtas dziedāšanas prasmes. Būtiski ir ņemt vērā ilgo laika periodu, kas paiet valodas un runas spēju atjaunošanai –

strādājot pusotru stundu dienā piecas dienas nedēļā varētu būt vajadzīgi pat 14 līdz 16 gadi, lai apgūtu prasmi izrunāt simt vārdus. Atgūtās runas spējas parasti ir paliekošas, un daļai pacientu vārdu krājumu izdodas papildināt arī patstāvīgi (Shlaug u. c. 2010).

Kaut arī MIT darbības mehānisms nav īsti skaidrs, taču Amerikas Neurozinātņu institūta pētnieka Aniruda Patela (*Aniruddh Patel*) veiktais pētījums liecina, ka valodas gramatiskā apstrāde un mūzikas uztvere smadzenēs zināmā mērā pārklājas (Patel 2008).

G. Šlaugs uzskata, ka mūzika palīdz sasaistīt tos smadzeņu rajonus, kas parasti savā starpā nesadarbojas. Muzicēšana ir multisensora darbība, kas vienlaikus aktivizē un iesaista vairākas smadzeņu sistēmas, tās sasaistot. Savukārt, savienojot motorās roku kustības ar skaņu, ir iespējams veicināt runas spēju atjaunošanu. Tādējādi MIT var palīdzēt daudzu insulta pacientu runas spēju atjaunošanā. (Shlaug u. c. 2010)

Afāzijas ārstēšana ar mūzikas palīdzību – neurofizioloģiskais modelis, MIT, *SIPARI*®

Visa veida afāzijas gadījumos smadzeņu audu bojājumi ir iedzimti vai iegūti. Taču funkcionālais centrālās nervu sistēmas plastiskums dod iespēju daļēji vai pilnībā pārvarēt runas traucējumus. Šajā procesā neskartie nervu audi pārņem funkcijas, kuras normālos apstākļos būtu jāveic bojātajam apgabalam. Dažiem pacientiem afāziskie traucējumi laika gaitā samazinās, bet daži pat pilnībā atveseļojas tādos gadījumos, kad parasti bojājums rada pastāvīgu afāzisku traucējumu. (Geschwind 1972)

Afāzija – runāt nespēja – izpaužas divās pamata formās: (1) nespējā runāt, lai gan runas aparāta funkcija pastāv (motorā afāzija), un (2) nespējā saprast dzirdēto un uzrakstīto (sensorā afāzija). Motorā afāzija rodas, ja ir bojāta galvas smadzeņu pieres daivas garoza. Tādā gadījumā pacients nespēj runāt, taču saprot dzirdēto, dažreiz spēj izteikt atsevišķus vārdus un frāzes. Daļējas motorās afāzijas gadījumā pacients izrunā īsas frāzes, nepareizi veidojot vārdus. Sensorā afāzija rodas, ja ir bojāta galvas smadzeņu deniņu daivas garoza. Šādā gadījumā pacients nesaprot citas personas runu un nespēj kontrolēt savējo, jauc vārdus, burtus un zilbes. Cilvēki ar sensoro afāziju runā daudz, bet nesaprotami, bieži atkārtojot vienu un to pašu, nereti izkropļotu vārdu. Afāzija vienmēr liecina par galvas smadzeņu bojājumu – labrociem kreisajā puslodē, bet kreīliem – labajā. Afāzija parasti ir sastopama vienlaikus ar

agrāfiju – nespēju rakstīt, kaut arī rokas kustības nav traucētas. Īpaša forma ir amnestiskā afāzija, kad pacients nespēj atrast vārdu, ko vēlas izteikt, kā arī neatceras priekšmetu nosaukumus. (Afāzija 2012)

Vairākkārt ir ticis novērots, ka pacienti, kuru runa ir ļoti nopietni traucēta, tomēr pareizi un pietiekami ātri var nodziedāt melodiju ar vārdiem, izmantojot prosodiskus izteiksmes elementus.

M. Paipare un S. Mihailova, balstoties uz teorētiskajiem un praktiskajiem pētījumiem, secina: „Ja pacientam pēctraumas periodā savlaicīgi individuālajā rehabilitācijas programmā nodrošina mūzikas terapiju, tiek sekmēta posttraumatisko seku mazināšana, tostarp runas motoro spēju veicināšana.” (Paipare, Mihailova 2017, 54) To sekmē mūzikas terapijas metožu plašais klāsts un izmantojamība, kā arī iespēja tās pielāgot gandrīz jebkuru neiroloģisko traucējumu, tostarp arī afāzijas, seku mazināšanai.

Pamatojoties uz vienotu smadzeņu darbību un hololoģisko informācijas apstrādi (Clynes (ed.) 1982) afāzijas ārstēšanai ir ticis piedāvāts neirofizioloģiskais modelis – mūzikas izmantošana (Taylor 1989). Šajā modelī mūzika tiek izmantota, lai pārņemtu tās smadzeņu labās puslodes iemaņas, kas saistītas ar mūziku, un palīdzētu atjaunot ar runu saistītas funkcijas, kuras ir tikušas zaudētas smadzeņu kreisās puslodes bojājuma dēļ. Saskaņā ar šo modeli tiek uzskatīts, ka dziedāšanu var atjaunot arī tad, ja smadzeņu kreisās puslodes bojājums ir tai traucējošs. Tāpat tiek pieņemts, ka smadzeņu labās puslodes lietošana, verbāli dziedot, var palīdzēt atgūt nelielas runas spējas gadījumos, kad bojāta smadzeņu kreisā puslode. Smadzeņu labās puslodes izteiktā aktivācija melodijas un harmonijas uztverē rosina domāt par to, ka kontrolēta mūzikas klausīšanās varētu palīdzēt atjaunot runātās valodas sapratni, kas tikusi zaudēta Vernikes zonas bojājuma dēļ. (Taylor 1997)

Tā kā audio un vizuālās izšķiršanas funkcijas, par kurām atbild smadzeņu labā puslode, tiek izmantotas, lai lasītu tekstu un nošu rakstu, tad nošu raksta lasīšana un dziedāšana, nošu raksta lasīšana un instrumenta spēlēšana, kā arī nošu rakstīšana, nodarbinot smadzeņu labo puslodi, varētu būt noderīga afāziskas lasīšanas vai rakstīšanas spējas zaudējumu atjaunošanai (Altenmüller 2006).

Runas spēju uzlabošanai ir nepieciešamas tas pats, kas pareizai dziedāšanai, – pareiza elpošana, skaņu izruna, skaidra dikcija. Tādējādi dziedāšana var būt noderīgs terapijas veids cilvēkiem ar afāziskiem

traucējumiem (Cohen 1993). Turklāt dziedāšana veido arī ritma izjūtu, kas palīdz uzlabot vārdu izrunāšanas spējas pacientiem ar afāziju (Claes Dalloul-Rapmersad, Kollar 1989).

Darbā ar afāzijas pacientiem runas spēju atjaunošanai būtiska nozīme ir iepriekš aprakstītajai MIT. Kā jau minēts, šajā metodē ir ietverta gan atdarinoša, gan atbildes dziedāšana, un tā balstīta uzskatā, ka neskartās smadzeņu labās puslodes funkcijas var tikt izmantotas runas spēju atjaunošanai personām, kurām ir bojāta smadzeņu kreisā puslode (Albert, Sparks, Helm 1973). Ir aprakstīts pētījums (Laughlin, Naeser, Gordon 1979) par MIT lietošanu afāzijas pacientiem. Pētījumā tika iesaistīti pieci dalībnieki. Pētījuma autori izvirzīja hipotēzi, ka afāzijas pacientiem ar bojātu smadzeņu kreiso puslodi un dzirdes apstrādes traucējumiem stāvoklis varētu uzlaboties, ja ilgstoši izmantotu verbālus un neverbālus dzirdes stimulus. Tika salīdzinātas pacientu runas spējas, izmantojot pusotru un divas sekundes garas zilbes. Visi pacienti uzrādīja labus rezultātus, pareizi izrunājot frāzes ar zilbju garumu divas sekundes; otrs labākais rezultāts tika sasniegts ar pusotru sekundi garām zilbēm; vismazākais pacientu skaits runāja ierastu runu bez intonācijas. Pētījuma rezultāti apstiprināja hipotēzi un norādīja, ka mūzikas terapiem, strādājot ar afāzijas pacientiem, nepieciešams izmantot lēnu tempu un palēninātu runu.

Niki Kohena (*Nicki Cohen*) izmantoja elpošanas vingrinājumus, balss vingrinājumus un dziedāšanu, lai uzlabotu runas spējas, samazinot paužu garumus diviem afāzijas pacientiem. Mērķis bija panākt uzlabojumus vokālajā intensitātē, frekvenču diapazonā un vārdu izrunas skaidrībā. Abiem pacientiem paužu ilgums samazinājās attiecīgi par 38 % un 11 %, bet vienam pacientam runas skaidrība palielinājās par 11 %. Frekvenču diapazons ne vienam, ne otram pacientam runāšanas laikā nemainījās. (Cohen 1993)

Visvairāk pētījumu par mūzikas ietekmi runas spēju uzlabošanā pacientiem ar smadzeņu traumām ir veikti smadzeņu kreisās puslodes bojājumu gadījumos. N. Kohena izmantoja ritmu ar mērķi samazināt runas tempu 18 gadus vecai meitenei ar daļēju smadzeņu labās puslodes kraniotomiju un papildu traumu deniņu parietālajā daivā. Pacientei bija runas traucējumi un ar runu nesaistīti uzvedības traucējumi, bet muzikālās spējas nebija traucētas. Pacientes runas tempa samazināšanai tika izmantota mūzika ar 80 sitieniem minūtē un saskaņota ritma kustība, pēc kuras noteica tempu. Rezultātā runas temps samazinājās par 11 %.

Savukārt, izmantojot mainīgu ritmu bez melodijas, tika panākts 28 % palēninājums salīdzinājumā ar sākotnējo tempu. (Cohen 1988)

Monika Jungbluta (*Monik Jungblut*) izveidoja uz pierādījumiem balstītu mūzikas terapijas metodi *SIPARI*® (abreviatūra no vācu valodas vārdiem), lai uzlabotu valodas un runas motorās spējas pacientiem, kas cieš no hroniskas afāzijas. Metode ir balstīta uz sešiem pamatelementiem:

- *Singing* (dziedāšanu),
- *Intonation* (intonēšanu),
- *Prosody* (prosodiju – runas dališanu atsevišķos elementos un šādu elementu savienošānu, izmantojot uzsvarus, runas ritma maiņas, pauzes u. tml.),
- *Atmung* (elpošanu),
- *Rhythm* (ritmu),
- *Improvisation* (improvizāciju).

Ārstēšanas mērķi ietver lingvistisko, motoro un kognitīvo funkciju pilnveidi, tādējādi atbalstot runas motorikas spējas, kā arī plānošanas un secības noteikšanas spējas, kas veido arī pamatu valodas sistēmiskajiem procesiem (*SIPARI* 2019).

Pēc M. Jungblutas novērojumiem, cilvēka balss veido vistiešāko saikni starp mūziku un valodu. Tāpēc *SIPARI*® terapijas galvenā daļa ir speciāli strukturēta programma – ritmiski melodisks balss treniņš, kurā pakāpeniski variē vokalizācija, kā arī melodiskie un ritmiskie komponenti kombinācijā ar skaņām, zilbēm, vārdiem un frāzēm (prosodija). Papildus tam tiek izmantoti vokāli un/vai instrumentāli ritmiski kognitīvie vingrinājumi, kas veicina valodas plānošanas un vārdu secības noteikšanu. Vienlaikus tiek atbalstīta arī sociālā interakcija, muzikāli komunicējot ar instrumentiem (improvizējot), kur muzicēšana neprasa iepriekšēju muzikālo sagatavotību. Metode izmēģināta sadarbībā ar Vitenes/Herdekas Universitātes (*Witten/Herdecke University*) Medicīnas fakultāti. (*SIPARI* 2019)

Nejaušā, kontrolētā grupu pētījumā ar pacientiem, kuri cieš no hroniskas afāzijas (vidējais afāzijas ilgums 11,5 gadi), izmantojot *SIPARI*® un veicot rezultātu novērtēšanu ar standartizētu valodas procedūras testu (*Achener Aphasie Test*), 75 % pacientu tika konstatēti valodas un runas motoro spēju būtiski uzlabojumi (Bradt u. c. 2010). Starptautiskā salīdzinājumā šis pētījums tiek minēts kā vienīgais, kas pierādījis *SIPARI*® uzlabojošo ietekmi uz hroniskas afāzijas pacientu

runas spējām. Tajā pašā laikā ir veikts atsevišķs gadījuma pētījums, kas pierāda šīs metodes pārlicinošo efektivitāti, ārstējot hroniskas afāzijas pacientus, kā arī pacientus, kuriem vienlaikus ir runas apraksija – nespēja veikt mērķtiecīgu motorās runas darbību.

Nobeigums

Mūzikas terapijā Latvijā šobrīd tiek attīstīta integratīvi eklektiskā pieeja. Šī pieeja dod iespēju izmantot gan radošās mūzikas terapijas metodes un tehnikas, gan receptīvās, ar uztveri saistītās tehnikas, kuru pamatā ir mūzikas klausīšanās. Mūzikas instrumentu spēle un pat tikai mūzikas klausīšanās vien var radīt neiroplastiskas izmaiņas smadzenēs, izraisot kompensatoro mehānismu aktivizāciju, bet klientam vēlamas un patīkamas mūzikas klausīšanās laikā izstrādājas dopamīns, kas nepieciešams jaunu neironu savienojumu izveidei smadzenēs.

Bērniem ar runas un valodas traucējumiem vairāk piemērota ir radošā mūzikas terapija, kura veicina resursu „izcelšanu”, muzicēšanu, izmantojot vokālu un instrumentālu dialogu, tehnikas runas motorikas attīstībai, elpošanas vingrinājumus, kā arī vārdu krājumu papildināšanas tehnikas. Pacientiem ar stostīšanos vislielāko ietekmi traucējuma mazināšanai sniedz vokalizācijas, kā arī dziedāšanas un ritma vingrinājumu izmantošana. Palīdzošas ir arī relaksācijas tehnikas. Savukārt, afāzijas pacientiem un pieaugušajiem pacientiem pēc insulta ieteicama ir MIT, *SIPARI*®, mūzikas klausīšanās, kā arī muzicēšana gan individuālajā terapijā, gan grupās.

Literatūra

Afāzija 2012 = Afāzija. *medicine.lv*, 02.04.2012 [skatīts 2019. g. 3. maijā].
Pieejams: https://medicine.lv/raksti/afazija_pme

Albert, Sparks, Helm 1973 = **Albert, Martin L., Sparks, Robert W., Helm, Nancy A.** Melodic Intonation Therapy for Aphasia. *Archives of Neurology*, 1973, 29(2), 130–131. Pieejams arī: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4717723>

Altenmüller 2006 = **Altenmüller, Eckart.** Musikwahrnehmung und Amusien. Hans-Otto Karnath, Peter Thier (eds.). *Neuropsychologie*. Heidelberg: Springer Verlag, 2006, 439–449.

Andrews u. c. 1982 = Stuttering: Speech Pattern Characteristics under Fluency-Inducing Conditions. **Gavin Andrews, Pauline M. Howie, Melinda Dozsa, Barry E. Guitar.** *Journal of Speech and Hearing Research*, 1982, 25(2), 208–216. Pieejams arī: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7120960>

Beiträge zur Musiktherapie 2007 = *Beiträge zur Musiktherapie*. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie, 2007.

Bradt u. c. 2010 = Music Therapy for Acquired Brain Injury. **Joke Bradt, Wendy L. Magee, Cheril Dileo, Barbara L. Wheeler, Emer McGiloway.** *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010 [skatīts 2019. g. 5. maijā.]. Pieejams: <http://www.temple.edu/boyer/research-center/documents/abireview.pdf>

Claes u. c. 1989 = The Role of Music and Music Therapy in the Rehabilitation of Traumatically Brain Injured Clients. **Claes, M., Miller, A., Dalloul-Rampersad, R., Kollar, M.** *Music Therapy Perspectives*, 1989, 6, 71–76.

Clynes (ed.) 1982 = **Clynes, Manfred** (ed.). *Music, Mind and Brain: The Neuropsychology of Music*. New York: Plenum Press, 1982.

Cohen 1988 = **Cohen, Nicki S.** The Use of Superimposed Rhythm to Decrease the Rate of Speech in a Brain-Damaged Adolescent. *Journal of Music Therapy*, 1988, 25(2), 85–93. Pieejams arī: <https://psycnet.apa.org/record/1989-12560-001>

Cohen 1993 = **Cohen, Nicki S.** The Application of Singing and Rhythmic therapeutic Instruction as a Therapeutic Intervention for Persons with Neurogenic Communication Disorders. *Journal of Music Therapy*, 1993, 30 (2), 81–99.

Colcord, Adams 1979 = **Colcord, Roger D., Adams, Martin R.** Voicing Duration and Vocal SPL Changes Associated with Stuttering Reduction During Singing. *Journal of Speech and Hearing Research*, 1979, 22 (3), 468–479. Pieejams arī: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/502508>

Davidow, Bothe, Andreatta, Ye 2009 = Measurement of Phonated Intervals During Four Fluency-Inducing Conditions. **Jason H. Davidow, Anne K. Bothe, Richard D. Andreatta, Jun Ye.** *Journal of Speech and Language Hearing Research*. 2009, 52(1), 188–205. Pieejams arī: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18664700>

Geschwind 1972 = **Geschwind, Norman.** Language and the Brain. *Scientific American*, 1972, 226 (4), 7–83. Pieejams arī: <https://psycnet.apa.org/record/1972-28413-001>

Hadaņonoka, Hadaņonoka 2013 = **Hadaņonoka, Irēna, Hadaņonoka, Linda.** *Sociālā pedagoga palīdzība bērniem ar valodas sistēmas traucējumiem*. Rīga: N.I.M.S., 2013.

Healey, Mallard, Adams 1976 = **Healey, Charles E., Mallard, Alexandre R., Adams, Martin R.** Factors Contributing to the Reduction of Stuttering During Singing. *Journal of Speech and Hearing Research*, 1976, 19(3), 475–480. Pieejams arī: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/979210/>

Insults 2008 = *Insults. Tas jāzina katram*, 2008 [sk. 2019. g. 6. apr.]. Pieejams: https://www.aslimnica.lv/sites/default/files/satura_faili/insults.pdf

Juslin, Sloboda 2010 = **Juslin, Patrik N., Sloboda, John A.** *Handbook of Music and Emotion: Theory, Research, Applications*. New York: Oxford University Press, 2010.

Koelsch 2014 = **Koelsch, Stefan.** Brain Correlates of Music-Evoked Emotions. *Nature Reviews Neuroscience*, 15, 2014, 170–180. Pieejams arī: <https://www.nature.com/articles/nrn3666>

Korsakova-Kreyn 2019 = **Korsakova-Kreyn, Marina.** Language of Music and Its Psychophysical Foundations (Review). *Sovremennye Tehnologii v Medecine*, 2019, 11(1), 40–45. Pieejams arī: https://www.researchgate.net/publication/332051134_Language_of_Music_and_Its_Psychophysical_Foundations_Review

Laughlin, Naeser, Gordon 1979 = **Laughlin, Susan A., Naeser, Margaret A., Gordon, William P.** Effects of Three Syllable Durations Using the Melodic Intonation Therapy Technique. *Journal of Speech and Hearing Research*, 1979, 22(2), 311–320. Pieejams arī: <https://pubs.asha.org/doi/10.1044/jshr.2202.311>

Liepiņa 2003 = **Liepiņa, Skaidrīte.** *Speciālā psiholoģija (bērni ar garīgās attīstības traucējumiem)*. Rīga: RaKa, 2003.

Ļubļinska 1979 = **Ļubļinska, Anna.** *Bērnu psiholoģija*. Rīga: Zvaigzne, 1979.

Orska, Olutnika (red.) 2008 = **Orska, Rita, Olutnika, Alla** (red.). *Bērns ar attīstības traucējumiem vispārējās izglītības iestādē : mācību līdzeklis*. Rēzekne: Rēzeknes Augstskola, 2008.

Paipare 2011 = **Paipare, Mirdza.** Mūzikas terapija. Kristīne Mārtinsone (sast.). *Mākslu terapija*. Rīga: RaKa, 2011, 340–369.

Paipare, Mihailova 2017 = **Paipare, Mirdza, Mihailova, Sandra.** Trauma and Its Rehabilitation in Music Therapy Practice. Paulo Alberto da Silva Pereira, Osman Titrek, Gözde Sezen Gültekin (eds.). *ICLEL, 2017: Abstract Book*. 3 rd International Conference on Lifelong Education and Leadership for All, 2027, 54 [skatīts 2019. g. 6. apr.]. Pieejams:

https://docs.wixstatic.com/ugd/d546b1_9ccf427c6ef14b28b4c22c04dc3e515d.pdf

Patel 2008 = **Patel, Aniruddh.** *Music, Language, and the Brain*. Oxford: Oxford University Press, 2008.

Paul 1991 = **Paul, Rhea.** Profiles of Toddlers with Slow Expressive Language Development. *Topics in Language Disorders*, 11(4), 1991, 1–13. Pieejams arī: https://digitalcommons.sacredheart.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=1069&context=speech_fac

Puga n.d. = **Puga, Evija.** *Stostīšanās*, n.d. [sk. 2019. g. 23. apr.]. Pieejams: <http://logopeds.info/stostisanas/>

Rescorla 1989 = **Rescorla, Leslie A.** The Language Development Survey. A screening tool for language delay in toddlers. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, 1989, 587–599.

Roge, Mēlere 2003 = **Roge, Jans Ūve, Mēlere, Betina.** *Citādi bērni: kā saprasties ar bērniem, kuri neietilpst valdošo priekšstatu rāmjos*. Tulk. Nīna Opmane. Rīga: Jumava, 2003.

Schlaug, Marchina, Norton 2009 = **Schlaug, Gottfried, Marchina, Sarah, Norton, Andrea.** Evidence for Plasticity in White-Matter Tracts of Patients with Chronic Broca's Aphasia Undergoing Intense Intonation-based Speech Therapy. *Annals of the New York Academy of Science*, 1169, 385–394. Pieejams arī: <https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1749-6632.2009.04587.x>

Schlaug u. c. 2010 = From Singing to Speaking: Facilitating Recovery from Nonfluent Aphasia. **Gottfried Schlaug, Andrea Norton, Sarah Marchina, Lauryn Zipse, Catherina Y. Wan.** *Future Neurol*, 2010, 5(5), 657–665. Pieejams arī: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2982746/>

Shira 2008 = **Shira, Erika.** *Music Therapy Interventions for Improving Fluency Among People Who Stutter*, 2008 [sk. 2019. g. 19. apr.]. Pieejams: <http://www.mnsu.edu/comdis/isad11/papers/shira11.html>

SIPARI 2019 = *SIPARI*®: *Musik-Suported Training for Patients with Language and Motor Speech Disorders*, 2019 [sk. 2019. g. 3. maijā]. Pieejams: <http://www.sipari.com/>

Stager, Jeffries, Braun 2003 = **Stager, Sheila V., Jeffries, Keith J., Braun, Allen R.** Common Features of Fluency-Evoking Conditions Studied in Stuttering Subjects and Controls: An H(2)15O PET Study. *Journal of Fluency Disorders*, 2003, 28(4), 319–335. Pieejams arī: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14643068>

Stegemöller 2017 = **Stegemöller, Elizabeth.** *Music Therapy and Its Impact on the Brain*, 2017 [sk. 2019. g. 4. apr.]. Pieejams: <https://www.youtube.com/watch?v=b5pe7KzRwog>

Stostīšanās 2018 = Stostīšanās: Simptomi, cēloņi, ārstēšana. *medicine.lv*, 13.07.2018 [sk. 2019. g. 30. apr.]. Pieejams: <https://medicine.lv/raksti/stostisanas-simptomi-celoni-arstesana-421f3be43b>

Taylor 1989 = **Taylor, Dale B.** A Neuroanatomical Model for the Use of Music in the Remediation of Aphasic Disorders. *Rehabilitation, Music and Child Development*. Saint Louis: MMB, Music, Inc., 1989, 241–253.

Taylor 1997 = **Taylor, Dale B.** *Biomedical Foundations of Music as Therapy*. St. Louis, MO: MMB Music, 1997.

Tereško u. c. 2013 = *Bērns ar garīgās attīstības traucējumiem ģimenē* : metodiskais materiāls vecākiem. **Aija Tereško, Aija Kondrova, Mārīte Rozenfelde, Ieva Želve.** Rīga: VISC, 2013.

Tomele 2012 = **Tomele, Gundega.** *Stostīšanās*, 06.03.2012 [sk. 2019. g. 19. apr.]. Pieejams: <logopedi.lv/faili/faili/stostisanas.ppt>

Tūbele 2002 = **Tūbele, Sarmīte.** *Skolēna runas attīstības vērtēšana*. Rīga: RaKa, 2002.

Summary

Language is the most important instrument of communication that permits to express thoughts, feelings, sensations, desires and needs and to describe and comprehend emotions. Music without words can evoke strong emotional reactions by directly affecting emotional centres in the brain. Playing of music instrument or even listening to music can create neuroplastic changes in brain by activating compensatory mechanisms. Whereas during the listening to the music that is pleasant and preferred by the client, dopamine is released which is necessary for creating new neuron connections in the brain. Music therapy provides possibilities of effective treatment, the decrement of complications and disorders, as well as learning and recovering of skills for both children and adults with various speech and language disorders.

In Latvia the integrative eclectic approach is being developed in music therapy. It permits to apply both creative music therapy methods and techniques and receptive techniques that are based on listening to music. For children with speech and language disorders more suitable are creative music therapy techniques that facilitate the awareness of oneself and one's resources, the improvement of interaction, cooperation and communication skills, emotional expressions and control, the development of the speech motor system and the improvement of language skills.

Music therapy is one of the few treatment possibilities that includes simultaneous work on improving motor skills and recognition of emotional difficulties and their solving. It is essential for patients that stutter to get help in correcting along with the psychological and emotional support and help. For patients after a stroke and with aphasia of various origins recommended and effective for recovering and improving speech and language skills are Melodic intonation therapy, SIPARI®, listening to music, as well as playing music in both individual and group therapies. Playing music as multisensory activity which activates and connects such areas and systems in the brain that normally are not working together. Therefore, it can stimulate the overtaking of the lost skills by non-damaged brain parts and restores speech and language skills.

Keywords: speech and language developmental disorders, music therapy, integrative eclectic approach, neuroplasticity, stuttering, stroke.

RAKSTS IV

MŪZIKAS KLAUSĪŠANĀS STARPDISCIPLINĀRĀ SKATĪJUMĀ

Music Listening in Interdisciplinary View

Mirdza Paipare

Liepāja University, Latvija

Abstract. *Very few researches focus on music as an activity and most often it is linked to music perception, therefore – music psychology. Similarly the theories on this question are developed. Interrelations between music therapy and music psychology, as well as the role of listening and music listening in music pedagogy, psychology and music therapy are little researched. The goal of this article is to intentionally draw attention to the significance of this very common thing in our everyday lives – listening – in communication, development of cognitive and phenomenological skills and abilities (perception, recognition, describing, explaining). These skills and abilities are necessary in the work of pedagogue and psychologist, and especially music therapist.*

Key words: *listening types, music listening, music therapy.*

Ievads

Introduction

Mūziku dzirdēt un klausīties nav viens un tas pats – iekšējo psihisko procesu ziņā ir liela atšķirība starp „dzirdēt” un „klausīties” (Nelsone & Paipare, 1992). Dzirdēt – tā ir fiziska spēja apzināties vai uztvert skaņu ar dzirdes receptoriem, nepievēršot tai papildus uzmanību. Klausīties savukārt nozīmē pievērst uzmanību skaņām, ko dzird, koncentrēties uz skaņu. Cilvēks nevar kontrolēt, vai viņš dzird skaņu, viņš var izlemt, vai klausīties skaņās (Schacter, Gilbert, & Wegner, 2011). Mūzikas klausīšanās ir dinamisks process, kas izraisa sarežģītu garīgo un intelektuālo darbību, jo tas no personas prasa piepūli un koncentrēšanos – dzirdētais ir jāuztver, jāsaprot un jāpatur atmiņā. Paralēli šis process pilnveido uztveres prasmi, koncentrēšanās spēju un emocionālo atsaucību. Var uzskatīt, ka tieši mūzikas klausīšanās veido muzikālajai attīstībai nepieciešamo primāro pieredzi – muzikālās pieredzes pamatu. Mūzikas klausīšanās dod iespēju iepazīstināt klausītāju ar daudzveidīgiem skaņdarbiem un to vērtību, bagātināt viņa muzikālo pieredzi un mācīt sevis izteikšanu mūzikas pavadībā. Skaņdarbs kā informācijas sniedzējs ietekmē cilvēka prāta, jūtu un gribas attīstību, vienlaikus sniedzot zināšanas, prasmes, iemaņas, veidojot attieksmi un iekšējo motivāciju,

kā arī apmierina pašizteikšanās un pašapliecināšanās vajadzības (Krasinska, 1979; Mackēviča, 2001). Skaņdarba klausīšanās laikā var aktīvi izmantot iztēli, asociāciju, uzmanību, atmiņu un citas prāta spējas, kā arī attīstīt abstrakto un konkrēto domāšanu, gaumi un asprātību, koncentrēšanos un uzmanību (Deutsch, 1999). Klausīšanās procesā savijas uztverto muzikālo skaņu un saskaņu skaistums, klausītāja iepriekšējā pieredze un atbildes reakcija, kura izraisa muzikālo tēlu attīstību. Atbildes reakcija ir atkarīga no tā, cik zinošs un sagatavots ir klausītājs.

Šodien mūzika un tās klausīšanās ir viena no svarīgākajām problēmām mūzikas pedagogijā un psiholoģijā, tā skar gan komponistu, gan izpildītāju un klausītāju, un no šī viedokļa dalās mūzikas radošajā (komponists), atskaņotājmākslinieka (izpildītājs) un klausītāja uztveres psiholoģijā (arī šī uztvere daļēji ir "līdzradīšana"¹). Mūzikas klausīšanās zinātniskajā literatūrā tiek definēta arī kā muzicēšana (angl. *musicng*) (Small, 1998). Mūzikas uztveri, tātad arī klausīšanos, ietekmē gan muzikālie, gan ārpus muzikālie faktori. Katru cilvēku, kurš klausās mūziku, ietekmē dažādi muzikālie faktori, kuri arī nosaka izmaiņas tajā, kā cilvēks klausās mūziku, ko viņš klausās, cik bieži klausās, cik skaļi, un kopumā – cik lielā mērā tiks ietekmēta viņa labizjūta. Tie ir mūzikas klausīšanās tiešie ietekmes faktori un ārpus muzikālie ietekmes faktori (Bastian, 2000). Mūzikas klausīšanās ietekmes tiešie faktori jeb mūzikas pamatelementi un izteiksmes līdzekļi, kuri atstāj zināmu ietekmi uz cilvēku, ir mūzikas žanrs/stils, skaņkārta, ritms, metrs, temps, melodija, harmonija, dinamika, tembrs, instrumentācija. Ārpus muzikālie faktori sevī ietver individuālos faktoros un situatīvos faktoros.

Raksta mērķis ir apzināti pievērst uzmanību ikdienā tik parastas lietas, kā klausīšanās, nozīmei saskarsmē, kognitīvo un fenomenoloģisko spēju un prasmju (uztvere, atpazīšana, aprakstīšana, izskaidrošana) attīstībā. Šīs spējas un prasmes nepieciešamas gan pedagoga, gan psihologa, bet īpaši mūzikas terapeita darbā.

Ārpus muzikālo mūzikas klausīšanās ietekmes faktoru iedalījums *Classification of influencing non-musical factors in music listening*

Iedalījums ir autores veidots, pamatojoties uz M. Paipares starptautiskās zinātniskās konferences materiāliem.

- 1) **Individuālos faktoros** veido cilvēka vecums, dzimums, personības tips un raksturs, mūzikas priekšroka/preference, garastāvoklis, veselības stāvoklis, ģimenes statuss, sociālais statuss, iegūtā izglītība, audzināšana, reliģiskā, kultūras piederība, iedzimtība, domas, asociāciju un iztēles bagātums, u.c.

¹ Arī mūzikas klausīšanas zinātniskajā literatūrā tiek saprasta kā muzicēšana (*musicng*) (Small, 1998)

2) **Situatīvos faktorus** veido: laiks, vieta, interjers, sociālā vide, akustiskā vide, neformālas grupas, mediji, u.c. (Paipare, 2012)

Praktiskajā pedagoga un mūzikas terapeita darbā galvenā uzmanība ir atvēlēta prasmei klausīties, taču veidi kā mēs klausāmies joprojām nav pietiekami izpētīti. Nesenā “skaņu pieeja” aktualizēja jaunus fenomenoloģiskos un gnozeoloģiskos jautājumus un metodoloģijas attiecībā uz skaņu, klausīšanos un tradicionālo skaņu uztveres veidu izvērtēšanu.

Uzsvars praktiskajos pētījumos ir vērsts vairāk uz sadarbības pieeju ar mērķi saprast citu piedzīvoto muzikālo pieredzi un reflektīvo metodoloģiju, kas ietver vērtību izpēti, pieņēmumus un prāta ieradumus, kurus cilvēks praktiski pielieto (Titon, 2008).

Helena O'Shea (2017) secina, ka *refleksīva un atvērta klausīšanās* praktiskajos pētījumos sevi pierāda kā pārāku par *koncentrētāku un analītisku klausīšanos*.

Klausīšanās ir īpašs veids, kā atrasties pasaulē un atzīt mūsu attiecības ar apkārtējo pasauli un cilvēkiem tajā. Mūsu ikdienas uzskati par to, kas ir labs klausītājs balstās uz Aristoteļa koncepta par cilvēku komunikāciju kā tikumu, kas nav ne pārspīlēts, ne nepietiekams un ir labu nodomu motivēts. Džons Djūvijs (*John Dewey*) apraksta *operacionālo klausīšanos* darījumu klausīšanās (*transactional listening*) visās balsīs sarunas laikā, lai nodrošinātu sadarbību (Waks, 2011). Mārtina Būbera (*Martin Buber*) *receptīvais klausītājs* “pieņem” runātāju ar nedalītu uzmanību, lai saprastu viņu, tā vietā, lai ierobežotu sapratni, koncentrējoties uz paša klausītāja raizēm (Gordon, 2011).

Analītiskā klausīšanās, kas ir atvasināta no Platona filozofiskās prakses, ir pilnīgi pretēja un koncentrējas uz jautājuma, kas sagādā raizes klausītājam, noskaidrošanas, izjautājot sarunu biedru, kā arī bieži viņu pārtraucot, izdarot slēdzienus un tad tos kritiski izvērtējot. Šis dialektiskais process balstās uz klausīšanos, kas ir gan analītiska, gan logocentriska² (O'Shea, 2017).

Kad klausāmies mūziku, mēs neuztveram tikai patvaļīgas skaņu secības, bet gan ritmisko un melodisko vienību hierarhiskos līmeņus. Ēriks Klarks (Clarke, 1988) pievērš uzmanību diviem dažādiem mūzikas atskaņošanas virzieniem, atkarībā no tā vai mūzika ir (iepriekš) komponēta vai tiek atskaņota vai improvizēta³.

Viens aspekts – mūzikas (muzikālā) struktūra tiek attēlota/reprezentēta, iesaistot mūsu motoro sistēmu, atskaņojot/spēlējot šīs mūzikas struktūras, kas mums ir prātā.

Otrs aspekts – mūzikas izpildījuma izteiksmīgums pievērš uzmanību un

² Logocentrisms ir uzskats, ka valoda spēj attēlot realitāti. Aristoteļa pieeja, savukārt, darbībā ir mazāk vērsta uz runātāju pašu, bet gan viņa runas saturu.

³ Mūzikas terapijā improvizācija ir viena no pamatmetodēm. Literatūrā bieži: *klīniskā improvizācija*

atklāj izpratni par skaņdarba muzikālo struktūru. N.Kuks (Cook, 1990) tādējādi diferencējis “muzikālo” un “muzikoloģisko” klausīšanos.

Muzikālā klausīšanās ir klausīšanās priekam, kas dod iespēju klausītājam aizmirsties mūzikā. Šī mūzikas klausīšanās īpatnība ļauj it kā `ieiet` citā realitātē⁴ un tā nav duālistiska, tajā mūsu apziņa ir it kā savādāka – tā atdala mūziku no realitātes un ārējās pasaules.

Muzikoloģiskā klausīšanās attiecas uz jebkuru klausīšanos ar noteiktu mērķi. Tā atklāj faktus par mūziku, stila un struktūras aspektus, atskaņošanas tehniskās īpatnības, kā arī formulē teorijas par mūziku. N.Kuks (Cook) un E. Klārks (Clark) ir nonākuši pie secinājuma, ka mūzikas terapeits klausās ne tikai muzikāli un/vai muzikoloģiski, bet personāli un interpersonāli, t.i. visādi, kas iespējo pilnīgu klausīšanās pieredzi (Pavlicevic, 2005).

