
PAWEŁ BRUDEK

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

PIOTR KIERPAL

Uniwersytet Opolski

ANNA GAMROWSKA

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Muzykoterapia jako forma wspierania rozwoju w okresie późnej dorosłości

Streszczenie

W obszarze zagadnień koncentrujących się wokół problematyki starzenia się coraz częściej zwraca się uwagę na potrzeby ludzi w okresie późnej dorosłości oraz czynniki wspierające ich rozwój. Wzrasta liczba badań mających określić charakter związków między twórczym, proaktywnym przeżyciem ostatnich lat życia a konkretnymi oddziaływaniami wspomagającymi psychospołeczne funkcjonowanie seniorów. Jednym z nich jest muzykoterapia. Celem artykułu jest analiza oddziaływań terapeutycznych opartych na muzyce i adresowanych do osób starszych, a rozumianych w kategoriach czynnika wspomagającego rozwój jednostki. Wnioski praktyczne wynikające z przeprowadzonych badań skłaniają do przyjęcia tezy głoszącej, iż muzykoterapia powinna stanowić integralny element różnorodnych programów mających na celu wspieranie rozwoju osób starszych.

Słowa kluczowe: muzykoterapia, starość, rozwój na przestrzeni życia

Wprowadzenie

Starzenie się populacji staje się współcześnie jednym z palących wyzwań społecznych (Steuden, 2011; Czekanowski, 2012). W pełni świadome i odpowiedzialne podjęcie tego wyzwania przez polityków, naukowców czy zwykłych

ludzi wydaje się być dość mocno utrudnione z uwagi na żywo obecne w świadomości społecznej stereotypy dotyczące osób starszych (Charles, Carstensen, 2002; Hummert, 2011). Jednym z nich jest przekonanie, że starość nieuchronnie związana jest z biernością i stagnacją (por. Braun-Gałkowska, 2011). Tymczasem, jak zauważa Steuden (2012, s. 81), człowiek, starzejąc się „(...) może postrzegać ostatni etap życia jako okazję do przeprowadzenia zmian. (...) Skoro do tej pory było nie tak, jak chciałem, mogę sobie powiedzieć, że ten czas, który mi pozostał, przeżyję inaczej”. Co zatem może pomóc człowiekowi w „innym” – twórczym, proaktywnym przeżyciu ostatnich lat życia? Wśród możliwych odpowiedzi na to pytanie jest również ta, która wskazuje na muzykoterapię (Baumann, 2005). Celem niniejszego artykułu jest próba scharakteryzowania oddziaływań terapeutycznych opartych na muzyce i adresowanych do osób w późnej dorosłości jako czynnika wspomagającego rozwój jednostki we wszystkich wymiarach jej funkcjonowania: fizycznym, psychospołecznym i duchowym.

Rozumienie i funkcje muzykoterapii

Zjawisko oddziaływania muzyki na człowieka znane jest od najdawniejszych czasów (por. Tuchowski, 2010). Już w Starym Testamencie znajdujemy opis wydarzenia, kiedy to Król Saul dręczony przez złego ducha – najprawdopodobniej były to zaburzenia depresyjne – jest zachęcany przez swoje najbliższe otoczenie, aby w kontakcie z muzyką szukał uzdrowienia ze swych dolegliwości. W Pierwszej Księdze Samuela czytamy: „Daj więc polecenie, Panie nasz, aby słudzy twoi, którzy są przy tobie poszukali człowieka dobrze grającego na cytrze. Gdy będzie cię męczył zły duch zesłany przez Boga, zagra ci i będzie ci lepiej” (1 Sam 16:16). Dalsza lektura przywołanego tekstu biblijnego potwierdza terapeutyczną moc muzyki, ponieważ „kiedy zły duch zesłany przez Boga napadał na Saula, brał Dawid cytrę i grał. Wtedy Saul doznawał ulgi, czuł się lepiej, a zły duch odstępował od niego” (1 Sam 16:23).

Także współcześnie muzykoterapia cieszy się znacznym zainteresowaniem profesjonalistów zabiegających o utrzymanie lub przywracanie szeroko pojętego zdrowia człowieka. Wynika to zapewne z faktu, że – jak podkreśla Lewandowska (2001, s. 43) – „kontakt z muzyką może zaspokoić rodzącą się tęsknotę za innym światem, pełnym marzeń, uczuć i przeżyć, zwiększając wrażliwość emocjonalną oraz ułatwiając zmianę postaw i zachowania”. Dzieje się tak również dlatego, że na człowieka chorego czy cierpiącego, pogrążonego w smutku znacznie efektywniej i zdecydowanie bardziej kojąco działa muzyka aniżeli treść wypowiedzianych słów (Ryn, 2004). Stąd też dzisiejsze podejście do muzykoterapii wyraźnie akcen-

tuje, iż nie jest ona jedynie „narzędziem (medium) leczenia, lecz także źródłem wiedzy o pacjencie. (...) Jest zastosowaniem muzyki w celach diagnostycznych i terapeutycznych, opartym na interdyscyplinarnych założeniach, we wszystkich zakresach: medycyny, psychoterapii, rehabilitacji i pedagogiki specjalnej” (Galińska, 2009, s. 537).

