

Adrian Biela

TERAPIA ZAJĘCIOWA Z WYKORZYSTANIEM MUZYKI JAKO FORMA AKTYWIZACJI W OKRESIE STARZENIA SIĘ I STAROŚCI

WPROWADZENIE

Postępujące zmiany demograficzne wywołujące wzrost ogólnego odsetka ludzi starszych względem całej populacji, szczególnie na Starym Kontynencie, w tym w naszym kraju, pociągają praktyczne konsekwencje dla systemu wsparcia i opieki międzyludzkiej. Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 roku w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020¹ pokazuje, że na 1000 dzieci przypada w miastach 1007 seniorów, a na wsi 764. W 2035 roku ma nastąpić dwukrotny wzrost tego trendu.

Przewidywania, jakich dokonuje miesięcznik „Forbes”, dostarczają większych obaw, gdyż szacuje on, że do 2060 roku ubędzie aż 8 mln Polaków (spadek z 38,3 mln do 30,56 mln). Byłoby to katastrofalne w skutkach. Miesięcznik podaje również pesymistyczny wariant wskaźnika dzietności, oscylujący między 1,4 a 1,2, co, zestawiając nawet z najbardziej optymistycznym współczynnikiem wynoszącym 1,9, zapowiada znaczący spadek ludności do 34,3 mln². By tak się nie stało, trzeba zdecydowanych działań wielu środowisk naukowych, politycznych, gospodarczych i społecznych, a przy wprowadzania

¹ *Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*, „Monitor Polski. Dziennik Urzędowy Rzeczypospolitej Polskiej”, 04.02.2014, s. 7–10.

² *Do 2060 r. Polska skurczy się o 8 mln ludzi*, „Forbes”, www.forbes.pl/do-2060-r-liczba-ludnosci-polski-moze-sie-zmniejszyc-o8mln,artykuly,159655,1,1.html [dostęp: 30.05.2015].

niu inteligentnej polityki prorodzinnej nie wolno zapominać o seniorach i ich kapitale społecznym, ludzkim.

Zmianom podlegać muszą również formy pomocy tej grupie wiekowej, ponieważ zmieniające się rzeczywistość społeczna, kulturowa, gospodarcza (w tym ekonomiczna i socjalna) sprawiają, iż przeobrażają się kluczowe potrzeby danej jednostki. Nie stanowią one już sztywnej piramidy potrzeb zaproponowanej przez A. Masłowa (lub mówiąc szerzej humanistów), według której człowiek dąży do zaspokojenia potrzeb fizjologicznych, by następnie realizować kolejne potrzeby, dochodząc do samorealizacji. Obecnie większe znaczenie ma czynnik samorozwoju.

Dobrymi praktykami profilaktycznymi hamującymi negatywne przejawy starzenia się i starości są powstające i coraz prężniej działające placówki przeznaczone dla seniorów. To nie tylko domy pomocy społecznej, ale również uniwersytety trzeciego wieku, kluby seniora, centra aktywizacji, działalność domów kultury i szereg innych. W obrębie prowadzonych przez nich zadań znajduje się wiele oddziaływań o charakterze terapeutycznym. W niniejszym artykule uwaga będzie skupiona na jednej z kluczowych form terapii, a mianowicie terapii z wykorzystaniem muzyki i terapii poprzez muzykę. To obok kinezyterapii (lub szerzej terapii ruchowej) i plastykoterapii najprężniej rozwijająca się gałąź terapeutyczna zaliczana do grupy metod arteterapeutycznych, która usprawnia i pobudza siły wewnętrzne danego podmiotu.

TERAPIA ZAJĘCIOWA – OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA

Jednoznaczne zdefiniowanie pojęcia i istoty terapii zajęciowej bez wskazania, czym jest sama terapia i jakie ma ona praktyczne konotacje, jest zadaniem niemożliwym. W podręcznikach metodycznych możemy odnaleźć dziesiątki mniej lub bardziej szczegółowych jej definicji. Większość z nich odnosi się do kwestii medycznych, co nie powinno poniekąd dziwić, gdyż z tej dziedziny wiedzy tenże termin się wywodzi, oraz do kwestii społecznych – terapia pedagogiczna.

Medycyna określa terapię jako „działanie za pomocą środków medycznych na przyczyny i objawy choroby w celu przywrócenia pacjentom zdrowia”³. Terapia stała się przedmiotem zainteresowania nie tylko medycyny, ale obecnie w coraz szerszym zakresie także nauk społecznych, z naciskiem na pedagogikę

³ E. Sierankiewicz, *Miejsce terapii pedagogicznej w naukach o wychowaniu*, „Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych” 1998, t. 51, s. 65.

i psychologię. Termin ten w każdej dyscyplinie odnosi się do określonego sposobu leczenia lub zespołu metod leczenia. W naukach społecznych skupia głównie uwagę na wczesnych okresach życia, dzieciństwie i młodości. Nieco po macoszemu w rozważaniach naukowych traktuje się seniorów. Niektórzy spośród terapeutów w swojej pracy zupełnie pomijają tę grupę wiekową. Na szczęście ten trend pomału ulega dewaluacji.