Literatūrā ir atrodamas vairākas hipotēzes par mūzikas ietekmi uz emociju un uzvedības maiņu, bet precīzs mehānisms joprojām nav noskaidrots. Fizioloģiski mūzika, šķiet ietekmē tikai klausīšanās uztveri, taču izjūtu izpausmes pārsniedz klausīšanos (Solanki, 2012). Muzikālās aktivitātes un pieredze, kas ir piepildīta ar emocionālām asociācijām, var pamodināt un mainīt dažādas emociju izpausmes (MacRae, 1992, citēts pie Solanki, 2012). Atsaucoties uz M. Steklera (*Steckler*) un S. Najaka (*Nayak*) veiktajiem pētījumiem par mūzikas terapijas efektivitāti, Solanki ir secinājis, ka „mūzikas ritms spēj strukturēt uzvedību vienlaicīgi, ietekmējot emocijas un mainot tādas fizioloģiskas funkcijas kā sirds ritmu, muskuļu tonusu, asinsspiedienu un elpošanu” (citēts pie Solanki, 2012).

M. Solanki ar kolēģiem savā pētījumā ir apskatījuši arī vairāku citu mūzikas terapeitu pētījumus (Sacks, 2006; Peretz & Zatorre, 2005; Koelsch et al., 2006), kuri rāda, ka mūzikas klausīšanās palielina kognitīvās un emocionālās izpausmes, kas atspoguļojas dažādos neironu savienojumos, un mūzika ir pazīstama kā viena no visspēcīgākajiem dzirdes stimulācijas avotiem uz cilvēka smadzenēm. Tādi autori kā P. Apdaike (Updike, 1990), J. Kaminskis (Kaminski, 1996) un O. Lī ar kolēģiem (Lee, 2005) katrs savā neatkarīgā pētījumā ir apskatījuši veģetatīvās nervu sistēmas izmaiņas mūzikas ietekmē un secinājuši, ka mūzikas ietekmē parasimpātiskā nervu sistēma sāk dominēt pār simpātisko nervu sistēmu, kā rezultātā organisms nomierinās, elektroencefalogrammā tas parādās kā alfas smadzeņu viļņu frekvenču palielināšanās, un fizioloģiski izpaužas muskuļu relaksācijā ar regulāru dziļo elpošanu un pazeminātu pulsu (citēts pie M. Solanki 2012).

Klausīšanās veidi un to klasifikācija ietver aktīvo, produktīvo, uzmanīgo u.c. D. Diderihsens⁵ (*Diedrich Diederichsen*) runā par četriem klausīšanās tipiem: rekonstruktīvais, referenciālais, "ritmiski-telpiskais," un "ekspresīvi-

⁴ Mūzikas terapijā šādu stāvokli sauc: mainītas apziņas stāvoklis

⁵ Diederrichtsens D. Listening, Listening again, Qouting. BBooTTSSLL## 52 0210413 M JAUrn 2100 1122:3329 PPM

dinamiskais". Mēs klausāmies jaunas skaņas vai dziesmas, garīgi tās rekonstruējot, tas ir, imanentā (iekšējā, tikai prātā notiekošā) veidā. Bet mēs klausāmies to, ko mēs jau zinām "attieciņi" (referenciāli) – tas ir, attiecībā uz citu vietu un laiku, vienalga vai tas būtu objektīvs, skaidri formulējams piemērs, vai mazāk loģiska, subjektīva sastapšanās.

Savā "Jaunās Mūzikas Filosofijā" (angļu. *Philosophy of New Music*) Teodors V. Adorno (Theodor W. Adorno) izšķir divus klausīšanās tipus: "ritmiski-telpisko," un "ekspresīvi-dinamisko". Pirmajā, tā kā ritms "virtuāli pārtrauc" laiku, sadalot to vienādās taktīs, tas padara mūziku telpisku, tāpat arī klausītāji, kas seko līdz ritmam. Savukārt, otrais klausīšanās tips koncentrējas uz laika apstrādi ar paša dziedāšanas spējām kā izejas punktu. Abi tipi pieder pie "rekonstruktīvās klausīšanās", kas virza klausītāju līdz mūzikai. Šai ziņā, tie ir kā "nefokusēta" klausīšanās – klausīšanās pēc kaut kā jau pazīstama, kas koncentrējas uz neesamību (piemēram, kādu iepriekšējo klausīšanās pieredžu apstākļu trūkums). Šīs klausīšanās identificējošās formas rada attiecības starp dotajiem muzikālajiem vēstījumiem un trūkstošo saturu, kā, piemēram, pirmās audiālās pieredzes notikuma vieta, dažādos, ļoti atšķirīgos veidos.

Mūzikas terapeita praksē mūzikas klausīšanos var klasificēt dažādi. Mūzikas terapijā: klausīšanos var aplūkot arī kā intervences terapeitisku kvalitāti.

Līdzās sociālpsiholoģijas attīstībai arī mūsdienu mūzikas terapijā parādās tendences saprast mūziku kā "emocionālu komunikācijas formu", kā "kontaktlīdzekli", kura terapeitiskā iedarbība pamatojas tā "komunikatīvajā funkcijā".

Mūzikas terapija: klausīšanās kā terapeitiska kvalitāte

Music therapy: listening as a therapeutical quality

Mūzikas terapijas prakse pie mums, Latvijā, ir vēl ļoti jauna, it īpaši – tās zinātniskajā un praktiskajā veidā. Īsumā var raksturot dažus, praksē jau pārbaudītus, mūzikas terapeitiskos aspektus.

Kā zināms, vai ikkatra psihiska jeb somatiska saslimšana ierobežo, apgrūtina pacienta dzīvi. Slimniekam uz laiku jāatsakās no sava darba, ierastās vides un saskarsmes. Šādās un līdzīgās situācijās iespējams izmantot sekojošas mūzikas terapijas koncepcijas: psihoanalītisko (uz Freida un Junga teorijām balstīto), regulatīvo (K. Švābes (*Schwabe*) muzikālās relaksācijas un refleksijas teorijas) un radošo (P. Nordofa un K. Robinsa aktīvas muzikālās darbošanās – muzicēšana un dialogu veidošana)⁶. Mūzikas klausīšanās šajās terapijās tiek lietota gan tās aktīvajā, gan arī receptīvajā veidā.

⁶ Vairāk var lasīt: Paipare, M. (2011). Mūzikas terapija. No: *Mākslu terapija*. Sast. K. Mārtinsone. Rīga, RaKa. 340.lpp

Aktīvās klausīšanās metode radošās terapijas procesā nozīmē, ka pacients un terapeits veido, piemēram, muzikālu dialogu, abiem pārmaiņus muzicējot. Te izmanto dažādus instrumentus ar atšķirīgiem tembriem un skaņas augstumiem; veidot saskanīgu dialogu nozīmē “atbildēt” līdzīgā tembrā un skaņas augstumā, adekvāti reaģēt uz mūzikas raksturu. Tādējādi mūzika kļūst par svarīgu neverbālu komunikācijas līdzekli ar emocionālu iedarbību pat tādos gadījumos, kad vārdiskas sarunas nav iespējamas. Tā kā mūzikas iedarbība notiek ar smadzeņu zemgarozas sistēmu palīdzību, tad tās uztverei un reproducēšanai ir lielas priekšrocības. Mūzika spēj kompensēt arī emocionālu diskomfortu kritiskās situācijās.

Receptīvā ar uztveri saistītā klausīšanās nozīmē, ka pacients nesaņem uzdevumu tieši ieklausīties mūzikā, lai spētu spriest, analizēt vai izteikties par to, bet mūzikas skanējums veido terapeita prasmīgi ievirzītu skaniski emocionālo fonu pacienta atbrīvošanai, domu un asociāciju raisīšanai, kam var sekot vēlme un iespēja pašizteikties, pašapliecināties fantāzijas tēlos. Šī pašizteikšanās var liecināt par pacienta psiholoģisko stāvokli, domāšanas veidu, kompleksiem vai brīvību, bet vienlaikus darboties arī kā emocionāls vai sasprindzinājuma “ventilis”, kad uzkrātās problēmas, negatīvās emocijas u.tml. psiholoģiskais diskomforts netieši tiek likvidēts vai mazinās.

Līdzīgas metodes un paņēmienus meklē un pielieto mūzikas terapeiti, kuri darbojas pēc citām pieejām un skolām: psihoanalītiskajā, regulatīvajā, A. Tomatis terapijā un citās. Tātad mūzikas klausīšanās iespējas un tās iedarbības aspektu izmantošana vēl nebūt nav izsmelta vai pilnībā izpētīta, tomēr skaidras dažas būtiskās nostādnes: aktīva, labvēlīga tā sauktās "klasiskās" mūzikas klausīšanās cilvēku bagātina visdažādākajos veidos – no tīri fizioloģiskā vai bioloģiskā, līdz emocionālajam un augsti intelektuālajam. Saprast un pamatot šīs daudzveidīgās iedarbības mehānismus, prast pielietot tos pedagoģiskajā un psiholoģiskajā praksē mūzikas terapijā nozīmē palīdzēt pilnvērtīgas, harmoniskas personības veidošanā, kas ir veselīgas sabiedrības priekšnoteikums. Ne velti senatnes domātāji – Aristotelis un Platons, arī stoīķi – uzskatīja, ka mūzika un muzicēšana ir valstiski svarīga nodarbe. Gluži citādi mūzikas klausīšanās process tiek aplūkots mūzikas terapijas zinātniskajos pētījumos, kur tiek runāts par klausīšanās sekvencēm un perspektīvām.

K. Arnasone (*Carolyn Arnason*) apraksta pētījumu procesu un rezultātus kvalitatīvam pētījumam (intervijas), kas veikts 2 gadu laikā ar pieredzējušiem mūzikas terapeitiem, kuri darbā pielieto klīnisko improvizāciju kā metodi. Pētījuma primārais mērķis bija atklāt, kā mūzikas terapeiti klausās klīniskās improvizācijas, kuras kopīgi veidojuši ar saviem klientiem/pacienti.

Balstoties uz interpretatīvo analīzi, K. Arnasone izdala piecus klausīšanās veidus mūzikas terapijā. Tos varētu apzīmēt vienkārši kā klausīšanās līmeņus, kuros pieredzējuši mūzikas terapeiti klausās klīniskās improvizācijas no dažādiem

aspektiem un ar dažādu attieksmi. Tas nozīmē, ka mūzikas terapeitam ir jāklausās citādi sesijas laikā un vēl savādāk, klausoties improvizāciju ierakstus.

1. klausīšanās līmenis: klausoties mūziku un muzikālās atbildes reakcijas.

Analītiski klausoties, improvizācijās var saklausīt dažādus muzikālus elementus (skaņas, intervālus, ritmu vokalizācijas motīvus, basa līniju, struktūru). Tomēr mūzikas terapeits klausās ne tikai to, bet interpretē mūziku aprakstošā līmenī. Interpretācija var ietver gan klienta muzikālo raksturojumu, gan muzikālo intensitāti. Mūzikas terapeits var arī vērst uzmanību uz muzikālo dialogu starp viņu un klientu/pacientu.

2. klausīšanās līmenis: klausīšanos ietekmē atmiņa, muzikālā pieredze, transparentā klausīšanās, savaldība.

Klausoties improvizāciju, mūzikas terapeitam raisās atmiņas, kas saistās ar iepriekšējiem klientiem/pacientiem – tendences, tēmas veidi, kā tās attīstās, dažādi muzikāli motīvi u.c. Transparentā klausīšanās nozīmē vēlreiz pārdzīvot improvizāciju, klausoties to ierakstā. Tas nozīmē mēģināt atbrīvot sevi no muzikāliem un klīniskiem aizspriedumiem un ieklausīties mūzikā no jaunas perspektīvas vai cita skatu punkta. Klausīšanās ar *savaldīšanos* nozīmē klausīties vidē, kur neviens netraucē, iekšējā klusumā un koncentrējoties. Muzikālā pieredze nozīmē mūzikas terapeita muzikālo izglītību, kultūru, dzimtas saknes, pieredzi kā mūziķim, arī pieredzi kā mūzikas klausītājam.

3. klausīšanās līmenis: klausīšanās klīniski vērojot, jūtot un domājot.

Šie trīs jēdzieni ir savstarpēji saistīti, un tie izmanto gan prātu, gan ķermeni, piemēram, uztveri ar mūsu sajūtām. Mūzika var tikt sajusta arī fiziski jeb ķermeniski. Mūzikas terapeits klausās, vērojot klienta ķermeņa kustības, žestus, elpu, skatienu, darbošanos. Pamatojoties uz šiem vērojumiem, mūzikas terapeits interpretē klienta garastāvokli, sejas izteiksmi, ķermeņa valodu, arī klienta – terapeita attiecību kvalitāti.

4. klausīšanās līmenis: klausoties nozīmību, tēlainību un netveramību.

Klausoties nozīmību, mūzikas terapeits pievērš uzmanību terapeitiskiem mērķiem, jau iepriekš paredzot un sagaidot, ka notiks kaut kas būtisks darbā ar klientu, darbs virzīsies uz priekšu. Tā ir kā *klausīšanās vīzija*, kad mūzikas terapeits klausās uz izmaiņām klienta atbildes reakcijās. Tēlainība (metaforas, stāstījumi, sāgas, mīti, garīgi tēli, simboli, asociācijas, atmiņas u.c.) ir svarīgs terapeitiskās un muzikālās informācijas avots. Klausoties mūzikas netveramību, ir iespējama piekļuve garīgām dimensijām improvizācijas radīšanas laikā. Šis līmenis ir transpersonāls.

5. klausīšanās līmenis: klausīšanās koncentrējoties uz mūziku, konteksta jūtīgumu un attieksmi pret improvizāciju.

Šī perspektīva var tikt nosaukta par mūzikas terapeita klausīšanās viedokli/uzskatu un viņa ticību mūzikas spēkam. Šeit atklājas teorētiskā sapratne vai sagatavotība, izglītība, dzīves un muzikālā pieredze, kultūra. Būtiski ir tas, ka

muzikālā improvizācija tiek uzskatīta par iedvesmas avotu, kreatīvu atjaunošanos un mūzikas izpratni. Šādai izpratnei ir nozīme klienta radītās mūzikas dažādo kontekstu tulkojumos (Arnason, 2003).

Secinājumi **Conclusions**

Praksē pierādījies, ka mūzikas apzināta un ieinteresēta – gan asociatīva, gan analītiska klausīšanās – jūtami ietekmē personības vispusīgu attīstību. Šādas attīstības izpausmes faktori var būt sekojoši:

1. Paaugstinās personības radošās spējas un vispārējā inteliģence;
2. Psihoemocionālā elastība un atsaucība veicina sociālās kompetences un empātijas veidošanos; mūzika palīdz veidot tā saukto “emocionālo inteliģenci”. Psiholoģijā mūziķus nereti apzīmē kā “drosmīgos, iejūtīgos intravertus”;
3. Mūzikas klausīšanās aizvien plašāk tiek izmantota kā iedarbīgs terapeitisks faktors: mūzika var līdzsvarot psihisko nestabilitāti un jūtami ietekmēt dažādu slimību profilaksi, gan arī līdzdarboties kā rehabilitācijas līdzeklis un sekmēt harmoniskas personības integrāciju sabiedrībā.

Summary

Music listening more and more is being applied as an effective therapeutical factor: music can balance mental disbalance and influence prevention of various illnesses, help in rehabilitation and facilitate integration in society.

Aim of this article is to attract attention to the significance of listening in communication and development of cognitive and phenomenological skills (perception, recognition, describing, explaining). These skills and abilities are necessary for working pedagogues, psychologists and especially for music therapists.

Music hearing and listening is not the same – there is a big difference in their intrinsic psychological processes (Nelson & Paipare, 1992). Music listening is a dynamic process that provokes complex mental and intellectual activities because it takes concentration and effort – heard music has to be perceived, understood and remembered. This process also improves perception skills, concentration skills and emotional responsiveness.

Music perception and listening is influenced by both musical and non-musical factors (Bastian, 2000). Musical factors influence how people listen to the music, what they listen, how often how loudly and in general – how much their wellness will be influenced. Musical factors are music genre/style, mode, rhythm, meter, tempo, melody, harmony, dynamics, timbre, instrumentation etc. Non-musical factors include person's individual and situational factors.

There are various hypothesis how music influences the change of emotions and behaviour but precise mechanisms has not yet been found. Musical activities and experience that is filled with emotional associations can awaken and change various emotional expressions (MacRae, 1992, cited by Solanki, 2012).

Literatūra References

- Adorno, Th.W. (2006). *Philosophy of New Music*. University of Minnesota Press.
- Amason, C. (2003). Music Therapists' Listening Perspectives in Improvisational Music Therapy. A Qualitative Interview Study. *Nordic Journal of Music Therapy*, volume 12(2).
- Bastian, H.G. (2000). *Musik (erziehung) und ihre Wirkung*. Eine Langzeitstudie an Berliner Grundschulen. Schott Musik International Mainz.
- Clarke, E. (1988). Generative principles in music performance. In J. Sloboda (Ed.): *Generative Processes in Music*. Oxford: The Clarendon Press, 1-26.
- Cook, N. (1990). *Music, Imagination, and Culture*. Oxford: Clarendon Press.
- Deutsch, D. (1999). *The psychology of music*. Gulf Professional Publishing.
- Gordon, Mordechai (2011). Listening as Embracing the Other: Martin Buber's Philosophy of Dialogue. *Educational Theory* 61(2), 207–219.
- Kaminski, J., & Hall, W. (1996). The effect of soothing music on neonatal behavioral states in the hospital newborn nursery. *Neonatal Network*, 15, PubMed, 45–54.
- Krasinska, L. (1979). *Mācīsimies uztvert mūziku*. Rīga: Zvaigzne.
- Lee, O.K., Chung, Y.F., Chan, M.F., & Chan, W.M. (2005). Music and its effect on the physiological responses and anxiety levels of patients receiving mechanical ventilation: a pilot study. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 609–620.
- Listening to dissonance: Invoking a reflexive listening practice in researching musical experience* (n.d.).
- Mackēviča, L. (2001). *Muzikālās audzināšanas psiholoģiskie aspekti*. Liepāja: LiePA.
- Nelsone, I., & Paipare, M. (1992). *Mūzikas mācīšanas metodika*. Rīga: Zvaigzne.
- O'Shea, H. (2017). Listening to dissonance: Invoking a reflexive listening practice in researching musical experience *Ethnomusicology Ireland* 5, 132-148.
- Paipare, M. (2006). Mūzikas klausīšanās kā izziņas process. *Pedagoģija: teorija un prakse IV*. Liepāja, 240. – 245.
- Paipare, M. (2012). Muzikālais pārdzīvojums psiholoģiskajā un terapeitiskajā aspektā. *Sabiedrība, integrācija, izglītība*. Starptautiskās zinātniskās konferences materiāli 2012.gada 25.-26.maijs, II daļa. Rēzekne: RA Izdevniecība, 154. – 162.
- Pavlicevic, M. (2005). *Music Therapy in Context: Music, Meaning and Relationship*. Jessica Kingsley Publishers.
- Schacter, D.L, Gilbert, D.T., & Wegner, D.M. (2011). *Psychology* (2nd Edition). New York: Worth.
- Small, C. (1998). *Musicking: The Meanings of Performing and Listening*. Hanover: University Press of New England.
- Solanki, M.S., Zafar, M., & Rastogi, R. (2012). Music as therapy: Role in psychiatry. *Asian Journal of Psychiatry*, 6, 193-199.
- Titon, Todd, J. (2008). Knowing Fieldwork. In Gregory F. Barz and Timothy J. Cooley (Eds.) *Shadows in the Field*. New York: Oxford University Press, 25–42.

- Updike, P. (1990). Music therapy results for ICU patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 9, 39–45.
- Waks, Leonard, J. (2011). John Dewey on Listening and Friendship in School and Society. *Educational Theory* 61(2), 191–205.
- Петрушин, В.И. (1997). *Музыкальная психология*. Москва: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС.

RAKSTS V



Reasons for Choosing the *Music Therapy* Study Programme and Its Professional Competences

*Mirdza PAIPARE*¹

¹*Liepaja University, Faculty of Pedagogy and Social Work, Email: mirdza.paipare@liepu.lv*

*Liga ENGELE*²

²*Liepaja University, Faculty of Pedagogy and Social Work, Email: liga.engele@liepu.lv*

*Olga BLAUZDE*³

³*Liepaja University, Faculty of Pedagogy and Social Work, Email: olga.blauzde@liepu.lv*

Abstract

A professional music therapist has a Master's degree in health care and a qualification *arts therapist* with a specialization in music. In Latvia music therapist works at social, health care or education.

Initially at students' field practice, methods of music therapy and other arts are often integrated. Not always that is a beneficial solution to future arts/music therapist because pedagogical methods in music are not equal to methods and techniques in music therapy. That presents questions about competencies, self-experience and music therapist's new professional identity.

This article analyses the study programme "Music Therapy", the process of becoming a music therapist, education, competencies in relation to previously acquired professional qualification.

Furthermore, article analyses the reasons for choosing the music therapist's profession, options and opportunities of employment.

The electronic survey had 35 participants – professional music therapists (age 24 – 57). Its goal was to establish the reasons for choosing music therapist's profession.

Keywords: Music therapist, occupation, competence, practice

Introduction

Profession and its development includes examination of terms and formation of definitions. Most frequently profession is interpreted as "a regular occupation of an individual, which is based on using acquired specific theoretical knowledge and practical skills, and is the main source of income" (Moors, 2007). J.Klimov considers that a person is confronted with the situation of a professional choice and reorientation all his/her life. Reasons for that are "essential changes in the content of the work and technical resources", which create "the necessity to learn additionally, do the requalification or even change the profession" (КЛИМОВ, 2003).

The development of music therapist's profession enables resources for offering support to clients/patients in solving health contributing problems. Educating music therapists in satisfactory musical, clinical and academical level is a very complicated and complex task (Tony Wigram, Jos De Backer, Jan Van Camp, 1999).

According to statistics collected by enrolment committee of higher educational institutions, former/present/working music teachers, psychologists, musicians-performers, physiotherapists are willing to become music therapists.¹ Initially, during field practice music therapies and other arts therapy methods are often being integrated. But not always that is a positive solution for the future arts/music therapist because pedagogical methods in music pedagogy are not equal to methods and techniques applied in music therapy. That brings forward questions about competencies, self-experience and the music therapist's new professional identity.

For instance, if goals, tasks and relations in music therapy and music pedagogy are compared, the difference is obvious (see Table 1; Blauzde, 2008).

¹ Also economists, chemists, physicians, statisticians



Table 1. Objectives, tasks and relationships in music pedagogy and music therapy

Objectives	
Music pedagogy	Music therapy
To learn the elements of music theory and technical methods of performing. To develop musical skills – the feel for the modes and rhythm, musical memory, emotional responsiveness. To devote attention to the esthetical side of the performance (composition has to sound good).	To devote attention to the dynamics of client's/ patient's development without mastering a special technique. To develop the skills to engage in music – to express their own feelings non-verbally with the help of an instrument or the voice Esthetical form is not important. It is not important how the music sounds, the main goal is to express feeling with it.
Tasks	
To all students tasks are almost always the same. To improve the result of creative process with the goal to reach the artistic demands. To enforce the aspect of socialization.	Tasks have to be formulated for each client/ patient individually. To stimulate the creative process while not concentrating on the result. To develop socialization and communication skills.
The process of relationship forming	
Pedagogue / student Music pedagogue actively works and directs the pedagogical process. Music pedagogue instructs the student and corrects mistakes. Music pedagogue as a performer is a model for students, student tries to imitate pedagogue's performance. Student wants to learn the new material and to develop his/her own musical skills. Student has no special problem that need to be solved in the pedagogical process. Student expects immediate results from the pedagogical process.	Music therapist / client/ patient Music therapist encourages client/ patient to express, is looking for a dialogue and tries to not take a leader's position. Music therapist never corrects or teaches the client/ patient. Goal is to unleash client's/ patient's creative potential. Music therapist musically accompanies client's/ patient's creative expressions. To resolve internal problems client/ patient needs help. Music therapist assesses the psychological and physical state of the client/ patient by analysing therapeutical process. Client/ patient does not wait immediate results from the music therapy.

One must emphasize that in both cases – in music therapy and in music pedagogy – music and musical methods, techniques are being applied, but significantly differ:

- 1) Objectives of professional activity;
- 2) Tasks;
- 3) Environment;
- 4) Status;
- 5) Expected process and results.

Comparing the music therapy and music pedagogy, differences can be found in:

- 1) objectives;
- 2) tasks;
- 3) relationship forming principles between pedagogue and student, and the music therapist and client/ patient.

There are various researches (Wigram, Backer, Camp) and surveys on different music therapist trainings. Results of the educational programme's content comparison indicate that in general in Europe the importance of learning the basic course of psychology and the basics of music therapy methods is being recognized, but the time dedicated to it proportionally to music skills, medical subjects, clinical practice and personal development in study process differs significantly as well as the learning depth of these subjects. In the researches mentioned above, summarized survey results provided general information on various study programmes and models, for instance, 3+2, where at least three years are in bachelor study level, but two - in master's level. There are 1,5 year master's studies in Heidelberg vocational higher education institution, but mostly they are two-three year study programmes, both



fulltime and part (presence, external) time postgraduate studies. For instance, in the Netherlands and also in Latvia² this profession can be learned in arts therapy higher education study programmes as a specialization in music therapy. As an independent profession music therapist is being taught in Liepaja University in part time three year master's study programme "Music Therapy".

To train professional music therapists it is important to answer to several questions:

1. What kind of theoretical knowledge and practical skills are necessary to master the profession of a music therapist?
2. What are the possibilities to learn these abilities and skills?
3. How effectively and competently these skills are learned? (Maranto, 1987)

These questions are important not only for students to know what they need to acquire during the studies, but also for pedagogues - what to teach and how to evaluate teaching quality. There have been wide discussions amongst the professionals about forming and affirming a united music therapy study standard in Europe. There have been whole spectrum of propositions - starting with necessary study length - from one year postgraduate studies to five year bachelor's fulltime studies, and also about different study subject contents. Examining the experience gathered by American Music Therapy Association, music therapist M. Sandness (1994) indicates that both questions - about study programme contents and successful inclusion of clinical practice in the study programme - are equally important. These questions can be looked at from the point of view that regards the music therapist's personality - emphasizing those educational aspects that would develop musical identity and personal resources of the therapist.

Authors of this abstract agree with experienced music therapist's opinion (Wigram, Bruscia, Alvin, Ruud etc.) that the main necessary characteristics of a successful therapist are ability to communicate, receptiveness, accuracy in thinking, intelligence, a little bit of submissiveness and moderation, and sensitiveness.

Therefore, the purpose of the united standard of music therapy training programme would be to balance all these different elements and as a result ascertain that by graduating this study programme the new therapist:

- has obtained academical and scientific basics;
- has acquired musical performance and improvisation skills;
- has learned necessary medical knowledge and is confident about his/her knowledge;
- is professionally competent enough to independently start his/her work, can evaluate, analyse it and report on the results of the work;
- is informed about all the ethical aspects of the work;
- is trustworthy and stable as a personality;
- is therapeutically observant, insightful, empathic, has a good intuition.

To successfully develop one's therapeutical and musical identity, it is necessary to be able to connect and internally integrate all these elements in three main processes:

- 1) In therapy - therapeutical insight and observation;
- 2) In art - clinical application of musical skills;
- 3) In science - academical, clinical and professional competencies.

Potential music therapist can be well trained musician or therapist but only the professional competency synthesis of both these specialities in one person is significant for a music therapist.

² In the study programme "Arts Therapy" of Riga Stradins University one can acquire four specializations: visual plastic, music, drama and dance movement therapist.



Kennet Bruscia divides 5 educational directions that differ but are all necessary for the acquisition of music therapist's professional competencies:

- 1) development of musical knowledge and skills as an integral part in music therapist's functional life and social adaptation; perfection of musical competencies: instrument play, fine knowledge of music literature and history, music theory: comprehension and skilful application of the expressive means, forms and styles (arranging skills);
- 2) musical knowledge and skill development, especially those that are not related to musical field and activities and are necessary for a client; knowledge (musical) in psychology, sociology, anthropology and skills to apply them;
- 3) the application of music and artistic activities related to it as a supplementary resource in non-musical education; acquisition/ familiarization of elements from other arts therapies (ability to integrate visual plastic art's elements - drawing, dance and movement, dance and also drama elements)
- 4) application of music as a remedial method; music and health, music and medicine, medical subjects in study programme;
- 5) application of music therapy to educate students and professionals; self-experience, practical training in music therapy educational programme, professional improvement at a psychotherapist who is authorised to teach and participation in supervision both during the studies and further education.

Method

Survey - questionnaire was used in this research: *My professional choice* (Jakovljeva & Pipere, 2006)

Survey contained *demographic information*: gender, birth place, speciality, nationality, family situation, respondent's main residence (city, rural municipality) and age

Survey consisted of three main questions that ascertain which factors are essential in the choice of profession and how correct has been the current professional choice:

1. What kind of factors influenced your choice of profession?
2. Which person has influenced you the most in the choice of the profession?
3. If you could choose the profession again, would you change the choice?

Asking the first question, answers were expected to be related to environmental factors and the respondents themselves. Asking the second question, answers were expected to be related to people who influence the choice of profession. An answer to the third question gives an opportunity to verify the correctness or incorrectness of the professional choice. That helps to re-verify the development of the respondent's professional identity.

In the survey, which was carried out electronically exchanging the questionnaire with respondents who already have the music therapist's qualification, there were 35 participants: one male - 34 years old, and women at the age 24-57 years. According to V. Bodrow this age is a period of a person's professional development (Бодров, 2001; Климов 2003/ 2004).

Bodrow names a period of a professional's development - at the age of 21-27 to 45-50 years (when professional's individuality, general and specialized mental functions, operational characteristics, self-adjusting skills and acquirements, the improvement of self-esteem, overall improvement, methods of psychological security in the working processes are being established and developed); and a Period of professional's self-realization - from 45-50 to 60-65 years (when operational and personality structures are being stabilized, professional potential is being completely or partly realized). In this period, an explicit compensation of separate psychological functions and individual working style is happening, activity reduces, and life goals are being adjusted.

In Liepajas University and Rigas Stradins University, where music therapy study programmes are 2, 5 and 3 year full and part time master's studies, authors have faced the problem of balancing and integrating all the necessary separate study programme elements to develop students' musical and therapeutical identity.



Since the title "music therapy" contains two words - "music" and "therapy", the new specialist should be well prepared in both music and (psycho) therapy. However it is important to differentiate between these two personal identification forms - therapeutical and musically artistic. According to a socially professional standpoint there could be some concern that the artistic aspect could dominate the therapeutical aspect, especially, taking into consideration that the music therapy is often applied to working with patients with mental disorders, where therapist has to be particularly susceptible and competent. One must acknowledge that the creation of music and art is a subject of therapeutical process, which is primary. Therefore, the most important is the initial question - what are the reasons and goals that made the student to choose this study programme?

The relationship of music therapist and patient is dual. In music therapy the psychotherapy is not applied in a pure way but there is some similarity in the forming a close and special relationship - therapist feels the mood of the patient, their manner of thinking, suffering, unconscious attitudes or fantasies. The relationship has to be familiar enough so that the process of joint music creation would become natural and spontaneous. This special relationship and purposefully selected music therapy techniques ensure the transfer of patient's suffering, unconscious attitudes and fantasies to the therapist. Patient completely trusts the therapist, but the therapist in turn guarantees to utilize all their knowledge and skills to integrate patient's suffering in a meaningful context.

Clinical researches have proven that often patient's musical expressions are a lot richer, expressive and refined, varied and with higher esthetical standards than the ones of the therapist who is restricted by his/her professionalism. In music therapy it is considered that expressing oneself musically does not mean to give a technically perfect performance. Besides perfect musical performance does not stimulate listener's self-activity. As an example the speech of the professor Karin Schumacher at the 7th European Music Therapy congress' plenary session can be mentioned here: "if you will play as performers patients will think - look, how s/he (music therapist) plays for me".³

What makes arts therapy different from psychotherapy is not the fact that one is verbal, but the other one mostly non-verbal, musical or represented with symbols, but the fact that the characteristics of arts therapy are different - the attractiveness, playfulness, fantasies and creative imagination. The power of music therapy is hidden in the moment of creation. To the patients who choose traditional medical care forms and the patients with weak verbal skills (for instance, in the cases of demence, autism) music therapy is not only an alternative language, but mostly a method that with the help of activities and creative fantasies permits to access patient's conscious and subconscious resources.

The possibility to "play" with the resources patient has, helps to fulfil the music therapist's mission. Music therapist needs to have a true interest about music to comprehend and perceive it in the most diverse forms, especially - contemporary, progressive music.

Music therapist needs to develop equally both (psycho) therapeutical and musical identity. If analytically oriented music therapy course is developed, more notice has to be taken to the understanding of a personality and the possibilities of creating new experiences.

In music therapy, just like in psychoanalysis, the main goal is not to treat directly or free the patient from depression/ anxiety. While patient musically improvises new elements often appear that are positive surprise even to themselves. It is also the "core" of the analytical therapy - to create a new space where patient can gain new experience and later can transform it into words and images.

³ From the speech of M.Paipare



Music therapy studies cannot consist only of knowledge and technique learning, student has to gain the process experience - music therapy self-experience. "Purpose of the self-experience training is to prepare students for therapy work" (Pedersen, 1995, p. 27 [7]). It is expected from matriculated students of this programme to have a willpower to work with themselves and to meet the requirements during the studies. The same applies to pedagogues - lecturers and professors - students can sense whether they have therapy self-experience or they have "escaped" it. Transference is a significant phenomenon in therapeutical relationships and student definitely has to experience it.

As Hesser (1985) acknowledges, to be a music therapist means intensified learning process for the rest of the life, it does not end with having the "degree". D. Aldridge compares the formation of a music therapist to a maturation of a personality where deep and effective musical and therapeutical element integration is happening. Music therapist ('matured') is able to move and consciously apply music for therapeutical purposes to direct therapeutical process as a musically developing (progressing) activity, and is able to appropriately perceive the nature of a client/patient (Aldridge, 1989; Aigen, 1996). Since music therapy is a new discipline it is rarely possible to predict the future music therapist's development during the study process.

Regarding the therapeutical potential in the future music therapists, one must note their disposition. If the student is learning music therapy s/he is already a musician and therefore has an personal relations to music, beauty, creativity, intuition, sensitivity, rationality, body, voice and spoken words, but that all has to be reformed in a different context - in a helping and supportive relationship. Arts/music therapist is a medical person, who has obtained the second level higher professional education (master's degree) in health care and professional qualification *arts therapist* with a specialization in one of the arts (visual plastic arts, dance and movement, drama, music).

In Latvia, the arts therapy and the professional activity of an arts therapist is controlled by laws and regulations⁴, as well as the documentation of professional associations. Arts therapy is an approved medical technology⁵ and the arts therapist is a reglamented⁶ profession in the health care. To work as an arts therapist and to offer an arts therapy service one has to obtain required education and a professional qualification.

Arts/music therapist works at the health and social care or an educational field with clients/ patients who have somatic, psychological disorders or difficulties. If the arts therapist is working in a medical establishment and is directly involved in the providing a health care process the therapist his/her professional activities is performing in a multiprofessional team. Arts/music therapist can also work with people who want to creatively stimulate their

⁴ Regulations issued by the Cabinet of Ministers in 18th may 2010 No.461 "Regulations about Profession classification, basic tasks and the demands for qualification, and about the use of Profession classification and the order of activation" <http://www.likumi.lv/doc.php?id=210806>

and the Regulations issued by the Cabinet of Ministers in 24th March 2009 No.268 „Regulations about the medical competence and the volume of theoretical, and practical knowledge of medical persons and students who study first or second level professional higher education study programmes in medicine” <http://www.likumi.lv/doc.php?id=190610>

⁵ Medical technologies in arts therapy that are approved in Latvia: http://vsmtva.vec.gov.lv/resursi/file/Medicinas%20Tehnologijas/DB/30_Rehabilitacijas_med_pakalp/Makslu_terapija.htm (seen 26.05.10.)

⁶ A reglamented profession by the law's "About reglamented professions and the recognition of professional qualifications" paragraph 12 of Article 1 is a professional activity or a group of professional activities reglamented in Latvia within the occupations stated by this law, as well as a professional activity or a group of professional activities reglamented in the member states of the European Union and European Free Trade Association, which have a demand for a professional qualification in the state's regulations for the inception and realization.



personal development, contribute to group unity in organisations etc. Therefore, theoretically one can separate the arts therapy that is performed in medicine ⁷ and the creative music therapy. (This division does not relate to the representatives of other professions who apply arts or various creative activity forms to their work⁸).