W literaturze przedmiotu odnajdujemy wiele propozycji ujmowania muzykoterapii w jasne i precyzyjne definicyjne ramy. Jedne z nich mają charakter bardziej ogólny, inne z kolei bardziej szczegółowy. Istniejąca różnorodność rozumienia i interpretacji muzykoterapii ujawnia, jak zauważa Stachyra (2012b), że jest to dziedzina niezwykle szeroka i pojemna, o bogatych implikacjach praktycznych. W opinii Natansona (1979, s. 51), pioniera akademickiej muzykoterapii na gruncie polskim, muzykoterapię można rozumieć jako „metodę postępowania, wielostronnie wykorzystującą wieloraki wpływ muzyki na psychosomatyczny ustrój człowieka”. W szerszym ujęciu według tego autora stanowi ona jedno z wielu działań, których celem jest rehumanizacja współczesnego życia. Dokonuje się to na drodze wieloaspektowego wykorzystywania różnorodnych walorów substancji muzycznej, służącego ochronie i przywracaniu ludzkiego zdrowia, a także pozytywnemu oddziaływaniu, zarówno na środowisko życia jednostki, jak też na istniejące w nim relacje międzysobowe (Natanson, 1983).

Z kolei Światowa Federacja Muzykoterapii przyjmuje, że muzykoterapia „jest profesjonalnym stosowaniem muzyki i jej elementów jako interwencji w medycznych, edukacyjnych oraz codziennych warunkach, w pracy z jednostkami, grupami, rodzinami lub społecznościami, poszukującymi zoptymalizowania ich jakości życia, poprawy w aspekcie fizycznym, społecznym, komunikacyjnym, emocjonalnym, intelektualnym i duchowym oraz poczucia dobrostanu. Badania, praktyka, edukacja i kliniczne szkolenie w muzykoterapii opiera się na profesjonalnych standardach uwzględniających kontekst kulturowy, społeczny i polityczny” (za: Stachyra, 2012a, s. 30).

W niniejszym opracowaniu za wiodącą przyjęto definicję muzykoterapii autorstwa Stachyry (2012a, s. 27); twierdzi on, iż muzykoterapia to „proces, w którym wykwalifikowany muzykoterapeuta posługuje się muzyką lub jej elementami w celu przywracania zdrowia, poprawy funkcjonowania lub wspierania rozwoju osób z różnorodnymi potrzebami natury emocjonalnej, fizycznej, umysłowej, społecznej lub duchowej”.

Autorzy zajmujący się zagadnieniem muzykoterapii podkreślają, że obok pluralizmu definicyjnego mamy również do czynienia z pluralizmem w zakresie metod i rodzajów oddziaływań muzykoterapeutycznych. Kinga Lewandowska (2001, s. 47) stwierdza, że „mimo tysiącletnich obserwacji i doświadczeń w zakresie terapeutycznego działania muzyki nie udało się jeszcze stworzyć teore-

tycznie ugruntowanego systemu metod muzykoterapeutycznych. Wyrastają one na podłożu różnych koncepcji psychologicznych, które w dużym uproszczeniu można wyprowadzić z psychoanalizy, teorii uczenia się (tzw. psychoterapia behawioralna) oraz z założeń filozofii egzystencjalnej (psychoterapia humanistyczna)". W odniesieniu do powyższego warto poczynić ogólną uwagę i wyakcentować, że co do sposobu organizacji działań terapeutycznych badacze wyróżniają najczęściej muzykoterapię indywidualną albo grupową. Natomiast w odniesieniu do jej rodzajów wskazuje się na muzykoterapię aktywną bądź receptywną (por. Dobrzyńska, Cesarz, Rymaszewska, Kiejna, 2006).

Uznanie, że muzyka jako środek oddziaływania terapeutycznego ma istotne znaczenie dla poprawy jakości życia człowieka, zwłaszcza człowieka chorego (zob. Sacks, 1994; Ryn, 2004), implikuje pytanie o funkcje, jakie spełnia muzykoterapia w obszarze psychospołecznego funkcjonowania osoby. Katarzyna Baumann (2005, s. 172) na bazie analizy światowych badań przyjmuje, że muzykoterapia może spełniać następujące funkcje: (1) odreagowująco-wyobrażeniową – polegającą przede wszystkim na rozładowaniu napięć, zredukowaniu poziomu lęku i frustracji; (2) aktywizującą emocjonalnie – pomnażającą zasób doświadczeń emocjonalnych pacjenta; (3) treningową – pomagającą w rozładowaniu napięcia psychofizycznego, między innymi poprzez trening autogeny Schultza; (4) relaksacyjną – działającą odprężająco na stan psychiczny oraz obniżającą poziom stresu na przykład przy wykorzystaniu technik medytacyjnych; (5) komunikatywną – wspomagającą uczenie się nowych zachowań społecznych i emocjonalnych; (6) kreatywną – inspirującą jednostkę do realizowania prostych form muzycznych bazujących na improwizacji instrumentalnej bądź wokalne.