Używając ogólnego pojęcia, można powiedzieć, że terapia to

system działań stosowanych nie tylko wobec osób chorych, ale także jednostek o zaburzonem rozwoju lub poszukujących rozwiązań sytuacji trudnych, również w stosunku do osób pozostających w obrębie patologii społecznej, a więc dotkniętych nałogami, pozbawionych wolności, objętych głębszymi wykojeniami, objawiających cechy zaawansowanej psychopatii⁴.

Dodać można także – wobec borykających się z szeregiem utrudnień osób starszych. Traumatogenną sytuacją dla danej jednostki może być przecież przejście na emeryturę i problem spadku sił fizycznych. Nie wolno jednak stereotypizować starości i widzieć w niej obrazu negatywistycznego. To okres życia niosący za sobą pewną konieczność zmiany, ale nie degradacji swojego potencjału osobowego.

Terapia jako fachowa pomoc drugiemu człowiekowi wymaga od terapeuty wyróżniania się: umiejętnością precyzyjnego porozumiewania się z innymi, umiejętnością nawiązywania dobrych kontaktów, łatwością przekonywania innych do swoich pomysłów, znajomością niekonwencjonalnych rozwiązań, trudnych problemów, bez przekraczania fundamentalnych i niezbywalnych norm etycznych, moralnych⁵, bogatą wiedzą i umiejętnościami diagnostycznymi, empatią i wieloma innymi cechami pomagającymi w nawiązywaniu relacji z podopiecznym, czy to dzieckiem, czy też seniorem.

Podstawowymi funkcjami terapii są: profilaktyka, leczenie (naprawa), korygowanie zachowań jednostki. Cel zasadniczy, obok pomocy w rozwiązaniu problemów mających wpływ na funkcjonowanie jednostki, to doskonalenie osobowości tejże jednostki, czyli kreowanie pozytywnych, ze społecznego punktu widzenia, zachowań, wpływanie na stany psychiczne i emocjonalne, budowa określonej struktury wartości i przekonań.

⁴ Ibidem, s. 65–66.

⁵ A. Balejko, *Terapia pedagogiczna w obecnym systemie edukacyjnym*, [w:] *Terapia pedagogiczna w teorii i praktyce*, red. A. Balejko, M. Zińczuk, Białystok 2006, s. 31.

Bogactwo definicyjne i bogactwo odmian terapii mogą powodować zawirowania znaczeniowe i przyczyniać się do niezrozumienia ze strony osób, które na co dzień nie zajmują się tą sferą badań lub które nie mają o niej „błędego pojęcia”. Z racji skonkretyzowanego problemu tego artykułu skupię się jednak na analizie samej terapii zajęciowej.

Terapię zajęciową uznaje się za jedną z form rehabilitacji. Balansuje ona pomiędzy rehabilitacją społeczną a leczniczą, stając się swoistą klamrą spinającą i uzupełniającą. Pojęcie to powstało, wraz z terminem „rehabilitacja”, po pierwszej wojnie światowej w Anglii. Jednakże z przejawami terapii zajęciowej mieliśmy do czynienia już w starożytności. Stosowano wówczas takie metody jak: praca w ogrodzie, kontakt z przyrodą, śpiew, pływanie łódką, gra na harfie (muzykoterapia). Niestety przez długie wieki dominowało przeważnie ekstremistyczne podejście wobec osób przejawiających jakieś ułomności (wpływ kultu piękna np. w Rzymie).

Terapia zajęciowa to

pewne określone czynności o charakterze zajęć fizycznych lub umysłowych, zlecone przez lekarza (choć nie tylko), a prowadzone przez fachowców w danej dziedzinie, które mają na celu przywrócenie choremu sprawności fizycznej i psychicznej. Jest to więc leczenie za pomocą pracy i zajęcia⁶.

Ma ona więc przyczynić się do usprawnienia fizycznego i psychicznego podopiecznego.

Usprawnienie fizyczne ma za zadanie utrzymanie lub poprawę sprawności fizycznej w celu umożliwienia samodzielnego wykonywania prostych czynności. Celem usprawnienia psychicznego jest zaś budowanie umiejętności współżycia z otoczeniem, innymi ludźmi, dostosowanie się do tego otoczenia i nawiązywanie z nim relacji.

Przez niektórych autorów terapia zajęciowa nazywana jest jedną z form racjonalnej terapii zachowania, która posiada następujące cechy: wszechstronność i pełnię, krótkoterminowość z jednoczesnymi długotrwałymi efektami, ponadkulturowość, bezlękowość, profilaktyczność, jest to metoda rozwoju osobistego⁷. Nie sposób nie zgodzić się z tym stwierdzeniem, choć nie zawsze

⁶ K. Milanowska, *Zasady terapii zajęciowej*, [w:] *Techniki pracy w terapii zajęciowej*, red. K. Milanowska, Warszawa 1982, s. 15.