During the rather short time of arts/music therapist's ⁹ professional development, music therapist's theoretical insight is being formed. Music therapy is defined as one of the arts therapy specializations, where music and its expressive means, playing techniques or activities are applied individually or in groups for client's/patient's multiform health and social problem solving and overcoming in the context of therapeutical environment and therapeutical relationships to express and reflect with the purpose of creating changes in the emotional state and way of thinking, and for better physical, emotional, social integration (LMta, 2009).

Music therapist's profession is a specific professional activity with a purpose to enable scientific and practical application of music for remedial intentions.

For music therapist's profession specialists are trained in Liepajas University and the Rigas Stradins University.

Objectives of the study programme: to ensure a possibility to obtain professional education in music therapy in conformity with the National education standard and the Arts therapist's profession standard; in the level of professional qualification theoretically and practically prepare the arts therapists in music therapy who can manage music therapy sessions/ lessons for children and adults with special needs to facilitate their integration in the society and improve their quality of life.

According to the medical person status there were 45 music therapists in Latvia from 2006 till 2013. Professionals and students probably have reflected on reasons, consequences and perspectives of their professional choice.

Research about the choice of music therapist's profession has been done in the interests of developing music therapy as a profession. Survey proposed here is a part of a research, which could be continued also through other research instruments. The objective of this survey was to clarify the internal and external factors in choosing the music therapist's profession, the attitude of parents and/or relatives, judgment and assurance about the choice made.

Findings

Answering the first questions about the factors that influenced their professional choice most of the respondents mentioned the desire to expand their competencies, range of interests and to learn something new - music, medicine and psychology in a single study course. Fewer respondents answered that there are more possibilities for music therapists in the labour market and this profession provides opportunities to help others (see chart no. 1. Reasons for choosing music therapist's profession)

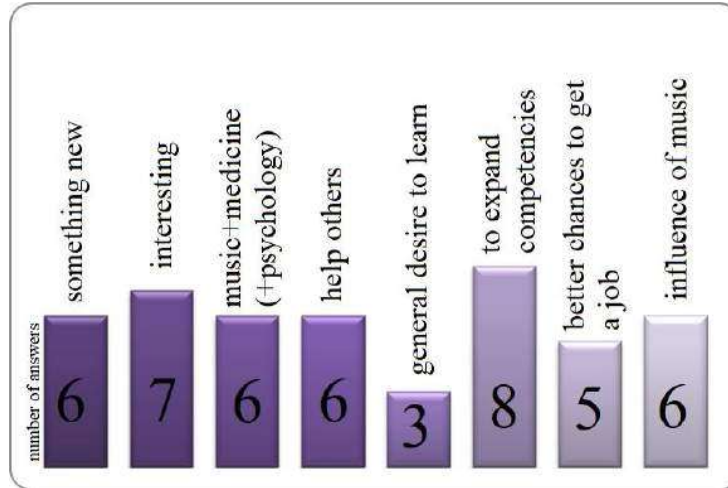
⁷ For instance, in the USA a term *medical art therapy* is officially used.

⁸ Read more in *Mākslu metodes un tehnikas profesionālajā darbībā* (2010). K.Mārtinsone (ed.).Rīga: RAKA, page 6

⁹ Paipare, M. *Mūzikas terapija* (2011). In: *Mākslu terapija*. K. Mārtinsone (ed). Rīga, Raka.

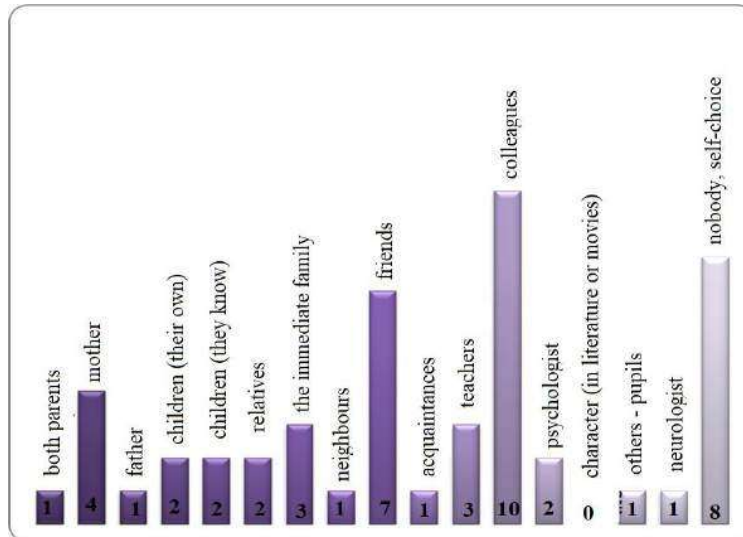


Chart. No. 1. Reasons for choosing music therapist's profession



Answering to the question about which people have directly influenced their choice to study music therapy, most of respondents mentioned colleagues or friends, however, a notable number of participants have chosen to learn this profession by solely themselves. Also as influential people in the professional choice relatives are mentioned - parents, children, neighbours, acquaintances, etc. (see Chart no. 2. People, who have influenced professional choice in the most direct way).

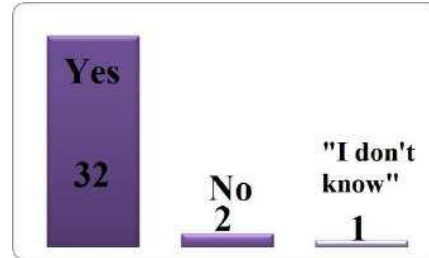
Chart No. 2. People, who have influenced professional choice in the most direct way



Most of the respondents would choose to study music therapy if they could make a repeated choice. (See, Chart No. 3. Would respondents choose music therapist's profession again?)



Chart No. 3. Would respondents choose music therapist's profession again?



Results, Conclusions and Recommendations

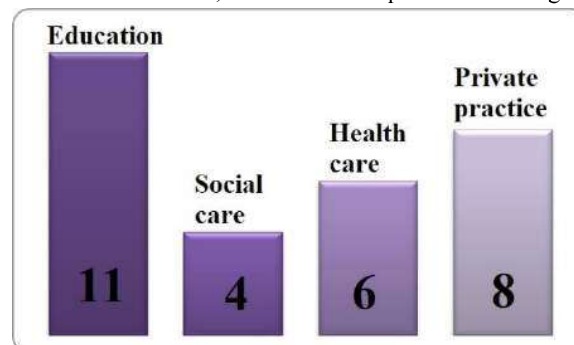
Experience shows that there are two types of students who choose to study music therapy - those who have already graduated from a music higher educational establishment and have understood that their attitude and understanding of music is closer to the one in music therapy, not the one they have been purposefully taught before - for professional music performing or music pedagogy. The second student category are those who have chosen to professionally learn music just to prepare for their true calling - to become a music therapist. These students might have chosen to work at another profession if only their love for music would not be that important.

Survey, carried out by the author, indicates that there are several other reasons for choosing this profession as well, for instance, desire to learn something new, interesting, to help others, to learn anything in general, to expand one's competencies, to familiarize oneself with the co-product of music, psychology and medicine (music therapy), the interest about the overall influence of music on the individual, etc.

Purposeful choice of a profession, which further defines professional identity, enables a person to become socially productive, self-provided, successful, content, and independent and a healthy individual.

Profession adds a sustainable meaning, direction and a purpose to individual's life. Only 8 out of 35 respondents are working in health care. Other respondents work at educational or social fields (see Chart No. 4. Fields, that music therapists are working in).

Chart No. 4. Fields, that music therapists are working in



A further research on the professional identity would be commendatory to notably expand the understanding of professional identity and its socially psychological content. To work as an arts therapist and to offer an arts therapy service one has to obtain required education and a professional qualification.



Arts/music therapist works at the health and social care or an educational field with clients/ patients who have somatic, psychological disorders or difficulties. If the arts therapist is working in a medical establishment and is directly involved in the providing a health care process the therapist his/her professional activities is performing in a multiprofessional team. Arts/music therapist can also work with people who want to creatively stimulate their personal development, contribute to group unity in organisations etc. Therefore, theoretically one can separate the arts therapy that is performed in medicine ¹⁰and the creative music therapy. (This division does not relate to the representatives of other professions who apply arts or various creative activity forms to their work¹¹).

On the basis of acquired results one can conclude that master's students need to find the time at the beginning of their studies for developing and improving the new study abilities regardless of previous study experience and skills. The forming of professional values happens successfully if the future music therapists learn not only the theoretical subjects during the studies, but also expand practical experience with understanding and deep sensing of the new values presented by pedagogues during the study process.

References

- Aigen, K. (1996). *Being in music: Foundations of Nordoff-Robbins music therapy*. Saint Louis, MO: MMB Music.
- Aldridge, D. (1989). A phenomenological comparison of the organization of music and the self. *The Arts in Psychotherapy*, 16, 9, 1-97.
- Blauzde, O. (2008). Improvizācijas metodes terapeitiskais un pedagoģiskais aspekts. In: *Teorija praksei mūsdienu sabiedrības izglītībā. Starptautiskās zinātniskās konferences materiāli*. Rīga: RPIVA.
- Bruscia, K. E. (1985). Professional identity issues in music therapy education. In C. D. Maranto & K. Bruscia (Eds.), *Perspectives on music therapy education and training* (n.d.). Philadelphia: Temple University, Esther Boyer College of Music, p.17-29.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York: Plenum
- Hesser, B. (1988). Creating a strong professional identity. *Journal of the International Association of Music for the Handicapped*, 4(1), 11-14.
- Maranto, C. D. (1987). Ethical issues in music therapy education and training. In C. D. Maranto & K. Bruscia (Eds.), *Perspectives on music therapy education and training* (p. 45- 49). Philadelphia: Temple University, Esther Boyer College of Music.
- Maranto, C. D., & Bruscia, K. E. (1988). *Method of teaching and training the music therapist*. Philadelphia Temple University, Esther Boyer College of Music.
- Maranto, C. D., & Bruscia, K. E. (Eds.) (1987). *Perspectives on music therapy education and training*. Philadelphia: Temple University, Esther Boyer College of Music.
- Moors, M. (2007). Sociālā darbinieka profesionālās identitātes veidošanās problēmas. In: *Sociālais darbinieks, Nr.2 (23)*, 10-13.
- Pedersen, I. N. (1995). La experiencial vivencial como metodologia didactics en musicoterapia. *Revista Internacional Latino-Americana de Musicoterapia*, 1, 26-36. Version révisée de la communication présentée au 7e congrès mondial de musicothérapie, Vitoria, juillet 1993, sous le titre: "Self Experience for Students as a Methodology - A Compulsory Part of the Music Therapy Program at Aalborg University."
- Sandness, M.(1994). National Association for Music Therapy Standards and Procedures for Academic Program Approval. *Music Therapy Perspectives, Volume 12, Issue 1*, p.39–50. <https://doi.org/10.1093/mtp/12.1.39>
- Wigram, T, Backer, J., Camp, J.V. (1999). Music Therapy Training: A Process to Develop the Musical and Therapeutic Identity of the Music Therapist. In T.Wigram and J. De Backer (eds). *Clinical Applications of*

¹⁰ For instance, in the USA a term *medical art therapy* is officially used.

¹¹ Read more in *Mākslu metodes un tehnikas profesionālajā darbībā* (2010). K.Mārtinsons (Ed). Rīga: RAKA, page 6



Music Therapy in Psychiatry, & Clinical Applications of Music Therapy in Developmental Disability, Paediatrics and Neurology, vol. 2.

Бодров В.А. (2001) *Психология профессиональной пригодности*. Москва: Пер Се. 511 с.

Климов Е.А. (2003) *Психология профессионала*. Воронеж: Феникс.

Климов Е.А. (2004) *Психология профессионального самоопределения*. Москва: Академия.

RAKSTS VI



Trauma and Its Rehabilitation in Music Therapy Practice

Mirdza PAIPARE¹, Sandra MIHAILOVA²

¹Liepajas University, e-mail: mirdza.paipare@liepu.lv

²Liepajas University, e-mail: sandra.mihailova@rsu.lv

Abstract

In this research we would like to introduce you to the first results of music therapy research that is done in Latvia. We present the work with a patient who has a secondary hemiparesis after left side head injury with all its implications (motoric aphasia, right side spasticity etc.), emphasizing the importance of parallel/ simultaneous work of rehabilitating team members (speech therapist, physiotherapist, music therapist etc.). In this article we will juxtapose music therapist work results with analysis of literature and methodical concept. **The aim** of research was to address the possibilities of music therapy in brain injury cases, accompanied by the speech engine aphasia, mental retardation of development, variety of emotional disorders, and particularly commonly seen speech, language disorders, as well as memory impairment. The following music therapy method will be used: particular vocal therapy method created by S. Shushardzhan (doctor, music therapist), combined with breathing exercises of Strelnikova – further explained in text.

Key words: trauma, speech, memory, music therapy, rehabilitation

Introduction

Music therapy today has a very broad range of applications. The list of medical problems of neurological patients that can use music therapy includes: memory deficits, problems with balance, problems with motor skills, challenging / aggressive behaviour, sharp or chronic pain, poor attention, decreased vocal projection, severe speech loss, poor motivation, muscle relaxation, Alzheimer's disease, multiple sclerosis, Parkinson's disease, stroke, etc. Music therapy as a therapeutic agent for use in people with neurological disorders has enormous potential because there are different ways how the musical characteristics often cause expected neurological reactions.

The rehabilitation process is different for different patients, and the rehabilitation program has to be individualized, according to specific needs of each particular person. In the rehabilitation process, it is important to utilize the natural rehabilitation possibilities of the organism; and the rehabilitation process of the brain should be maximally quick and effective. The treatment methods and technologies improve rapidly, as also our knowledge about the brain activities advances every year. The goal of rehabilitation is to help a person to achieve the maximal possible level of independence.

It is very important to start rehabilitation early. Practically, it should start in the department of intensive therapy. Early started rehabilitation in department of intensive therapy allows shortening the time of hospitalization. Rehabilitation starts from the moment, when the health condition for the patient becomes stable. Then a patient would start to participate in the rehabilitation program for some hours a day. This program usually includes activities together with rehabilitation specialists (physiotherapist, ergo therapist). The more time has passed after the brain injury, the more patient has to spend time in activities with different rehabilitation specialists. It is important to remember, that not always bigger amount of activities means better results.

In different periodicals and in the works of several authors (Darow and Starmer, 1986; Cohen, 1992; 1993; Aldridge, 2001; etc.) we can find excellent descriptions of use of music therapy methods. In our description we used the publication by Jeanette Kennelly, Leonie Hamilton, and Jill Cross (Kennelly et al., 2001), where experience of several music therapists is summarized.

Singing and conversation – those are two the most direct ways of person's self-expression (Cohen, 1993). Singing allows to express oneself and to use different sound fluctuation possibilities in order to follow the melody and rhythm, at the same time phrasing music and regulating the breathing without a particular concern about it. It can be done easier in a song as in speaking, and that is advantage of music. Also the songs texts contribute to this process, especially in the spheres of articulation and memory.

Speaking about the common mechanism of impact of music therapy methods, the essential is the following. We all have memory where the actual information is stored; similarly, we all have memory or "motoric patterns" for physical movements. With the help of music, these motoric patterns can successfully be "reanimated", called out of memory, even in the cases when muscles or a part of body get paralyzed. A person can lose his/her ability to create



movements, but by stimulating another - similar but neurologically different - physical action, music with its active rhythm can create a spontaneous movement, as the result of which the extremities and joints are not subjected to atrophy and cramps. In the process of treatment music and its particular rhythm can be essential, because it provides the necessary signals for reintegration of movement meaning. Loss of neurological functions can make compensatory mechanisms more active, and one can gain the control over the nonexistent functions. This phenomenon is known as “plasticity of nerves¹.” There are very many alternative nerve connections, which can be used for restoring the behaviour. As D. Aldridge (Aldridge, 2001) states, the neurological function includes involvement of particular nerve connections depending on the type of stimulus and reactions that come as the result of it. People with hemiparesis can “stimulate the alternative motoric “patterns” with the help of correct music/rhythm”. For example, in marching and dancing different schemes of postures are involved, although they both are physical movements. With the help of music therapy it is possible to help the patient to gain back the lost understanding about the movements (Aldridge, 2001).

Keith and Aronson (1975) in their work state that as early as 1736, O.Dalin has described interaction of music and verbal communication in some clinical cases and how they impact each other. There are cases where people could not say a word but could sing hymns and recite well-known prayers. In 1940 Loebell described a case study of a six and a half year-old boy who could not speak but expressed his desires and feeling by humming the beginnings of certain songs. He knew many songs and selected appropriate melodies for each communication in such a manner that pertinent text made obvious what he wanted (Keith and Aronson, 1975).

In the 1970's there were numerous reports of stroke patients, where singing was the catalyst for the return of verbal communication. The same authors, Keith and Aronson (1975) have described a patient who regained functional communication after singing therapy.

Rogers and Fleming (1981) has documented information about a 48 year old woman with severe oral apraxia whose speech first came with music therapy (Rogers and Flemming, 1981).

Perhaps the most known method, which integrated speech pathology and music, was Melodic Intonation Therapy (MIT) as first described by Sparks, Helm & Albert (25) and today is also used by music therapists in rehabilitation settings. MIT was developed to assist the global aphasic who had little if any useful language. This therapy relied on the three elements - melodic line, rhythm and points of stress (Baker, 2000).

The use of music therapy to address pediatric speech delay (Seybold, 1971) and disorder (Hibben, 1991) supports the significant role that this discipline has to play in addressing acquired neurological speech and language disorders in children. Both authors concluded that the use of music therapy for such children facilitates interaction in a group setting, the ability to tolerate longer periods of closeness, acceptance of responsibility for behaviours and may help to effect emotional change.

In the literature we also find materials on the use of singing as therapy for patients with traumatic brain injury (1992); and cerebral palsy (1993) etc. Cohen (1992) describes several components for music therapy sessions. The singing interventions reported in his study included: physical exercises to increase relaxation of head neck, shoulders and trunk to improve pre-articulatory movement patterns; rhythmic speech and singing drills using pacing and rhythmic patterns to address disorders of rate; breathing exercises to improve breath control, phrasing and volume; vocal exercises focusing on pitch to improve intonation; vocal exercises focusing on diction to improve articulation and lead to increased intelligibility. Results from Cohen's studies were generally positive with reported changes in rate, pitch variability and intelligibility (Cohen, 1992.; 1993).

In the scientific literature we find information also about role of music therapy in addressing speech disabilities (motor aphasia etc). In the Journal of Australian music therapy, D. Erdonmeza (Erdonmez) has gathered some research material, also in pediatrics, where music therapists (Krauss and Galloway, 1982) have helped children with speech development disorders. Results show that after the therapy there was improvement in speech fluency and rate; voice quality and intonation; vocabulary development, and articulation. Roskam (1979), using music, has improved reading skills and ability to differentiate sound heights in non-verbal communication for 6 – 9 year old children. Other research studies show that children with sensory damages could improve their phonematical hearing/

¹ **Neural plasticity**, which is also known as neuroplasticity, brain **plasticity**, cortical **plasticity**, and a variety of other names, is the changing of the structure, function, and organization of neurons in response to new experiences. **Neural plasticity** specifically refers to strengthening or weakening nerve connections or adding new nerve cells based on outside experiences. As some areas are damaged or injured, other areas increase activity so that the organism can continue functioning. This is known as **plasticity**. The amount the brain is able to heal itself or maintain function using healthy areas depends on the illness or injury which caused the initial damage and how much of the brain was impacted.



perception with the help of vocalization (Darrow & Starmer, 1986). Staum (1983) has researched the influence of music (rhythm particularly) to movements of children. He has observed that the rhythmical stimuli promote movements of the patients with such illnesses as hemiparesis, spastics and arthritis (Erdonmez).

From all above mentioned, we can gain idea about the wide usage of music therapy in diminishing different disorders (physical, psychical, psychological etc). In every case, music creates active emotional reactions in the patient/ client; its acoustic units influence the emotional centres of the brain. The right hemisphere has the leading role in perception of music (my patient had injured the left hemisphere). It is well known that music influences person's subconsciousness. The musical archetypes are generalized; therefore there is no need for special knowledge or skills for their interpretation. They have genetic roots in every person's consciousness, and that helps children to perceive music better. It is possible that music operates directly to child's subconsciousness. Together with resonance of music, subconscious images intensify and become accessible (Ворожцова, 2004).

The process of listening to music requires a very intense activity of the psyche and can create positive emotions. If music is used skilfully in the therapy process, all the negative, torturing and unpleasant affects can be relieved and turned into the opposites.

Aim of our research: To address the possibilities of music therapy in brain injury cases, accompanied by the speech engine aphasia, mental retardation of development, variety of emotional disorders, and particularly commonly seen speech, language disorders, as well as memory impairment; to help a patient with hemiparesis to eliminate the trauma aftereffects, using scientific research materials and doing practical music therapy. **The goal of music therapy was:** to build/ create music therapy relationship; integrate patient's limited expressive abilities; heighten musical self-experience of the patient; improve motoric speech abilities with putting in motion the vocal resonators, fostering differentiation of sound height with the voice, relaxing the patient emotionally. **Research hypothesis:** if in the after-injury period a patient is timely provided with music therapy within the individual rehabilitation program, the aftereffects of injury are diminished, and motoric abilities of the speech are improved.

Materials and Methods

This is research about the case study and music therapist work experience with 10 years old girl, who has obtained her invalidity after cerebral trauma caused by a falling rocket at the fireworks in New Year's Eve. The rocket fell on the girl's head. As the result, the left hemisphere of brain was operated/ trepanned. This heavy trauma created secondary hemiparesis with its implications (motoric aphasia, right side spasticity, motion support disorder etc., as it is later stated in anamnesis. **Doctor's diagnosis:** very severe, open injury of left brain hemisphere; cerebral coma; damage of left side forehead/ temple/ brain-box bones after the injury and trepanation; secondary healing of the wound; subdural collection of liquid in the area of left lobe of forehead; spastic hemiparesis of right side with features of ankylosis in the right side and joint of the elbow; sensor motoric aphasia; organic mood disturbances

We have used ascertaining/single case statistics (individual therapy), and comparative statistics as well. For ascertaining statistics we chose description of anamnesis, medical after-trauma diagnosis, and also the conclusions of physiotherapist and speech therapist that were drawn at the beginning of all the sessions and at the very end. Theoretical (analysis of literature) and empirical research methods: video analysis, observations, music evaluation, listening, diagnosing, analysis and interpretation of results – were used.

The process of music therapy: Length of therapy: six month 20 sessions, session once a week in IBAC (Liepaja Interdisciplinary Center of Children Development)

During process of music therapy we used practical individual music therapy methods: integrating patient's motoric and voice activities in common musical process, improvising in regulating speech and breathing, forming breathing and voice height perception in connection with actuating the head resonators, transferring the state of emotional experiences.

The following music therapy method will be used: breathing and forming perception of sound's height connecting it with putting the head resonators in motion, which is a particular vocal therapy method created by S. Shushardzhan (doctor, music therapist). This method is successfully combined with the breathing exercise of Strelnikova, which helps to achieve the improvement of differentiation of sound's height and also advancement of motoric abilities of speech after cerebral trauma. Russian opera soloist Aleksandra Strelnikova (1912 – 1989) created a new and very fruitful system how to teach breathing. This complex of exercises could be used only by non-medical people, as it was contradictory to generally accepted canons of breathing. Strelnikova was looking for answers to the following questions: where and how to take breath?

The shape of lungs, without going into any anatomical details, is conical: upper parts of lungs are narrower, lower parts – wider. Lungs expand more at the back, where the "lung bags" are located. When inhaling, it is important that air fills up not only the upper part of the lungs but enter also in the lower segments. Strelnikova created exercises,



which would help the air to get in the back (some call it “backpack”), filling the lungs all the way from the top to the bottom, and leading the air to the lung periphery – in small bronchi with alveoli at the end.

At the basis of those exercises there is an active, short, hissing, emotional inhaling through nose, that is done in the movement – bending forward and compressing the thorax. That way air pervades maximally deeper and wider. She was looking for a curing inhalation to treat her lost voice. Going non-traditional path, she discovered that inhalation is more important than exhalation. Her exercises restore the most complicated function of breathing – singing voice (Лавров, 2003).

Russian doctor and music therapist S. Shushardzhan (*Шушарджан, 1990*) created his vocal therapy method, basing it on previously mentioned exercises. This method helps to put in motion the head resonators, where the sound (vocal) by its vibration does a slight brain massage, which means helping to feed oxygen to the blood and clearly improving brain activity. It is particularly important after cerebral trauma and in the cases of brain plasticity (overtaking compensatory abilities).

As the patient had some particular motoric support disorders, it was necessary to use other therapy forms as well, adjusting them to the breathing therapy method of A. Strelnikova and vocal therapy method of S. Shushardzhan. We used a trampoline, because then we could fulfil the conditions created by Strelnikova – to perform simultaneously vocalizing and physical activities.

Results

To the first session, the girl came on a wheelchair, and with the help of her mother she was taken to the chair next to the drums that she could participate in music therapy session. The girl was shy and confused, but from the very beginnings it was already clear that her intellect after the trauma is not damaged. She did everything with a great interest, and as we later understood from the conversation with her Mom, both of them – the girl and her Mom, had a serious motivation and belief that the girl will be able to walk independently, and also move and speak, and that the therapy process will bring positive results.

Results after music therapy session: vocal resonators are actuated; partial improvement of motoric speech abilities (planning); seldom, but success in ability to differentiate the sound’s height with the voice; patient is emotionally relaxed. Now the patient attends music therapy sessions once a week together with patients of Youth Day Centre. She is emotionally more relaxed, able to communicate in the group, call others by name (3-4 syllables). Her right hand is still spastical. She is able to attend school, grade 1, works with computer (she can write words but struggles to pronounce them), visits ergo therapist and physiotherapist. Altogether, the significant diminishment of post-traumatic consequences can be observed, which is certified by speech and language therapists and a physiotherapist as well.

There was no **control research** done, but observations and video analysis give clear evidence about the dynamics of patient’s advancement. The conclusions of physiotherapist and speech therapist, as well as the conclusion of medical specialist after the sessions replace the control test and also the control research.

Discussion

Human brain is the most important organ, which provides and coordinates life processes in the body; head injuries can result in brain trauma. The amount of damage depends on the severity of injuries. Brain injury rehabilitation process is different for each specific person. Rehabilitation program must be personalized, appropriate to the particular person's specific needs. Rehabilitation aims to help people achieve the maximum possible level of independence. Significantly, the loss of neurological function may lead to activation of compensator process to partially or completely gain the upper hand over the void function. This phenomenon is known as a “nerve plasticity”.

Music, in any case, leads to active emotional reactions from a patient; the language of music’s original emotional acoustic units affect the emotional centres of the brain. Music therapy methods and range of applicability is broad, and can be customized virtually for any neurological impairment mitigation. Important is parallel/simultaneous work of the rehabilitation team (speech therapist, physiotherapist, music therapist, psychiatrist, psychotherapist, etc.). This certainly should be done in the early disease period of the patient.

According to the research, children with hand function disorders have also more severe speech disorders. (Tubel and Steinberga, 2004) This case is similar - speech disorders create difficulties for a child to communicate with others, and this fact negatively influences the child development.

The consequences of the brain damage influence the emotional sphere of the teenager very negatively. Particularly severe is a case, when a child has obtained trauma at the age that is mentioned in this case – at the moment of injury the girl was 10 years old. Possibly, her psychological characteristics before trauma were congruent to what was described above, but after the trauma, her development was delayed. 10 months after the trauma, as it is stated in the conclusion of the therapist, the patient understands everything but is very frightened and insecure.



Exactly rapid mood changes and delayed reactions, as well as emotional and willpower disorders were characteristic to our patient. Similarly it was with the patient, when she, after a half a year spent in Rehabilitation centre, arrived at Interdisciplinary Children Development Centre to start her rehabilitation with the specialists, such as children neurologist, Vojta therapist, physiotherapist, music therapist and speech and language therapist. The late (II) stage of rehabilitation would be needed for the patients, who have achieved good results in the early stage and who have shown the progress of their functional conditions. For such people, day centres, ambulatory rehabilitation centres or rehabilitation departments within the health care centres could be very useful.

As it was mentioned in the theoretical part of this work, similar therapy cases were described by Cohen - cases of traumatic brain injury (1992); and cerebral palsy (1993) etc. Various components that Cohen added to his music therapy sessions correspond to our practice of music therapy.

The research results of Cohen were positive and witnessed improvement of articulation, diction and general organization of language/speech. In the research literature we find the description of a case based on Cohen's research, similar to the case with our patient: 12 year-old girl with brain injury, coma situation and language disorders. After a motor vehicle accident she lacked emotional motivation to eliminate the post-traumatic consequences and improve her condition. Music therapist was using previously described work experience of Cohen. Also he was using the songs of the favourite group of the girl - "Spice Girls". Similarly it was with our patient Liana – she relaxed when listened to songs of her favourite group - "Prata Vetra". Liana could not sing, but when she heard familiar Latvian children songs, such as "Maza, maza meitenīte", "Kur tu teci gailīti manu", "Kā rūķītis konfektes stādīja" etc, she expressed her emotions in active and rhythmical body movements. We want to emphasize that in the praxis of therapy each case is individual; therefore discussion can take place only about the basic conceptual issues.

Conclusion

We believe that during the course of this work the hypothesis mentioned in the introduction has been proven. Both theoretical and practical studies have shown that, if during the pre-trauma period an individual was provided with a rehabilitation program that includes music therapy, it contributes to the mitigation of post-traumatic effects, including the promotion of speech motor ability and improvement of memory.

Usage of music therapy with the patients with neurological disorders has a great potential, because it opens many different possibilities of how to get the desired reactions with the help of musical elements. Within this work, the possibilities of music therapy were described in the case of hemiparesis, which is accompanied by motoric aphasia of speech and other secondary implications brought by brain injury: delays of psychical development, different disorders in spheres of emotions and willpower, and especially speech and language disorders. Our conclusion is that music with its rhythmicality and structure can help in promoting the motor speech abilities, as there is a correlation between the severity of the speech defects and the level of hand function disorders.

It is important to acknowledge that the loss of neurological functions can create the activation of compensatory processes, in order to gain control over non-existing functions fully or partially. The compensatory process can be activated more successfully with the help of vocal therapy. It is possible to do a qualitative vocal therapy using breathing exercises of A. Strelnikova.

In any case, music creates active emotional reactions in the patient; the emotionally acoustic units of music language work directly on emotional centres of the brain. There is a wide spectrum of music therapy methods and their usage: it is possible to adjust music therapy for diminishing the consequences of almost all neurological disorders.

The simultaneous work of rehabilitation team members (speech and language therapist, physiotherapist, music therapist, etc.) is crucially important. That has to be started in the early period of the illness.

References

1. Aldridge, D. (2001). *Music therapy and neurological rehabilitation: Recognition and the performed body in an ecological niche*. Music Therapy Today (online), November, available at // www.musictherapyworld.info
2. Baker, F.A. (2000). Modifying the melodic intonation therapy program for adults with severe non-fluent aphasia. *Music Therapy Perspectives*, 18, p.110 –114.
3. Cohen, N. (1992). The effect of singing instruction on the speech production of neurologically impaired persons communication disorders. *Journal of Music Therapy*, 29, 87 – 102.
4. Cohen, N. (1993). The application of singing and rhythmic therapeutic intervention for persons with neurogenic communication disorders. *Journal of Music Therapy*, 30, 81 – 99.
5. Darrow, A. A., Starmer, G. J. (1986). The effect of vocal training on the intonation and rate of hearing impaired children's speech: A pilot study. *Journal of Music Therapy*, 23, 194 – 201.



6. Erdonmez, D. (n.d.). Music Therapy - The Evidence// Sensory Impaired child// CD-R - IV, Witten /Herdecke Univaersitaet
7. Rehabilitation// Music Therapy Today (online), CD-R– III, Witten/Herdecke Univaersitaet.
8. Hibben, J. (1991). Group music therapy with a classroom of 6-8 year old hyperactive learning disabled children.
In Bruscia, K. (Ed) *Case Studies in Music Therapy*. USA, Barcelona Publishers
9. Keith, R. L., Aronson, A. E. (1975). Singing as therapy for apraxia of speech and aphasia: Report of a case study. *Brain and language*, 2, 483 – 488.
10. Kennelly, J., Hamilton, L., Cross J. (n.d.). The interface of music therapy and speech pathology in the rehabilitation of children with acquired brain injury // CD – R. – III, Witten/Herdecke Univaersitaet
11. Rogers, A., Flemming, P. L. (1981). Rhythm and melody in speech therapy for the neurologically impaired. *Music Therapy*. 1, 33 – 38.
12. Seybold, C. D. (1971). The Value and Use of Music Activities in the Treatment of Speech Delayed Children. *Journal of Music Therapy*, 8, 102 – 110.
13. Sparks, R. W., Helm, N.A., Albert, M.L. (1973). Melodic intonation therapy for aphasia. *Archives of Neurology*, 29, 130- 131.
14. Tūbele S., Šteinberga A. (2004). *Ievads speciālajā pedagogijā* [Introduction in special pedagogy]. Rīga: Raka, 112 lpp. (in Latvian)
15. Ворожцова, О. А. (2004). *Музыка и игра в детской психотерапии* [Music and play in child psychotherapy]. Москва: Издательство Института Психотерапии. 89 с.(in Russian)
16. Лавров, Н. Н. (2003). *Дыхание по Стрельниковой* [Breathing Strelnikova]. Ростов-на-Дону: Феникс, 191 с.(in Russian)
17. Шушарджан, С. (1990) Музыкаотерапия и резервы человеческого организма [Music Therapy and the reserves of the human body]. Москва: Антидор, 363 с. (in Russian)
18. <http://www.metacrawler.com/info.metac/search/web/trauma%2Bof%2Bhead>
19. http://www.onlinelawyersource.com/cerebral_palsy/hemiplegic.html
20. http://www.rehab.lv/lmpb/smadzenju_bojaajuma_iedalijums.htm
21. <http://www.neuroskills.com/index.html>

RAKSTS VII



Performed Overviews and Analysis Of Researches in Music Therapy Within The Framework of Master's Papers

Mirdza PAIPARE

Liepaja University, Faculty of Pedagogy and Social Work, Email: mirdza.paipare@liepu.lv

Liga ENGELE

Liepaja University, Faculty of Pedagogy and Social Work, Email: liga.engele@liepu.lv

Olga BLAUZDE

Liepaja University, Faculty of Pedagogy and Social Work, Email: olga.blauzde@liepu.lv

Abstract

In this article we will summarise information about master's papers which include case analysis of various patient groups and the most successful and significant researches. Study programme Music Therapy is available at Liepaja University since 2003. In the time period from 2009 to 2017, 62 professional arts therapists in music therapy have graduated from this study programme. Unfortunately not everybody is working in this profession. Part of graduates combine art/music therapists work with their previous speciality (musician, pedagogue, psychologist, etc). To get arts therapists in music therapy qualification masters students have to take a qualification exam, which includes "role play" of a specific case with a patient or a group of patients and the presentation of master's paper. In this article we will summarise information about master's papers which include case analysis of various patient groups and the most successful and significant researches.

Key words: music therapy, master's papers, research.

Introduction

Study programme „Music Therapy” at Liepaja University (LiepU) was initiated in 2003, as a professional study programme with attainable qualification – music therapy specialist.

In 2006 according to a recommendation made by accreditation commission, programme was transformed to professional master's study programme who's graduates attain master's degree in health care with qualification – arts therapist in music therapy.¹

One of study programme's „Music Therapy” goals is to improve master's students research competence, which is significant also in the future work of professional music therapist. In that way, music therapist performs his professional activities based on scientific evidence.

Music therapy is relatively new health care form in Latvia and master's papers are like outlets for further, more serious scientific research. For this reason, authors considered it very important to share the information about accomplishments in music therapy field in Latvia, and set aim for the research: to summarize and analyze master's papers presented in LiepU Music Therapy study programme during the time period from 2009 to 2016, including information about research themes, working environment, participants, results and conclusions.

While compiling the description, obtained data were summarized in the tables and descriptive statistics were used according to the purpose of the research.

Music therapy in Latvia is defined as one of arts specializations where to solve clients/patients diverse health and social problems and to overcome them individually or in groups, music and its means of expression, music making techniques and activities are used in the context of therapeutic relationships, to express and reflect thoughts, ideas, experiences, feelings, emotions, needs, problems, etc., to achieve changes in emotional state and mind set, more complete physical, emotional and social integration (Paipare, 2011).

¹All arts therapists (visual plastic arts, dance and movement, drama and music) in Latvia have a united profession standard



Research questions:

1. How many and what kind (research topics) researches in music therapy have been completed during the time period from 2009 to 2016?
2. What kind of professional environments, these master's papers have been developed at?
3. Who were the participants of the research (clients, patients, others)?
4. What are the age groups of participants?
5. What are the main results and conclusions of the research?