Nieco inaczej zagadnienie to podejmuje Kamper-Kubańska (2008, s. 321–322), która wskazuje na następujące funkcje muzykoterapii: (1) wychowawczą – mającą na celu kreowanie sytuacji wychowawczych wartych naśladowania; (2) rozwojową – wspierającą osobisty rozwój jednostki; (3) poznawczo-stymulacyjną – polegającą na dostarczaniu określonych informacji oraz stymulowaniu aktywności poznawczej podmiotu; (4) kreatywną – sprowadzającą się do pomnażania i wspierania potencjału twórczego osoby; (5) psychoterapeutyczną – mającą za zadanie zredukować zakres i intensywność doświadczanych przez pacjenta negatywnych emocji (lęk, niepokój) oraz wzmacnianie samoakceptacji; (6) integracyjną – służącą nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji interpersonalnych; (7) fizjoterapeutyczną – pomagającą odzyskać lub utrzymać na optymalnym poziomie sprawności określone funkcje psychomotoryczne; (8) readaptacyjną – przygotowującą osobę do opuszczenia placówki leczniczej lub rehabilitacyjnej; (9) adaptacyjną – czyli wspierającą proces przystosowania jednostki do funkcjonowania w ośrodkach leczniczych bądź rewalidacyjnych.

W kontekście różnorodności funkcji, jakie przypisuje się muzykoterapii, niezwykle trafne i aktualne wydaje się stwierdzenie Natansona (1978, s. 49), w myśl którego „nauka o muzykoterapii, jeśli ma być istotnie nauką, powinna pozwolić na dokładną odpowiedź: jakie działanie muzykoterapeutyczne, z zastosowaniem jakiej muzyki i z zachowaniem jakich warunków należy podjąć w danej sytuacji w stosunku do człowieka o określonym w danym czasie zapotrzebowaniu psychosomatycznym na terapię muzyką, aby osiągnąć zamierzony rezultat”. Z powyższego jasno wynika, że ważną kwestią jest odpowiedni dobór muzyki do konkretnego człowieka, uwzględniający jego upodobania muzyczne, aktualny stan psychofizyczny, a także strukturę osobowości (Metera, 2006; Stachyra 2012b).

Muzyka dzięki swoim właściwościom jest ważnym narzędziem terapeutycznym. Jej siła kryje się w różnorodności stylów, gatunków, elastyczności. Potrafi dotrzeć do człowieka bez jego zaangażowania. Muzyka ma wpływ na wszystkich, obojętnie czy będą to wykształceni muzycy, czy ludzie bez talentu, dzieci, osoby w późnej dorosłości, zdrowi czy chorzy (Stachyra, 2012b). Można w tym miejscu zdobyć się na stwierdzenie, że jest ona kluczem do wnętrza człowieka i potrafi poruszyć jego najczulsze struny. Staje się tym samym na każdym etapie życia człowieka – także w starości – cenną pomocą w dojrzewaniu osoby.

Starość jako ostatnia szansa rozwojowa

Późna dorosłość, czyli starość, to naturalny, schyłkowy etap życia człowieka, który z perspektywy psychologicznej może być postrzegany jako ostatnia szansa rozwojowa (Straś-Romanowska, 2011). Zgodnie z postulatami psychologii *life-span* rozwój psychiczny człowieka jest procesem trwającym przez całe życie; ma on charakter wielowymiarowy (sfera biologiczna, psychospołeczna i podmiotowa) i wielokierunkowy (progres, regres), cechuje się międzyosobniczą plastycznością (Straś-Romanowska, 2001). Starość jest etapem wypełniania wielu różnych zadań ułatwiających adaptację do nowych warunków życia, wzbogacających osobowość i nadających sens dalszej egzystencji, ale także łączy się z różnymi trudnościami i ograniczeniami. Stanowi życiowe wyzwanie, niekiedy bardzo trudne zadanie, które warto podjąć i do którego można zacząć się indywidualnie przygotowywać wcześniej (Steuden, Marczyk, 2006; Steuden; 2011; Jan Paweł II, 1999).

Analiza literatury przedmiotu oraz obserwacja życia codziennego wskazuje na to, że starość ma różne oblicza. Zachodzące w organizmie człowieka stopniowe zmiany mogą przebiegać w kilku kierunkach jako: (1) starzenie się zwyczajne lub normalne (*usual aging, normal aging*) – z odczuwalnymi stratami oraz deficytami,

ale bez patologii; (2) starzenie się patologiczne (*impaired aging*) – z szybko postępującym upośledzeniem wielu funkcji życiowych organizmu i występowaniu licznych jednostek chorobowych; (3) starzenie się pomyślne (*successful aging*) – związane z długowiecznością oraz doświadczeniem wysokiej jakości w procesie starzenia się; (4) starzenie się pozytywne (*positive aging*) – z wykorzystywaniem dostępnych zasobów w celu zoptymalizowania doświadczenia starzenia się (Hill, 2009, s. 22–44; Straś-Romanowska, 2011, s. 327).