⁷ M.C. Maultsby Jr, *Racjonalna terapia zachowania. Podręcznik terapii poznawczo-behawioralnej*, przeł. M. Wirga, Żnin 2013, s. 31.

terapia jest krótkotrwała i w niektórych przypadkach skutki poszczególnych oddziaływań animacyjnych/terapeutycznych dostrzegane są po dłuższym czasie. W każdym razie dobre oddziaływanie to takie, które skupia się na postrzeganiu człowieka w sposób holistyczny (powszechny, kompleksowy, ciągły).

L. Kozaczuk pisze, że terapia zajęciowa jest „działaniem wielokierunkowym opartym na wykorzystywaniu tkwiącego w każdym człowieku potencjału rozwojowego mającego źródło w naturalnych siłach witalnych organizmu, niezależnie od stopnia niesprawności”⁸. Nie jest możliwe prowadzenie zajęć terapeutycznych bez wcześniejszego określenia zasobu, potencjału danej osoby i bez jego wykorzystania podczas realizacji poszczególnych zadań.

MUZYKOTERAPIA I JEJ ZNACZENIE

„Muzyka to najsubtelniejsza forma przekazu”⁹ – tak to widzą autorzy „Polityki”. Można pokusić się o bardziej dalekosiężne stwierdzenie – muzyka to forma uzewnętrznienia się człowieka, muzyka to swoisty lek profilaktyczny. Człowiek nie tylko przekazuje swoje stany emocjonalne poprzez muzykę, ale i oddaje swoje wnętrze. Czyż nasz konkretny stan ducha danego dnia nie ma wpływu na wybór repertuaru muzycznego? Dzięki wprowadzeniu muzykoterapii do placówek wsparcia, opieki i profilaktyki osób starszych nie tylko umilimy im życie w tego typu miejscach, ale i zdobędziemy wiele pożądanых informacji, w tym tych medycznych. Na stan zdrowia biologicznego ma wpływ kondycja psychiczna człowieka. Wykorzystując muzykę, zespół terapeutyczno-leczniczy będzie w stanie poznać od środka człowieka i skuteczniej mu pomagać. W sporcie mówi się przecież, że najważniejsza jest głowa zawodnika, ale to stwierdzenie odnosi się do codziennego życia każdego z nas. Jeśli w naszym wnętrzu jest nieporządek i problem, to ciężko pracować nad innymi aspektami. E. Galińska pisze, że muzyka jest „uznawana za bodziec emotogenny, pozwalający dotrzeć do procesów afektywnych na różnych poziomach funkcjonowania człowieka, począwszy od fizjologicznego aż po złożone procesy poznawcze”¹⁰.

⁸ L. Kozaczuk, *Terapia zajęciowa w domach pomocy społecznej. Przewodnik metodyczny*, Warszawa 1995, s. 40.

⁹ R.K. Ohme, K. Łopaciuk, *Muzyka manipuluje naszym mózgiem*, „Polityka”, 09.09.2009, <http://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/nauka/301437,1,muzyka-manipuluje-naszym-mozgiem.read> [dostęp: 31.05.2015].

¹⁰ E. Galińska, *Muzykoterapia*, [w:] *Psychoterapia – teoria*, red. L. Grzesiuk, Warszawa 2005, s. 533.

Muzykoterapię określa się jako jedną z form arteterapii, obok plastykoterapii, choreoterapii, filmoterapii czy ludoterapii. Niektórzy wrzucają to stwierdzenie do jeszcze bogatszego „worka” znaczeniowego i opisują muzykoterapię jako przejaw kulturowego leczenia jednostki. Bez względu na to, jakie kto stanowisko teoretyczne reprezentuje, wydaje się koniecznym zwrócenie uwagi na jej zdrowotne znaczenie.

A. Mielczarek twierdzi, iż „słuchanie ulubionej muzyki wzmacnia i rozwija cechy osobowości, koncentruje na historii swojego życia, daje możliwości kreatywnego wyrażania samego siebie”¹¹. Ponadto muzyka staje się czynnikiem poszerzającym paletę zachowań podopiecznych, paletę ekspresji emocjonalnych oraz wpływa na podniesienie poziomu kultury muzycznej i ruchowej, sprawności poszczególnych części ciała. Na dodatek wyrabia poczucie piękna, zmusza do myślenia, przeżywania i odczuwania. Dla M. Brody-Bajak i M. Majewskiej niesie ze sobą również:

umożliwianie komunikacji niewerbalnej, spontanicznych działań, improwizacji, tworzenia symboli (za pomocą stosowanych w niej form można przedstawić uczucia, doświadczenia itp.), rozwiązywania problemów bez użycia słów, pozwalanie na odreagowanie emocji, transformowanie złych doświadczeń w dobre, doświadczanie odrębności własnej osoby przy jednoczesnym integrowaniu się z grupą, tworzenie warunków do realnego spotkania między osobami (improwizacja wymusza szczerłość, zajęcia gwarantują równouprawnienie wszystkich członków grupy), sprzyjanie zbieraniu całościowych doświadczeń¹².