Research Method

Research is built as an overview of presented master's papers. This work analysis designs and strategies of researches, researched symptoms, working environment, patient groups, summarizes research results and conclusions.

At LiepU master's researches mostly qualitative strategy has been chosen – in 80% of cases, but – quantitative strategy is used in 20% of cases. In researches where quantitative strategy is chosen most frequently used design of research is quasi-experiment – 86% of cases. Mixed research is used in 14 % of cases. In all researches, where qualitative strategy is chosen, the case analysis is used.

Number Of Presented Master's Papers

71 master's paper was elaborated and presented during the time from 2009 to 2013. During the 2009/2010 study year the biggest percentage of master's papers was presented (11.36% of researches or 16 master's papers).

Exception is year 2012 and 2014, when only one master's paper was presented.

Research Themes and Researched Symptoms

Master's papers have tested effectiveness of music therapy in improving mental, physical and social health and in problem solving. Very few, only two researches were studies of professionals: Doctors' and medical personnel's social view on music therapy; Social workers social view on music therapy in Latvia. A study was conducted on the possibilities of using music therapy in the Latvian penitentiary system. Innovative is an attempt to discover and adapt the potential of the use of the Child Psychotherapy Q-SET (CPQ) instrument in music therapy.

Master's papers research the influence of music therapy on:

- music communication skills in children and youth with mild and severe mental disorders;
- spatial orientation abilities in visually impaired and blind children;
- quality of life and cognitive abilities in patients with multiple sclerosis;
- social interaction of children with autism;
- aggression and behavioural disorders in children with hearing impairment and children after cochlear implant (CI) surgery;
- specific speech and language development disorders;
- reducing the anxiety in children with depressive behaviour;
- movement coordination in cases of children cerebral palsy;
- prematurely born children;
- patients after sustained injuries;
- patients after the stroke;
- patients with bronchial asthma;
- work in groups for encouraging communication.

Working Environment

According to the profession standard (Cabinet Regulation No. 461)² (Latvian Medical Law/ Legislation)³, arts/music therapist works in health, education and/or social care, performing their

²Profession standard: www.lm.gov.lv

³Medical practitioner's certification order:

www.akti.lv/naiser/text.cfm?Key=010103201212_1800943&doknos=arstniecibas-personu-sertifikacijas-kartiba



professional activities independently as a part of multi-professional or multidisciplinary team. During the study process, master's students have an opportunity to get to know each of the above-mentioned working environments and choose in which of them to do the research.

Studies in master's papers on the use of music therapy were performed (see image 1):

- in health care facilities – in 30% of cases (The Riga Regional Hospital, National Rehabilitation Centre „Vaivari”);
- in educational institutions - 45% of cases (Liepaja Music Therapy Centre, Special preschool educational institution “Saulespuķe”, Vainode special primary boarding school, Engure high school, Jumprava special primary boarding school, Skrīveru A. Upīša high school, children and youth creative development centre “Namiņš” etc.);
- in social care institutions – 24% of cases (Social day care centres);
- in another field – 1% (in a place of imprisonment).

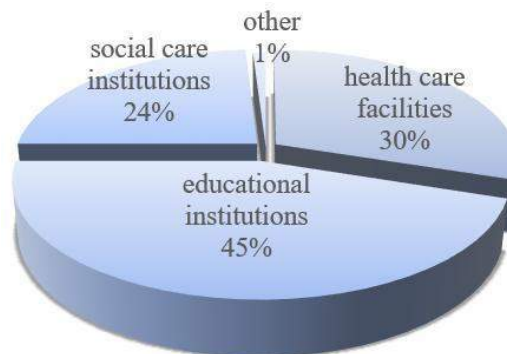


Image 1. Research performing locations

Participants

Research work was performed in both – individual and group music therapy sessions. In 90% of all cases work is performed individually, but 10% – in a group. Number of participants varies from 1 (in individual cases) to 8 participants.

Taking into account the various uses of music therapy interventions, this type of therapy can be adapted to clients/patients with significantly different physical and psycho-emotional state in all age groups. Age of participants varies from perinatal age to senior age group.

Classification of research participants by client/patient diagnosis:

- children with developmental coordination disorders;
 - children with mental development disorders;
 - children with speech and language disorders;
 - children with autism;
 - children with hearing impairments;
 - children with behavioural and emotional disorders;
 - children with genetic diseases;
 - patients with multiple sclerosis;
 - patients after sustained injuries;
 - patients after stroke;
 - patients with depression.
-
- preschool age children;
 - adolescents;
 - adults in working age (18-65 years old);
 - elderly people (>65 years old).

Conclusions and Results Of Researches

Themes of presented master's papers include various working environments, various patient groups and age groups. In almost every work there are difficulties and limitations indicated that



surfaced during the research. Part of music therapy researches are included in LiepU scientific collection of articles “Music Therapy” (Mūzikas terapija, 2014), and are being presented in international conferences for music therapists.

Summarizing the results of the research, it can be concluded that there is a noticeable positive effect of music therapy on the above-mentioned patient groups. This allows us to conclude that music therapy can be indicated in neuro-paediatrics, neuro-rehabilitation, psychiatry, audiology and neonatology.

Research results confirm that music therapy methods are effectively used to improve or expand motor skills, to improve or facilitate motor coordination, to facilitate agility and to reduce spasticity, to differentiate and integrate perception, to improve one's body awareness, to increase attention, to develop planning abilities, to stimulate short-term and long-term memories, to improve contact and communication, to reduce psychosocial symptoms, to reduce autistic spectrum symptoms, to develop non-verbal expression skills, to activate and improve remaining speech abilities.

Recommendations

All master's papers recommend continuing further researches with previously mentioned age groups to ascertain the effectiveness of music therapy in mental, physical and social health improvement and problem solving. It is recommended doing both, qualitative and quantitative studies in all previously mentioned fields with various patient/client groups and to use music therapy as a long-term intervention to gain more complete view on result stability achieved in music therapy.

Authors of master's papers recommend paying attention to informing society about arts therapy possibilities and emphasize the necessity for information and collaboration with field specialists in various symptom reduction in various patient/client groups.

That is why, to strengthen music therapy profession's formation and development in Latvia based on evidence, research authors should participate in research projects, to do long-term researches to acquire results and draw conclusions about stability of music therapy process.

Conclusion

Commonly art therapy for future arts therapists is the second profession. Arts therapy students come from different professional working environments. Their first profession is psychologist, pedagogue, medic, social worker, with art related professional, etc., and they already have some experience in this profession. During the master's study programme future arts therapists learn the professional working rights and ethical issues of a medical practitioner so that after the graduation arts therapists can choose the professional environment appropriate for their desires and qualifications, thus becoming a support for the development of professional activities and professional growth.

Since music therapy is relatively new profession in Latvia authors of master's papers also emphasize the necessity to continue informing the executives and personnel of medical, social care and educational institutions, as well as patients/clients and their parents/caregivers about application possibilities and effectiveness of music therapy methods in various symptom reduction, physical and emotional improvement of psycho-emotional state.

References

Paipare, M. (2015). Development of the music therapy profession in Latvia. *Approaches: MusicTherapy&SpecialMusicEducation, SpecialIssue* 7(1), 127-130.
Retrieved from <http://approaches.primarymusic.gr>

Mārtinsone, K., Mihailova, S., Mihailovs, I.J., Majore-Dūšele, I., Paipare, M. (2008). *Mākslu terapija un tās attīstības konteksti (integratīvi ekletiskā pieeja Latvijā)*. Rīga: RSU
Mūzikas terapija: Izglītība un pētniecība, pieredze un prakse. Zinātnisko rakstu krājums (2014).
Sastādītāja M.Paipare, LiePA.

Mākslu terapija dažādām klientu/pacientu grupām. Rakstu krājums (2014). Sastādītāji K.Mārtinsone., E. Krēvica, RSU



Healthy Lifestyle and Wellness of The First-Year Students of Liepaja University, Study Programme Teacher

PhD Helēna Vecenāne

Liepaja University, Faculty of Education and Social work, e-mail: helena.vecenane@liepu.lv

Abstract

In Latvia there is a high morbidity and mortality from non-infectious diseases (including cardiovascular diseases, oncological diseases, mental disorders), the development of which is largely influenced by people's lifestyle (eating habits, physical activity and the use of addictive substances). In 2016/2017, there are 1342 students studying in Liepaja University, among them 428 are the first-year students (IZM, 2017, 16). Students form the part of society and their knowledge, skills and attitudes obtained at the University will contribute to Latvia's growth. A healthy and developed society is the basis for the development of each country. The development of Latvian education system is closely related to the changes in all other areas of human activity. An organized life is in a very close interaction with well-organized life experiences – education, and mentally and physically organized people. The Aim of the study: To determine the healthy lifestyle habits and wellness level of the first-year students of study programme Teacher. Research Methodology: survey method, questionnaire consists of 4 blocks - a total of 90 questions, Cronbach's Alpha 0.692. Research sample: N=121 first-year full-time and part-time students of study programme Teacher, age 18-57, average age – 29. Results: Employing the survey, 11 healthy lifestyle components are evaluated, from which the following healthy lifestyle components – physical activity, eating habits and stress management are analysed more closely. Physical activity habits: 71.9 % of students daily perform moderate physical exercises, 34.8% of students exercise very intensively, but 19 % of respondents perform strength-building exercises. Eating habits: 69.3 % of students have three regular meals per day, 19.4% of respondents daily choose appropriate portions from products recommended by food guide pyramid. Stress management habits: 76.1 % of students daily allocate time for resting and recovering from stress, but 9.2 % of students regularly perform exercises designed to reduce the stress-related tension. When assessing the students' emotional, intellectual, physical and mental wellness, the overall score is as follows: for 2.5 % of students the wellness level is low, for 16.9 % – marginal wellness level, for 52.8 % – good wellness level, but for 27.6 % of students the wellness level is high.

Keywords: students, healthy lifestyle, habits, wellness

Introduction

In Latvia most people do not engage sufficiently in physical activities due to the lack of motivation, lack of understanding about the importance of physical activity for maintaining health, lack of skills and resources for the implementation of physical activity, as well as lack of sufficiently developed and accessible physical activity-enhancing environments (for example, bicycle path, sport halls or sport fields) (LNAP, 2012).

In Latvian National Development Plan for 2014 - 2020 (LNDP) a course of action "A healthy and fit for work person" is included, which states that the main health risks in European region, which also cause significant health-care and social costs, are smoking, risky alcohol consumption, lack of physical activities and a poor diet. Thus, for strengthening healthy and active lifestyle habits in the society as a whole, one of the priorities is to support different health promotion networks: (a) promotion of a healthy diet, active lifestyle and mental health, (b) promotion of children, youth and nation's sports activities, (c) inclusion of health education in school programmes, (d) prevention of addictive substances and processes (LNAP, 2012, 46–48). Therefore, nowadays one of the topicalities in the health sphere is healthy lifestyle, with a particular emphasis on sufficient physical activity and healthy eating habits. The global research studies (Green, Smith & Roberts, 2005; Haerens, Kirk, Cardon & Bourdeaudhuij, 2010) show, that physical activity tend to decrease starting from the teenage years, and this tendency continues until the end of life, thus only worsening the health problems. The study of the health-influencing habits of the population (15-64 y/o) of Latvia (2014) confirms that 38 % of 15-24 y/o respondents engage in physical activities 2-3 times a week for at least 30 minutes, but in the group of 25-34 y/o respondents there is a significant drop to 19.2%. The physical activity is decreasing also in the midst of Latvia's students. In the study conducted by Porozovs, Porozova & Valdemiers (2012) the level of physical activity was compared between pupils and students, and they found that the pupils engage in sports more than the students, and that 42% of students lack physical activity.

According to the research of Latvian University Sport Federation (LASS, 2012, 11) students give the following reasons of why physical activities are not implemented: 1) lack of time; 2) lack of suitable sport fields nearby; 3) sports premises are not available at convenient times; 4) lack of company (partners, friends) for doing sports; 5) lack of motivation to do sports; 6) it is too expensive; 7) the health condition does not permit; 8) lack of competent coaches, instructors; 9) insufficient level of knowledge and skills.



In the academic year 2016/2017, there are 82.914 students studying in Latvian higher education establishments (IZM, 2017, 31), from them 21.669 are the first-year students (IZM, 2017, 21), but in Liepaja University, in academic year 2016/2017, there are 1342 students, from them 428 are the first-year students (IZM, 2017, 16).

Students form the part of society, and their knowledge, skills and attitudes obtained at the University will contribute to Latvia's growth, therefore during the study process it is particularly important that all students, not only students from health and sports related fields, obtain the health and physical activity competence. It is important also for future teachers. A healthy and developed society is the basis for each country's development. Broks (2000) suggests that the development of Latvian education system is closely related to the changes in all other areas of human activity, as well-organized life is in a very close interaction with well-organized life experiences – education and mentally and physically organized people. Latvia's socio-economic situation, reforms in education and the transition to a competence-based approach in education actualize the health and physical activity competence, which implies healthy lifestyle and taking responsibility for one's own health.

Health is the basis for a human life. The health concept is complicated; it is related to interaction between the individual and the surrounding environment, which is determined by the individual's conditions of existence, world views and motivation. The health is understood not only as an abstract state, but also as a tool for achieving goals, and as an instrument and a resource that allow the individual to manifest itself in all aspects of human life in various ways. The understanding of health is closely related to person's social, personal and physical capabilities. Holistic understanding of health is expressed in the definition elaborated by WHO in 1947: "Health is a complete physical, mental and social wellness and not just a condition without illness or physical deficiencies". Along with the development of the society and the growth of its welfare, the explanation of the essence of health is clarified: "Health is the degree to which an individual or a group is capable to implement their efforts and meet their needs both by making health-friendly decisions and by changing the environmental impact" (WHO, 1998, p.1).

Traditionally the healthy lifestyle is linked to the concept of health promotion. The WHO Ottawa Charter, in its 1986 resolution, has adapted the following clarification of the health promotion concept: health promotion is a process that enables every person to increase the control over one's own health and improve it. In order to achieve full physical, mental and social wellbeing, a person or group of individuals must be able to identify and implement their desires with the aim of meeting needs as well as changing or overcoming the environmental impact. Therefore health has to be considered as the means for everyday life, but not as a goal of life. Health is a positive concept; it emphasizes the importance of social and personal resources, including human physical capacity. Therefore, health promotion is not only a responsibility of the healthcare sector – healthy lifestyle is a key for achieving well-being (WHO, 2014).

The key prerequisites for health promotion, stated by WHO (2014), are peace, shelter, education, nutrition, income, a stable ecosystem, sustainability of resources, and social justice. Good health is a major resource for social, economic and personal development and an important aspect of quality of life. According to Kuklica, Straume & Klavina (2011), health promotion implies reduction of the use of addictive and health-influencing substances, increase of physical activity, development of the healthy nutrition idea, reduction of traumatism and violence, and other healthy lifestyle-promoting measures. Thus, the goal of health promotion is to prevent the negative impact of environmental, economic and social factors on the human health.

According to the paradigm described by Cockerham (2005), the practice of the healthy lifestyle depends on the individual's disposition to action, which in turn is influenced by person's choice of activity and the possibilities of a socially defined structure; through this interaction a disposition to action is formed, which is followed by a health-promoting or adverse behaviour. Each healthy lifestyle is given an assessment and can be judged from the positive to the negative point of view, creating a common model for healthy lifestyle practices. Such healthy lifestyle principle implies not only the involvement of health professionals but also the daily routine that is not related to health-care activities but still affects the health, such as diet, physical exercise, personal hygiene, alcohol use, smoking, compliance with safety precautions, etc., because it is the daily practice of healthy lifestyle that has a major impact on a person's well-being and longevity.

As health promotion is not only the responsibility of the state policy (mezo-) and the health sector (macro-), but also the choice of each person's lifestyle (micro-), it is essential to comprehend, which areas of life affect health in the most direct way. Corbin et al. (2008) and Robbins et al. (2011) points to the following health-influencing life spheres or healthy lifestyle components, which reduce health risks and improve health: 1) regular physical activity, 2) healthy eating habits, 3) stress management, 4) avoidance of harmful habits, 5) safe sex life, 6) compliance with



safety regulations, 7) first-aid knowledge, 8) observance of personal health (hygiene) habits, 9) finding and accepting appropriate medical advice, 10) consumer awareness, 11) environmental protection. Corbin et al. (2008) and Robbins et al. (2011) consider regular physical activity, healthy eating habits and stress management as priority components of a healthy lifestyle.

Health is closely related to wellness. Miller (2005) characterizes wellness as integration of various components (social, emotional, intellectual, mental and physical); it reflects the person's potential to live, work effectively and make an important contribution to society. Wellness reflects how a person feels (well-being) while living as well as person's ability to act effectively. Wellness is also described as a positive health component, opposite to illness; it is individual to each person and depends on the personality traits; it is determined by a person's self-assessment scale – from positive self-esteem to negative. Robbins et al. (2011) describes wellness as an integrated and dynamic functioning level of an individual, which focuses on the person's responsibility to reach his/her maximum potential and includes not only preventive health behaviour but also the change in thinking and attitudes.

Like health, wellness is a multidimensional concept and a positive component of optimal health. The wellness dimensions overlap with the health dimensions. There are five dimensions of health and wellness that are highlighted: (1) emotional/ mental, (2) intellectual, (3) physical, (4) social and (5) spiritual (Corbin et al., 2008). In the process of development, the wellness concept is expanded adding several other dimensions of human life, reaching eight wellness dimensions: (1) physical, (2) intellectual, (3) emotional, (4) social, (5) spiritual, (6) environmental, (7) work and (8) financial dimension (Swarbric, 2010; Swarbrick and Yudof, 2014).

Method

The questionnaire for this research is adapted and approbated after Corbin et al. (2008) survey on healthy lifestyle. The survey consists of 4 blocks of statements (Reliability Statistics Cronbach's Alpha 0,692). In this study only 2 blocks are analysed. The first block determines the healthy lifestyle habits (The Healthy Lifestyle Questionnaire) and looks at healthy lifestyle components that reduce health risks and improve health: 1) regular physical activity – 4 statements, 2) healthy eating habits – 5 statements, 3) stress management – 4 statements, 4) avoiding harmful habits – 3 statements, 5) safe sex life – 2 statements, 6) compliance with safety regulations – 2 statements, 7) knowledge about first aid – 2 statements, 8) observance of personal health (hygiene) habits – 2 statements, 9) finding and accepting appropriate medical advice – 3 statements, 10) consumer awareness – 2 statements 11) environmental protection – 2 statements. Altogether – 31 statements; and the respondent can choose between two answers – yes and no. The second part of the survey determines students' self-perception on wellness. The survey distinguishes five wellness dimensions: emotional wellness; intellectual wellness; physical wellness; social wellness and spiritual wellness (3 statements for characterizing each dimension, altogether 15 statements, and four Likert-type scale responses (1-4): strongly agree (4), agree (3), disagree (2), strongly disagree (1), summing three questions for each wellness dimension to get student's wellness dimension totals. Strongly agree response characterizes high level wellness; agree – good wellness; disagree – marginal wellness; but strongly disagree – low wellness.

Research participants: n=121 first year full time and part time students of study programme 'Teacher', age 18-57, average age 29; 89,2 % of them female and 10,8 % - male students. The research is conducted during academic year 2016/2017. Due to the fact that WHO (n.d.) includes the age range of 18-64 years when providing recommendations for physical activity and nutrition, as well as general recommendations for maintaining and promoting health, in this study specific age groups are not analysed.

Findings

The first part of the questionnaire describes the healthy lifestyle habits of students. As physical activity, eating habits and stress management habits are the priority components of a healthy lifestyle, they are highlighted in separate tables. The results of the physical activity habits' survey show that 71.9 % of students almost daily engage in moderate physical activity, 34.8% of students exercise vigorously, but 19.0 % of respondents perform strength-building exercises (See Table 1)



Table 1. Physical activity habits of students

Criteria for determining physical activity	Response Yes (%)
I accumulate 30 minutes of moderate physical activity most days of the week (the heart rate rises by 60-75 % of the maximal heart rate)	71.9
I do vigorous activity that elevates my heart rate for 20 minutes at least three days a week (the heart rate rises by 75-85 % of the maximal heart rate)	34.8
I do exercises for flexibility at least three days a week	43.7
I do exercises for muscle fitness at least two days a week (at least a complex of 10-12 strength-building exercises, repeating each exercise for at least 15 times)	19.0

From the survey “Eating habits of students” the following results were obtained: 69.3 % of students have three regular meals per day, 19.4% of respondents daily choose appropriate portions from the products recommended by the food guide pyramid, 69.7% of students restrict the amount of fat in their diet, 49.7% of students limit the consumption of salt, but 62.9% of students limit the consumption of sugar in their diet (see Table 2).

Table 2. Eating Habits of students

Criteria for determining the eating habits	Response Yes (%)
I eat three regular meals each day.	69.3
I select appropriate servings from the food guide pyramid each day.	19.4
I restrict the amount of fat in my diet.	69.7
I limit the consumption of salt in my diet (according to the healthy diet recommendations – no more than 5 g per day).	49.7
I limit the consumption of sugar in my diet (according to the healthy diet recommendations – no more than 50 g per day).	62.9

From the survey on Stress management habits of students, the following results were obtained: 90.7 % of students are able to identify the situations that cause stress, 76.1 % of students daily allocate time for resting and recovering from stress, 94.1 % of students find time for family and friends, but only 9.2 % of students regularly perform exercises designed for reducing the stress-related tension (see Table 3).

Table 3. Stress management habits of students

Criteria for managing stress	Response Yes (%)
I am able to identify situations in daily life that cause stress.	90.7
I take time out during the day to relax and recover from daily stress.	76.1
I find time for family, friends and things I especially enjoy doing.	94.1
I regularly perform exercises designed to relieve stress-related tension.	9.2

Assessing the other health-influencing habits of students, the following results were obtained. Avoiding destructive health-influencing habits: 86.4 % of students do not smoke or use tobacco products, 82.0 % of students do not abuse alcohol, 88.5 % do not use drugs or drug-containing substances. 94.95 % of students practice safe sex life by choosing a long-term, safe partner, but 93.4 % practice safe sex avoiding STD. Safety habits: 91.6 % of students follow the traffic regulation rules, adhere to the speed limit and use a seatbelt, but only 5.9 % of students have smoke detectors at their homes, which can protect them from domestic accidents. 84.5 % of students have knowledge about providing the first aid, but 53.7 % of students are able to help in such domestic accident cases as choking. Personal hygiene habits: 63.8 % of students brush their teeth and use the dental floss at least twice a day, but only 43.3 % of students allocate sufficient time for sleeping. 61.8 % of students have regular medical check-ups, 85.1 % listen to the doctor’s advice during the process of healing, but 71.5 % of students use medication only in the case of need following the instruction. Being an informed customer: 51.0 % of students read the labels and investigate effectiveness before buying the product, but 50.8 % use only products that have been proven by research to be effective. Environmental protection: 35.7 % recycle paper, glass and plastic waste, but 81.4 % of students save natural resources such as electricity, natural gas, etc. (see Table 4).



Table 4. Other healthy lifestyle-determining habits of students

Healthy lifestyle components	Criteria	Response Yes (%)
Avoiding Destructive Habits	I do not smoke or use other tobacco products.	86.4
	I do not abuse alcohol.	82.0
	I do not abuse drugs (prescription or illegal).	88,5
Practicing Safe Sex	I abstain from sex or limit sexual activity to a safe partner.	94.95
	I practice safe procedures for avoiding STDs.	93.4
Adopting Safety Habits	I use seat belt and adhere to the speed limit when I drive.	91.6
	I have a smoke detector in my home and check it regularly to see if it is working.	5.9
Knowing First Aid	I have had training to perform CPR if called on in an emergency.	84.5
	I can perform the Heimlich manoeuvre effectively if called on in an emergency.	53.7
Personal Health Habits	I brush my teeth at least two times a day and floss at least once a day.	63.8
	I get an adequate amount of sleep each night.	43.3
Using Medical Advice	I self-examine myself regularly, have regular medical check-ups, and seek medical advice when symptoms are present.	61.8
	When I receive advice and/or medication from a physician, I follow the advice and take the medication as prescribed.	85.1
	I take over-the-counter drugs sparingly and use them only according to directions.	71.5
Being an Informed Consumer	I read product labels and investigate their effectiveness before I buy them.	51.0
	I avoid using products that have not been shown by research to be effective.	50.8
Protecting the Environment	I recycle paper, glass or aluminium.	35.7
	I practice environmental protection such as carpooling and conserving energy.	81.4

The second part of the questionnaire determines student's self-evaluation on their wellness level. In this survey five wellness dimensions were identified. (1) Emotional wellness: 26% of students say that they feel happy (agree), strongly agree - 60.2% of students, but 13.8% for students disagree with this statement. 50.4% of students have good self-esteem (agree), 6.5% of students strongly agree, 38.2% of students disagree, but 4.9% of students strongly disagree with this statement. I do not generally feel stressed: 2.4% of students strongly agreed, 25.4% agreed, 60.2% disagreed, 12.2% strongly disagreed with the statement. Summarizing the responses to all three statements the following results were obtained: the emotional wellness level is low for 6.2% of students, marginal for 36.9% of students, good for 33.9% of students, but 22.03% of students have a high emotional wellness level (see Table 5).

Table 5. Self-perception of wellness

Wellness dimensions	Criteria	1-Strongly disagree(%)	2-Disagree (%)	3-Agree (%)	4-Strongly agree (%)
Emotional wellness	I am happy most of the time.	1.6	12.2	26	60.2
	I have positive self-esteem.	4.9	38.2	50.4	6.5
	I do not generally feel stressed.	12.2	60.2	25.2	2.4
Total Emotional wellness level		6.2	36.9	33.9	23.03
Intellectual wellness	I am well informed about current events.	0	15.6	74.6	9,8
	I feel comfortable expressing my views and opinions.	1.6	20.3	66.7	11.4
	I am interested in my career development.	0.8	0.8	38.2	60.2
Total Intellectual wellness level		0.8	12.2	59.8	27.1
Physical wellness	I am physically fit.	1.6	13.0	50.4	35.0
	I am able to perform the physical tasks of my work.	0	3.3	51.2	45.5
	I am physically able to perform leisure	0.8	4.9	44.7	49.6



	activities.				
Total Physical wellness level		0.8	7.1	48.8	43.7
Social wellness	I have many friends and am involved socially.	0.8	27.6	56.9	14.6
	I have close ties with my family.	1.6	4.9	37.7	55.7
	I am confident in social situations.	2.4	17.1	69.1	11.4
Total Social wellness level		1.6	15.5	54.6	27.2
Spiritual wellness	I am fulfilled spiritually.	3.3	10.7	73.8	12.3
	I feel connected to the world around me.	2.4	20.3	68.3	8.9
	I have a sense of purpose in my life.	3.3	7.4	59.0	30.3
Total Spiritual wellness level		3.0	12.8	67.03	17.2
Total Wellness level		2.5	16.9	52.8	27.6

Intellectual Wellness (2): I am well informed about current events: 9.8% of students – strongly agree, 74.6% agree, but 15.6% of students disagree with this statement. I feel comfortable expressing my views and opinions: 1.6% of the students strongly disagree, 20.3% disagree, 66.7% agree, but 11.4% of students strongly agree with this statement. 60.2 % of students are very interested in their career development, 38.2% are interested, but 0.8 % are not interested, or completely not interested (0.8%) in their career. Summarizing the data from all three questions the following results were obtained: the intellectual wellness level is low for 0.8 % of students, marginal for 12.2 % of students, good for 59.8 % of students, but 27.1 % of students have a high intellectual wellness level.

Physical wellness (3): 35 % of students feel physically very well, 50.4 % - well, 13.0 % disagree, but 1.6 % students strongly disagree with this statement. 45.5 % of students strongly agree with the statement that they are able to do necessary physical work, 51.2 % agree, but 3.3 % disagree with this statement. 49.6 % of students strongly agree that they are physically able to perform leisure activities, 49.6 % - agree, 4.9 % disagree, but 0.8 % strongly disagree with this statement. In summary, the physical wellness level is low for 0.8 % of students, marginal for 7.1 % of students, good for 48.8 % of students, but 43.7 % of students have a high physical wellness level.

Social wellness (4): 14.6 % of students strongly agree that they have lots of friends and various social connections 56.9 % – agree, 27.6 % – disagree, but 0.8 % of students strongly disagree with this statement. 55.7 % of students strongly agree with the statement “I have close ties with my family”, 37.7 % agree, 4.9 % disagree, 1.6 % strongly disagree with the statement. 11.4 % strongly agree, 69.1 % agree, 17.1 % disagree, 2.4 % strongly disagree with the statement “I am confident in social situations”. Summarizing the responses to all three statements, the social wellness level is low for 1.6 % of students, marginal for 15.5 % of students, good for 54.6 % of students, but 27.2 % of students have a high social wellness level.

Spiritual wellness (5): “I feel spiritually fulfilled” – 3.3 % strongly disagree, 10.7 % disagree, 73.8 % agree, 12.3% strongly agree; “I feel connected to the world around me” – 2.4 % strongly disagree, 20.3 % disagree, 68.3 % agree, 8.9 % strongly agree; “I have a sense of purpose in my life” – 3.3 % strongly disagree, 7.4 % disagree, 59 % agree, 30.3% strongly agree. Summarizing the responses to all three statements, the following results were obtained: the spiritual wellness level is low for 3.0 % of students, marginal for 12.8 % of students, good for 67.03 % of students, but 17.2 % of students have a high spiritual wellness level. Assessing the levels of all 5 wellness dimensions it can be concluded that the total wellness level is low for 2.5 % of students, marginal for 16.9 % of students, good for 52.8 % of students, but 27.6 % of students have a high wellness level (see Table 5).

Results and Discussion

According to the survey results and the WHO Global strategy for diet, physical activity and health recommendations (n.d.), the first-year students of Liepaja University need improvements in almost all spheres that affect healthy lifestyle. When assessing the healthy lifestyle habits, it should be taken into account that all healthy lifestyle activities do not imply similar health risks. For example, the use of tobacco and the abuse of alcohol or drugs affect health immediately, while the consequences of insufficient physical activity and unbalanced diet appear in the long run. We daily face tensions created by stress, but our first aid knowledge gets applied only in particular life situations (Corbin et al., 2008). Thus, the average arithmetic data collected from this research on healthy lifestyle habits show that majority of students avoid tobacco, alcohol and drug-containing substances, and in total 83.6 % of surveyed students avoid harmful habits. However, the habits of physical activity can be considered as satisfactory only for 42.4 % of respondents, 54.6 % of students have good eating habits, but 67.7% of students manage their stress well. 94.3 % of students practice safe sex life, but 48.4% follow the safety regulations, although here is a big dissonance between these two indicators: if 91.6 % of students follow the traffic rules, then safety at home is in danger – only 5.9 % of students have smoke detectors at home, which can protect them from casual domestic fires.



On average 68.7 % of students have sufficient knowledge about first aid, 57.6% of students adhere to adequate personal hygiene, although in personal hygiene practices are also differences: 63.8% of students pay sufficient attention to dental hygiene, but only 43.3% of students spend enough time sleeping. In general, 73.4% of students use appropriate medical services and follow doctor's recommendations. 50.4% of students can be considered as informed customers, 58.4% of students act environmentally friendly, although also here are big differences: 81.4% of students save electricity and other natural resources, while only 35.7% of students recycle.

When assessing the students' wellness level by interpreting the ratings, the level of physical wellness comes first – good and very good physical ability for performing the work duties and participating in leisure time physical activities is shown by 92.5% of students. The level of intellectual wellness is rated as good and very good by 86.9% of students, mental wellness – by 84.23%, social wellness – by 81.8%, but emotional wellness by 56.93% of students (see Figure 1).

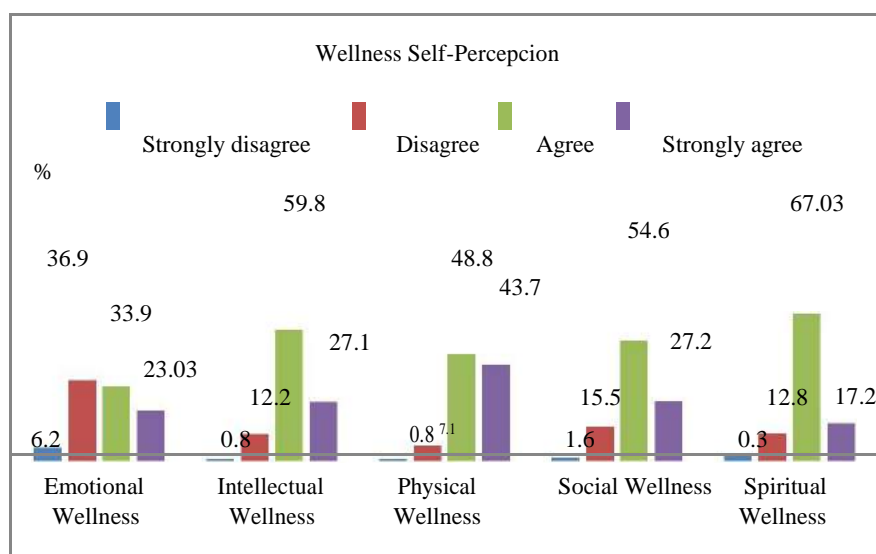


Figure 1. Indicators of overall wellness self-perception of students

Conclusions and Recommendations

Students' healthy lifestyle habits generally require significant improvements, especially in everyday habits: physical activity, eating habits, and adequate sleep. Assessing the overall wellness level of students it can be concluded that 2.5% of students have low wellness, 16.9% – marginal, 52.8% – good, but for 27.6% of students the wellness level is high.

The students' self-perception rates on wellness are relatively high, while students' healthy lifestyle habits need substantial improvements. This may indicate that students feel good at the moment and do not feel discomfort in terms of their lifestyle and lifestyle-related health risks in the near future.

In conclusion, it is recommended to promote the healthy lifestyle habits also in the universities, making health-promoting programs available for all students. It is particularly essential for future teachers – educators of the next generation, promoting the development of a healthy and educated society.

References

- Broks, A. (2000). *Izglītības sistemoloģija*. Rīga: RaKa
- Cockerham, C. W. (2005). Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46:51; doi:10.1177/002214650504600105-0
- Corbin, C., Welk, G., Corbin, W., Welk, K. (2008). *Concepts of Fitness and Wellness: A Comprehensive Lifestyle Approach*. 7/e Published by McGraw-Hill, Boston, MA.
- Green, K., Smith, A., Roberts, K. (2005). Young people and lifelong participation in sport and physical activity: a sociological perspective on contemporary physical education programmes in England and Wales. *Leisure Studies*, 24: 1, P 27 — 43. DOI: 10.1080/0261436042000231637
- Haerens, L., Kirk, D., Cardon, G. Bourdeaudhuij, I., (2010). *The development of a pedagogical model for Health-Based Physical Education*. Research Foundation, Brussels, Belgium. Retrieved 21 June 2017 from: http://www.beraconference.co.uk/2010/downloads/abstracts/pdf/BERA2010_0602.pdf
- Kukliča, S., Straume I., Kļaviņa S. (2011). *Vadlīnijas pašvaldībām veselības veicināšanā*. Latvijas Republikas Veselības ministrija
- Latvijas Augstskolu sporta savienība (LASS). (2012). *Studentu un jauniešu sportošanas paradumi*. Analītiskais noslēguma ziņojums. Izglītības un zinātnes ministrijas 06.16.00. programmas „Izglītības sistēmas vadības nodrošināšana”. Retrieved 30 June 2017 from: <http://www.izm.gov.lv/images/statistika/petijumi/20.pdf>
- Latvijas Nacionālais attīstības plāns 2014. – 2020.gadam. (2012). LR saeima. Retrieved 14 April 2017 from:



- http://nap.lv/images/20121220_NAP2020_Saeim%C4%81_apstiprin%C4%81ts.pdf
- Latvijas iedzīvotāju (15-64 gadu vecumā) veselību ietekmējošo paradumu pētījums. (2014). Slimību kontroles un profilakses centrs. Retrieved 30 June 2017 from: <http://www.spkc.gov.lv/veselibu-ietekmejos-paradumu-petijumi/>
- Miller, J. (2005). Wellness: The History and Development of a Concept. *Spektrum Freizeit 2005/1*. P. 84-102. Retrieved 23 June 2017 from: https://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-35061/11_miller_1_05.pdf
- Porozovs, J., Porozova, Dz., Valdemiers, A. (2012). Jauniešu fiziskās aktivitātes un veselības problēmas. *Scientific Journal of Riga Technical University. The Humanities and Social Science. History of Science and Higher Education*. Vol.20., 94.-100. lpp.
- Robbins, G., Powers, D., Burgess, S. (2011). A wellness way of life (9th ed.). USA: McGraw Hill.
- Swarbric, P. (2010). Defining wellness. *Words of Wellness Vol.3, Nr.7*. Retrieved 5 June 2017 from: <http://www.scattergoodfoundation.org/sites/default/files/innovation-submissions/Words%20of%20Wellness-Handout.pdf>
- Swarbrick, P., Yudof, J. (2014). *Wellness in Eight Dimensions*. Retrieved 3December 2017 from: http://www.state.nj.us/humanservices/dmhas/resources/mental/CSP_Wellness_8_Dimensions.pdf
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Retrieved 18 July 2017 from: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.
- World Health Organization. (2014). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Retrieved 23 May 2017 from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- IZM. (2017). *Pārskats par Latvijas augstāko izglītību 2016.gadā*. Augstākās izglītības, zinātnes un inovāciju departaments. Retrieved 30 June 2017 from: http://www.izm.gov.lv/images/izglitiba_augst/Parskats_augstaka_izglitiba_2016.pdf
- World Health Organization. (n.d.). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Retrieved 14 July 2017 from: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/

RAKSTS VIII

MUSIC AND LANGUAGE IN INTERDISCIPLINARY CONNECTION

Mirdza Paipare

Liepaja University, Latvia

Abstract. Nowadays speech and language development is actual problem. This research was conducted to find out how music could help in solving this problem and to find out how connected music and language processes are in our brain. Language and music share a lot of similarities in terms of neurology, Music Therapy, communication and psychology and their interactions are successfully used in these sciences. Aim of this research was to gather data and scientific basis for music's ability to improve speech and language. Main findings indicate that this topic has been studied for decades and still hasn't lost its significance. Music can influence language processes, lessen disorders because it is neurologically and psychologically close to our spoken language.