Ze względu na zwiększającą się populację ludzi będących w okresie późnej dorosłości coraz częściej badacze zastanawiają się nad ich możliwościami rozwoju, zasobami i jakością życia, a nie tylko nad negatywnymi aspektami starzenia się (Vaillant, 2007; Hill, 2009). Ciekawych uwag w tym zakresie dostarczyć może rozważenie problematyki starzenia się w nurcie psychologii pozytywnej. Na gruncie naukowym nie sprecyzowano jednoznacznie terminu pomyślności w procesie starzenia się. Według Rowe i Kahn (1975; za: Hill, 2009) komponentami procesu pomyślnego starzenia są: niewielkie ryzyko choroby lub wynikającej z choroby niepełnosprawności, wysoki poziom funkcji intelektualnych i fizycznych oraz aktywne zaangażowanie w życie. Ich zdaniem osoby starzejące się pomyślnie, dzięki wrodzonej konstytucji psychicznej, zdrowemu stylowi życia, osobistym predyspozycjom, zdołały zredukować związane z wiekiem pogarszanie się stanu zdrowia i przez to mogą doświadczać szczęścia i spełnienia. Ludzie poprzez własne wybory konkretnych czynności są zatem w pewnym stopniu odpowiedzialni za jakość swojego życia w wieku dojrzałym.

Pozytywne starzenie jest osiągalne niezależnie od stanu zdrowia, człowiek może wpłynąć na jego przebieg poprzez dokonywanie różnych wyborów. Misją pozytywnego starzenia się jest „dodanie więcej życia do lat, a nie tylko lat do życia” (Vaillant, 2007, s. 335). Termin „pozytywne starzenie się” opisuje zatem człowieka wykorzystującego dostępne mu zasoby (wrodzone predyspozycje psychiczne, warunki środowiskowe, osobowość, wartości, postawy i przekonania) w celu zoptymalizowania procesu starzenia się. Samodzielne kształtowanie procesu starzenia nie ogranicza się do poszukiwania sposobów unikania negatywnych konsekwencji starości, ale także polega na uznaniu nieodwracalności strat i własnej śmierci jako naturalnych elementów życia oraz kształtowaniu własnych interpretacji tych zdarzeń (Hill, 2009). Kryteriami procesu pozytywnego starzenia się zdaniem Hilla (2009, s. 44–51) są następujące cechy: (1) mobilizacja posiadanych zasobów, aby radzić sobie z pogarszaniem stanu zdrowia; (2) dokonywanie wyborów dotyczących stylu życia, aby zachować dobrostan psychiczny (np.: zachowanie aktywności, wzrost i rozwój osobisty, radzenie sobie z utratami); (3) dbanie o elastyczność, czyli zdolność wdrażania nowych strategii zachowania lub myślenia w celu zwiększenia możliwości rozwiązywania problemów i adap-

tacji w całym okresie życia; (4) koncentrowanie się na pozytywnych stronach, a nie na problemach i trudnościach związanych z zaawansowanym wiekiem.

W nurcie koncepcji kładących nacisk na pozytywne, funkcjonalne cechy ludzkich zachowań i emocji mieści się model dobrostanu psychicznego Ryff i jej współpracowników. Wyodrębniono w nim sześć następujących wymiarów dobrostanu: samoakceptacja, życiowy cel, rozwój osobisty, panowanie nad otoczeniem, autonomia oraz pozytywne relacje z innymi (Ryff, Singer, 2004). Wyróżnione czynniki wydają się być kluczowe dla okresu późnej dorosłości. Istotne jest to, że koncepcja dobrostanu psychicznego została wzbogacona o świadomość paradoksów i nieuchronnej dialektyki pozytywnych i negatywnych aspektów życia. Paradoks dotyczący dobrostanu polega na tym, że prawdziwe możliwości osoby poznajemy w jej zmaganiach się z trudnościami. Mocne strony człowieka często ujawniają się dopiero wtedy, gdy człowiek jest poddawany najtrudniejszemu próbom (Ryff, Singer, 2004; Steuden, 2011). Tym, co określa dobre, dobrze przeżyte, bogate w doświadczenie życie, nie jest zatem brak negatywnych doświadczeń i emocji, ale sposób, w jaki człowiek radzi sobie z wyzwaniami i trudnościami (Ryff, Singer, 2004).