Co prawda autorki piszą o przedszkolakach, lecz podobne skutki muzykoterapii widać w innych grupach wiekowych, w tym u seniorów.

Muzykoterapia ma wiele pozytywnych konsekwencji, także dla zdrowia biologicznego. Jak wskazuje B. Romanowska¹³, w przytoczonym na swojej stronie internetowej artykule, poprzez stosowanie fal dźwiękowych dochodzi do wibracji ciała człowieka, a to z kolei pobudza organizm, który poprzez

¹¹ A. Mielczarek, *Muzykoterapia jako jedna z form terapii zajęciowej dla seniorów w DPS*, <http://seni.pl/files/muzykoteropia.pdf> [dostęp: 31.05.2015].

¹² M. Broda-Bajak, M. Majewska, *Zabawy muzyczne i elementy muzykoterapii w edukacji przedszkolnej*, „Bliżej Przedszkola” 2010, nr 11, s. 42.

¹³ Barbara Romanowska – doktor naturopatii, magister sztuki, wokalistka, pianistka, kompozytorka i terapeutka, założycielka Akademii Dźwięku oraz twórczyni metody Muzykoterapii Dogłębnej.

wibracje potrafi wzmocnić stan zdrowotny człowieka, uodpornić jednostkę na choroby, a nawet przywrócić zdrowie w pewnych aspektach¹⁴. F. Maman w książce *Rola muzyki w XXI wieku*¹⁵ stawia dosadniejszą tezę, a mianowicie, że muzyka powstrzymuje procesy degradacyjne komórek, dodaje żywotności komórkom zdrowym, a nawet regeneruje komórki rakowe wysoce zdegradowane przez nowotwór. Komórki winno poddawać się działaniom różnorodnych dźwięków – od instrumentów muzycznych po głos ludzki.

Ogólnie rzecz biorąc, muzykoterapia, jako jedna z form arteterapii, ma za zadanie uświadomić osobom starszym ich wartość, wprowadzić je w świat refleksji, samozastanowienia, przeżycia siebie w ciszy, pobudzić dążenie do samorealizacji oraz wzmocnić lub zbudować na nowo samoakceptację. Spełnia ona zatem następujące funkcje:

- rekreacyjną – tworzenie warunków ułatwiających wypoczynek, relaks oraz stan homeostazy wewnętrznej pozwalającej na płynny rozwój osobniczy w harmonii i spokoju ducha;
- edukacyjną – kształtowanie umiejętności prawidłowego funkcjonowania w danej rzeczywistości poprzez łagodzenie stresów i napięć emocjonalnych;
- korekcyjną – zmiana negatywnego nastawienia do zadań i problemów dnia codziennego, wyrobienie optymistycznego patrzenia na świat;
- ekspresyjną – uświadomienie i prezentacja tłumionych emocji, a w konsekwencji pomoc w rozładowaniu niekorzystnych stanów wewnętrznych;
- kompensacyjną – zaspokojenie potrzeby wypoczynkowej człowieka starszego wiekiem;
- poznawczą – nauka nazywania, wyrażania i rozpoznawania uczuć własnych oraz uczuć innych ludzi poprzez wyrażanie siebie w formie dźwięków;
- regulacyjną – osiągnięcie stanu równowagi pomiędzy moim „ja” (sferą wewnętrzną) a otaczającą rzeczywistością (sferą zewnętrzną), regulacja gospodarki psychofizycznej swojego organizmu¹⁶.

¹⁴ B. Romanowska, *Siła oddziaływania muzyki na poziomie komórkowym*, <http://www.barbara-romanowska.com/pliki/obrazki/artykuly/szaman.jpg> [dostęp: 31.05.2015].

¹⁵ F. Maman, *Rola muzyki w XXI wieku*, przeł. M. Malarczyk, Lublin 1999.

¹⁶ *Innowacyjny program nauczania uczniów z zaburzeniami w zachowaniu*, moduły 8.6, 8.7, 8.8, <http://v045604.home.net.pl/www3/m6.pdf> [dostęp: 31.05.2015].