Keywords: music, music therapy, language, neurology.

Introduction

The question whether music can be used to develop language skills has been occupied scientists and researchers for decades. By now, in the whole world there had been many practical researches on music and language interaction. They try to define detailed similarities and differences in language and music learning, perception and their communicational characteristics.

This is a theoretical research that includes aspects of music therapy, linguistics and neurology and some conclusions acquired during the practical work in Music Therapy. It is based on music therapy findings and researches by Diana Deutsch (2010), Anthony Brandt (2012), Judy Barker (1999) and many other authors.

Goal of this research was to summarize the main discoveries in fields of neurology and neuropsychology, music therapy and linguistics and give an insight in possibilities of music application in stimulating language development and acquisition.

This research first talks about how we learn languages and music, especially in our childhood. Then it looks at which language processes music develops and describes how we perceive music and language. Then article summarizes how

music helps in music therapy and how a person could benefit from musical training in the context of language and brain development.

Information was gathered by summarizing and analyzing information and data from various practical researches.

The main point is that music and language both are deeply connected in human brain, culture, habits and life itself. One can say – music is an artistic and multicultural language, but language is phonemically orchestrated melody.

Learning music and language

Every research (Deutsch, 2010, 2012; Brandt, Gebrian, & Slevc, 2012; McMullen & Saffran, 2004; Hallam, 2009) confirms that child learns language by its musical characteristics. And any person, also adults cannot master language without any kind of musical hearing (Deutsch, 2010). Especially if they do not have experience in learning foreign language phonemes, human brain at first perceives only the melody and rhythm of language, and then with time learns to differentiate the phonemes.

Sensitivity to musical sounds appears since birth. Newborns excel with ability to differentiate and perceive by hearing phonemes of any language, though it is not connected to ability to perceive their contents and lexical meanings (Brandt, Gebrian, & Slevc, 2012).

Words in the language are always unconsciously foreseen and that attaches deeper meaning to them based on experience. These prognoses give general context in language and music. Ability to prognosticate can be developed by learning musical compositions, songs and musical instrument play (Tillmann, 2012).

Children brain is more plastic than adult brain and functional division in structures and hemispheres does not yet exist (McMullen & Saffran, 2004). Till the age of 36 months the development of music and language is united, but at the age of 3, differences in music and language perception appear and they continue to develop in parallel ways maintaining strong connection (Brandt, Gebrian, & Slevc, 2012).

Music develops language

Singing to a child is a prerequisite to communication and dialogue. The first 3 years of life are the most significant in developing communication skills (Mervyn, 2012). The basics for communication skills are developed by parent-child communication through singing and expressive talking even when it still seems one-sided. The skills that develop in such case are: attention to faces, speech and objects; listening and responding or conversation skills; ability to

predict what will happen next; imitation; ability to maintain concentration; ability to understand facial expressions, voice tones and other people actions (Perry & Ri, 2005). Barker, from her own experience with her daughter who has Down syndrome, emphasizes that “singing and music composing is vital for children with learning difficulties” (Barker, 1999).

S. Salmon and K. Schumacher (2001) speak about specific influence mechanisms of music as a media, and also mention that the music speaks in language that can be understood even with cognitive restrictions. Newborns can already perceive and differentiate such phenomenon as: intensity, rhythm and form.

Music and language perception

The music activities especially well develop the ability to perceive emotions in language and use them in speech – fear, anger, joy. Music works on children physically with sound waves and psychologically evoking emotions (Deutsch, 2010). As a result of such interaction the rhythm and tempo of the music improve language fluency and ability to deliberately express oneself in speech.

With the same principle the music can stimulate the reading ability, its speed. Because music can develop ability to decode what is written, improve memory, enrich the active vocabulary and make that intuitive and emotional feel that we all have for the native language (Hallam, 2009; Mervyn, 2012).

Each music component activates different regions of brain, stimulating their simultaneous participation in processes. That improves perception, cognitive and sensomotoric processes and is significant to speech and language development (Harman). They also activate both cerebral hemispheres, especially the Brock and Vernick regions which are vital to processing linguistic information (Lawrence, 2010).

Music as a great help in therapy

Music therapy has become very active in both – Latvia and Liepaja. In its practice it is often seen that speech and language development problems are coexisting with many illnesses and disorders. Since music therapy is a scientific usage of music with therapeutic aims, it includes also actions for speech development. Music therapist works in multidisciplinary team, often cooperating with speech therapists professionally involving music in developing speech.

Singing in foreign languages is easier than speaking, because word fluency is accented by melodic development and basically singing itself, even unknowingly, asks for more expressive mouth movements and better articulation from both – the child and the therapist that works with him.

Relating to the rhythm, music therapy uses a practical method called "speech motoric mapping" – in which to develop and add syllables that child could articulate fluently and without big difficulties in therapeutic work the musical rhythm syllables are used as a great help.

In musical activities, playing music and speaking music therapy uses hand-mouth neurological connection mechanism, which can be seen, for example, in children with cerebral palsy. In such cases, operating with a hand allows to use possibilities to work with speech mechanisms, for example, vocalizing. Finger motoric in other cases (for example, piano playing, scale and other theme playing) influences speech-language fluency.

Songs with repetitions help in learning words, specific speech sounds and basic elements of language. Because lyric adding to the music divides the words in syllables, emphasizes main consonants and in perception seemingly slows down the speech sounds. Repetitive interaction with songs helps children to feel how are functioning the rules of language and develops prediction ability which is necessary in language perception (Barker, 1999; Mervyn, 2012). Melodic intonation therapy (MIT) uses the same principles about repeated song learning help in developing speech and language skills. MIT is successfully used also for aphasia patients after insult.

Rhythm activities help children with reading problems and dyslexia. Overy (Overy, Nicolson, Fawcett, & Clarke, 2003) researching children with dyslexia, has discovered its connection to rhythmic problems. He has learned how rhythmic activities leave positive and visible influence on phonologic and orthographic skills (Hallam, 2009).

Analysis of the reaction to music and the tasks related to it can help to diagnose language problems and disorders. For example, a child who learns everything very slowly – he will usually forget what the given tasks were. A child with dyslexia most likely will mix up the order of tasks, and so on (Barker, 1999).

Since music almost always triggers a reaction in the listener – as wish to clap along the rhythm or sing along the melody, etc, it is very effective for improving the unconscious speech, language and other similar processes. Nordoff/Robbins active music therapy is based on concept that anyone can react to music; in any one of us "sleeps" the musical child. We should correctly wake this "sleeping child" up and use it as resource for self-healing. Active music therapy's humanistic psychology can be used to activate individual resources and give sense of belonging to a child who usually feels impertinent.

Interaction of music and language in our brain and development of skills

Equivalent for musical melody in speech is prosody – natural melody of speech, which is different for each language. Music influences perception of

prosody by harmonizing the structures in brain that receives the signals sent from ears and encodes the sounds of language and music (Deutsch, 2010). Learning to differentiate musical tones and rhythmic phrases and their associating with visual symbols develops in better phonemic conscience (Hallam, 2009).

Actively working with music child's attention and listening skills obviously improves (Hallam, 2009; Barker, 1999). Music provides children an effective experience for developing the listening skills. While listening to speech or music human unconsciously processes a lot of information in a great speed. Music enables a better understanding of one's own affects and helps to feel like their author inviting to become automatically active (Salmon & Schumacher, 2001).

Speech and music share neurological processing systems, which is why music can influence language perception. Learning music trains the sound encoding process in brain and improves its performance, and also the ability to perceive fast changing sounds (Hallam, 2009) – tones, phonemes in speech, which influences the perception of linguistic phrases. Hence, actively working in music improves not only attention, but also develops the regions of the left hemisphere and overall brain process speed and precision. (Harman, 2008)

As for physical skills necessary for both – singing and speech, vocal tract functioning and its conscious using can be developed with resonance or synchronization, entrainment (Gorow, 2000). Musical synchronization is a physical feeling in the whole body. For example, while singing or tapping the rhythm together with a good performer, after some time the performance will unify, in other words – synchronize and improve. With voice it can be achieved by vocalizing along the songs or instrumental pieces. Not only when the goal is to actually learn to sing, but also when any musical instrument playing is being learnt. This method influences functions and all the mechanisms of vocal apparatus.

Conclusions

The interaction between music and language is unquestionably significant in the personal development.

As a result of this correlation:

1. The work of brain speeds up and becomes more efficient than before the involvement of music, which allows to learn new things more quickly and adapt to new circumstances easier and to follow all happenings in nowadays rapid and changing everyday life.
2. More developed hearing and encoding of sounds improves the perception of any language or musical style and lessens the stress in a process of learning foreign languages.

3. Even without any special skills or knowledge in music a person of any age can learn to be more confident in general, more perceptive in both – music and language and more skilled in communication.
4. The memory and all kind of recall skills significantly improves little by little and helps to learn anything that is necessary for surviving in life, presenting own ideas and thoughts and looking for different kind of solutions for any problem.

Playing music has never been only about the music, but also about the connection between it and dance, movements and language. Music that person creates himself becomes understandable, emotionally and psychically closer to that person.

Active work with music unifies all senses, makes the affects audible, respectively, announcements to others hence helping to handle the affect.

References

- Barker, J. (1999). *Singing and Music as Aids to Language development, and its relevance for children with Down syndrome*. Retrieved from: <http://www.down-syndrome.org/practice/147/practice-147.pdf>
- Brandt, Gebrian, & Slevc (2012). *Music and Early language acquisition*. Retrieved from: http://lmcl.umd.edu/pubs/brandt_etal_12.pdf
- Deutsch, D. (2010). *Speaking in tones*. Retrieved from: http://deutsch.ucsd.edu/pdf/Sci_Am-2010_Jul_Aug_36-43.pdf
- Hallam, S. (2009). *The Power of Music: its impact on the intellectual, social and personal development of children and young people*. Retrieved from: http://www.laphil.com/sites/default/files/media/pdfs/shared/education/yola/susan-hallam-music-development_research.pdf
- Harman, M. (2008). *Music and Movement - Instrumental in Language Development*. Retrieved from: http://www.earlychildhoodnews.com/earlychildhood/article_view.aspx?ArticleID=601
- Lawrence, M. L. (2010). *Music / Language Interrelations: Towards an Evolutionary, Semiotic and Compositional Perspective*. Retrieved from: <http://michaelvincent.ca/Design/Assets/Writing/Music%20and%20Language%20Interrelations-APA.pdf>
- McMullen, E., & Saffran, J. L. (2004). *Music and Language: A Developmental Comparison*. Retrieved from: <http://www.waisman.wisc.edu/infantlearning/publications/McMullenSaffran2004.pdf>
- Mervyn, J. (2012). *The Speech and Language Benefits of Music&Song!* Retrieved from: <http://firstwords.ca/wp-content/uploads/2012/01/Speech-Language-Benefits-of-Music-Song-EN-2010-JM.pdf>
- Perry, M. R., & Ri, C. J. (2005). *Developing Intentional Communication: A combined Music and Speech Therapy approach*. Retrieved from: http://www.ausacpdm.org.au/__data/assets/pdf_file/0004/14575/perry_06.pdf
- Overy, K., Nicolson, R. I., Fawcett, A. J., & Clarke, E. F. (2003). *Dyslexia and Music: Measuring Musical Timing Skills*. Retrieved from: <http://www.inf.ed.ac.uk/teaching/courses/diss/05-06/overy.etal.pdf>

- Salmon, S., & Schumacher, K. (2001). *Symposion Musikalische Lebenshilfe. Die Bedeutung des Orff-Schulwerks für Musiktherapie, Sozial- und Integrationspädagogik*. Hamburg: Books on Demand GmbH.
- Tillmann, B. (2012). *Music and Language Perception: Expectations, Structural Integration, and Cognitive Sequencing*. Retrieved from: http://www-crnl.univ-lyon1.fr/unite/equipe-02/tillmann/download/2012_Tillmann_TOPICS.pdf
- Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy // Theory, Clinical Practice, Research and Training*. Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia.

RAKSTS IX

MUSIC LISTENING AS MUSICKING AND STRONG MUSICAL EXPERIENCE

Mirdza Paipare

Liepaja University, Latvia

Abstract. Research about musical experience can be found in various works written about the experience of joy felt from music listening or seeing visual art. Gabrielsson and Lindström gathered and analysed more than 1000 case descriptions over a period of ten years, in which participants were asked to describe in as much detail as possible the most powerful and most impressive musical experiences they had ever had. References to such musical experiences in literature are not rare, however they are related to a variety of results – involving demographics, geography, environment, etc.

The author conducted a phenomenological analysis as a subjective psychological aspect's research method of musical experience, where music listening and musical experience 'goes together' with musicking.

Keywords: music listening, musicking¹, strong musical experience, phenomenological research.

Introduction

There is an increasing number of publications dedicated to the use of music and its significance in human life. The author's interest in musical influence on humans draws on the fields of pedagogy, psychology and therapy.

Music listening, as a democratic form of musical perception, is available to everybody. It has been explored from a variety of viewpoints: as an everyday activity (DeNora, 2000; Ruud, 2004, Herbert, 2011), as an experience (Juslin & Sloboda, 2001 Clarke, Dibben, & Pitts, 2010), as a particular form of music-making (Small, 1998; Elliott, 1995), as a cognitive process (Paipare, 2006), as the inter-relation between the skills of listening and music listening in teacher education (Paipare, 2003), as an integrative operation of music perception (Paipare, 2004) and as empathic listening (Griten, 2015; Peters, 2015).

When conducting a phenomenological inquiry, it is insufficient simply to recall or collect another's experiences of a specific phenomenon. It is important that the essential aspects of this experience and the structures of meaning in our interpretation take first place, and that in the description we perceive it as a

¹ term created and used by Small, 1998.

potential experience or, in other words, as a possible interpretation of this experience. Therefore the objective of phenomenological research and description becomes clear – to construct a possible interpretation of a specific human experience. This means that the first question the researcher has to ask oneself at the very beginning of the inquiry becomes, “Which human experience am I called to research?” Phenomenological research does not allow us to propose a research question and then distance ourselves from it. As van Manen indicates (van Manen, 1990), one has to live with this question and become this question.

Research participants were interviewed or wrote essays about autobiographical memories related to music or situations involving music, preferably in the first 10 years of life. As a result, memory records were acquired from professional musicians, music teachers and also people not professionally related to music. Participants were asked to answer the following questions:

1. At what age do you remember this event taking place?
2. Where did it happen?
3. With what kind of event was this 1st musical experience associated? (Were you listening or performing yourself?)
4. Who were you with during this musical experience? (Describe the situation, environment.)
5. Can you say what kind of music it was and give a brief description?
6. Can you say if you have heard/listened to this music often?
7. What kind of role or meaning did this experience have for you at the time?
8. Was this experience significant in your subsequent musical behaviour or attitude towards music?
9. How often do you recall (if you do) this musical impression/experience?
10. Other comments.

The goal of the analysis was to identify sentences or segments of meaning that revealed something especially significant in the context of the inquiry. Therefore, material collated from the Autobiographic memory study interviews and essays was tabulated and subjected to analysis in order to identify narrative fragments revealing the essence of the empirical musical experience. This also provided an opportunity to summarize the experiences of different people whilst looking for individual criteria of musical experience. Data processing started with organisation: sections of narrative that were not significant or relevant to the objective of the inquiry were discarded. The questionnaire of each respondent was reread multiple times to develop a feel for the contents, to select

segments of meaning, arrange, categorize and lastly, develop an overview of the subject matter of the inquiry.

The aim of research was to identify strong musical experience in music listening and musicking process in autobiographic memory context.

Participants and Methods

240 full and part time students of various study programmes at Liepaja University (at that time LPA – Liepaja Pedagogical Academy) and 4 residents of Rigas Stradiņa University (RSU), aged 18-59, participated in the research. The methods used were interviews and phenomenological analysis of documents. Data from these documents was analysed in accordance with the four criteria of textual analysis formulated by Ricoeurin (1971), summarised by Von Eckartsberg:

- 1) fixation of meaning;
- 2) dissociation of the mental intention of the author from the text;
- 3) display of nonostensive references;
- 4) universal range of address (Von Eckartsberg, 1998: 50).

Theory played an insignificant role in the initial process of analysis, with attention paid only to the basic research theme – music listening experience.

At the next stage of data analysis the most expressive items were selected from each interview/essay group (taking into account the whole interview/essay series' correspondence to recurring themes). Giorgi's (1975, 1985) phenomenological method of analysis was used for this deeper exploration.

The goal for defining content units was to develop as precise as possible a focus on specific and concrete, versus general and vague statements; it was necessary to concentrate on content that had clear relevance to the object of the enquiry.

At the next stage categories were identified from a close study of content units. This involved grouping units which revealed a particular and significant nuance of the object of the research. Data analysis was carried out by a further two experts, reaching consensus on content units suitable for analysis and classification of those units in categories.

In the following stage the related categories were grouped in multiple segments, to bring out the meanings expressed in each and to elucidate dimensions that characterised the intra-psychological aspect of music listening – in other words, the facet of music-making which is fundamental to the individual and can therefore be considered as music listening criteria.

Four dimensions were identified in the process of grouping categories according to themes expressed in the units of content:

1. the process of music listening and personal feelings related to it;

2. the motivation for music listening, the meaning given to it by the person;
3. the spectrum of manifestations of music listening experience;
4. external reference of music listening, evaluation of product.

The dimension that includes the spectrum of manifestations of music listening experience contains only one category, but has sufficiently deep content to make it valuable.

Conclusion

As a result of this research the role of music-making and/or music listening in musical experience in solving personality development problems was formalised. Every person that participated in the research had the opportunity to pay attention to their “musical biography” as the main working tool and obtain information about their experience and its significance. The results of this research allow us not only to draw substantial conclusions about the role of musical experience in a person’s life but also to ascertain its influence on important domains of human life that affect the senses, emotions, perception, behaviour, culture and identity. This kind of phenomenological research makes personal and social values visible, along with their related worldview. The inculcated experiences, behaviours, relationship models and self-image that result from this worldview are explained.

This kind of musical experience research method has a great advantage: the research results arise from naturally occurring experiences of all types of musical manifestation, as opposed to an experimental (artificially controlled) situation. The results acquired provide information about the first powerful impressions a person has, which very often are crucial for developing their overall attitude towards music. Furthermore, information about the significant role played by the environment, the surrounding people and the situation in the existence of music as a phenomenon was obtained. It has been shown that the very first powerful musical impression affects choice of profession and further musical development. It also seems important that adults can describe retrospective experience from their childhood that they would not have been able to express as children.

References

- Batt-Rawden, K., & DeNora, T. (2005). Music and informal learning in everyday life. *Music Education Research*, 7 (3), p. 289-304.
- Becker, J. (2004). *Deep Listeners: Music, Emotion and Trancing*. Bloomington: Indiana Press.

- Clarke, E., Dibben, N., & Pitts, S. (2010). *Music and Mind in Everyday Life*. Oxford: Oxford University Press.
- DeNora, T. (2000). *Music in Everyday Life*. Cambridge: Cambridge University Press.
- DeNora, T., Ruud, E., & Batt-Rawden, K. (2005). Music listening and empowerment in health promotion a study of the role and significance of music in everyday life of the long-term III. *Nordic Journal of Music Therapy*, 14 (2), p. 120-136.
- Elliott, D. (1995). *Music matters: A new philosophy of music education*. New York: Oxford University Press
- Frith, S. (2002). Music and everyday life. *Critical Quarterly*, 44 (1), p. 35-48.
- Gabrielsson, A., & Lindström Wik, S. (2003). Strong experiences related to music: A descriptive system. *Musicae Scientiae*, VII (2), p. 157-217.
- Giorgi, A. (1975). An application of phenomenological method in psychology. In A. Giorgi, Fischer, C., & Murray, E. (Eds.). *Duquesne studies in phenomenological Psychology I*, p. 82-103. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press
- Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. In A. Giorgi (Ed.), *Phenomenology and psychological research*, p. 8-22. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.
- Griten E. (2015). Empathic Listening as a Transferable Skill. *Empirical Musicology Review*. Vol. 10, No. 1.
- Hargreaves, D. J., & North, A. C. (1999). The functions of music in everyday life: Redefining the social in music psychology. *Psychology of Music*, 27 (1), p. 71-83.
- Herbert, R. (2011). *Everyday Music Listening: Absorption, Dissociation and Trancing*. Hardcover: 244 pages; Publisher: Routledge.
- Juslin, P., & Sloboda, J. A. (Eds.). (2001). *Music and Emotion: Theory and Research*. Oxford: Oxford University Press.
- Paipare, M. (2003). Klausīšanās un mūzikas klausīšanās prasmju mijattiecības skolotāju sagatavošanā. In *Skolotāju izglītības problēmas un to risinājumi*, 3. d. Liepāja, p. 149-156.
- Paipare, M. (2004). Mūzikas uztveres integratīvā darbība. *Teorija un prakse skolotāju izglītībā II Rīga*, RPIVA, p. 47-52.
- Paipare, M. (2006). Mūzikas klausīšanās kā izziņas process. In *Pedagoģija: teorija un prakse IV* Liepāja, p. 240-245.
- Paipare, M. (2012). Muzikālais pārdzīvojums psiholoģiskajā un terapeitiskajā aspektā. In *Sabiedrība, integrācija, izglītība. Starptautiskās zinātniskās konferences materiāli 2012. gada 25.-26. maijs, II daļa*. – Rēzekne: RA Izdevniecība, p. 154-162.
- Peters, D. (2015). Musical empathy, emotional co-constitution, and the “musical other”. *Empirical Musicology Review*, 10 (1), p. 2-15.
- Ricoeur, Paul (1971). The Model of the Text: Meaningful Action Considered as a Text. *Social Research*, 38 (3), p. 529-562.
- Ruud, E. (2004). Foreword: Reclaiming Music. In M. Pavlicevic & G. Ansdell (Eds.), *Community Music Therapy*, p. 11-14. London: Jessica Kingsley.
- Small, C. (1998). *Musicking: The Meanings of Performing and Listening*. Middletown, Conn.: Wesleyan University Press; Hanover, N. H.: University Press of New England.
- Van Manen, Max (1990). *Researching Lived Experience*. Albany, NY: SUNY Press.
- Von Eckartsberg, R. (1998). Existential-Phenomenological Research. In Valle, R. (Ed.) In *Phenomenological Enquiry in Psychology. Existential and Transpersonal Dimensions*. New York: Springer, p. 21-62.

- Wallrup, Erik (2015). *Being Musically Attuned, Being Musically Attuned: The Act of Listening to Music*. Aldershot: Ashgate, 2015 Available: <http://sonicstudies.org/wallrup2015>
- Whaley, J., Sloboda, J. A., & Gabrielsson, A. (2009). Peak experiences in music. In S. Hallam, I. Cross, & M. Thaut (Eds.), *The Oxford handbook of music psychology*, p. 452–461. Oxford, UK: Oxford University Press

RAKSTS X

Mirdza PAIPARE
Alīda SAMUSEVIČA

Mūzikas terapeita profesionālā attīstība izglītības procesā

Music therapist's professional development during the educational process

Abstract

Becoming a music therapist is a maturing process during which the person integrates constitutive elements of both music and therapy in deeper and more effective ways until they become so intimately interwoven that music *becomes* therapy and therapy *becomes* music. On the one hand, the music therapist becomes able to assuredly locate the levers of therapeutic process embedded in the music and to use them knowingly; on the other hand, he/ she comes to conceive the whole therapeutic process as a musical work-in-progress and to perceive the client through her musical being-in-the-world (Aldridge, 1989; Aigen, 1996). On the basis of previously described theoretical concept, the model of music therapist becoming a professional is proposed in this article.

Keywords: music therapist, professional development, education, process.

Atslēgas vārdi: mūzikas terapeits, profesionālā attīstība, izglītība, process.

Jaunu profesiju izveide un raksturošana ir noteikti saistāma ar jēdzienu iepazīšanu un definīciju veidošanu. Profesiju visbiežāk traktē kā indivīdu pastāvīgu nodarbošanos, kuras pamatā tiek izmantotas noteiktas iegūtas teorētiskas zināšanas un praktiskas iemaņas, un tā kalpo par galveno cilvēka ienākuma avotu (Moors, 2007).

Jau pirms 30 gadiem K. Brušja uzsvēra to, ka mūzikas terapija piedzīvo vairākas identitātes problēmas (Bruscia, 1987), kā rezultātā rodas vairāki jautājumi mūzikas terapeitu profesionālajā izglītošanā: vai mūzikas terapeits primāri ir mūziķis, mūzikas pedagogs vai terapeits. Arī šodien, izglītojot topošos mākslas/mūzikas terapeitus, joprojām šis jautājums ir aktuāls. Vienlīdz aktuāls ir arī jautājums, kā mērķtiecīgāk un kvalitatīvāk izglītēt mūzikas terapeitu: ar akadēmisko mūziku, varbūt ar tautas mūziku, mācīt apgūt vienu instrumentu vai vairākus, pievērst uzmanību mūzikas izpildījumam vai improvizācijai. Noteikta nozīme ir arī izpratnei par to, kāda veida terapeits ir mūzikas terapeits: vai pamatā

ar terapeita-asistenta vai koterapeita funkcijām, speciālists vai administrators, skolotājs vai mūzikas terapeits, vai pat mūzikas psihoterapeits¹. Mūzikas terapeits galvenokārt ir ārstniecības persona-praktiķis vai pētnieks-zinātnieks.

Vairāku pētījumu ietvaros veiktās aptaujas par dažādu mūzikas terapeitu mācību programmu saturu rezultāti liecina, ka Eiropā kopumā tiek atzīta psiholoģijas pamatkursa un mūzikas terapijas metožu pamatu apguves nozīmība, taču manāmi atšķiras laiks, kādu proporcionāli velta muzikālo iemaņu, medicīnisko priekšmetu, klīniskās prakses un personīgai attīstībai studiju procesā, un cik dziļi šie virzieni tiek apgūti.

Mēģinot vienoties par mūzikas terapijas izglītības kopīgu standartu, daudz domstarpību, pat kardināli pretēju nostāju ir sakarā ar prioritāšu sadalījumu mācību priekšmetiem laika limita ietvaros. Šādi konkrētie jautājumi tiek regulāri izvirzīti apspriešanai gan EMTC² ģenerālajā asamblejā, kur Mirdza Paipare pārstāvēja Latviju no 2006. gada līdz 2013. gadam, kā arī šobrīd EK Leonardo daVinci projektā MUSA (2013.–2015). 2015. gada aprīlī notika starptautiska konference Pescārā (*Pescara*) Itālijā, kur vairāku valstu (Vācija, Itālija, Lielbritānija, Austrija, Spānija, Polija, Somija, Portugāle) studiju programmu direktori iepazīstināja ar savām studiju programmām mūzikas terapeitu izglītībā. Liepājas Universitātes studiju programma tika prezentēta arī Latvijas analogo programmu kontekstā. Kā apliecina studiju programmu kursu salīdzinošā analīze, visas studiju programmas mūzikas terapeitu izglītošanā ietver kursus medicīnā, psiholoģijā, konsultēšanā, muzikālajā pašpieredzē (instrumenta spēlē, vokālajā un kustību prasmju pilnveidošanā un sevis izzināšanā³), tikai atšķiras atvēlēto stundu īpatsvars, akcents uz vienu vai otru teorētisko koncepciju, tradīcijām vai skolām. Latvijas izglītības programmas uz kopējo ziņojumu fona ir īpašas, jo mūsu mazajā valstī divās augstskolās izglīto mūzikas terapeitus, un mākslas/mūzikas terapeiti ir valstiski atzīta ārstniecības profesija.⁴

Svarīgi un nozīmīgi ir vairāki studiju organizācijas aspekti: studiju programmas saturs, studiju kvalitāte un mācībspēku resursi. Tipiska ir situācija, ka tikai viens vai divi, augstākais trīs, pieredzējuši mūzikas

¹ Arī šādu kvalifikāciju var iegūt, piemēram, Somijā.

² EMTC – (angļu – *European Music Therapy Confederation*) – Eiropas Mūzikas terapeitu konfederācija.

³ Mūzikas terapijā pašpieredze veidojas arī `ieskatoties sevī` ar psihoterapeita palīdzību un atbalstu, lai izprastu savus `iekšējos` procesus, saprastu un nejauktu pārneses (*transference*) un pretpārneses (*contrtransference*) procesus, kuri norit terapijā.

⁴ Eiropā tikai 3 valstīs: Lielbritānijā, Austrijā un Latvijā valstiski atzīta profesija – mūzikas terapeits.

terapeiti iesaistās mācību programmas realizācijā kā pilna laika docētāji, un viņi ir specializējušies vienā vai divās terapijas jomās, mācot studentiem mūzikas terapijas teoriju, mūzikas terapijas metodes, klīnisko improvizāciju, mūzikas psiholoģiju un mūzikas terapijas receptīvo metodi. Tāpēc programmu īstenošanai tiek pieaicināti daudzi citās jomās specializējušies ārštata mācību spēki, kas nav mūzikas terapeiti: viņi māca psiholoģiju, medicīnu, anatomiju, terapiju teoriju, statistiku, psihiatriju, patoloģiju, zinātniskās pētniecības pamatus, dziedāšanu, ģitāras vai klavierspēli, improvizāciju, mūzikas analīzi un citus priekšmetus. Arī klīniskās prakses supervīziju bieži vien veic terapeiti, kuriem nav pietiekamu zināšanu tieši mūzikas terapijas jomā.

Šādai pieejai ir savi „plusi” – students redz, cik komplekss ir šis izglītības process, cik daudz ekspertu tajā iesaistīti, taču „mīnusi” ir krietni vairāk: students bieži vien apjūk dažādo priekšmetu un atšķirīgo ekspertu viedokļu un pieeju daudzveidības dēļ. Tāpēc vienotā mūzikas terapijas mācību programmas standarta uzdevums ir sabalansēt visus šos dažādos elementus un rezultātā pārliecināties, ka, absolvējot šo studiju programmu, topošais mūzikas terapeits:

- ir apguvis akadēmiskos un zinātniskos pamatus;
- ieguvis muzikālās uzstāšanās un improvizācijas prasmes;
- apguvis nepieciešamās medicīniskās zināšanas, ir pārliecināts par savām zināšanām;
- ir pietiekami profesionāli kompetents patstāvīgi uzsākt darbu, prast to izvērtēt, analizēt un ziņot par darba rezultātiem;
- informēts par visiem darba ētiskajiem aspektiem;
- ir drošs un stabils kā personība;
- terapeitiski vērigs, izprotošs, empātisks, ar attīstītu intuīciju.

Tāds ir mūzikas terapeita izglītošanas mērķis. Lai veiksmīgi attīstītu topošo speciālistu terapeitisko un muzikālo profesionālo identitāti, jāmāk savienot un savstarpēji integrēt visus šos elementus trijās galvenajās jomās:

- 1) terapijā – terapeitisko sapratni un vērigumu;
- 2) mākslā – muzikālo prasmju klīnisko lietojumu;
- 3) zinātnē – akadēmisko, klīnisko un profesionālo kompetenci.

Lai izveidotu un stabilizētu jaunu profesiju veselības aprūpē Latvijā, jāiepazīst profesijas veidošanas pamatprincipi. Skaidri jāsaprot mūzikas terapeita būtība un mērķi vai pat misija. Mākslas/mūzikas terapeita profesijas apraksts sniegts vairākos dokumentos⁵. Mūzikas

⁵ Nodarbinātības Valsts aģentūra: http://www.nva.gov.lv/karjera/index.php?cid=10&mid=118&mode=prof&pr_id=2065.

Profesijas standartā, Profesiju klasifikatorā.

terapeits Latvijā ir aprūpes profesija. Lai strādātu par mākslas terapeitu un piedāvātu mākslas terapijas pakalpojumu, ir jāiegūst atbilstoša izglītība un profesionālā kvalifikācija. Darba aprakstā mūzikas terapeitam tiek izvirzīti atbilstoši noteikumi profesijas aprakstam. Mūzikas terapeitam jābūt ar otrā līmeņa profesionālo, augstāko medicīnisko izglītību mākslas terapijā, reģistrētam ārstniecības personu reģistrā, sertificētam. Kā profesionālim viņam tiek prasīta praktiskā darba pieredze attiecīgajā jomā vai ar līdzīgu klientu grupu; zināšanas par darbā lietojamiem līdzekļiem un tehniku mūzikas terapijas procesā; spēja izprast un lietot neverbālo komunikāciju; izmantot klienta refleksiju par radošo procesu un tā rezultātu; spēja noteikt mūzikas terapijas mērķus, kas ir pamatā terapeitiskajām intervencēm; spēja nodrošināt drošu, korektu un efektīvu uz klientu centrētu mūzikas terapijas procesu. Spēja būt uztverošam, aktīvam, interaktīvam un radošam. Spēja plānot, organizēt un vadīt izpildāmos darbus un noteikt to prioritātes. Spēja kompetenti izmantot mūzikas radīšanas tehniku diapazonu un palīdzēt klientam izteikt sevi mūzikā, veikt klienta radītās mūzikas analīzi. Atbilstošas saskarsmes un komunikācijas prasmes, uz klientu orientēta darbība un orientēšanās uz darba pozitīvu rezultātu. Spēja strādāt psiholoģiski sarežģītās situācijās. Precizējot mākslas/mūzikas terapeita kompetenci, Latvijas Mākslu terapijas asociāciju apvienība (LMTAA) ir vērsusies ar vēstuli Veselības ministrijā, lai veiktu grozījumus Ministru kabineta 2009. gada 24. marta noteikumos Nr. 268 „Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu” 7.6. nodaļā, aizstājot virsrakstā vārdus „mākslas terapijas speciālists” uz „mākslas terapeits” un izdarot grozījumus 585.–589. punktā. Tas izskatās šādi:

1. tabula

Mākslas terapeita kompetences raksturojums

Likuma punkti	Mākslas terapeita kompetencē ir:
586. 1.	veikt pacienta izpēti / izvērtēšanu
2.	atbilstoši izpētes / izvērtēšanas rezultātiem īstenot mākslas terapijas procesu vienā no šādām specializācijām:
2.1.	vizuāli plastiskās mākslas terapijā
2.2.	deju un kustību terapijā
2.3.	mūzikas terapijā

1. tabulas turpinājums no 131. lpp.