Analizując czynniki przyspieszające proces starzenia się oraz warunkujące jego pomyślny przebieg, można wysnuć wniosek, że poprzez poszerzanie wiedzy, kształtowanie umiejętności zaradczych warto podejmować działania mające na celu ukierunkowanie ludzi na pozytywne nastawienie do własnego życia i nieuniknionego procesu starzenia się. Obecnie mocno akcentuje się kształtowanie odpowiedzialności za jakość własnej starości oraz celowe i aktywne przygotowanie do tego okresu. Kwestię świadomego poszukiwania szczęścia i dobrostanu w procesie starzenia się dobrze ujmuje Csikszentmihalyi (1996; za: Hill, 2009, s. 16): „Szczęście nie jest czymś, co się wydarza. Nie jest wynikiem uśmiechu losu ani dziełem przypadku (...) Szczęście jest stanem, do którego należy się przygotować, a gdy się go osiągnie, trzeba je starannie kultywować (...) Ludzie, którzy posiadają umiejętność kontrolowania wewnętrznych doświadczeń, będą w stanie sami decydować o jakości swojego życia – a to jest stanem najbliższym szczęściu, jakie możemy osiągnąć”.

Rola muzykoterapii w procesie rozwoju seniorów

Jedną z najnowszych teorii przystosowania do starości – teoria gerotranscendencji, ciesząca się dużą popularnością zwłaszcza w krajach skandynawskich, zakłada, że człowiek podlega procesom rozwoju na każdym etapie swego życia. W jej świetle starość to czas istotnych zmian w obszarze psychospołecznego

funkcjonowania osoby, czego przejawem jest redefinicja własnego Ja, posiadanych relacji z innymi oraz elementarnych egzystencjalnych kwestii. W efekcie zmiany te prowadzą do wzrostu dojrzałości oraz osiągnięcia mądrości (Tornstam, 2000, 2005, 2011; Wadensten, 2005; Wadensten, Hägglund, 2006). Założenia, które leżą u podstaw przywołanej koncepcji, pozostają w zgodzie nie tylko ze zdroworozsądkową oceną biegu ludzkiego życia, ale także z cieszącymi się uznaniem psychologicznymi koncepcjami rozwoju osoby ludzkiej (por. Wadensten, 2009; Straś-Romanowska, 2011). Można zatem uznać, iż takie ujęcie problematyki starości i starzenia się pozwala dostrzec, docenić i twórczo wykorzystać zasoby, którymi jednostka dysponuje na ostatnim etapie swego życia (Steuden, 2011). Fakt ten nabiera większego znaczenia, kiedy uświadomimy sobie, że rozwój w okresie późnej dorosłości związany jest z nieuchronnym doświadczaniem szeregu problemów, ograniczeń i trudności, wynikających ze specyfiki starczego wieku (Brzezińska, 2005). Stąd też wspieranie osobowego wzrostu na finalnym odcinku życia człowieka powinno polegać przede wszystkim na jak najbardziej skutecznym eliminowaniu, a jeżeli to niemożliwe – na minimalizowaniu negatywnych następstw procesu starzenia się przy jednoczesnym wspieraniu i pomnażaniu zasobów posiadanych przez osoby starsze (por. Lazarus, Lazarus, 2006). Taką możliwość stwarza muzykoterapia (Baumann, 2005).

Przyjęta w niniejszym artykule definicja muzykoterapii głosi, iż jest ona procesem, w ramach którego szeroko rozumiana muzyka staje się ważnym elementem, służącym: (1) przywracaniu zdrowia, (2) poprawie funkcjonowania osoby, (3) rozwojowi jednostki poprzez wspieranie realizacji potrzeb o charakterze fizycznym, emocjonalnym, intelektualnym, społecznym, a także duchowym (Stachyra, 2012a). Zakres działania muzykoterapii dotyczy więc całego pacjenta i koncentruje się równocześnie na umyśle, ciele oraz posiadany przez niego systemie społecznym (por. Szulc, 2005). Mając to na uwadze, można wyróżnić trzy główne obszary oddziaływań terapeutycznych przy zastosowaniu muzyki: (1) fizyczny, (2) psychospołeczny i (3) duchowy.

W odniesieniu do pierwszego z wymienionych obszarów, związanego bezpośrednio ze zdrowiem cielesnym, należy podkreślić, że starość to czas wyraźnych i postępujących regresywnych zmian fizjologicznych dostrzegalnych we wszystkich układach i narządach organizmu człowieka. Oznaki starzenia się organizmu dają się zauważyć nie tylko w fizycznym obrazie osoby, ale także w całościowym sposobie jej funkcjonowania (Steuden, 2011). W wieku senioralnym obserwujemy bowiem obniżenie sprawności ciała, przejawiające się większą męczliwością, ograniczeniem aktywności oraz ogólnym spadkiem wigoru (Straś-Romanowska, 2007). Taki stan rzeczy zwiększa ryzyko zachorowalności w obrębie tej populacji. Do najczęstszych chorób, których występowanie jest

silnie związane z zaawansowanym wiekiem, S. Steuden (2011) zalicza między innymi: zwyrodnienie stawów, osteoporozę, łamliwość kości, zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie serca, nietrzymanie moczu, niewydolność tętnic szyjnych czy udary mózgu. Pojawienie się nieprawidłowości w zakresie funkcjonowania poszczególnych układów organizmu, a w ich następstwie określonych schorzeń negatywnie wpływa na poczucie satysfakcji z życia osób starszych (Smith, Fleeson, Geiselman, Settersten, Kunzmann, 2001; Fernandez-Ballesteros, 2011).