BADANIA WŁASNE NAD TERAPIĄ ZAJĘCIOWĄ – METODOLOGIA

W badaniach przeprowadzonych w lutym 2014 roku ujęto dwie grupy podmiotów badawczych. W pierwszej znaleźli się pracownicy (terapeuci zajęciowi oraz opiekunowie pracujący bezpośrednio z beneficjentami pomocy) domów pomocy społecznej w Krakowie (4 placówki – 2 domy o charakterze publicznym i 2 domy prywatne). Drugą grupę stanowili sami mieszkańcy domów z uwzględnieniem pewnych cech demograficznych. Badania miały charakter zakresowy i dotyczyły wszelkich możliwych form terapeutycznych. Na podstawie tychże badań można było określić położenie poszczególnych grup oddziaływań wspomagających aktywność osób starszych na kanwie wszystkich działań placówki. Z tej racji przedmiotem zasadniczym dociekań badawczych było ukazanie współczesnego obrazu zajęć terapeutycznych aktywizujących tę grupę wiekową na przykładzie krakowskich domów pomocy społecznej publicznych i prywatnych z ich jednoczesnym porównywaniem odnośnie do skali wpływu na jednostkę.

Celami badania były:

1. zapoznanie się z praktykowanymi formami terapii zajęciowej prowadzonymi przez sztab personelu;
2. określenie skali satysfakcji z działań terapeutycznych;
3. wskazanie stopnia realizacji potrzeb seniora przez inicjatorów terapii zajęciowej;
4. poznanie czynników różnicujących oczekiwania seniorów;
5. uwidocznienie miejsca poszczególnych rodzajów oraz form terapeutycznych w obrębie całości oddziaływań.

Przed rozpoczęciem badań postawiono sobie następujące pytania:

1. Jakie rodzaje i formy terapii zajęciowej są najczęściej podejmowane względem seniorów zamieszkałych w domach pomocy społecznej?
2. Jaka jest skala zadowolenia i skala poczucia wpływu na jakość życia poprzez inicjowane zajęcia terapeutyczne wśród mieszkańców domu?
3. Jak oceniają oni swoją aktywność w trzech głównych dziedzinach – kulturalnej (w tym muzycznej), społecznej i fizycznej?
4. Jak oceniają ich w tych sferach opiekunowie i terapeuci?
5. Jakie czynniki demograficzne mogą wpływać na opinie dwóch grup badawczych?

Nie wszystkie korelacje dało się przewidzieć przed badaniem, ponieważ większość wyników dociekań naukowych znajdujących się w literatu-

rze przedmiotu nie dostarczała kompleksowych danych. Z drugiej strony świadczy to o zasadności projektu badawczego. Na podstawie wiedzy własnej, popartej doświadczeniem, wysnuto kilka hipotez. Pierwsza stwierdza, że najczęściej stosowanymi rodzajami terapii zajęciowej z osobami starszymi w domach pomocy społecznej są te zawierające ćwiczenia ruchowe i odnoszące się do kultury/sztuki. Druga mówiła o względnym zadowoleniu z podejmowanych czynności rehabilitacyjnych. Trzecia o słabszej ocenie swoich poczynań wśród podopiecznych przy jednoczesnym większym uznaniu co do aktywności kulturalnej i społecznej. Podstawowym czynnikiem różnicującym odpowiedzi jest typ placówki (to, czy jest ona publiczna, czy też prywatna).

Badania prowadzono dwutorowo względem dwóch grup podmiotów. Wykorzystano kwestionariusz ankiety i probabilistyczny dobór próby. Ponadto zastosowano cztery typy pytań: pytania z możliwością prostego wyboru, pytania wyboru z możliwością uwzględnienia swojej odmiennej opinii, pytania z czterostopniową skalą szacunkową oraz pytania z pięciostopniową skalą częstości.

Warto wspomnieć, iż wymienione domy były przeznaczone jedynie dla osób starszych lub osób przewlekle somatycznie chorych. W grupie badawczej znalazło się 65 przedstawicieli personelu i 103 osoby będące pensjonariuszami. W przypadku tych drugich uwzględniono tych mieszkańców, którzy byli w stanie udzielić odpowiedzi „tak”, aby nie dochodziło do nadinterpretacji i możliwego wpływu badacza na formułowane opinie.

BADANIA WŁASNE NAD TERAPIĄ ZAJĘCIOWĄ – WYNIKI

W części drugiej kwestionariusza ankiety skierowanego do pracowników uwzględniono 50 proponowanych i najczęściej stosowanych według literatury form terapeutycznych wchodzących w skład siedmiu głównych grup terapeutycznych: arteterapii (lub ogólnie terapii poprzez sztukę – w tym muzykę), terapii poprzez ruch, animaloterapii, terapii poprzez pracę, relaksacji, terapii poprzez kontakt z przyrodą oraz innych form terapeutycznych. Każdej formie terapeutycznej konkretny pracownik mógł przypisać częstotliwość jej wykorzystania w pracy własnej z podopiecznym (nigdy, bardzo rzadko, rzadko, często, bardzo często). Na podstawie odpowiedzi ustalono zakresy współczynnika częstotliwości prezentowane w tabeli 1.