Likuma punkti	Mākslas terapeita kompetencē ir:
2.4.	drāmas terapijā
3.	izmantojot specializācijai atbilstošu mākslas formu kā instrumentu terapeitiskajā darbā, palīdzēt pacientam pārvarēt veselības traucējumus, sociālās grūtības, veicināt attīstību un bio-psiho-sociālu labklājību
4.	informēt pacientu, viņa piederīgos vai aprūpētājus un citus iesaistītos veselības aprūpes profesionāļus par mākslas terapijas (atbilstoši specializācijai) procesu un tā rezultātiem
5.	informēt sabiedrību par mākslas terapijas pakalpojumiem un izskaidrot tos
587.	Lai veiktu ārstniecisko darbību, mākslas terapeitam ir teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas šādos jautājumos:
1.	pacienta izpēti un (vai) izvērtēšana – sistemātiski analizēt pacienta grūtības un vajadzības
2.	pacienta spēju un resursu izvērtēšana, ko var izmantot mākslas terapijas procesā
3.	atbilstošu mākslas terapijas procesa mērķu un uzdevumu formulēšana saskaņā ar izpēti un (vai) izvērtēšanas rezultātiem
4.	mākslas terapijas plāna izveide saskaņā ar vienu vai vairākām teorētiskām koncepcijām un sadarbībā ar pacientu
5.	piemērotu mākslas terapijas intervenču, metožu un tehniku izvēle un lietošana mākslas terapijas procesā atbilstoši specializācijai
6.	sadarbība ar pacientu, viņa piederīgajiem vai aprūpētājiem mākslas terapijas procesa un tā rezultātu skaidrošanā
7.	sadarbība ar citiem speciālistiem, iekļaujoties multiprofesionālā un (vai) interdisciplinārā komandas darbā
8.	profesionālās darbības ētiskie un juridiskie pamati
588	Studiju ilgums mākslas terapijas speciālistam ir vismaz divi gadi
589.	Studiju laikā tiek iegūtas teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas cilvēka anatomijā un fizioloģijā, organisma funkciju regulācijā un patoloģijā, veselības aprūpē un medicīniskajā rehabilitācijā, pirmajā un neatliekamajā medicīniskajā palīdzībā, psihiatrijā, psihodinamiskajā psihiatrijā, psihosomatiskajā medicīnā, personības attīstības psiholoģijā, klīniskajā psiholoģijā, individuālajā konsultēšanā un psihoterapijā, grupu konsultēšanā un terapijā, medicīnas un biomedicīnas tiesībās un ētikā, multiprofesionālās un interdisciplinārās komandas darbā, zinātniskā darba metodoloģijā, profesionālajā darbībā un ētikā mākslas terapijā, uzņēmējdarbības pamatos; atbilstoši specializācijai – mākslas terapijas teorijās un koncepcijās, mākslas radīšanā un analizē, izpētē un izvērtēšanā mākslas terapijā, mākslas terapijas metodēs un tehnikās, mākslas terapijā darbā ar dažādām klientu / pacientu grupām psihiatrijā, rehabilitācijā, sociālajā aprūpē, vispārējā, profesionālā un speciālajā izglītībā; mākslas terapijas dokumentēšanā, personīgās apmācības terapijā, supervizētā praksē; kustību improvizācijā (tikai deju kustību terapijas specializācijā), instrumenta spēlē, vokālajās iemaņās un improvizācijā (tikai mūzikas terapijas specializācijā), mākslas radīšanas tehnikās (tikai vizuāli plastiskās mākslas terapijas specializācijā), drāmas koncepcijās un tehnikās (tikai drāmas terapijas specializācijā)

Mākslas/mūzikas terapeits strādā veselības, sociālās aprūpes vai izglītības jomā ar klientiem / pacientiem, kuriem ir somatiski, psihiski traucējumi vai psiholoģiskas grūtības. Ja mākslas terapeits strādā ārstniecības iestādē un ir tieši iesaistīts veselības aprūpes procesa nodrošināšanā, savu profesionālo darbību viņš veic multiprofesionālā komandā. Mākslas/mūzikas terapeits var strādāt arī ar cilvēkiem, kuri vēlas radoši sekmēt savu personības izaugsmi, veicināt grupu saliedētību organizācijās utt. Tāpēc nosacīti var nodalīt mākslu terapiju, kas tiek veikta ārstniecībā⁶ (angl. *medical art therapy*), un radošo mūzikas terapiju. (Šis dalījums neattiecas uz citu profesiju pārstāvjiem, kuri savā darbā izmanto mākslu vai dažādas radošās darbības formas⁷).

Lai pētītu mūzikas terapeita profesijas izveidi un profesionālo attīstību, 2009. gadā tika veikta studējošo un absolventu aptauja, lai noskaidrotu mūzikas terapeita profesijas izvēles iemeslus. Elektroniskā aptaujā tika iesaistīti 35 respondenti, kuri ieguvuši mūzikas terapeita kvalifikāciju, no tiem viens vīrietis un 34 sievietes vecumā no 24–57 gadiem. Iegūtie rezultāti liecina par respondentu augsto **motivāciju** apgūt jaunu profesiju, kurā saskata gan pilnveides iespējas savam jau esošajam darbam, gan izaugsmes iespējas, apgūstot starpdisciplināri jaunu profesiju, gan perspektīvas profesionāli darboties bez vecuma ierobežojuma.

Savukārt, 2009. gadā tika veikts pētījums par studentu adaptāciju, kurā piedalījās 202 studenti no 13 Latvijas augstākās izglītības iestādēm un no 36 dažādām studiju programmām vecumā no 20 līdz 52 gadiem. Visbiežāk pētījuma dalībnieki bija vecumā līdz 25 gadiem. Izlasē bija 17% vīriešu un 83% sieviešu. 24% bija pirmā studiju gada studenti, 29% studē otro gadu, 19% – trešo gadu, 14% – ceturto gadu, 9% – piekto gadu un 5% – sesto gadu. No pētījuma dalībnieku skaita 29 respondentes studē RSU mākslu terapijas studiju programmā un 4 respondentes – LiepU mūzikas terapijas studiju programmā.⁸ Šis pētījums atklāja jaunā speciālista **adaptācijas** grūtības studiju procesā un problēmas, kas tika risinātas studiju programmas pilnveides procesā.

⁶ Piemēram, ASV tiek lietots jēdziens „medicīniskā mākslas terapija” (angl. *medical art therapy*).

⁷Vairāk lasiet *Mākslu metodes un tehnikas profesionālajā darbībā* / sast. K. Mārtinsone. Rīga: RaKa, 2010, 6. lpp.

⁸Pētījuma svarīgākie rezultāti iestrādāti tekstā, plašāk atspoguļoti publikācijā :

Кристине Мартинсоне, Мирдза Пайнаре, Иван Янис Михайлов, Волдемарс Арнис. Специфика адаптации студентов магистерских программ «Терапия искусств» В Латвийских высших учебных заведениях. Arts Therapy: Realities and Prospects. © VŠIŠiauliņ universiteto leidykla, 2013. 11.–116. lpp.

Teorētisko studiju un empīriskās izpētes rezultātā ir iespējams aktualizēt profesijas veidošanas posmus, kas atspoguļoti „Mūzikas terapeita profesionālās tapšanas modelī (1. attēls). Šis modelis tika ņemts par pamatu, lai izdalītu mākslas terapeita profesionālās attīstības posmus – atbilstoši profesionālās darbības ilgumam un uzkrātajam darba pieredzes apjomam.

Mūzikas terapeita profesionālās tapšanas modelis



1. attēls. Mūzikas terapeita profesionālās tapšanas modelis

Topošā mūzikas terapeita profesionālās tapšanas modeli veido psiholoģiskās un praktiskās gatavības fāze, kura paredz profesionāli atbilstošu motivāciju un adaptēšanos specializācijā, profesionālās pilnveides fāzi, kurā tiek mērķtiecīgi apgūtas profesijā nepieciešamās zināšanas un prasmes, kā arī profesionālās kompetences – brieduma fāze ar topošā speciālista profesionālo atbildību un patstāvīgu praktizēšanās iespēju. Profesionālās kompetences briedumu sekmē topošā speciālista pieredzes un pašattīstības nodrošināšanas iespējas studiju procesa kontekstā. Studiju laikā topošā mūzikas terapeita profesionālisma veidošanās notiek līmeņos, kuri ir atbilstoši Eiropas Kvalitātes izglītības 7. līmeņa (EKI 7^o) ietvarstruktūrai. Profesionālā mūzikas terapeita

⁹MK noteikumi nr. 990: Noteikumi par Latvijas izglītības klasifikāciju: <http://likumi.lv/doc.php?id=184810>

prakse ir ciešā sasaistē ar pētniecības procesu. Mūzikas terapijā zinātniskie pētījumi balstās, pamatojoties uz terapeitisko domāšanu, uzmanību un iz (no)vērtējumu. Mūzikas terapijas studiju specifiku veido tas, ka topošo speciālistu izglītošanā mērķtiecīgi tiek integrēta teorija, personības attīstība un supervīziju prakse, kas nodrošina kvalitatīvu profesionālo briedumu.

Summary

In the professional music therapist education programmes the problem about therapist's identity is still topical – whether primary he/ she is a musician, pedagogue or a therapist. A question of similar importance is – how should music therapists be prepared – with classical music or folk music, should they be taught one instrument or several, should the attention be drawn to performance skills or improvisation, etc. In Europe it is considered important to teach basic psychological and music therapy courses, but the proportion of time given to musical skills, medical courses, clinical practise and self-development in study process varies a lot.

Another important aspect of music therapist's education is resources and quality of teaching personnel. Therefore unusual is the situation when only few professors are professional and experienced music therapists, but the rest are invited to teach from other domains, which makes the study process confusing – full of differing standpoints.

To develop therapeutic and musical professional identity the elements of three main domains must be interrelated and integrated: in therapy those are therapeutic understanding and observation; in art – clinical application of musical skills; in science – academic, clinical and professional competences. The *model of music therapist becoming a professional* is a basis for dividing professional development of art therapist into developing stages – accordingly to duration of professional activity and accumulated work experience.

The theoretical researches are based on therapeutic thinking, attention and evaluation. Dynamic didactic practice (lectures, seminars and study process in general) stimulates future specialist's self-experience, self-development and emotional maturity, but work in clinical environment, monitored by supervisor, enables the professional competence formation. In the studies of music therapy the theory, personal development and supervision practise are purposefully integrated.

Literatūra

- Aigen, K. (1996). *Being in music: Foundations of Nordog-Robbins music therapy*. Saint Louis, MO: MMB Music.
- Aldridge, D. (1989). A phenomenological comparison of the organization of music and the self. *The Arts in Psychotherapy*, 16,9 1–97.
- Bruscia, K. E. (1987) Professional Identity Issues in Music Therapy Education. In C. Maranto & K. Bruscia (Eds.) *Perspectives on Music Therapy Education and Training*. Philadelphia: PA Temple University, Esther Boyer College of Music.

- Mākslu metodes un tehnikas profesionālajā darbībā* (2010.) / sast. K. Mārtinsone. Rīga: RaKa.
- Moors, M. (2007). Sociālā darbinieka profesionālās identitātes veidošanās problēmas. *Sociālais darbinieks*, Nr. 2 (23), 10.–13. lpp.
- Wheeler, B. L., Shultis, C. L., Polen, D. W. (2005). *Clinical Training Guide for the Student Music Therapist*. Barcelona Publishers.
- Мартинсоне, К., Пайпаре, М., Михайлов, И. Я., Арнис В. (2013). Специфика адаптации студентов магистерских программ «Терапия искусств» В Латвийских высших учебных заведениях. *Arts Therapy: Realities and Prospects*. Šiaulių: Universiteto leidykla, p.11–116.

RAKSTS XI

Development of Music Therapists' Professional Competence in the Pedagogical Process

LIGA ENGELE
*Lecturer, Liepaja University,
Faculty of Pedagogy and Social Work,
liga.engele@liepu.lv*

MIRDZA PAIPARE
*Docent, Liepaja University,
Faculty of Pedagogy and Social Work,
mirdza.paipare@liepu.lv;*

OLGA BLAUZDE
*Docent, Liepaja University,
Faculty of Pedagogy and Social Work,
olga.blauzde@gmail.com*

Abstract

The aim of this research is to clarify the music therapist's professional development opportunities in the context of lifelong learning. Professional competence includes the actual work experience, obtained skills and abilities during the work process, as well as academic knowledge (education, courses, seminars, foreign languages, computer skills, etc.) and its role in the professional advancement process. Professional competence reveals the employee's attitude towards work, his/her ability to improve and willingness to obtain new knowledge. This research was organized in order to clarify whether the new specialists with music therapist's qualification consider themselves as sufficiently competent in their profession, as well as to clarify the missing or insufficient knowledge, skills and competence of their therapeutic activity. Music therapist's professional competence can be described as integrative that implies a set of sub-competences and practical abilities, where the musician, medical practitioner, psychologists and teacher's skills are in continuous interaction. In music therapy in Latvia the integrative eclectic approach is recognized, and above mentioned professional competence is necessary for its successful implementation. For this study a survey was carried out with participation of professional music therapists. The survey questions inquired about the obtained professional skills and abilities and about the ones that still need perfection in order to improve music therapist's professional competence. Music therapists rated their professional competence according to specified criteria. When asked to name the lacking or insufficient knowledge, skills or competence to which the study programme should pay more attention in order to develop them, the graduates suggest to devote more time and space for acquiring different techniques and methods, and to provide deeper insights for work with various groups of clients/patients both individually and in the group. Similarly, the new specialists recommend to increase the amount of practical classes, to pay more attention to mastering arts-based assessment instruments (assessment diagnostic), as well as to practical application of principles of short-term music therapy process. Summarizing the survey results it can be concluded that the knowledge and skills acquired during the study process at University make up the core competence of music therapist, however, for professional development and professional maturity the further education is needed, which is provided both by the certification process and participation in supervisions.

Key words: music therapist, professional competence, integrative eclectic approach.

1. Introduction

Professional competence is constant and intelligent use of communication, knowledge, technical skills; clinical reasoning; application of emotions, values and reflexions in everyday practice for individual and social needs (Epstein&Hundert, 2002).

"Competence depends on habits of mind, including attention, critical curiosity, self-confidence and presence", and interaction of knowledge, skills and values during professional activities (Falender&Shafranske, 2004). Professional activity competence essentially is integrative and implies a set of sub-competences or practically a group of abilities that are necessary in music therapy field.

Music therapist is a new profession in health care in Latvia that can be mastered in 2 institutions of higher

1.

Nowadays active is question - how to educate music therapists more purposeful and qualitative way: with academic music, maybe folk music, teach to learn one instrument or more, to pay attention to musical

performance or improvisation. The objective of study programme's "Music Therapy" standard is to balance all these various elements and in result make sure that by completing this study programme, future music therapist:

has mastered academic and scientific basics;

has obtained musical performance and improvisation skills;

has mastered necessary medical knowledge, is confident about this knowledge;

is professionally competent enough to start working without assistance and to be able to evaluate, analyse and report on the results of work;

is informed about all ethical aspects of work; is confident and mature as a personality;

is therapeutically attentive, insightful, empathic, with developed intuition.

That is the goal of music therapist educating. To successfully develop therapeutically and musically professional identity, it is necessary to be able to associate and integrate all these elements in three main areas:

1. therapy- therapeutic understanding and insight;
2. art – clinical application of musical skills;
3. science – academic, clinical and professional competence.

Even though in Latvia art and music therapist has united professional standard, further in text term "music

understood. Music therapist standard description is presented in multiple documents². To work as a music therapist and to offer art therapy services, the corresponding education and professional qualification must be obtained.

In music therapists work description relevant conditions are stated for description of profession. Music therapist must have second-level professional higher medical education in arts therapy, must be registered in health care provider registry and certified. As a professional therapist must have practical experience in corresponding field or with similar client group; knowledge of applicable instruments in work and technique in music therapy process; ability to comprehend and apply non-verbal communication; to work with clients reflexions on creative process and its results; ability to determine music therapy goals that are the base for therapeutic interventions; ability to provide secure, correct and effective client centred music therapy process. Ability to be perceptive, active, interactive and creative. Ability to plan, organize and conduct tasks and determine their priorities. Ability to competently apply the range of music creation technique and to help client express himself in music, and to analyse the music created by client. Good interaction and communication skills, client oriented activity and orientation to positive result in work. Ability to work in psychologically complicated situations. Arts/music therapist competencies are described in Regulations No.268 issued by the Latvian Cabinet on 24th march in 2009

7.c. (articles No 585-589), (Table No.1)

¹ Both study p

is arts therapist in music therapy, RSU – arts therapist with specialization in music.

²National employment agency ():

http://www.nva.gov.lv/karjera/index.php?cid=10&mid=118&mode=prof&pr_id=2065 Profession standard, Profession classifier

offered qualification

Table 1. Arts therapist competencies

Articles of law	Arts therapist competence implies:
586. 1.	conducting patient's observation / assessment
2.	according to observation / assessment findings implement arts therapy process in one of these specializations:
2.1.	in visual plastic arts therapy
2.2.	in dance and movement therapy
2.3.	in music therapy
2.4.	in drama therapy;
3.	with applying arts form of corresponding specialization as an instrument in therapeutic work help patient to overcome health disorders, social difficulties, stimulate development and bio-psycho-social wellbeing.
4.	inform patient, his relatives or caregivers and other involved health care professionals about art therapy (according to specialization) process and its findings;
5.	inform society about arts therapy services and explain them.
587.	to conduct health care activity, arts therapist has theoretical knowledge and practical skills in these matters:
1.	patients observation and (or) assessment – systematically analyse patients difficulties and needs;
2.	evaluation of patients skills and resources, that can be used in arts therapy process;
3.	formulation of appropriate arts therapy process goals and objectives according to
4.	creating arts therapy treatment plan according to one or various theoretical conceptions and in collaboration with patient;
5.	selection of suitable arts therapy intervention, methods and techniques and their application to arts therapy process according to specialization;
6.	collaboration with patient, his relatives or caregivers in explaining the arts therapy process and its results;
7.	collaboration with other specialists, becoming a part of multi-professional and (or) interdisciplinary team work;
8.	professional activity's ethical and juridical foundation.
588.	Study duration for arts therapy specialist is at least two years.
589.	During the studies theoretical knowledge and practical skills are acquired of human anatomy and physiology, organism function regulation and pathology, health care and medical rehabilitation, first aid and emergency medical help, psychiatry, psychodynamic psychiatry, psycho-somatic medicine, personality development psychology, clinical psychology, individual consulting and psychotherapy, group consulting and therapy, medical and biomedical rights and ethics, multi-professional and interdisciplinary team work, scientific work methodology, professional activity and ethics of arts therapy, business basics; according to specialization – art therapy theories and concepts, creation and analysing of art. Observation and assessment in arts therapy, arts therapy methods and techniques, arts therapy work with different client/patient groups in psychiatry, rehabilitation, social care, general, professional and special education; arts therapy documentation, individual training therapy, supervised practice, movement improvisation (only in dance, movement therapy specialization), instrument play, vocal skills and improvisation (only in music therapy specialization), art creation techniques (only in visual plastic arts therapy specialization), drama conceptions and techniques (only in drama therapy specialization)

Art/music therapist works in health, social care or education fields with clients/patients who have somatic, mental disorders or psychological difficulties. If arts therapist works in a health care institution and is directly involved in health care process providing, he carries out his professional activity in multi-professional team. Art/music therapist can work also with people who want to stimulate their personality development in a creative way, encourage group solidity in organization, etc. Therefore it is possible to relatively distinguish arts therapy realized in health care³ (*medical art therapy*), and creative music therapy. (This division does not apply to other profession representatives, who utilize in their work art or different creative activity forms⁴).

³ For instance, term medical art therapy is used in USA.

⁴

2. Method

To establish music therapists professional competence development resources in a lifelong education context during the time period from 16.03.2016 to 03.04.2016, a survey was carried out, where professional music therapists – LiepU in profession working graduates, took part. In survey were included questions about already obtained and yet to develop professional knowledge and skills, that are necessary for development of music therapist professional competence. In electronic survey were involved 17 respondents with music therapist qualification, 2 of them were men and 15 – women in age of 24 – 57.

3. Findings

Findings show, that LiepU study programme “Music Therapy” graduates:

most frequently have worked in multi-professional team in health care institutions with individual client/patient child, adolescent or adult;

have applied integrative eclectic approach to the therapy, conducting process in up to 10 sessions,

have been hired as socially insured (regular) or self-employed employees and have worked in arts therapist profession 2 – 4 days a week.

Their knowledge, skills and competence in profession graduates mostly evaluate as *rather sufficient* or with certainty as *sufficient* (for instance – ability to understand the professional limits and search for help, ability to understand and solve ethical problems, ability to create therapeutic relationships and environment, etc. described in results section). But in separate cases competencies are evaluated as *rather sufficient* or *rather insufficient*, and they are:

ability to recognize patients condition and recovery prognosis, after getting to know diagnosis and provided findings of other specialists involved in treatment,

ability to document work according to institution’s/ practice’s requirements,

ability to discuss and explain the art therapy process, its results and influence on health with the patient, his relatives/ caregivers,

ability to become part of specialist team, collaborate with other involved specialists and explain arts therapy process and results.

Knowledge, skills and competencies acquired during the studies, which have proved themselves the most useful in graduates professional life, are summarized in Table No.2

Table 2. Acquired knowledge, skills and competencies, which have proved themselves the most useful in graduates professional activity (open question):

Knowledge, skills and/or competence	Number of respondents who mentioned it
Practical studies/methods in specialization	14
Individual consulting skills	12
Clinical practice	10
Psychodynamic basic concepts	8
Psychiatry	8
Individual psychotherapy	6
Assessment based on art	6
Professional/personal development in group	5

Ability to create therapeutic relationships	4
Knowledge of work with groups and its dynamics	4
Plan preparation	4
MT goal formulating and process	4
Professional ethics	3
Different therapeutic approaches	3
Methodology and research	2
Insight of medical rehabilitation	2
Practice abroad	2
Insight of client/patient group	2
Orientation in professional literature	1
Ability to explain MT essence, meaning, goals	1
Clear understanding about collaborative team work	1
Insight of client/patient centred work	1
Every experience was enriching, but real life differs from what is taught in studies	1

In most significant knowledge and skills graduates include individual consulting skills, in specialization learnt methods and techniques and assessment based on art, psychiatry and psychodynamics basics, clinical practice experience and individual psychotherapy (individual training therapy).

Answering on question about missing or insufficient knowledge, skills and competence, that should be developed more in study programme, graduates recommend to find more time for technique and method training in specialization, provide more profound insight into the work with different client/patient groups, and also in working with groups. It was also recommended to provide more practical studies, pay more attention to general and in art based assessment, and also to learning short-term therapy principles (Table No. 3.).

Table 3. Missing or insufficient knowledge, skills and competence

Knowledge, skills and/or competence	Number of respondents who mentioned it
Techniques and methods in specialization	12
More insight in different client/patient group specifics	10
More theory and practice for working with groups (different phases, lack of motivation, open groups)	9
Lot more practical activities	8
General and in art based evaluation and assessment	7
Short-term therapy, useful for working with very few sessions	6
Presenting the profession to patients and specialists in health care, speaking in them understandable language	4
Documentation writing	3
Theoretical approaches in arts therapy in general and in specialization	3
Creating art/ creative expression/ technique acquisition	3
Health care courses in accordance with music therapy	3

4. Results

Analysing the answers of graduates it is possible to distinguish a number of significant findings. In answers to the question: of what age clients/patients have they worked with during the latest years, it was found that the most of respondents have worked with preschool children, but least music therapists work with with infants and little children (Figure 1)

- a. 20,4% respondents work with adults (age 26 – 60)
- b. 80.6% respondents work with children (age 7 – 10)
- c. 42,8% with adolescents (age 11 – 16)
- d. 92,1% with preschoolers (age 3 – 6)

- e. 19% with seniors (older than 60)
- f. 23% with young people (age 17 – 25)
- g. 3,4% with infants and little children (to 2 years old)

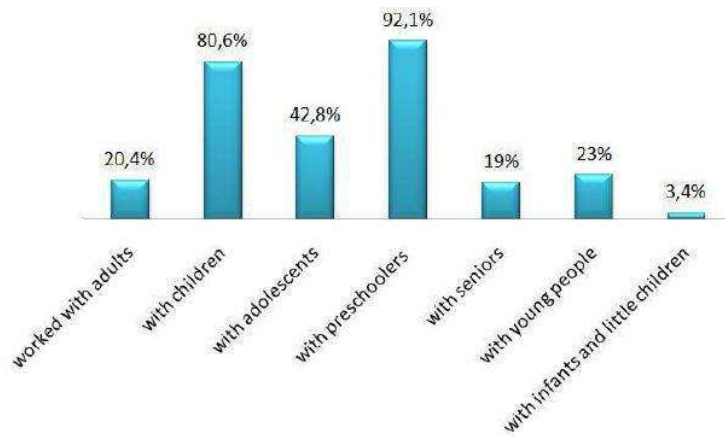


Figure 1. Percentage of music therapists who worked with mentioned age groups. Research established the most used therapy forms during the last year:

- a. 94,6% - with client/patient individually
- b. 38,6% - with groups
- c. 5,2% - with families or children and their parents

In question about client/patient difficulties, with which respondents have worked most frequently during the last year, answers show that the most frequent are emotional difficulties.

- a. 93,9 – emotional
- b. 54,5% - physical/somatic
- c. 48,5% - learning difficulties

Many concrete answers were received on question about theoretical approach application in music therapists work during the last year. Therefore research shows the tendency that in Latvia the most frequently used is the integrative eclectic approach.

- a. 90,9% - integrative eclectic
- b. 60,2% - humanistic
- c. 44,3% - psycho-dynamic

Arts therapists profession standard permits Latvian music therapists working in various environments: in education, social and health care. Respondents state, that they work at more than one environment.

- a. 55,7% - in health care environment
- b. 34,4% - in private practice
- c. 32,3% - in social care institution
- d. 25,6 – in special education institution
- e. 7% - in general education institution

5. Conclusions and recommendations

Profession of music therapist is unique because people who want to work in health care domain have to be gifted with ability to evaluate oneself, one's actions and their conformity with a specific situation and at the same time critically and objectively relate to work of colleagues and their of evaluation of therapist, so that he could work both individually and in team, maintaining also the objective regard towards universal values.

Important aspect of music therapist's education is resources and quality of teaching personnel. Therefore unusual is the situation when only few professors are professional and experienced music therapists, but the rest are invited to teach from other domains, which makes the study process confusing – full of differing standpoints.

To develop therapeutic and musical professional identity the elements of three main domains must be interrelated and integrated: in therapy those are therapeutic understanding and observation; in art – clinical application of musical skills; in science – academic, clinical and professional competences. The model of music therapist becoming a professional is a basis for dividing professional development of an therapist into developing stages accordingly to duration of professional activity and accumulated work experience.

The theoretical researches are based on therapeutic thinking, attention and evaluation. Dynamic didactic practice (lectures, seminars and study process in general) stimulates future specialist's self-experience, self-development and emotional maturity, but work in clinical environment, monitored by supervisor, enables the professional competence formation. In the studies of music therapy the theory, personal development and supervision practise are purposefully integrated.

6. References

- Aigen, K. (1996). *Being in music: Foundations of Nordog-Robbins music therapy*. SaintLouis, MO: MMB Music.
- Aldridge, D. (1989). A phenomenological comparison of the organization of music and the self. *The Arts in Psychotherapy*, 16, 9 1-97.
- Bruscia, K. E. (1987). Professional Identity Issues in Music Therapy Education. In C. Maranto & K. Bruscia (Eds.) *Perspectives on Music Therapy Education and Training*. Philadelphia, PA; Temple University, Esther Boyer College of Music.
- Moors, M. (2007). , Nr.2 (23), 10-13.
- Mākslu metodes un tehnikas profesionālajā darbībā* (2010). K. Mārtinsone (ed.). Rīga: RaKa.
- Wheeler, B.L., Shultis, C.L., Polen, D.W. (2005). *Clinical Training Guide for the Student Music Therapist*. Barselona Publishers.
- Arts Therapy: Realities and Prospects*. © Vēlī Šcauli, universite tolei dykla, 11- 116p.
- Ronald, M., Epstein; E., Hundert, M. (2002). Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA*. 2002;287(2):226-235 (doi:10.1001/jama.287.2.226)
- Falender, Carol, A.; Shafranske, Edward, P. (2007). Competence in competency-based supervision practice: Construct and application. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol 38(3), 232-240.

RAKSTS XII



Special issue

**Music therapy in Europe:
Paths of professional development**

in partnership with the
European Music Therapy Confederation



Development of the Music Therapy Profession in Latvia

Mirdza Paipare

ABSTRACT

Music therapy is a new profession in healthcare in Latvia. There have been some initial difficulties in the establishment of the profession in this country. The author has been actively involved since the beginning of the development of the Latvian Music Therapy Foundation. She has studied and taught on the Music Therapy programme in Latvia. She has also established and managed the Music Therapy Foundation and the Latvian Music Therapy Association. The author's personal experience, therefore, successfully portrays the academic and clinical development of music therapy in a European country where it is acknowledged as a medical profession according to the Medical Law of the Republic of Latvia.

KEYWORDS

music therapy; profession standard; healthcare

Mirdza Paipare, graduate of Vitola Latvian Music Academy in Riga, has obtained MA in Music, MA in Healthcare, completed studies in music therapy, doctoral studies in musicology and joint supervisor of the training programme at Riga Stradins University and Queen's University Belfast. Currently Assistant Professor and Director of the music therapy programme at Liepaja University and Riga Stradins University. President of Latvian Association of Music Therapy and representative of the European Music Therapy Confederation (2006-2013). Research interests: music education, music therapy and strong experiences in music.

Email: mirdzap@hotmail.com

In Latvia, music therapy is a relatively new form of healthcare and rehabilitation. It was established only 10 years ago but is already nationally approved. Approval was not easy to attain, which this article further describes.

WHAT ARE THE KEY POINTS IN THE DEVELOPMENT OF MUSIC THERAPY IN LATVIA?

Music therapy acquired legal status in Latvia in 2009; this was attained, therefore, relatively quickly. Thus, a professional music therapist is someone who has a Master's degree in healthcare and the qualification of an art therapist in music therapy

(see Table 1).¹

Although elsewhere in Europe there are longstanding traditions in the training of music therapists, in Latvia this process commenced in 2003. However, this has successfully developed in

¹ In Latvia music therapists have an equivalent professional standard with art therapists. That is why the official qualification is: art therapist in music therapy. Similar qualifications are available for other art specialists in Rigas Stradina University (RSU): art therapist with specialisation in music or drama, dance and movement therapy or in visual plastic art.

a very short time, obtaining national recognition and inclusion in healthcare law.

HOW DID TRAINING PROGRAMMES EVOLVE IN LATVIA?

The first training programme of music therapy began in Liepajas Pedagogical Academy (now: Liepajas University) under the guidance of Reiner Hauss from Witten/Herdecke University (music therapist in Datteln Children and Youth Clinic, Germany). This training programme was similar to the one at the University of Witten/Herdecke in Germany. It included internship (39 ECTS or 1040 hours) and self-experience (240 hours). The forming of the programme helped to foster the growth of the profession as it was necessary to validate professional standards which the Liepajas University, teaching staff carried out with RSU in collaboration with doctors.

The process of validation lasted more than three years. Throughout this period the following institutions were involved: Liepajas University, the Ministry of Education and Science, and the Ministry of Health and Welfare. The Ministry of Health and Welfare was initially resistant to the approval of the term 'therapist'. This was finally achieved with the help of the President of the State and the German chancellor².

Since Latvia did not have professional teaching staff or associated professors in music therapy, the training was carried out by Hauss and external guest lecturers (see Table 2).

In 2006 the first 16 music therapists graduated from the Liepajas music therapy training programme. Furthermore, at this time the Master's training programme in art therapy started at RSU. Mirdza Paipare and Olga Blauzde, who were graduates from Liepajas University, were invited to work there. The programmes in both universities were offered on a full-time and part-time basis.³

At Liepajas University the programme was initially based on the Nordoff-Robbins approach to music therapy. At RSU, however, the founders were trained in psychology and a greater psychodynamic emphasis was observed. As time passed the training of music therapists became more integrative and eclectic.

2003: The first training course for music therapists in Latvia commenced at the former Liepaja Academy of Pedagogy (now known as Liepaja University, LiepU).

2003: Before the foundation of the Latvian Music Therapy Association and the implementation of a training programme, work in the development of a professional standard for music therapy had begun.⁴

2003: The professional standard development work group began its work and gained recognition.

2005: The Latvian Professional Association of Music Therapists (LMta) was founded. At this time the umbrella association of the Latvian Association of Arts Therapies also existed.⁵

2006: A training programme started in Rīga Stradins University (RSU).

2006: A joint standard for an art therapy specialist (of music and art therapies) was confirmed.

2006: The Ministry of Education and Science accepted the title of the profession – art/music therapy specialist.

2009: Professional standards were approved in the legislation.

2009: The Latvian Music Therapy Association was established in the Latvian Association of Rehabilitation Professional Organisations.

2010: The Law of Professional Qualifications and Required Education in Healthcare was supplemented.

2010: Art (music) therapy was registered as a medical technique.

2012: The title of art (music) therapist was included in Medical Treatment Law as a functional specialist.

Table 1: The most significant years in the development of music therapy in Latvia

² In 2005 Vaira Viķe-Freiberga and Gustav Schreoder raised the question concerning professional standards and validation due to the large financial support being given by the German counterparts to develop a training programme.

³ At RSU full-time studies take place each weekend. At Liepajas University part-time studies with six examination periods are offered between Friday and Wednesday.

⁴ According to Latvian legislation a training programme cannot be licensed and accredited if it does not meet professional standards.

⁵ Now Alliance of Latvian Art Therapy Associations (Latvijas Mākslas terapijas asociāciju apvienība, LMTAA).

Liepaja's University (LiepU)

Previously: Liepaja Academy of Pedagogy (1990-2008), Liepaja Pedagogical Institute (1954-1990).

Name of programme: music therapy.

Faculty of Pedagogy and Social Work

Grade: Master's degree in healthcare.

Part-time programme.

About 2000 students have enrolled.

Level of the course: Master's course, 6 semesters – 100 Credit Points=4000 hours.

1 CP=1,5 ECTP or 40 hours.

Director: Mirdza Paipare.

Teachers: Reiner Haus (D), Mirdza Paipare, Olga Blauzde and Līga Enģele.

Guest lecturers: Vilmante Aleksiene (LT), Jaakko Erkkilä, (FIN), Heidi Fausch-Pfister (CH), Indra Gutāne-Siener (A), Peter Hoffmann (D), Joseph Moreno (USA), Monika Nöecker-Ribaupierre (D), Esa Ala-Ruona (FIN), Tonius Timmermann (D), Tony Wigram (DK) and Ilse Wolfram (D).

Theoretical frame: The music therapy programme comprises 100 credits, including compulsory theoretical and practical study courses (40 CP), compulsory elective study courses (up to 58 CP) and elective study courses (from 2 CP); including development of a Master's thesis (20 CP) and placement (26 CP).

Riga Stradins University (RSU)

Name of programme: arts therapy.

Faculty of Rehabilitation

Grade: Master's degree in healthcare.

Full-time programme.

Level of the course: Master's course, 6 semesters – 100 Credit Points= 4000 hours.

1 CP=1,5 ECTP or 40 hours.

Director: Jana Duhovska.

Coordinator: Mirdza Paipare.

Teachers: Mirdza Paipare, Olga Blauzde, Sandra Barsineviča, Ineta Heinsberga and Inese Paiča.

Theoretical frame: The arts therapy programme comprises 100 credits, including compulsory theoretical and practical study courses (40 CP), compulsory elective study courses (up to 58 CP) and elective study courses (from 2 CP); including development of master's thesis (20 CP) and placement (26 CP).

Table 2: Overview of music and arts therapy training programmes

WHAT MADE THE COMMENCEMENT OF MUSIC THERAPY POSSIBLE IN LATVIA?

When Latvia gained national independence in 1991, the social system was fundamentally changed. Free flow of information was now possible. This, however, also required new skills and knowledge from the Latvian people. They had

to change their sense and understanding of the world and adapt to varying circumstances. They often had to search for recognition in new working environments and professions, adapt to a different style and pace of life, and become more open to innovations and aspects of competition.

This period of transition afforded many new possibilities; now there was hope whereas before there were restrictions. Yet, at the same time, there was also disappointment, loss, stress, new illnesses and social problems; inevitable characteristics during a time of transformation (Mārtinsons et al. 2008)

In addition, due to more openness regarding policy and care offered from other countries and individual enthusiasts, lesser known sciences and practices entered Latvia. This was also a time when the development of visual plastic art, and dance and movement therapies commenced.

Initially, representatives of different professional backgrounds from, for example, Germany, Switzerland, Great Britain, USA and Russia, offered seminars and training opportunities demonstrating how methods and techniques of music and visual plastic art therapies (defined hereafter in this text as 'art therapy') can be used by people from diverse professions (e.g. psychologists, teachers, social workers and doctors) in their professional work, self-development and study.

WHAT HAS BEEN THE OUTCOME OF COLLABORATION WITH ART THERAPISTS?

The music therapy association was founded in 2005 and became part of the Alliance of Arts Therapy Associations due to a reciprocal meeting of professional standards. Both then and now, the general recognition of art therapy by doctors was very important to us. The qualification of 'art therapist' can be obtained at the university (RSU) where the Head of the university is a medical doctor and where future doctors are trained.

In my opinion this was the main factor regarding the approval of the profession and its subsequent integration within healthcare. Currently music therapists and art therapists in Latvia share a code of ethics; likewise each association of music, visual plastic art, dance and movement, drama, and poetry therapies are members of the Latvian Association of Rehabilitation Professional Organisations. This has helped to advance the status of music therapy as a medical practice. In addition, close collaboration with doctors, rehabilitation specialists, physiotherapists,

occupational therapists and auditory speech therapists has confirmed the title of 'music therapist' in the law as a functional specialist.