Rodzi się zatem konieczność przeciwdziałania negatywnym skutkom procesu fizjologicznego starzenia się organizmu oraz wspierania posiadanych przez osoby starsze potencjalności. Cenną pomocą w tym względzie może być muzykoterapia, która w świetle badań stanowi ważny środek terapeutyczny, znacząco zmieniający stan aktywności systemu fizycznego. Wpływa ona bowiem aktywizując na szeroko pojęty ruch przejawiający się, między innymi, w tańcu, przytupach, klaskaniu czy rytmicznych ruchach kończyn dolnych bądź górnych (Baumann, 2005; Malak, Gajewska, Skommer, Samborski, 2011). W przypadku osób starszych aktywność ruchowa towarzysząca muzykoterapii odgrywa więc znaczącą rolę w trosce o zachowanie zdrowia fizycznego. Umożliwia ona spowolnienie procesów biologicznego starzenia się, podnosi sprawność funkcjonalną będącą podstawą dla samodzielnego funkcjonowania oraz ułatwia zapobieganie dolegliwościom wynikającym ze starzenia się organizmu (Dziubiński, 2008).

Ponadto dobroczynny wpływ muzyki na zdrowie fizyczne daje się zauważyć w odniesieniu do funkcjonowania układów fizjologicznych człowieka. Okazuje się, że słuchanie określonych utworów muzycznych generuje szereg zmian w zakresie wskaźników ciśnienia tętniczego krwi, częstotliwości pracy serca, napięcia układu węgetatywnego, przemiany materii czy ilościowej i jakościowej sekrecji żołądkowej (Ostrowski, 2008). Oddziaływania muzykoterapeutyczne okazują się wielce pomocne także w sytuacjach, w których mamy do czynienia z procesami patologicznego starzenia się. Wyraźny wpływ działania muzyki daje się zauważyć w zaburzeniach ośrodkowego układu nerwowego – takich jak na przykład choroba Alzheimera (Ledger, Baker, 2007; Zare, Ebrahimi, Birashk, 2010) – czy w różnego rodzaju chorobach nowotworowych (por. Łuciuk-Wojczuk, 2010).

W obszarze psychospołecznego funkcjonowania człowieka znaczenie muzykoterapii, jako czynnika wspierającego rozwój osoby, wyraźnie ujawnia się w odniesieniu do zaburzeń zdrowia psychicznego, najczęściej pojawiających się w okresie późnej dorosłości (zob. Kulczycki, 2001). Jednym z głównych problemów zdrowotnych starczego wieku o wyraźnych inklinacjach psychologicznych jest depresja (Manthorpe, Iliffe, 2006). W literaturze przedmiotu do czynników ryzyka wystąpienia symptomów depresyjnych u osób w podeszłym wieku zalicza się przede wszystkim: dolegliwości towarzyszące przewlekłej chorobie somatycz-

nej, niską ocenę własnego stanu zdrowia, obniżenie zdolności funkcjonowania psychospołecznego, deficyty w zakresie narządów wzroku i słuchu, negatywny bilans życia, utratę bliskich osób (Steuden, 2011). Zdaniem Blazera (2010), pytając o genezę zaburzeń depresyjnym w późnym wieku, można wyróżnić między innymi takie ich źródła jak: (1) uwarunkowania biologiczne; (2) czynniki psychiczne oraz (3) okoliczności społeczne. Jeśli weźmie się pod uwagę etiologię oraz obraz kliniczny depresji u osób w wieku senioralnym, muzykoterapia jawi się jako obiecująca forma oddziaływań prewencyjnych i leczniczych. Po pierwsze dlatego, że – jak pokazują badania – słuchanie muzyki znacząco dynamizuje impulsację neuronów w obszarze kory mózgowej, co wpływa na poprawę procesów pamięciowych, wzrost kreatywności, harmonizowanie napięcia mięśniowego, opóźnienie objawów zmęczenia czy poprawę koordynacji ruchowej (Leeds, 2001; Humięcka-Jakubowska, 2006, 2008). Ponadto muzyka stymuluje funkcje mózgowe, zwłaszcza wydzielanie epinefryny, noradrenaliny, serotoniny, dopaminy (Panksepp, Bernatzky, 2002; za: Kudlik, Czerniawska, 2011). To z kolei przyczynia się do wzrostu pozytywnych emocji, poprawia nastrój, usprawnia myślenie oraz działanie, reguluje procesy snu i czuwania (Lizak-Nitsch, 2011; Markowicz-Narękiwicz, 2011). Ogólnie rzecz ujmując, można więc przyjąć, że oddziaływania muzykoterapeutyczne, poprzez aktywację systemu neuroprzekazników, wspomagają proces leczenia depresji, a tym samym podnoszą i pomagają utrzymać wysoką jakość funkcjonowania jednostki.