Tab. 1. Zakresy współczynników częstotliwości

Częstotliwość	Zakresy współczynnika
Nigdy	0–0,49
Bardzo rzadko	0,5–1,49
Rzadko	1,5–2,49
Często	2,5–3,49
Bardzo często	3,5–4

Źródło: opracowanie własne.

Skupiając się jedynie na zajęciach z terapii muzycznej, otrzymano następujące wyniki: słuchanie muzyki, a więc bierny typ muzykoterapii wykorzystujący słuch bez dodatkowego współdziałania innych zmysłów, zajęło czwarte miejsce wśród najbardziej preferowanych zajęć terapeutycznych ze współczynnikiem 2,77, co świadczy o jego częstym wykorzystaniu i popularnym wprowadzaniu w sferę życia domowników.

Rzadziej stosowaną metodą jest tzw. czynny typ muzykoterapii, czyli ten połączony z udziałem własnym domowników w komponowanie i eksplorację dźwięku – śpiew zajął dwunaste miejsce w rankingu ze współczynnikiem 2,49. Jest to współczynnik na pograniczu. Nie da się więc jednoznacznie wskazać zakresu. Jedne placówki częściej wykorzystują tę formę terapii, a inne z przyczyn formalnych rzadziej. Nie zawsze jest to dyktowane niechęcią czy też brakiem znajomości wpływu muzyki na funkcjonowanie człowieka. Czasem sami mieszkańcy protestują przeciwko temu rozwiązaniu. Faktem jest jednak coraz większa popularność muzyki w obrębie placówek wsparcia seniora. Najczęściej łączy się muzykę z innymi technikami pracy arteterapeutycznej, jak chociażby ludoterapia – terapia poprzez zabawę i gry. Choć niedowartościowane jest nadal inicjowanie gry na instrumentach muzycznych – współczynnik wynoszący zaledwie 1,51.

Warto dodać, iż szacunkowo o ok. 10% częściej muzykę w tych trzech formach stosują członkowie personelu domu typu publicznego. Wydaje się, że jest to zasadnicza dysproporcja. Dodatkowo trzeba wspomnieć o blisko połowie seniorów zadowolonych w stopniu znacznym z prowadzonej terapii (również tej muzycznej) jako mającej realny wpływ na zaspokajanie ich potrzeb – 47,6%. Jednakże aż blisko 13% z nich uważa, że personel nie „trafia” działaniami w ich pragnienia. Bardziej zadowoleni są mężczyźni (51,7% wobec 42,2% kobiet), osoby pochodzenia wiejskiego (50% do 45,6% repre-

zentantów miast), mieszkańcy domów typu publicznego (52,2% do 38,9% w przypadku placówek prywatnych).

Wbrew wcześniejszym przewidywaniom okazuje się, że prócz aktywności fizycznej (stosunek 51,5% pozytywnych opinii seniorów do 55,4% pozytywnych opinii pracowników) w dwóch pozostałych aspektach optymistyczniejsi są nieznacznie pensjonariusze. Lepiej o 1% oceniają swoją aktywność kulturalną (muzyczną) oraz społeczną (integracyjną). Różnica między najlepiej ocenianą aktywnością społeczną a najgorzej ocenianą aktywnością fizyczną sięga w przypadku seniorów 9,6%, zaś w przypadku pracowników tylko 4,6%. Najwięcej negatywnych opinii (spośród tych trzech aktywności), jeśli chodzi o mieszkańców domu, jest odnośnie do aktywności fizycznej, pracownicy najwięcej złych opinii wystawili zaś aktywności kulturalnej. W tym wymiarze te dwie grupy podmiotów domu nie zgadzają się ze sobą.

Na koniec konieczne jest podanie preferencji wobec grup terapeutycznych oddziaływań. Okazuje się, że seniorzy najbardziej cenią sobie terapię poprzez ruch (41,7%) i tym samym ochoczo biorą w niej czynny udział. Na dalszej pozycji znajduje się relaksacja (możliwe wykorzystywanie muzyki w jej czasie) – 31,1%, następnie terapia poprzez drobne prace domowe – 11,7%, potem terapia wykorzystująca różne formy sztuki w sposób bezpośredni (w tym zwłaszcza plastykę i muzykę) – 9,7%. Najmniej angażująca jest bioterapia (dwa jej rodzaje: kontakt z przyrodą i animaloterapia).

Relaksacja wykorzystująca muzykę przeplatana ciszą jest domeną kobiet (32,8% do 28,9% mężczyzn), mieszkańców pochodzenia miejskiego (35,1% do 26,1% reprezentantów wsi) i tych aktualnie przebywających w placówce prywatnej (38,9% do 26,9% mieszkańców placówek publicznych). Bezpośrednie oddziaływania poprzez sztukę (plastykę i muzykę) przeważają natomiast u mężczyzn (11,1% do 8,6% kobiet), osób ze wsi (10,9% do 8,8% reprezentantów miast), tych, którzy znajdują się w domu typu publicznego (10,4% do 8,3% mieszkańców placówek prywatnych).