Latvian Music Therapy Association	
Year of foundation	2005
Number of members	41 (2014)
Criteria for members	Qualified music therapist; Master's degree in music therapy programme.
Main goals	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> To support the health and welfare of the society and unite music therapists in Latvia. <input type="checkbox"/> To organise and coordinate the protection and promotion of the music therapy profession. <input type="checkbox"/> To develop collaboration with similar professional organisations in Latvia and throughout the world.

Table 3: Latvian Music Therapy Association

CONCLUSION

Looking back at what has been achieved, I do believe that the legal recognition of music therapy in Latvia represented a dynamic and intense moment in our history. The story of music therapy in Latvia could be called a story of luck; it was important to be in the right place at the right time. Music therapists are currently working, for example, at the National Rehabilitation Centre ("Vaivari"), Rigas, Jelgavas, Liepajas Psychoneurological hospitals, RSU University's clinical hospital "Gaiļezers" children ward and Rigas regional hospital's rehabilitation ward.

In Latvia music therapists are medical practitioners who, just like doctors and other medical workers, have to pass a certification in healthcare every five years.

Regardless of the status of the music therapy profession, there is still much to do. More information about the profession should be offered to the general public. Even now in our country there are diverse perceptions of music therapists and the work that they do. Many associate it with a music teacher or a psychologist who might ask a client to play, sing or listen to music.

A closer collaboration with service-user organisations should be established so that together we may address the objectives of music therapy with different client populations.

A SHORT SUMMARY

1. In compliance with professional standards, music therapists in Latvia can work in the fields of social care, healthcare, education, in private practice and organisations requiring the service of arts therapies (on an individual, group or organisational basis).
2. The Latvian Music Therapy Association has a close cooperation with the Latvian Arts Therapy Association, with which it has a common standard of profession, description of profession, and code of ethics.
3. A music therapist in Latvia is a professional with a medical education according to the Medical Law of the Republic of Latvia.

ART THERAPIST'S ACTIVITY REGULATING DOCUMENTS:

Laws and regulations of the Republic of Latvia (Regulations of the Cabinet of Ministers):

- Art therapy medical technologies / (Rehabilitation medical services): www.vmnvd.gov.lv
- Art therapy professional association documents: www.muzikasterapija.lv
- Code of ethics: www.makslasterapija.lv
- Medical practitioner's certification order: www.akti.lv/naiser/text.cfm?Key=0101032012121800943&doknos=arstniecibas-personu-sertifikācijas-kartiba
- Professional standard: www.lm.gov.lv

REFERENCES

- Mārtinsone K., Mihailova S., Mihailovs I.J., Majore-Dūšele I., & Paipare M. (2008). *Mākslu terapija un tās attīstības konteksti (integratīvi eklektiskā pieeja Latvijā)*. Rīga: RSU

Suggested citation:

- Paipare, M. (2015). Development of the music therapy profession in Latvia. *Approaches: Music Therapy & Special Music Education, Special Issue 7(1)*, 127-130.

RAKSTS XIII

**MUSIC, performing and creative Arts professions involved
in healthcare: a portal for VET promotion and mutual
recognition of profiles**

539899-LLP-1-2013-1-IT-LEONARDO-LMP

Recognition Map of MUSA professions
(MUSIC, performing and creative Arts)
in LATVIA.

Experiences and reflection
about therapeutic effectiveness

Report realised by:

Mg.mus., Mg. sc.sal. Mirdza Paipare
Mg.art., Mg.sc.sal. Jana Duhovska

November 2014

Index

1	Introduction	3
2	Objectives	3
3	Methodology and Sources	4
4	Results in (please indicate your country).....	5

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

1 Introduction

This report has been realised in the framework of MUSic, performing and creative Arts professions involved in healthcare: a portal for VET promotion and mutual recognition of profiles project (hereinafter MUSA) - 539899-LLP-1-2013-1-IT-LEONARDO-LMP- .

It started in January 2014 and has duration of 24 months.

The objectives of MUSA are:

- ✓ Creating general awareness concerning the project's topic and promotion of basic EU frameworks and policies
- ✓ Collection of relevant data from IT, LV, PL, TR and the UK concerning the content and frameworks of VET/higher education, linking them to EU frameworks and regulations and making this synergy visible to a general public
- ✓ Development of an online tool which allows quick access to relevant information and data concerning the above mentioned issues and which also makes VET/higher education in creative and performing arts involved in healthcare professions as well as job offers from all over Europe visible.
- ✓ Giving feedback to relevant stakeholders and political decision makers how situation looks like on the operative VET/higher education and labor market levels in Europe and how their demands can be met by future strategic and political decisions

This report provides from one side a deep analysis of MUSA professions and in particular of learning outcomes in Latvia and from other side provides some experiences and reflection about therapeutic effectiveness of the same professions.

2 Objectives

The objectives of this report are:

1. to describe the units of learning outcomes of selected MUSA professions in each partner country;
2. to supply both scientific and practical evidence about therapeutic effectiveness of the same professions.

These descriptions are:

- ✓ the basis for the comparison of the different professions;
- ✓ a "common support" for the recognition of the professions
- ✓ a collection of bibliographic references and best practice of therapeutic effectiveness of the same professions.

3 Methodology and Sources

Information provided by representatives of higher education institutions:

- Mirdza Paipare, Mg. muz., Mg. sc. sal., Director of Liepaja University study programme „Music therapy“, Director of Latvia Music Therapy Association
- Kristīne Mārtinsons, Associated Professor at Riga Stradiņš University, former Head of Riga Stradiņš University study programme “Arts Therapies”
- Jana Duhovska, assistant at Riga Stradiņš University, Head of Riga Stradiņš University study programme “Arts therapies”

Information provided by professional associations:

www.muzikasterapija.lv – website of Latvia Music Therapy Association

www.arttherapy.lv – website of Latvia Art Therapy Association

www.dkt.lv – website of Latvia Dance and Movement Therapy Association

Imtaa.maksluterapija.com – website of Union of Latvia Arts Therapies Associations

4 Results in LATVIA

The following MUSA professions have been selected and analysed for Latvia:

- Music therapy
- Art (visually-plastic) therapy
- Dance and movement therapy

Follows for each of above professions:

1. A table describing the units of learning outcomes in each partner in Latvia;
2. A table with a collection of bibliographic references about therapeutic effectiveness of each profession
3. A table with a collection of practical evidence (if any) about therapeutic effectiveness of each profession

1. A table describing the units of learning outcomes in each partner in Latvia

As all three professions mentioned above are being taught under the same programme at Riga Stradiņš university (students are split into so called *specialization groups* only for 9 ECTS to separately take courses *Specialization I* and *Specialization II*), there is only one table provided that covers all three professions.

Description of units of learning outcomes							
No.	Learning outcome	Description	Knowledge	Skills	Competence	Hours 25 per ECTS	ECTS
1	Analysis and comprehension of requirements of the client		To describe and explain concepts of medicine (including	To select and implement effective tools for assessing the	Upon working independently or in a multi-professional	750	30

	<p><i>psychotherapeutic), social sciences and music/dance-movement/art related to the therapy practice</i></p> <p><i>To demonstrate basic knowledge of causes, symptoms of, and basic terminology used in medical, mental health and educational classifications</i></p> <p><i>To demonstrate basic knowledge of typical and atypical human systems and development (incl. anatomical, physiological, psychological, social)</i></p> <p><i>To describe and explain usage of assessment tools appropriate/most effective for particular client/patient group</i></p>	<p><i>client's/patient's strengths, needs, musical/dance-movement/visually-plastic art preferences, level of functioning, and development</i></p> <p><i>Observe, record and analyse accurately the client/patient's response to assessment</i></p>	<p><i>- interdisciplinary team with different groups of clients/patients - to implement assessment stage being part of the medical technology of music/dance-movement/art therapy</i></p>	
--	---	--	---	--

2	Action plan	Knowledge	Skills	Competence	Hours	ECTS
		<p>To describe and explain psychological aspects of musical/dance-movement/visually-plastic art experience for particular client/patient group</p> <p>To describe and explain physiological aspects of musical/dance-movement/visually-plastic art experience for particular client/patient</p>	<p>To formulate goals and objectives for individual and group therapy based on assessment findings</p> <p>To select and adapt the artistic means according to the specialization</p> <p>To plan and sequence music/dance-movement/art therapy process</p>	<p>Upon working independently or in a multi-professional – interdisciplinary team with different groups of clients/patients – to implement planning stage being part of the medical technology of music/dance-movement/art therapy</p>	825	33

3	Fulfillment of the intervention	Knowledge	Skills	Competence	Hours	ECTS
	<p>Knowledge of principles and methods of music/dance-movement/art therapy treatment</p> <p>Knowledge of therapeutic directions/schools existing in music/dance-movement/art therapy and proficiency in one or several principal directions</p>	<p>To establish and maintain interpersonal relationships with clients that are appropriate and conducive to therapy</p> <p>Use oneself effectively in the therapist role in both individual and group therapy settings</p> <p>Recognize the impact of one's feelings, attitudes, and actions on the client and therapy process</p> <p>Utilize the dynamics and processes of groups to achieve therapeutic goals</p> <p>Utilize therapeutic skills – both verbal and artistic– to facilitate the therapeutic process</p> <p><u>Music therapists only:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> To compose, transpose, adapt and arrange simple musical pieces 	<p>Upon working independently or in a multi-professional – interdisciplinary team with different groups of clients/patients – to implement evaluation stage being part of the medical technology of music/dance-movement/art therapy</p>	975	39	

		<ul style="list-style-type: none"> To demonstrate appropriate technical proficiency on principal instrument To improvise on pitched and un-pitched instrument To use one's voice <p><u>Dance-movement therapists only:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> To demonstrate wide range of dance and movement skills To demonstrate the capacity to use dance and movement in their broadest creative and expressive functions To demonstrate the capacity to use body-mind concept <p><u>Art therapists only:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> To know the practice and process of visual art-making To understand the role and function of the art object within the relationship between 			

4	Assessment of the outcome of the intervention	Knowledge	Skills	Competence	Hours	ECTS
	<p>To describe and explain usage of evaluation tools appropriate/most effective for particular client/patient groups</p>	<p>To work with realistic time frames for evaluating the effects of therapy</p> <p>To recognize significant changes and patterns indicating the progress/regress/stagnation of the therapy</p> <p>To select and implement effective tools for assessment of progress and evaluation of outcome of the musi/dance-movement/art therapy process</p> <p>Observe, record and analyse accurately the client/patient's response to evaluation</p>	<p>service user and art therapist</p> <ul style="list-style-type: none"> To understand the role and use of visual symbols in art therapy 	<p>Upon working independently or in a multi-professional – interdisciplinary team with different groups of clients/patients – to implement evaluation stage being part of the medical technology of music/dance-movement/art therapy</p>	600	24

5	Collaboration in multi-professional team	Knowledge	Skills	Competence	Hours	ECTS
	Knowledge of tasks and areas of responsibility of other members of multi-professional team	<p>To coordinate music/dance-movement/art therapy plan and process/progress with other professionals of the multi-professional team</p> <p>To write professional documentation to describe client/patient throughout the phases of the therapy process</p> <p>To communicate effectively with other members of the multi-professional team</p> <p>To produce documentation that complies with internal regulations of the institution</p> <p>Communicate in consistently constructive manner</p> <p>Accept criticism/feedback with willingness</p>	<p>To formulate and analyse the professional problems, to explain with arguments and discuss the matters of art therapy both with specialists and non-specialists of particular field</p>	600	24	

		Solve conflicts in positive manner	
--	--	------------------------------------	--

<p>General description of the qualification</p> <p>Art therapist is a medical practitioner who has obtained a master's degree in health care and professional qualification of the art therapist with a specialization in one of the art forms (visual plastic arts, dance and movement, music, drama). Art therapist works at health care facilities (hospitals, outpatient health care facilities, rehabilitation facilities), social care institutions (social care centers, social services, crisis centers, nursing homes, child care centers, orphanages, children's homes, day centers for persons with mental disorders, etc.), educational institutions (nursery schools, special schools, etc.). Art therapist helps client/patient to overcome different health and social problems. Art therapist does assessment and evaluation of client/patient and conducts an arts therapy process using specific form of art as an instrument for building and maintaining therapeutic relationship. Art therapist works independently or as a part of multidisciplinary team at state and municipal institutions, nongovernmental organizations or in a private entities. Art therapist participates in research and development of professional education.</p> <p>Art therapist is responsible for maintaining his/her professional qualification, he/she is obliged to work in accordance with professional ethics.</p>	
Country	Latvia
Title of the profession	<p>Mākslas terapeits ar specializāciju mūzikas terapijā (Arts therapist with specialization in music therapy)</p> <p>Mākslas terapeits ar specializāciju deju un kustību terapijā (Arts therapist with specialization in dance-movement therapy)</p> <p>Mākslas terapeits ar specializāciju vizuāli plastiskās mākslas terapijā (Arts therapist with specialization in visually-plastic art therapy)</p>
Title of the qualification / degree	<p>Profesionālais maģistra grāds veselības aprūpē un mākslas terapeita profesionālā kvalifikācija ar specializāciju mūzikas terapijā (Professional master's degree in health care and Professional qualification of arts therapist with specialization in music therapy)</p>

	<p>Profesionālais maģistra grāds veselības aprūpē un mākslas terapeita profesionālā kvalifikācija ar specializāciju deju un kustību terapijā (<i>Professional master's degree in health care and Professional qualification of arts therapist with specialization in dance and movement therapy</i>)</p> <p>Profesionālais maģistra grāds veselības aprūpē un mākslas terapeita profesionālā kvalifikācija ar specializāciju vizuāli plastiskās mākslas terapijā (<i>Professional master's degree in health care and Professional qualification of arts therapist with specialization in visually-plastic art therapy</i>)</p>
EQF level	7 <input type="checkbox"/> official 7 <input type="checkbox"/> suggested 7
ECVET or ECTS points	<input type="radio"/> ECVET points: n/a <input type="radio"/> ECTS points: 150
Certification	<input type="radio"/> vocational qualification <input type="radio"/> bachelor <input checked="" type="radio"/> master
Duration	Years 2,5 years
Legal framework	<ul style="list-style-type: none"> • Standard of Profession of Arts therapist • Law on Medical Treatment of Republic of Latvia • Classification of Medical Technologies • Regulations of the Cabinet of Ministers No. 268 "Regulations regarding competency in treatment regarding medical practitioners and students acquiring professional programmes of the higher medical education of the first or second level and volume of theoretical and practical knowledge of these practitioners"
Entry requirements	<p>Entry requirements are Bachelor's degree or higher professional education in social sciences, healthcare, social welfare, pedagogy, educational sciences or arts. Matriculation in the study programme is being based on results of the entrance examination that is composed by essay of motivation (motivation for studies, previous experience in arts therapy and research interests) and interview, and examination of professional skills (piano and vocal improvisation for music therapists, action improvisation for dance and movement therapists, portfolio of their works of art and presence drawing on the particular topic for art therapists).</p>
Examinations	<input checked="" type="checkbox"/> Written <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input checked="" type="checkbox"/> Practical <input checked="" type="checkbox"/> Final exam <input checked="" type="checkbox"/> Continuous assessment
Examination authority	State Examination Commission
Qualifications awarding body	State Examination Commission

Authority for the recognition of international qualifications	Academic Information Centre (www.aic.lv)
Collection of bibliographic references about therapeutic effectiveness of music therapy	

There are really numerous publications on therapeutic effectiveness of music therapy – lot of research is done in Nordic countries, Austria, Germany, Italy, both Americas and Asia, and there is evidence on this research in Cochrane data base which is *very particular* towards scientific strength of the research.

As the task was to focus on research done in representing country (here – Latvia), and there is no large-scale well-funded research on creative therapies available, we include some of the best available research (mostly – master’s theses) produced by graduates in Rīga Stradiņš University and Liepāja University.

MUSIC THERAPY

Author	Scientific supervisor	Title	Conclusions	Year, place
Dzintra Zariņa	Jānis Ķīsis Dr. med, assoc. prof. of Rīga Stradiņš University, Department of Infectious diseases and dermatology	Effect of Medical Resonance Therapy Music (MRTM) on psoriasis (Ps) and atopic dermatitis (AD) patients' disease parameters and their emotional state	Disease indicators and stress psychophysiological performance of the group that received Medical Resonance Therapy Music decreased compared with the control group. It can be concluded that MRTM can ease Ps and AD expression, to improve the emotional state and may be used as adjunctive therapy for dermatology patients	Rīga Stradiņš University, 2011

<p>Jejena Skripka</p>	<p>Jānis Zaiķalns Hab. dr. med., profesor of Riga Stradiņš University, Faculty of Rehabilitation</p>	<p>Music therapy to increase subjective quality of life for elderly people with vascular dementia</p>	<p>Short-term music therapy statistically significant improves subjective quality of life in elderly people with vascular dementia. After music therapy statistically significant improved several indicators of quality of life – improved mood indicators, reduced behavioral and cognition indicators, improved patient’s sleep quality</p>	<p>Rīga Stradiņš University, 2011</p>
<p>Monta Leja</p>	<p>Mirdza Paipare, Mg.music., Mg. sc. sal.</p>	<p>Changes of heart rate (HR) and oxygen saturation (SpO₂) during music therapy and after it of the infants in a perinatal care centre</p>	<p>The results: 1. There were no statistically significant differences in the changes in oxygen saturation of a preterm infant during music therapy (both vocalizing of a lullaby and playing a recorded lullaby) and after that. 2. There are statistically significant changes in mean indices of HR both during vocalizing and playing recorded lullaby and also in a 30 minute</p>	<p>Rīga Stradiņš University, 2011</p>

Aiva Žigure	Mirdza Paipare Mg.music., Mg. sc. sal.	The use of music therapy to decrease aggression in adolescents with behavioural disorders	<p>period after it. The hypotheses as refers to heart rate indices during music therapy and after it were confirmed- vocalizing of a lullaby and playing a recorded lullaby to a preterm infant can reduce its heart rate.</p> <p>In adolescents, who attended group music therapy sessions, the levels of aggression decreased with statistical significance</p>	Rīga Stradiņš University, 2013
Jelena Denisjuka	Kristīne Mārtinsons Dr. psych., Mg.sc.sal. asoc. Professor of Rīga Stradiņš University	Music Therapy for Anon Members to Increase Self-Esteem and Reduce Co-dependency	<p>The author concludes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Music therapy can statistically significant increase self-esteem in active research group and in receptive music therapy research group: 2. Music therapy can statistically significant reduce co-dependency in active research group whereas in receptive research group no 	Rīga Stradiņš University, 2014

Kristīne Ozoliņa	Biruta Kupča Asoc. professor of Rīga Stradiņš university Faculty of Medicine Department of Psychiatry and narcology	Changes of subjective well-being in schizophrenic patients after music therapy	statistically significant changes have been found. Author concludes that music therapy can alter the subjective well-being of depressed mood, positive well-being and vitality scales of Schizophrenic patients.	Rīga Stradiņš University, 2010
Sandra Misjūne	Kristaps Cirčenis Faculty of Public Health and Social Welfare	Developing the orientation skills in space for visually impaired and blind children with music therapy	The author of the research concluded that the 3 - 6 years old visually impaired and blind children can develop the orientation skills in space with music therapy	Rīga Stradiņš University, 2010
Ineta Heinsberga	Inga Millere Dr. med., assoc.prof. of Rīga Stradiņš University	Music therapy in changes of sense of coherence for the patients of Palliative care	The results of the study indicate that there is an increase in SOC for all participants of the study in the course of MT	Rīga Stradiņš University, 2010
Līga Enģele	n/a	Music therapy for pre-schooler with specific speech disorder: a case study	Nordoff-Robins music therapy can improve motivation of children with speech disorder to participate in rehabilitation process	In <i>Mākslu terapija dažādām klientu/pacientu grupām</i> . Rīga Stradiņš University, 2014
Anžela Bejska	n/a	Music therapy for development of basic	Music as a mediator and modelling music therapy	In <i>Mākslu terapija dažādām</i>

		<p>communication skills in children with severe psychophysiological disabilities</p>	<p>as a method has significant role in facilitating development of basic communication skills in children with severe psychophysiological disabilities</p>	<p><i>klientu/pacientu grupām. Rīga Stradiņš University, 2014</i></p>
<p>Sandra Barsinēviča</p>	<p>n/a</p>	<p>Music therapy for children with autistic disorder</p>	<p>Music therapy is effective way to improve communication, social interaction and attention in children with autistic disorder</p>	<p><i>In Mākslu terapija dažādām klientu/pacientu grupām. Rīga Stradiņš University, 2014</i></p>

RAKSTS XIV

СПЕЦИФИКА АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ МАГИСТЕРСКИХ ПРОГРАММ «ТЕРАПИЯ ИСКУССТВ» В ЛАТВИЙСКИХ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ

Кристине Мартинсоне¹, Мирдза Пайпаре²,

Иван Янис Михайлов¹, Волдемарс Арнис¹

Рижский университет Страдыня¹, Университет Лиенау²

Аннотация. Настоящее исследование – первый этап работы, посвященной управлению качеством обучения, в котором внимание сосредоточено на адаптации студентов в среду высшего учебного заведения. При своевременной оценке потенциальных проблем адаптации студентов, можно создать систему поддержки, необходимой студентам в процессе обучения, чтобы способствовать эффективному развитию их компетенций, успешной реализации учебной программы.

Цель исследования: оценить общие адаптивные способности магистрантов. С помощью опросников – *Анкеты демографических данных и Анкеты студентов* (Мартинсоне, Михайлов, Вацiete, 2010) в рамках более широкого исследования) – были опрошены 202 студента из 13 Латвийских высших учебных заведений и из 36 разных учебных программ в возрасте от 20 до 52 лет, в том числе 33 магистранта были из учебных программ «Терапия искусств». В рамках этой статьи охарактеризованы уровни общих адаптивных способностей студентов.

Ключевые слова: общие адаптивные способности, обучение в высшей школе; терапия искусств и музыкотерапия, поддержка.

Введение

Адаптация студентов в образовательную среду высшего учебного заведения является своеобразным вызовом, связанным с преодолением трудностей, в основе которых недостаток знаний и опыта, отличная организационная культура (особенно если студент после получения степени бакалавра выбирает другой вуз / специальность), особенности системы отношений и общения в конкретном вузе, постепенное освоение новых норм поведения (традиций), необходимость соотнести свои индивидуальные потребности с требованиями вуза и т. д. Адаптация в вузе часто является одним из основных факторов, который непосредственно влияет на решение студента / магистранта продолжать обучение и остаться на выбранной специальности или, наоборот, – в случае неудачи – является причиной отказа от получения выбранной специальности.

В начале обучения, в процессе адаптации в малознакомой среде студенту необходимо развить новые качества и освоить новую социальную роль. Чтобы этот процесс проходил успешнее, во многих вузах мира созданы службы поддержки студентов, которые предлагают возможность получения разного рода помощи. Например, в Университете Южной Каролины, Университете *Napier* в Эдинбурге, Университете Флориды, Университете Калгари, Университете

Мельбурна, Университете Торонто, Университете Вашингтона, Университете Вольвехемптона и др.

Результаты исследований разных учёных свидетельствуют, что во многом успехи студентов зависят от их способности приспособиться к новой среде, адаптироваться в / к ней, наладить отношения (коммуникацию) с однокурсниками и академическим персоналом (Dorozhin, Mazitova, 2008).

Латвийский университет, опираясь на результаты более широкого исследования, в заключении которого сказано, что благоприятная психосоциальная адаптация и успешное обучение в вузе зависит от многих факторов: личности студента, мотивации, выбора обучения, приобретенных навыков обучения, социальной поддержки и чувства принадлежности к социальной среде вуза, материального состояния, – разработал рекомендации для студентов, а также обеспечил доступность услуг психолога (Латвийского университета). Упомянутая поддержка структурирована в соответствии с приоритетными потребностями студента, с учетом оценки потенциальных сложностей и необходимых ресурсов.

Хотя адаптации латвийских студентов (Воиткане, 2001, 2003, 2004; Рашевска, Воиткане, Миезите, 2004, 2006; Federova, 2008; Mārtinsons, 2012), в том числе студентов медицинских

вузов (Одиня, 2007, 2010), в последнее время посвящены многие исследования, тем не менее, проблематика адаптации в вузе значительно превышает круг исследованных вопросов. До сих пор исследования были посвящены адаптации студентов I курса бакалаврских программ, игнорируя специфику адаптации при обучении на высших ступенях (например, в магистратуре).

Как известно, обучение в магистратуре отличается от обучения в бакалавриате, так как в магистратуре сравнительно больше времени уделяется самостоятельной работе и профессиональной практике. Одновременно необходимо считаться с занятостью студента на работе и в семье, другими обязанностями, которые непосредственно влияют на ресурсы магистрантов и на возможность уделить время образованию, интегрироваться в новый коллектив.

Цель данной статьи актуализировать вопрос об изучении адаптации магистрантов. Проведенное исследование следует рассматривать как первый шаг к исследовательской работе, связанной с созданием механизма поддержки магистрантов, соответственно способствуя качеству обучения. Своевременная оценка потенциальных проблем и потребностей студентов может обеспечить получение необходимой поддержки в учебном процессе – для повышения эффективного развития профессиональных навыков студентов, для успешной реализации программы и подготовки квалифицированных специалистов.

Специфику адаптации магистрантов программ „Терапия искусств“ в Латвии отличает тот факт, что терапия искусств – достаточно новая, сравнительно мало известная, профессия в нашем государстве.

Программы „Терапия искусств” и специфика адаптации магистрантов

В Рижском университете Страдыня (РУС) реализация магистерской программы „Терапия искусств“ была начата в 2006–2007 академическом году и осуществляется в форме очного обучения. Обучение охватывает все четыре специализации терапии искусств: визуально-пластическая терапия, танцевально-двигательная терапия, музыкотерапия, драма терапия. Длительность обучения – 2,5 года.

В свою очередь в Лиепайском университете (ЛиепУ) реализация магистерской программы «Музыкотерапия» была начата в 2008–2009 академическом году и осуществляется в форме заочного обучения. Длительность обучения – 3 года. Эта программа создана на базе программы высшего образования второго профессионального

уровня «Музыкотерапия», реализация которой началась ещё в 2003–2004 академическом году.

Магистерские программы РУС и ЛиепУ дают возможность получить степень магистра здравоохранения и профессиональную квалификацию терапевта искусств в соответствии с выбранной специализацией (согласно стандарту профессионального высшего образования и стандарту профессии терапевта искусств), создавая основу для дальнейшей профессиональной деятельности в области здравоохранения и для последующей сертификации. В основе обеих программ – принцип преемственности предметов, подчеркивая важность самостоятельной работы, акцентируя внимание на интенсивном профессиональном и исследовательском развитии профессиональной компетенции. В ходе всего учебного процесса магистрант мотивируется на профессиональный рост и самосовершенствование.

Характеризуя специфику программ терапии искусств, необходимо отметить, что они реализуют усложненную задачу – в относительно короткий промежуток времени студенту надо дать возможность получить необходимые знания и навыки для профессиональной работы в здравоохранении, чтобы молодой специалист мог качественно начать работу в составе мультипрофессиональной команды. Поэтому план обучения составлен так, чтобы уже в первые учебные дни способствовать развитию профессиональной компетенции магистранта и самостоятельной исследовательской деятельности, т.е. чтобы подготовить специалистов, которые умеют адекватно осознавать и эффективно решать профессиональные и исследовательские задачи, используя навыки продуктивного и критического мышления, успешно взаимодействовать с разными специалистами. На протяжении всего обучения особое внимание уделяется развитию чувства ответственности за свою практику и оказанные услуги. Поэтому обучение терапевтов искусств – интегративное и интенсивное, его содержание достаточно широко – магистрантам надо усвоить не только выбранную специализацию, но и медицинские (в том числе психотерапевтические), психологические и другие компетенции, необходимо пройти личную терапию и принять участие в группе личностного роста. Требования программы и интенсивность учебного графика требуют определенных качеств личности, высокую мотивацию студента и умение организовать свое время, систематически и регулярно работать. Поэтому, по крайней мере, некоторым студентам необходима помощь и поддержка.

При анализе поддержки магистрантов в данное время, следует отметить, что руководство программ регулярно встречается со студентами, чтобы узнать их потребности и выслушать предложения. Регулярно проводятся опросы учащихся, доступны индивидуальные консультации.

Можно сделать выводы о том, что, с одной стороны, чтобы получить знания и объем специфической компетенции, у магистрантов должны быть довольно высокие способности к адаптации, с другой – руководству программ необходимо создать планомерную поддержку учащихся, чтобы ответить на вопрос – кому из магистрантов и какая именно поддержка необходима для адаптации в вузе.

На этом этапе исследования задан вопрос: какие показатели адаптации магистрантов программ терапии искусств?

Методология исследования

Инструментарий. Опросник „Психосоциальная адаптация студентов” составлен авторами исследования (Мартинсоне, Михайлов, Вацiete, 2010) с целью подготовить многомерный (предусмотрено наличие 4–5 шкал) инструмент для определения уровня психосоциальной адаптации к обучению в вузе. Опросник состоит из 56 утверждений, которые делятся на 4 шкалы: *Личностная зрелость; Умение учиться; Поддержка окружения; Адаптация студентов.* В заключающей части опросника имеются вопросы для получения *демографических данных* респондентов: пол, возраст, место жительства, вуз, семейное положение, уровень знаний государственного языка.

При разработке опросника с участием экспертов – 5 интервью – изначально было сформулировано 74 утверждений. Путём факторного анализа при минимальном значении фактора 0,404 как действительные были выявлены 56 утверждений. Во время создания опросника были проведены консультации со специалистами в области филологии.

Таблица № 1. *Показатели описательной статистики шкалы адаптации студентов во всей выборке*

Шкала	n	M	SD	Колмогорова - Смирнова Z критерий	P
Адаптация студентов	202	30,010	4,599	1,298	0,069

Затем были выделены уровни адаптации студентов. Средний уровень включает значения в интервале от $M \pm 1SD$; высокий уровень включает значения в интервале $M \pm 2SD$; значения, которые превосходят границы $M + 3SD$, указывают на

Оценка утверждений опросника производится по шкале Ликерта в 4-бальной системе (1 – полностью не согласен, 2 – скорее не согласен, – скорее согласен, 4 – полностью согласен).

Содержательная валидность опросника была обеспечена отбором утверждений, соответствующих целям опросника. Конструктивная валидность опросника подтверждается проведенным факторным анализом. Проверка надежности опросника произведена при расчёте коэффициента Альфа Кронбаха, величина которого по шкалам варьируется от 0,75 до 0,89.

В рамках этой статьи проанализирован один фактор – *Адаптация студентов*, содержащий 10 утверждений (Альфа Кронбаха 0,81).

Участники исследования. В исследовании участие приняли 202 студента из 13 латвийских вузов (36 учебных программ) в возрасте от 20 до 52 лет. В основном участники исследования были в возрасте до 25 лет. Среди респондентов было 17% мужчин и 83% женщин. 24% были студенты первого учебного года (первый курс), 29% учатся второй год, 19% – третий год, 14% – четвертый год, 9% – пятый год и 5% – шестой год.

29 респондентов из участников исследования являются магистрантами программы «Терапия искусств» в Рижском Университете Страдыня и 4 респондента из Лиепайского Университета.

Процедура исследования. В сентябре 2009 года студентам с целью проведения опроса были предложены анкеты, которые после заполнения были персонально переданы исследователям. Анкеты заполнялись в аудиториях вузов.

Результаты исследования

Вначале были рассчитаны средние статистические показатели шкалы адаптации студентов и определено соответствие эмпирического распределения результатов нормальному распределению с использованием критерия Z Колмогорова – Смирнова. Как видно в таблице № 1, эмпирическое распределение результатов соответствует нормальному распределению.

очень высокий уровень; низкий уровень включает значения от $M - 2SD$; значения, которые находятся ниже границы $M - 3SD$ относятся к очень низкому уровню (рис.1).



Рис. 1. Процентное разделение по уровням адаптации у студентов во всей выборке

Чтобы ответить на вопрос исследования, были рассчитаны средние статистические показатели результатов шкалы адаптации магистрантов программ *Терапии искусств* и определено соответствие эмпирического распределения

результатов нормальному распределению с использованием критерия Z Колмогорова – Смирнова. Как видно в таблице № 2, эмпирическое распределение результатов соответствует нормальному распределению.

Таблица № 2. Показатели описательной статистики шкалы адаптации магистрантов программ *Терапии искусств*

Шкала	n	M	SD	Колмогорова - Смирнова Z критерий	P
Адаптация студентов	33	30,242	3,446	0,796	0,550

Затем результаты адаптации магистрантов программ *Терапии искусств* были оценены по

уровням (рис. 2).

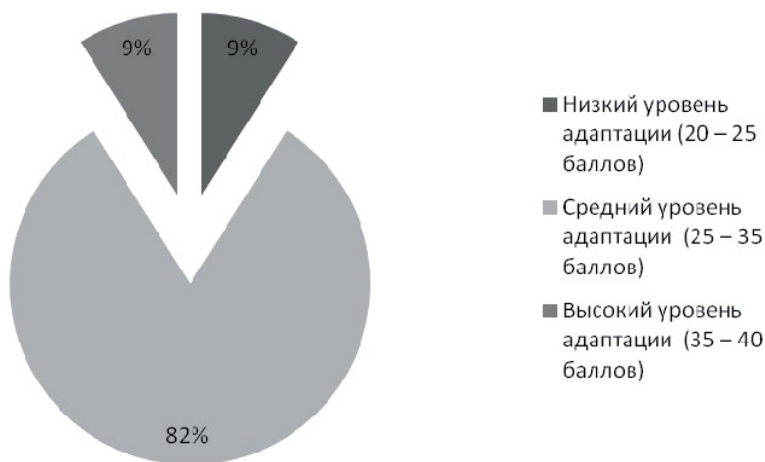


Рис. 2. Процентное разделение по уровням адаптации магистрантов программ *Терапии искусств*

Как видно на рисунке, 82 % студентов имеют среднюю, 9% – высокую, а 9% – низкую оценку адаптации.

Заключение

Начало обучения в вузе (особенно на новом уровне – магистерском), незнание среды и

обстоятельств, смена роли – все это создает ситуацию, которая в т. ч. направлена на переоценку себя и своих целей, дает дополнительные силы, чтобы успешно учиться в вузе или вызывает сомнения по поводу возможностей освоения выбранной программы. Мотивы и цели выбора программы обучения имеют большое значение

в выдержке, преодолении трудностей в учебном процессе и приспособлении к новой социальной среде (Воиткане, 2005). Таким образом, возможности адаптации и соответственно возможности получения поддержки являются существенными предпосылками для успешной учебной и научной работы магистрантов.

Руководству программ необходимо идентифицировать существующие и потенциальные проблемы и потребности учащихся, в т. ч. проводя беседы, опросы, индивидуальные консультации и т. д. В настоящее время в исследованиях констатируется тенденция: все большему количеству студентов нужна помощь разного рода, например, советы, как планировать свою деятельность в вузе и за его пределами, как рационально использовать ресурсы времени, финансы и т. д. (Воиткане, 2005).

Оценив результаты этого исследования, можно констатировать, что есть студенты, которым необходима помощь в адаптации. Поэтому следует актуализировать вопрос о развитии механизма поддержки студентов в вузах, особенно принимая во внимание специфику обучения в магистратуре и выбранную специальность. Разработка программ поддержки может способствовать быстрейшему и полноценному включению магистранта в учебный процесс, а также способствовать уменьшению отсева студентов. К тому же, руководство программы может оценить, каким магистрантам необходимо оказать плановую и целенаправленную поддержку, и как это сделать эффективнее.

Таким образом, поддержка учащихся в вузе, адаптирующихся к новым учебным обстоятельствам, может не только устранить потенциальный «отсев», но и способствовать эффективному развитию профессиональной компетенции, успешной реализации программы и подготовке квалифицированных специалистов.

Представленная шкала адаптации студентов выстроена в соответствии с требованиями психометрии. С помощью этой шкалы можно определить, какова адаптация у студентов. Опираясь на полученные результаты, можно определить, кому из студентов / магистрантов нужна поддержка в процессе адаптации в вузе.

Литература

1. Dorozhin I. U., Mazitova, L. (2008). Problems of the Social Adaptation of Foreign College Students: *Russian Education and Society*. Nr. 50. P. 23–30.
2. Federova E. (2008). Problems of College Students' Adaptation to Professional Activity While in College. *Russian Education and Society*. Nr. 50. P. 75–82.
3. Mārtinsons K. (2012). Student' Adaptation as the First

Level of the Development of Professional Identity. *4th International Interdisciplinary Scientific Conference „Society. Health. Welfare“*. Rīga: Rīgas Stradiņa Universitāte. P. 69–70.