Po drugie, muzykoterapia połączona z technikami relaksacyjnymi oraz medytacyjnymi stwarza możliwość zdystansowania się wobec „myśli, które często męczą nas jako niezdane *idées fixes*” (Reuger, 2000, s. 162). W literaturze przedmiotu podkreśla się, że wśród czynników psychologicznych, które najczęściej wiążą się ze starczą depresją, są zniekształcenia poznawcze (Beck, 1987; za: Blazer, 2010), które ujawniają się między innymi w postaci przesadnych uogólnień, dychotomii myślowych, negatywistycznego nastawienia do przyszłości, katastroficznej wizji rzeczywistości, bezpodstawnego przypisywania sobie winy za zaistnienie negatywnych zdarzeń, minimalizowania pozytywnych informacji na temat siebie i własnych działań czy nadużywania imperatywów (Popiel, Pragłowska, 2008). Na końcowym etapie życia zaprezentowany wyżej sposób myślenia może determinować ostateczny wynik bilansu życiowego, a w konsekwencji ocenę własnego życia, deprecjonującą wartościowe dokonania osoby, a nadmiernie akcentującą porażki i trudne wydarzenia, jakie pojawiały się w biegu życia (por. Izdebski, Polak, 2005). W tym kontekście działania terapeutyczne oparte na muzyce, a ukierunkowane na uwalnianie pacjenta od dręczących go myśli okazują się pożądanym elementem procesu wspierania rozwoju w jesieni życia (Reuger, 2000). Mogą bowiem stać się pomocą w dokonaniu bardziej

realistycznego i pozytywnego całościowego podsumowania swego życia, a tym samym podniesienia jego jakości (Oleś, 2012).

Znaczenie muzykoterapii w prewencji i leczeniu zaburzeń depresyjnych osób starszych dostrzegalne jest również w odniesieniu do społecznego wymiaru funkcjonowania człowieka. Wielu autorów zwraca uwagę na fakt, iż zaostrzenie objawów depresyjnych jest w dużym stopniu następstwem osamotnienia (zob. Orzechowska, Wysokiński, Przybylska, Jałosińska, Florkowski, Zboralski, Gałęcki, 2008; Steuden, 2011). W opinii Okły (2006) jedną z postaw społecznych wobec ludzi starszych jest unikanie jakiegokolwiek kontaktu z nimi. W efekcie seniorzy stają się grupą wykluczoną i stojącą poza marginesem życia społecznego (Synak, 2000; Wódz, 2008). Wśród funkcji, jakie pełni muzykoterapia, wskazuje się w literaturze przede wszystkim na wzbudzanie gotowości do kontaktu, a także inspirowanie oraz rozwijanie prawidłowej komunikacji interpersonalnej (Baumann, 2005). Należy zatem z całą pewnością uznać, że muzyka, stwarzając przestrzeń spotkania z drugim człowiekiem oraz pomagając w pokonaniu trudności związanych z nawiązywaniem kontaktów z innymi (Rueger, 2000), stosowana w celach terapeutycznych, może istotnie przyczynić się do zmniejszenia symptomów depresyjnych oraz poprawy zdrowia psychicznego jednostki (Maratos, Gold, Wang, Crawford, 2008).

Wspieranie rozwoju osoby na drodze oddziaływań muzykoterapeutycznych w okresie późnej dorosłości nie dokonuje się tylko w obszarze psychofizycznego funkcjonowania, ale zauważalne jest również w odniesieniu do duchowego wymiaru człowieka. Na gruncie psychologii duchowość jest różnie rozumiana i interpretowana. Jedną z ciekawszych propozycji ujmowania duchowości proponują Heszen-Niejodek i Gruszczyńska (2004; za: Krok, 2009a). Autorki prezentują duchowość jako rzeczywistość złożoną, na którą składają się trzy główne wymiary: (1) postawy religijne – dotyczące przekonań religijnych osoby w zakresie wiary w Boga oraz relacji z Nim; (2) wrażliwość etyczna – wyrażająca się zainteresowaniem losem innych ludzi oraz odnosząca się do zasad etycznych; (3) harmonia – określająca stopień zgodności ze światem oraz wewnętrznej spójności. W takim ujęciu duchowość ma charakter dynamiczny i podlega procesom rozwoju. Stąd też nie dziwi fakt, że duchowość i religia stają się jednym z najistotniejszych aspektów życia dla osób w okresie późnej dorosłości (Steuden, 2011; Oleś, 2012). Umożliwiają one bowiem przyjęcie takiej perspektywy w spojrzeniu na siebie, własne dotychczasowe życie oraz otaczającą rzeczywistość, która pozwala uchwycić głęboki sens i wyraźną celowość ludzkiej egzystencji (por. Krok, 2009b). Zdaniem Pocięja (2005) muzyka, w porównaniu z innymi dziedzinami sztuki, w sposób najbardziej sugestywny przedstawia, uobecnia i słuchowo unaocznia duchowy rdzeń istoty ludzkiej. Agnieszka Łuciuk-Wojczuk (2010, s. 43) wyraża