Reasumując, można rzec, że jest pewien rozdźwięk w skali deklarowanego wcielania muzykoterapii w domach pomocy społecznej prywatnych i publicznych pomiędzy opiniami dawców i biorców pomocy, przy czym zdaje się, że forma bierna muzykoterapii dominuje znacząco w przypadku tych pierwszych, a ta aktywniejsza odnośnie do drugich. Istnieje duże pole działań w zakresie prowadzenia muzykoterapii w tych konkretnych miejscach. Nicco lepiej prezentują się inne placówki wsparcia seniora, czego dowodem jest przykład opisywany poniżej.

Przykład wykorzystania muzykoterapii względem seniorów (małe studium przypadku)

Przechodząc do przykładu praktyki wykorzystania działań muzykoterapeutycznych, warto na samym początku wspomnieć, iż terapia poprzez muzykę wraz z innymi technikami i metodami terapeutycznymi są wprowadzane w sposób stały i zaplanowany w życie domów pomocy społecznej i warsztatów terapii zajęciowej jako placówek *sensu stricto* do tego powołanych. Jednakże mniej formalne zabiegi terapeutyczne, prowadzone często w sposób spontaniczny i mimowolny, czynione są w klubach seniora i na uniwersytetach trzeciego wieku.

Klarownym przykładem jest tutaj działalność Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Chrzanowie¹⁷, który to od sześciu lat organizuje Chrzanowską Wiosnę Artystyczną im. Aliny Szczupider „A w sercu ciągle maj...”. Wydarzenie to gromadzi okoliczne UTW i ich słuchaczy na przeglądzie twórczości artystycznej, w jego trakcie głównie odbywają się występy muzyczne chórów, kapeli, zespołów, które z roku na rok powiększają swoje zaplecze zarówno personalne, jak i sceniczne. Ostatnia Wiosna Artystyczna miała miejsce 23 maja 2015 roku. Byli na niej obecni nie tylko seniorzy, ale także studenci oraz władze miasta.

Ponadto w tej placówce działa prowadzony przez H. Pstruchę chór. Występuje on na różnych uroczystościach, w różnych miejscach i z różnych okazji. Swoim śpiewem pobudza okoliczną społeczność, choć nie tylko. Swoją profesjonalny występ miał także na jednej z konferencji naukowych na Uniwersytecie Pedagogicznym w Krakowie, co było ogromnym przeżyciem dla starszych wiekiem muzyków i samych odbiorców występu. Członkowie chóru dzielą się swoją radością z pozostałymi – efekt terapii wzajemnej. W repertuarze mają piosenki i patriotyczne, i poważne, ale przede wszystkim rozrywkowe, przy których większość słuchaczy wstaje z miejsca, tańczy (co wydarzyło się np. w czasie wspomnianej konferencji, podczas której niespodziewanie cała sala zaczęła podrygiwać, tańczyć i śpiewać. Dodajmy, że na konferencji byli obecni naukowcy z różnych stron kraju, władze Wydziału Pedagogicznego, wykładowcy).

UTW w Chrzanowie stawia na aktywną, czynną muzykoterapię i z tego względu z inicjatywy słuchaczek powstał zespół wokalny Senior Singers, obec-

¹⁷ <http://www.utw.chrzanow.pl/> [dostęp: 01.06.2015].

nie zespół ten składa się z samych pań, ale już nowe inicjatywy oddolne wykorzystujące muzykę ujawniły się podczas przeglądu artystycznego. Muzyka, a zwłaszcza śpiew (niekiedy połączone z tańcem), stała się dewizą życiową tamtejszych seniorów. To żywy przykład, w jaki sposób muzyka może pobudzać człowieka. Słuchacz Z. Klatka określił to następująco: „Każdego roku ubywają mi co najmniej dwa lata”¹⁸.

KONKLUZJA

„Jedni są wiecznie młodzi, inni wiecznie starzy, to kwestia charakteru, a nie kalendarzy”¹⁹. Zacytowany tekst J. Sztaudyngera obrazuje rzeczywisty środek, lek przedłużający młodość. Jest nim czerpanie radości z życia poprzez niepoddawanie się marazmowi upływających lat. To aktualne partycypowanie w szczęściu, a tego szczęścia dostarcza nam np. muzyka. Potrafi wykrzesać z nas prawdziwe dziecko, które umie cieszyć się z rzeczy na pozór błahych, a jednakże tak ważnych – z codzienności i tego, co jest aktualnie (tu i teraz). Terapia muzyką daje radość i tej radości potrzeba seniorom, ale i każdemu z nas.