4. Voitkane S. (2004). Goal directedness in relation to life satisfaction, psychological immune system and depression in first-semester university students in Latvia: *Baltic Journal of Psychology*, Vol. 5. Nr. 2. P. 19–30.
5. Voitkāne S., Miezīte S., Raščevska M., Vanags M. (2006). Student Motivation for their Choice of Study Program, Psychological Well-Being, Perceived Social Support and Needs at the Start of University Studies: *Baltic Journal of Psychology*, Vol. 7. Nr. 1. P. 46–59.
6. Voitkāne S. (2003). The Relationship of Social Support, Anxiety, Depression, and Student Needs to Psychological Well-Being in First Year University Students: *Baltic Journal of Psychology*, Vol. 4. Nr. 2. P. 31–43.
7. Воиткане С. (2004). Показатели психологической адаптации студентов первого курса в связи с видами привязки и социальной поддержкой: *Статьи Латвийского университета. Психология*, 664. Рига: ЛУ. Р. 122–146. (На латышском языке.)
8. Воиткане С., Миезите С. (2001). Проблемы адаптации студентов первого курса: *Балтийский журнал психологии*. Nr. 2, 1. P. 43–58. (На латышском языке.)
9. Воиткане С. (2005). Самоуважение, самонадеянность, связь с психологическим благосостоянием депрессией у студентов на этапе начала года: *Статьи Латвийского университета. Психология*. Nr. 682. Рига: ЛУ. Р. 41–51. (На латышском языке.)
10. Мартинсоне К., Михайлов И. Я., Вацiete (2010). Адаптация студентов арт-терапии к процессу обучения: общие учебные навыки и их оценка. *Общество, интеграция, образование. Международная научная конференция*. Резекне: РА издательство. Р. 83–90. (На латышском языке.)
11. Ращевска М., Воиткане С., Миезите С. (2004). Связь между практическим интеллектом, психологическим благосостоянием и показателями социального приспособления: *Статьи Латвийского университета. Психология*. Nr. 682. Рига: ЛУ. Р. 41–51. (На латышском языке.)
12. Одина И. (2007). Адаптация студентов первого курса медицинского колледжа.: *Статьи Латвийского университета. Педагогика и образование учителей*. Nr. 700. Рига: ЛУ. Р. 177–189. (На латышском языке.)
13. Одина И. (2010). Адаптация студентов первокурсников в педагогическую среду медицинского колледжа. *Промоционная работа*. Рига: ЛУ. Р. 305. (На латышском языке.)
14. Латвийский Университет: <www.lu.lv>. Проверено 14-ого января 2013 года с <<http://www.lu.lv/studentiem/studijas/ka-veiksmigak-studet/ieteikumi/>> и <<http://www.lu.lv/studentiem/pakalpojumi-un-atbalsts/konsultacijas/psihologa-atbalsts/>>.

15. Университет Южной Каролины: <<http://www.sc.edu>>. Проверено 14-ого января 2013 года с <<http://www.uts.sc.edu/index.shtml>>.
16. Университет Напие в Эдинбурге: <www.napier.ac.uk>. Проверено 14-ого января 2013 года с <<http://www.napier.ac.uk/study/support/personal/Pages/personalsupport.aspx>>.
17. Университет Флориды: <<http://www.ufl.edu>>. Проверено 14-ого января 2013 года с <<http://www.uff.ufl.edu/EndowedFunds/>>.
18. Университет Калгари: <<http://ucalgary.ca>>. Проверено 14-ого января 2013 года с <<http://www.ucalgary.ca/admissions/>>.
19. Университет Мельбурна: <<http://www.unimelb.edu.au>>. Проверено 14-ого января 2013 года с <<http://futurestudents.unimelb.edu.au/explore/student-support>>.
20. Университет Торонто: <<http://www.utoronto.ca>>. Проверено 14-ого января 2013 года с <<http://learn.utoronto.ca/student-resources/accessibility-support>>.
21. Университет Вашингтона: <<http://www.washington.edu>>. Проверено 14-ого января 2013 года с <<http://careers.washington.edu/Students/CSC-Career-Exploration-Guidelines>>.
22. Университет Вольвехемптона: <<http://www.wlv.ac.uk>>. Проверено 14-ого января 2013 года с <<http://www.wlv.ac.uk/default.aspx?page=31726>>.

STUDENTS' SPECIFIC FEATURES OF ADAPTATION OF MASTER'S STUDIES PROGRAMME "ARTS THERAPY" AT LATVIAN HIGHER SCHOOLS

Kristine Mārtinsonē, Mirdza Paipare, Ivan Janis Mihailovs, Voldemars Arnis
Summary

This study is the first phase of quality management work study concentrating on students' adaptation in a higher educational establishment. Early assessment of potential problems of students' adaptation allows providing students with the necessary support in the study process to stimulate effective development of their competences and successful implementation of the study programme.

The objective of the research is to assess the general abilities of adaptability. By the help of Demographic survey and Students' survey (Mārtinsonē, Mihailovs, Vāciete, 2010) 202 students aged 20 to 52 from 13 higher educational establishments of Latvia and from 36 different study programmes, including 33 students from art therapy master's programme, were surveyed.

This article describes students' general levels of adaptability (2% of the surveyed students showed very low level of adaptability, 11% showed low level of adaptability, 44% of students showed medium level of adaptability, 27% showed high level of adaptability and 14% – very high level of adaptability. Art therapy students' general ability of adaptation is as follows: 9% of the students show low level of adaptability, 82 % – medium level of adaptability and 9% show high adaptability.

Keywords: arts therapies, music therapy, general adaptation abilities, support, studies in the university.

RAKSTS XV

MUZIKĀLAIS PĀRDZĪVOJUMS PSIHOLOĢISKAJĀ UN TERAPEITISKAJĀ ASPEKTĀ

Musical experience from psychological and therapeutic perspective

Mirdza Paipare

Liepājas Universitāte, Latvija

E-pasts: mirdza.paipare@liepu.lv

Abstract. *The author of the paper is a musician, educator and certified music/art therapist. This enables her to view this particular issue both from musicians, teachers and music/art therapist's view.*

Within a three-year period research was conducted and the research data on the role of musical emotions in human life were summarised. The research results allow to draw meaningful conclusions on the role of musical emotional experience not only in a person's life, but also to identify the musical emotions impact on vital areas of human life, concerning the senses, emotions, perception, behaviour, culture, identity.

Findings of the study show that scientific application of music provides not only aesthetic, but also educational and even therapeutic effect. Interpretation of the obtained results shows their applicability in pedagogy, psychology, music science, and health care.

Keywords: *emotions, listening to music, musical experience, music therapy, experience.*

Šodien mūzika un tās klausīšanās ir viena no svarīgākajām problēmām mūzikas pedagogijā un psiholoģijā, tā skar gan komponistu, gan izpildītāju un klausītāju, un no šī viedokļa dalās mūzikas radošajā (komponists), atskaņotājmākslinieka (izpildītājs) un klausītāja uztveres psiholoģijā (arī šī uztvere daļēji ir "līdzradīšana"). Mūzikas klausīšanās zinātniskajā literatūrā tiek definēta arī kā muzicēšana (Small, 2000).

Mūzikas psiholoģiju interesē ne tikai atsevišķu mūzikas žanru uztvere, specifiskās īpatnības aktīvajā vai pasīvajā klausītāju (komponistu, atskaņotāju) darbībā, bet arī mūzikas sociālp psiholoģiskie aspekti, kas skar daudz plašāku problēmu loku nekā tikai komponista, izpildītāja, klausītāja mūzikas uztveres psiholoģiskie mehānismi. Te jāņem vērā arī masu saziņas līdzekļi, tajā skaitā – kritika, ārpusmuzikālie faktori un mūzikas iedarbība/ietekme, un iepriekšējā pieredze un daudzi citi parametri. Ne mazāk svarīga ir arī mūzikas un muzikalitātes specifika ar muzikālās dzirdes, spēju, uztveres īpašību un pārdzīvojuma analīzi (apercepcija, konstantums, vispārinājums utt.), kā arī integritātes, diferencitātes, adekvātuma jautājumiem. A.Paiks (Pike, 1978) definē muzikālo pārdzīvojumu: „Mūzikas emocionālais pārdzīvojums ir perceptuāli emocionāls tēls: klausītājs, kas uztver mūziku kā kustību un tās ekspresīvo/ izteiksmes kvalitāti, iesaistās tās kvalitatīvajā kustībā un pārdzīvo spontānas un mainīgas vai arī mazāk mainīgas, ilgstošas jūtas. Šis pārdzīvojums lielā mērā ir patīkams.“ Klausītājam var būt apgrūtinoši aprakstīt savas izjūtas, tam vajadzīgs bagāts vārdu krājums un šajā ziņā ir lielas atšķirības starp dažādiem cilvēkiem. Tātad uzmanība netiek vērsta vienīgi

uz atsevišķām, vienkāršām jūtām, ko iespaido mūzika, bet uz jūtu pārdzīvojumu kā veselumu. „Muzikālai pārdzīvojums turpinās postkomunikatīvajā fāzē pēc fizioloģisko reakciju nobeiguma mūzikas uztveres laikā dzirdes priekšstatu līmenī un var saglabāties ilgstoši”. (Bočkarjovs, 2006).

Šodien mūziku izmanto un iesaka pielietot arī kā cilvēka psihiskās un fizioloģiskās darbības aktivizējošu vai līdzsvarojošu faktoru, tai skaitā - kā mūzikas terapiju veselības aprūpē. Mūzikas ierakstu producenti lielā izvēlē piedāvā speciāli sakomplektētus mūzikas un arī dabas norišu (putnu dziesmas, ūdens čalošana, negaiss u.tml) ieskaņojumus, kas domāti klausītāja relaksācijai, noskaņas radīšanai; ar to nodarbojas arī TV kanāls *Landscape*, pārraidot dabas skatus, ko sintezē kopā ar atbilstošu mūziku. Tātad - ar mūziku ikdienā esam cieši saistīti ikviens, nereti tā veido “skanisko” fonu (transportlīdzeklī, mājās, darbā u.c.), kuru patiesībā nesaklausām, lai gan it kā dzirdam. Kādas veidojas cilvēka attiecības ar šo brīnišķo mākslu, vai, nereti veidodama skanisko fonu, tā vēl saglabā savu augstās mākslas funkciju un nozīmi?

Mūzikas funkcionēšanas lietišķo aspektu sapratne un risināšana ir daļa no praktiskā uzdevuma mūzikas psiholoģijā. Tādējādi mūzika, tās skanējums un apzināta uztvere vai arī daļēji neapzināta, fona loma kļūst par citu zinātņu pārstāvju un darbības sfēru uzmanības priekšmetu (rūpniecība, bizness, tirdzniecība, sadzīve, medicīna, kultūra u.c.).

Šos jautājumus teorētiski un praktiski risina gan receptīvā ar uztveri saistītā, gan radošā jeb aktīvā mūzikas terapija (Paipare, 2011.) (piem., improvizācija, vokālā terapija: dziedāšana korī, ansablī, ar instrumentālu pavadījumu vai bez tā), kustību terapija ar mūziku (aerobika un tās paveidi, līnijdejas), mākslas terapija (zīmēšana, gleznošana, veidošana mūzikas pavadījumā), u.c. Mūzikas daudzveidīgās izmantošanas jomas radījušas pat jaunus terminus – apzīmējumus, kuros izpaužas gan mūzikas jaunās funkcijas, gan tās universālā būtība. Tādi ir, piemēram, apzīmējumi - raksturojumi “gaismas mūzika”, “dzirdes-redzes polifonija”, “skanošās vides estetizācija”, “skanošais interjers”, u.c. Kalpojot sadzīvei, biznesam, rūpniecībai, vizuālās informācijas papildināšanai un medicīnai mūzika bieži vien nebūt nezaudē savu vērtību, bet gan atklājas jaunos izpaušmes veidos un formās; jebkurā gadījumā tomēr svarīgi apzināties mūzikas kā mākslas būtību un specifiku vizuālo un loģiski uztveramo (vārds, valoda, arī vizuālie simboli, zīmes) psiholoģiskās iedarbības komponentu vidē.

Mūzikas jomas speciālistiem un visiem, kas mūziku tā vai citādi izmanto kā līdzekli audzināšanas un personības veidošanas, psihofizioloģiskās un psihiskās regulācijas darbā, ir īpaši svarīgi analizēt un izprast mūzikas uztveres psiholoģijas jautājumus.

Pētot mūzikas uztveres un daiļrades psiholoģiskās likumsakarības, mūzikas psiholoģijai jāapskata ne tikai personības (lielos vilcienos: komponists, izpildītājs un klausītājs) individuālās, neatkārtojamās īpašības, bet arī virkne sociāli nozīmīgu, cilvēkam raksturīgu un piemītošu īpašību. Personības īpašības, psihiskie procesi un stāvokļi, kas ir cilvēka kā subjekta vispārpsiholoģisks pamats viņa

muzikālās darbības laikā, ir arī sabiedriska vērtība, kas tiklab pakļaujas, kā ietekmē mūsu dzīves sabiedrisko, izglītības un kultūras sfēru.

Šāda veida „muzikālajai socializācijai” ir milzīga nozīme mūsu *identitātes attīstībā*. Mūzika ļoti bieži ir saistīta ar mūsu emocionālajiem un nozīmīgiem notikumiem, kultūras aprisēm un periodiem, tā atraisa atmiņā jūtas, kas ir saistītas ar šīm nozīmīgajām dzīves situācijām. Šīs jūtas gan nav tieši tādas pašas, kā toreiz, jo mēs paši maināmies, un šodien piedzīvojam (izjūtam) pasauli citādāku, nekā agrāk. „Darbs ar atmiņām nav objektīva biogrāfijas rekonstrukcija, bet *jēgas meklējumi* un *jēgpilnu kopsakarību* atsegšana. Naratīvā prakse, tas ir – stāstu stāstīšana, iedod mūsu dzīves gājumam jēgu un nozīmi. No miljardiem piedzīvoto notikumu mēs izvēlamies noteiktas atmiņas, kuras kopā veido mūsu identitāti un jēgu. Pie tam mēs maināmies, un var gadīties, ka dažāda vecuma posmos pa atšķirīgiem ceļiem mēs nonākam pie dažādām atmiņām. Īsi sakot: esmu attiecīgā brīdī tas, ko no saviem „dzīves pavedieniem” kopā veidoju (Frohe- Hagemann, 2001).

Kad vēlamies atskatīties uz savu dzīvi (tās tapšanas gaitu/ procesu), atmiņām ar mūzikas palīdzību ir *integrējoša funkcija*. Mūzikas pieredze mūs intuitīvi (emocionāli) sasaista ar notikumiem, līdzīgi kā filmu mūzika ietekmē tās saturu, un saista mūs arī ar kultūras kontekstu, un lielā mērā ietekmē arī patriotiskas izjūtas (dzimtenes lepnuma izjūtu). Ar „muzikālā dzīvesstāsta” metodes palīdzību mēs iegūstam sinoptisku pārskatu par mūsu dzīves gājumu savas kultūras kontekstā, kas ved pie sinerģētiskas integrācijas un jaunu orientāciju attiecībā uz emocionāli nozīmīgiem dzīves notikumiem. Pie tam šī metode var darīt iespējamu „slikto” pieredžu pārstrādi, kā arī aktivizēt resursus. Tas īpaši nozīmīgi, ja šo problēmu aplūko terapijas ietvaros.

Naratīvās prakses potenciāls attiecībā uz muzikālo socializāciju nebūt vēl nav izsmelts. Naratīvie koncepti palīdz dzīvesstāstam „pieslēgties” tālākam stāstījumam un turpmākai dzīvei jo „izdzīvotā dzīve nav tikai faktu kapsēta, bet gan rekvizītu un kostīmu kolekcija, kuri vienmēr jaunā inscenējumā atgādina par dzīvoto dzīvi.” (Kraus, 1996), Tas nozīmē, ka cilvēkam nozīmīgi dzīves notikumi ar atmiņu palīdzību šeit un tagad tiek improvizēti un par jaunu inscenēti.

Šī pētījuma mērķis bija noskaidrot, kā cilvēki apraksta savu muzikālā pārdzīvojuma pieredzi un kā šī pieredze ir saistīta ar dažādām personības iezīmēm psiholoģiskajā un terapeitiskajā aspektā.

Metode

Palūdzām cilvēkus uzrakstīt autobiogrāfiskās atmiņas, kas saistītas ar mūziku, ar situācijām, kurās kaut kā iesaistīta mūzika, vēlams – jau pirmajos 10 dzīvības gados. Tādējādi kopumā iegūti 253 atmiņu pieraksti, kuru autori ir gan profesionāli mūziķi, gan mūzikas pedagogi un arī ar mūziku profesionālā darbā nesaistītas personas. Šādai muzikālās pieredzes izpētes metodei ir liela priekšrocība: tajā gūstam atbildes, kas nav saistītas ar eksperimenta (mākslīgi radītu) situāciju un saskare ar mūziku visdažādākajos tās izpausmes veidos notikusi dabiskā vidē.

Tādējādi iegūtie rezultāti sniedz informāciju ne vien par cilvēka pirmajiem spilgtajiem iespaidiem, kas nereti bijuši izšķirīgi attieksmes veidošanā pret mūziku kā tādu, gan arī to, cik liela ir vides, apkārtējo cilvēku, situācijas loma mūzikas kā fenomena eksistencē. Nereti izrādījies arī, ka pirmais spilgtais muzikālais iespaids tā vai citādi ietekmējis profesijas izvēli un turpmāko muzikālo attīstību. Svarīgi šķiet arī tas, ka pieaugušie spēj aprakstīt arī retrospektīvo pieredzi no savas bērnības, par ko vēl bērna vecumā nebūtu pratuši izteikties.

Iespējams, ka šādi veidotās atmiņu studijas ļauj priekšstatīt arī mūzikas jēgu, nozīmi kultūrā visumā, kā arī pieņemt to, ka videi, mūzikas reālās (skaniskās) eksistences kontekstam nereti var būt izšķiroša nozīme ceļā uz mūzikas sapratni, uz tās akceptēšanu vai noraidošas attieksmes veidošanu visai turpmākajai dzīvei.

Izvēloties šādu, biogrāfisko atmiņu analīzes metodi, protams, jāreķinās ar to, ka nereti cilvēki neatceras savas visagrākās bērnības pārdzīvojumus, jo vairāk par kādu „absolūti pirmo” pārdzīvojumu atmiņā iespiedies vēlāks, spilgtāks pārdzīvojums. Gadās arī, ka respondenti apraksta pat samērā nesenus ar mūziku saistītus notikumus, jo tie viņiem likušies būtiskāki pieredzē vai izšķiroši tālākajā dzīvē, attieksmē pret mūziku. Šādi fakti liecina ne vien par dažādu, pašgribētu un pašizvēlētu jautājuma interpretāciju, bet arī par to, ka mūsu atmiņa ir selektīva, tajā uzglabājam spilgtāko faktoloģisko vai emocionālo informāciju. Bez tam šī selektivitāte saistāma arī ar atmiņu vēlāku pārvērtēšanu, faktu interpretāciju: cilvēka pašsaglabāšanās instinkts un nepieciešamība apzināties sevi, savu pašvērtību, var ieviest korekcijas pagājbības faktu vēlākā interpretācijā, kad „aizmirsta” vai pārvērtēta tiek tā negatīvā pieredze, kas varētu destruktīvi iedarboties uz cilvēka pašapziņu un pašvērtējumu. Tādējādi autobiogrāfiskajās atmiņās ir gan iepriekšējās pieredzes izklāsts, gan – tās interpretācija no šodienas personības viedokļa. Šādas interpretācijas klātbūtne tomēr nemazina autobiogrāfisko atmiņu nozīmi psiholoģijas pētniecībā.

Autobiogrāfisko atmiņu pierakstiem ir vēl kāda kopīga iezīme: tajos parasti jūtams diezgan augsts emocionālais tonuss. Arī šis fakts saistāms ar to, ka mūsu specifiskajā atmiņu „fondā” saglabājas, „izfiltrētas” tās, kas saistītas ar spēcīgu emocionālo kontekstu, afektu pārdzīvojumu.

Pārbaudot iegūtos atmiņu pierakstus, analīzes ceļā iespējams iegūt priekšstatu par to, kādā kontekstā mūzika afektīvi, spilgti iedarbojusies uz personu. Pirmkārt, var novērot pieredzi, kurā mūzika pati attiecīgajai personai bijusi ar īpašu jēgu, nozīmi, spilgtumu apveltīta, - tad var runāt par *internālo* (iekšējo) nozīmīgumu, svarīgumu, otrkārt, īpaši spilgti var izcelties konteksts, kurā šis spilgtais muzikālais pārdzīvojums noticis, - tas ir *eksternālais* (ārējais) svarīgums. Šāds nozīmīgums var būt gan ar pozitīvu, gan ar negatīvu vai neitrālu nozīmi turpmākajā dzīvē, pieredzē. Praktiski tomēr izrādās, ka neitrālas nozīmes (vai bez nozīmes) pagājušie muzikālie notikumi atmiņā netiek saglabāti vai netiek aktualizēti. Analizējot iegūtās anketas, izrādās arī, ka nav atmiņu pierakstu, kuros spilgtais muzikālais pārdzīvojums būtu ar negatīvu nozīmi personības tālākajā dzīvē, kas arī saprotams: cilvēki izvairās atsaukt atmiņā savu negatīvo pieredzi, negatīvo pārdzīvojumu. Gadās, ka šādu negatīvo

pieredzi izklāsta saistībā ar ārējiem faktoriem (tāda, piemēram, var būt „bēgšana mūzikā”, lai nomāktu sevī ar negatīvu pieredzi saistītās emocijas, nepatīkamās atmiņas), bet daudz retāk vai nemaz – ar internālu negatīvu pieredzi, kam pamatā paša radītās problēmas.

Piemērs Nr.1

Kādreiz TV rādīja seriālu „Tvīnpīka”. No tās filmas gandrīz neko nesapratu, tikai zinu to, ka tur bija kas šausmīgs, vismaz tolaik man tā šķita. Šo filmu ierāmēja skaņdarbs Tas man palicies atmiņā kā kaut kas drausmīgs, biedējošs un nepatīkams. Katru reizi, to dzirdot, izjūtu nepatiku, varētu pat teikt, paniku, bailes.

Katru reizi, kad to dzirdu, mans ķermenis nepatikā, riebumā notrīc..

Mūzika bija lēna, zemos toņos.. grūti pateikt, man pat šobrīd, domājot un atceroties kļūst nepatīkami.

Mana attieksme pret šo mūziku kļuva nepatīkama. Ne jau pret visu mūziku, tikai pret tādu, kas līdzinājās tai, kura bija no filmas.

Pēdējo reizi šī mūzika par sevi lika manīt pirms nepilna mēneša. Biju lielveikala 4. stāvā un pēkšņi dzirdu, ka pa visiem skaļruņiem sāk skanēt šī mūzika. Es paliku nervoza un devos uz tuvāko izeju. Nobraucu stāvu zemāk- tur skanēja tas pats, arī zemākajos stāvos tas pats. Ilgi nedomāju.. nevienam no draugiem nevienam neko nepaskaidrodama, pametu šo lielveikalu.

Analizējot vides un personības faktoru attieksmes, izrādās arī, ka negatīva pieredze no ārējās vides ļoti reti apvienojas ar spilgti pozitīvu muzikālo (iekšējo) pārdzīvojumu; visbiežāk pozitīvā ārējā un iekšējā pieredze darbojas komplimentāri, viena otru pastiprinot.

Piemērs Nr.2

Izstāstīšu vissāpīgāko gadījumu. Tas notika nu jau pirms 8 gadiem. Biju stāvoklī, bet spontānajā abortā zaudēju savu bērniņu., pie tam tas ilga pāris dienas ārsta zemās profesionalitātes dēļ un bija riktīgi smags laiks fiziski un garīgi. Pēc tam biju izmisumā, man tik ļoti sāpēja viss notikušais.. Mājās man nez no kurienes bija pieklīdis mūzikas disks bez vāciņa. Tās dziesmas jau iepriekš biju dzirdējusi, bet nu nekā īpaši uzrunājoša. Tā bija tāda viegla „pop” mūzika. Klausoties tomēr viena dziesma mani uzrunāja. Es pat nezinu kāpēc, jo vārdi man nebija saprotami, tie bija angļiski. Mūzika it kā spēja izteikt manas sāpes, saprast mani. Visu dienu es klausījos atkal un atkal tikai to vienu dziesmu un raudāju un raudāju. Spēju izraudāt lielo izmisumu.

Atmiņu studijās atklājas, ka mūzikas skumjajam vai pat traģiskajam raksturam var būt pozitīva iedarbība un arī pēcdarbība kā pieaugušā, tā bērnu vecumā (ne velti dažkārt runājam par „laimes asarām”!).

Piemērs Nr.3.

Tas notika, kad mācījos vidusskolā, bet atceros to vēl kā šodien. Tā kopības sajūta, dziedot Mežaparka estrādē, šķiet, nezudīs nekad. Dziedājām galvenokārt latviešu tautas dziesmas, kas šķiet ļoti vienkāršas, bet patiesībā tas bija ilgs un grūts darbs, līdz izturējām vairākas koru skates. Bija liels gods būt tur – Rīgā un vienoties kopīgās dziesmās.

Dažreiz pa radio tiek atskaņotas dziesmas no svētkiem „Rīgai 800” repertuāra. Pat tad „skudriņas skrien pa kauliem”, jo vienmēr atceros tās fantastiskās izjūtas. Kad dzirdu tās dziesmas atskaņojot, cenšos apstāties un izdzīvot to vēlreiz, jo ne jau katru dienu ir iespēja piedalīties tik grandiozā pasākumā, kur emocijas ir tik sakāpinātas, ka dziedot aizlūzt balss un asaras birst aiz prieka.

Ja godīgi, agrāk nemaz neapzinājos, cik tas ir skaisti piedalīties Dziesmu svētkos. Draugi tikai runāja, stāstīja, ka tas tik esot kaut kas! Pārliecinājos, kad pati tur nokļuvu un nenožēloju ne vienu minūti no tā ko piedzīvoju!”

Tieši tāda pat reakciju gamma var rasties arī klausoties mūziku, jo jūtīgāks ir pats cilvēks, jo spēcīgāka iespējama mūzikas ietekme gan uz viņa psihi, gan uz atmiņas procesiem. Tai var būt gan pozitīva, gan arī negatīva ietekme. Mūzikas ietekmē veidojusies ilglaicīgā atmiņa var kļūt spēcīgs indikators cilvēka personības attīstībai un ietekmēt ar muzikālo pārdzīvojumu gan profesijas izvēli, gan emocionālo uztveri. Ja pirmais iespaids bijis pozitīvs, tas, iespējoties ilglaicīgajā atmiņā, parasti saglabājas atmiņā uz mūžu.

Piemērs Nr.4

„Savos pusaudža gados (14 – 16 gadu vecumā), reiz koncertā Latvijas Universitātes Lielajā aulā kopā ar dažiem klasesbiedriem klausījos pirmo reizi mūžā Baha Mateja pasiju. Īsti neatminos, kāpēc un kā tur nokļuvām, bet atceros, ka tur – koncertā guvu spēcīgi muzikālu pārdzīvojumu- cik spēcīga un dziļa var būt mūzika – nekad iepriekš kaut ko tādu `debešķīgu` nebiju piedzīvojusi mūzikā. Tas lāva man saprast, kādas `augstas sfēras` var skart mūzika, it kā uzkāptu augstu kalnos un no turienes redzētu dzīvi. Grūti šo pārdzīvojumu aprakstīt vārdos. Nozīme – attieksmē pret mūziku sapratu, cik daudz tā var `pateikt` par būtiskām lietām, cik daļi tvert globālus jautājumus, uzrunāt cilvēka dziļāko būtību.”

Rezultāti

Veicot šo „Autobiogrāfisko atmiņu un muzikālā pārdzīvojuma studijas”, par spilgtākā muzikālā pārdzīvojuma ietekmi uz cilvēku, raksta autore mēģināju konstatēt, kādu iespaidu cilvēka ilglaicīgajā atmiņā ir atstājusi pirmā saskarsme ar muzikālo pārdzīvojumu. Vai šis pārdzīvojums ir veicinājis profesijas izvēli saistībā ar mūziku, vai šī pieredze ir pozitīva, neitrāla vai negatīva.

Analizējot šos atmiņu un muzikālā pārdzīvojuma studiju rezultātus, var secināt, ka 2/3 respondentu pirmais muzikālais iespaids ir bijis liels pārdzīvojums, kas vēlāk liek pamatus izvēlēties profesiju saistībā ar mūziku. Šī atmiņa ir bijusi pozitīva pieredze, bet ne neitrāla vai negatīva, tādēļ tā arī veidojusies spilgti emocionāla, kas iespiežas ilglaicīgajā atmiņā. Tā, savukārt, pārtop selektīvajā atmiņā un darbojas kā pašsaglabāšanās instinkts. Var secināt, ka šis pārdzīvojums

vispildgtāk palicis atmiņā no bērnības – līdz 12.g.v. (48% no visiem respondentiem). Bez tam interesanti, ka vispildgtāk šis pārdzīvojums palicis atmiņā tieši saistībā ar vizuālo uztveri (40% no visiem respondentiem), kurš darbojas kā spēcīgs blakus faktors, t.i., – noskatoties operas vai kāda cita veida muzikālu izrādi (53% no visiem respondentiem). Tātad svarīga ir vide, apstākļi, kādos mēs atrodamies. Turpretim negatīvā pieredze saistās ar vidi un izpildījuma veidu un gandrīz nekad - ar pašu mūzikas klausīšanos. Respondentam bija svarīgi – ar ko tajā brīdī viņš bijis kopā. Pētījums liecina, ka pirmais muzikālais pārdzīvojums gūts kopā tieši ar ģimeni un saviem vienaudžiem (klasesbiedriem).

Pēc klasifikācijas - kāda veida mūzika vispildgtāk saglabājusies atmiņā, varam secināt, ka trešdaļai respondentu visspēcīgāk iespiedusies atmiņā klasiskā mūzika (32% no visiem respondentiem) un emocionāls skaņējums attiecīgi 29%. Tas norāda, ka svarīga ir ne tikai vide, cilvēki, izpildījuma veids, bet arī notikums, kurš saistīts ar pašu mūzikas skaņējumu. Nenoliedzami, konkrēta mūzika cilvēkā vienmēr izraisa kādas asociācijas.

Noslēgums

Visas muzikālā pārdzīvojuma nianse šajā rakstā nav iespējams ietvert. Tāpēc var akcentēt dažas priekšrocības naratīvajai praksei muzikālajā socializācijā:

- Tā paplašina redzesloku attiecībā uz sociālo kultūras piederību
- ļauj kļūt redzamām personiskām un sabiedrības vērtībām un ar to saistītajai pasaules ainai. Izskaidro no šīs pasaules ainas izrietošās ieaudzīnātās pieredzes, uzvedības, attiecību modeļus, kā arī paštēlu
- dod informāciju par socializācijas procesu emocionālo stilu un klimatu
- rāda mūzikas kā resursa iespējas darbā ar emocionāliem pārdzīvojumiem

Kopumā, aplūkojot mūzikas un mūzikas klausīšanās ietekmi uz cilvēka atmiņas pārdzīvojumu, varētu izteikt šādus secinājumus:

1. Katra cilvēka pirmais pozitīvais emocionālais pārdzīvojums iespēžas ilglaicīgajā atmiņā un vairāk vai mazāk paliek kā spilgts emocionāls akcents uz visu mūžu. Turpmāk viņš izvēlas klausīties mūziku, kas atbilst viņa gaumei, inteliģences līmenim un personīgai pieredzei. No šiem faktoriem ir atkarīgas arī asociācijas, ko izsauks konkrētā mūzika klausītājam.
2. Pozitīvā pieredze ir no pašas mūzikas, lai arī vide to var ietekmēt. Negatīvā pieredze dažreiz atmiņā saglabājas it kā no pašas mūzikas, un gandrīz nekad no mūzikas klausīšanās.
3. Pārdzīvojums no reiz dzirdētā ietekmē cilvēka mūzikas uztveri uz mūžu. Vēlāk personīgajā atmiņā iespiedusies īpaša mūzika cilvēkam ļauj atbrīvoties no stresa, negatīvām emocijām, kā arī palīdz koncentrēties.
4. Šāda muzikālā pārdzīvojuma analīze izmantojama gan pedagoģiskajā darbā, lai atskatītos un novērtētu mūzikas pedagoga sniegto ievirzi un lomu mūzikas lomas vērtēšanā un izpratnē, gan mūzikas psiholoģijā, lai izprastu mūzikas iedarbības psiholoģisko mehānismu lomu cilvēka uzvedībā, gaumes izzināšanā, rakstura, tipāžas noteikšanā, testēšanā.

5. Mūziku kā terapijas līdzekli iespējams izmantot gan psihisku traumu, gan fizisku slimību gadījumos. Šajos gadījumos ar selektīvās atmiņas „palīdzību”, mēs izvēlamies mūziku, kas atbilst individualitātei, dažreiz tā var pat būt tikai viena dziesma vai kāds konkrēts mūzikas stils.
6. Mūzikas terapijā autobiogrāfisko atmiņu studijas nozīmīgas darbā ar demences pacientiem, kā arī pēc insulta, iegūtām traumām, paliatīvajā aprūpē u.c., kur nozīmīga ir atmiņu reproducēšana pieredzē.

Mūzikas terapeitiskajā grupā autobiogrāfisko atmiņu studijas ir labs izvērtēšanas instruments pieredzes apmaiņai grupā, kur galvenais terapeitiskais mērķis: radīt atklātības, tolerances un savstarpējas cieņas un uzticības vidi (klimatu). Kopīgas sarunas, dalīšanās ar muzikālajām pārdzīvojuma atmiņām ir jūtīgs jautājums, jo nekur citur nemēdz būt tāda netolerance kā estētikas lauciņā, attiecībā uz muzikālo gaumi. Ātri var ar savu gaumi devalvēt vai ierobežot citu. Domu apmaiņa par mūzikas klausīšanās ieradumiem vienmēr ir emocionāli `sprādzienbīstama` tēma, tātad terapeitiskam procesam īpaši derīga. Sarunas par dzirdēto mūziku veicina spēju tolerēt un cienīt dažāda veida muzikālo socializāciju un muzikālo gaumi.

Par to, lai mūzika tiktu lietota, parūpējusies elektroniskā industrija, mūzikas industrija, Internets un izklaides industrija kopumā. Mums atliek ticēt, ka lielākā daļa cilvēku, virzoties cauri dažādiem dzīves periodiem, iegūstot dažādas sociālās lomas un piedzīvojot eksistenciālās krīzes, pieprot navigāciju cauri daudzveidīgajam muzikālajam okeānam un atrod tieši to mūziku, kas nepieciešama konkrētās vajadzības apmierināšanai vai pārdzīvojuma gūšanai.

Summary

Nowadays, music and listening to it is a topical issue in music pedagogy, psychology and music therapy as well. In each of the branches listening to music has a different meaning; however in musical socialisation field it plays an important role. In her research “Autobiographic and musical emotional experience studies” on the most striking musical effect on human emotions the author of the paper tried to determine what effects the first exposure to musical experience leaves on a person’s long-term memory.

The obtained results showed that for 2/3 of respondents the first musical impression has been a great emotional experience (a strong musical experience) that later on lays foundations for choosing a profession related to music. This memory has been a positive experience, but not neutral or negative; therefore it has developed as vividly emotional and that penetrates the long-term memory. The brightest memories have been preserved from childhood. The most memorable experience is directly related to visual perception, which acts as a powerful adjacent factor, i.e. – watching an opera or some other kind of musical performance. Negative experiences are related to the environment and the medium of performance and almost never with listening to music as such. It was important to the respondent – with whom he was together at that moment. The study shows that the first musical experience comes directly from the family and peers. In conclusion it can be said

that narrative practice in musical socialisation has its own advantages They make it possible to discover music as a resource in dealing with emotional experiences also in music therapy.

**Literatūra
Bibliogrāfija**

1. Frohne-Hagemann, I. (2001). *Das musikalische Lebenspanorama (MLP) – narrative Praxis und inszenierende Improvisation in der Integrativen Musiktherapie*, in: dies.: *Fenster zur Musiktherapie. musik-therapie-theorie 1976-2001*. Wiesbaden: Reichert
2. Kraus, W. (1996). *Das erzählte Selbst. Die narrative Konstruktion von Identität in der Spätmoderne*. Pfaffenweiler: Centaurus.
3. Paipare, M. (2011). *Mūzikas terapija*. No: *Mākslu terapija*. Sast. K. Mārtinsone. Rīga: Raka.
4. Pike, A. (1978). The theory of unconscious perception in music. A phenomenological criticism. *Journal of Aesthetics and Art Criticism*. Vol 25, no 4.
5. Small, C. (1998). *Musicking: The Meanings of Performing and Listening*. Middletown, Conn.: Wesleyan University Press; Hanover, N.H.: University Press of New England.
6. Бочкарёв Л. (2006). *Психология музыкальной деятельности*. Москва Классика-XXI.

Mirdza Paipare	Liepaja University, Latvia E-mail: mirdza.paipare@liepu.lv Phone: +371 29799951
-----------------------	---