BIBLIOGRAFIA

- Balejko A., *Terapia pedagogiczna w obecnym systemie edukacyjnym*, [w:] *Terapia pedagogiczna w teorii i praktyce*, red. A. Balejko, M. Zińczuk, Białystok 2006.
- Broda-Bajak M., Majewska M., *Zabawy muzyczne i elementy muzykoterapii w edukacji przedszkolnej*, „Bliżej Przedszkola” 2010, nr 11.
- Do 2060 r. Polska skurczy się o 8 mln ludzi*, „Forbes”, www.forbes.pl/do-2060-r-liczba-ludnosci-polski-moze-sie-zmniejszyc-o8mln,artykuly,159655,1,1.html [dostęp: 30.05.2015].
- Galińska E., *Muzykoterapia*, [w:] *Psychoterapia – teoria*, red. L. Grzesiuk, Warszawa 2005.
- <http://www.utw.chrzanow.pl/> [dostęp: 01.06.2015].
- <http://www.utw.nowy targ.pl/o,nas.html> [dostęp: 01.06.2015].
- Innowacyjny program nauczania uczniów z zaburzeniami w zachowaniu*, moduły 8.6, 8.7, 8.8, <http://v045604.home.net.pl/www3/m6.pdf> [dostęp: 31.05.2015].

¹⁸ Wypowiedź słuchacza w czasie VI Chrzanowskiej Wiosny Artystycznej uniwersytetów trzeciego wieku.

¹⁹ <http://www.utw.nowy targ.pl/o,nas.html> [dostęp: 01.06.2015].

- Kozaczuk L., *Terapia zajęciowa w domach pomocy społecznej. Przewodnik metodyczny*, Warszawa 1995.
- Maman F., *Rola muzyki w XXI wieku*, przeł. M. Malarczyk, Lublin 1999.
- Maultsby M.C. Jr, *Racjonalna terapia zachowania. Podręcznik terapii poznawczo-behawioralnej*, przeł. M. Wirga, Żnin 2013.
- Mielczarek A., *Muzykoterapia jako jedna z form terapii zajęciowej dla seniorów w DPS*, <http://seni.pl/files/muzykoteropia.pdf> [dostęp: 31.05.2015].
- Milanowska K., *Zasady terapii zajęciowej*, [w:] *Techniki pracy w terapii zajęciowej*, red. K. Milanowska, Warszawa 1982.
- Ohme R.K., Łopaciuk K., *Muzyka manipuluje naszym mózgiem*, „Polityka”, 09.09.2009, <http://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/nauka/301437,1,muzyka-manipuluje-naszym-mozgiem.read> [dostęp: 31.05.2015].
- Romanowska B., *Sila oddziaływania muzyki na poziomie komórkowym*, <http://www.barbararomanowska.com/pliki/obrazki/artykuly/szaman.jpg> [dostęp: 31.05.2015].
- Sierankiewicz E., *Miejsce terapii pedagogicznej w naukach o wychowaniu*, „Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych” 1998, t. 51.
- Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*, „Monitor Polski. Dziennik Urzędowy Rzeczypospolitej Polskiej”, 04.02.2014.

TERAPIA ZAJĘCIOWA Z WYKORZYSTANIEM MUZYKI JAKO FORMA AKTYWIZACJI W OKRESIE STARZENIA SIĘ I STAROŚCI

Streszczenie: Muzyka jako jedna z form przekazu i komunikacji międzyludzkiej (głównie za sprawą ujawnienia emocji danego człowieka) jest wykorzystywana z powodzeniem w czasie terapii zajęciowej z seniorami przebywającymi w placówkach wsparcia i opieki. Najczęściej są to warsztaty terapii zajęciowej oraz domy pomocy społecznej. Ta forma terapii stosowana jest nieformalnie w innych placówkach, takich jak uniwersytety trzeciego wieku, kluby seniora. Przybiera ona postać bierną – słuchanie muzyki, ale także czynną – uprawianie muzyki (np. śpiew, komponowanie). Muzyka poprawia stan psychiczny człowieka, ale ma również wpływ na jego fizykalność. Po pierwsze zapobiega, po drugie usprawnia, po trzecie koryguje, a po czwarte leczy.

Słowa kluczowe: muzykoterapia, terapia zajęciowa, starość, senior, pomoc, wspomaganie

THE OCCUPATIONAL THERAPY USING MUSIC AS A FORM OF ACTIVATION OF THE ELDERLY PEOPLE DURING THE PROCESS OF AGING

Summary: Music as a form of idea transmission and interpersonal communication (mainly due its capability to reveal one's emotions) is used successfully during the occupational therapy with seniors staying in institutions of support and care. The most often these are occupational therapy workshops and nursing homes. Furthermore, this form of therapy is used informally in other institutions, such as the universities of the third age or senior clubs. It can either take the passive form – listening to music, but also the active – practicing music (for example: singing, composing). Music improves mental state, but it also affects human physical state. Firstly, music prevents; secondly, it rehabilitates; thirdly, it corrects and fourthly, it cures.

Keywords: music therapy, occupational therapy, old age, senior, help, support