przekonanie, że muzyka może stanowić cenne wsparcie duchowe dla wszystkich, którzy otworzą się na spotkanie z nią. Pozwala bowiem na doświadczanie „innych jakości przeżywania, które niejednokrotnie pobudzają do powstawania pytań na poziomie egzystencjalnych wartości *być*”. Można zatem zaryzykować stwierdzenie, że muzykoterapia otwiera człowieka starszego na rzeczywistość duchową. Stymuluje tym samym procesy transformacji w zakresie percepcji czasu i przestrzeni. Umożliwia także nowe spojrzenie na własną przeszłość, teraźniejszość i przyszłość. Wreszcie pozwala jednostce wyraźniej odczuwać, że stanowi ważny element szerszego kontekstu rzeczywistości – wszechświata, co ostatecznie pozwala jej jeszcze bardziej otworzyć się na duchowy aspekt egzystencji (por. Tornstam, 2011).

Opisany wyżej wpływ muzyki na proces wzrostu człowieka starego w obszarze własnej duchowości staje się bardziej zrozumiały w kontekście katolickiej muzyki liturgicznej, która niesie ze sobą bogatą treść odnoszącą się do kluczowych zagadnień ludzkiego losu, takich jak sens życia, miłość, przebaczenie, cierpienie czy śmierć (por. Wąloszek, 2006, 2008a, 2008b). W wykonaniu lub odbiorze konkretne pieśni mogą stanowić dla osób wchodzących w ostatnią fazę życia swoiste źródło duchowej siły, która ułatwia radzenie sobie z niesprzyjającymi okolicznościami starczego życia oraz redefinicję egzystencjalnych priorytetów. Potwierdzenia dla takiego sposobu myślenia mogą dostarczyć liczne badania, których wyniki dowodzą, że uczestnictwo w religijnych obrzędach i nabożeństwach (a zatem także w liturgicznym śpiewie) pozytywnie koreluje z satysfakcją z życia (zob. Krok, 2009b).

Zakończenie

W podsumowaniu zaprezentowanych treści należy uznać, że muzykoterapia, w całym bogactwie swoich form, stanowi istotny czynnik mogący wspierać rozwój osobowy jednostki na ostatnim etapie jej egzystencji. Ułatwia ona bowiem seniorom zachowanie optymalnego poziomu funkcjonowania we wszystkich obszarach życia psychospołecznego. Pozwala także na zajęcie proaktywnej postawy wobec nieuniknionego procesu starzenia się i jego naturalnych konsekwencji. W efekcie muzykoterapia przyczynia się do stymulowania osobistego rozwoju i wzrostu jakości życia osób starszych.

Wnioski praktyczne wynikające z przeprowadzonych analiz przedstawiają się następująco: (1) muzykoterapia powinna stanowić integralny element różnorodnych programów mających na celu wspieranie rozwoju osób starszych; (2) w pracy i kontakcie z seniorami należy uwrażliwiać i motywować ich do

chętnego poddawania się oddziaływaniom muzykoterapeutycznym, wskazując przy tym na ich pozytywne efekty; (3) w ramach organizacji czasu wolnego osób w podeszłym wieku warto uwzględniać wydarzenia artystyczno-muzyczne.

Bibliografia

- Bauman, K. (2005). Muzykoterapia i reminiscencja jako szansa rozwoju w okresie późnej dorosłości. *Gerontologia Polska*, 13(3), 170–176.
- Braun-Galkowska, M. (2011). Ludzie starzy bywają różni. W: S. Steuden, M. Stankowska, K. Janowski (red.), *Starzenie się z godnością* (s. 85–94). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Czekanowski, P. (2012). *Społeczne aspekty starzenia się ludności w Polsce. Perspektywa socjologii starości*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Dobrzyńska, E., Cesarz, H., Rymaszewska, J., Kiejna, A. (2006). Muzykoterapia. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 6(2), 84–88.
- Galińska, E. (2005). Muzykoterapia. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia – teoria* (s. 531–545). Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury ENTENTA.
- Gluska, A. (2009). Muzyka jako terapia w różnych dziedzinach życia. W: D. Kadłubiec, A. Adamski (red.), *Muzyka, światło, ruch w rozwoju osobowości człowieka* (s. 72–82). Bielsko-Biała: Firma Poligraficzno-Wydawnicza „Compal”.
- Hill, R. (2009). *Poztywne starzenie się. Młodzi duchem w jesieni życia*. Warszawa: Wydawnictwo Laurum.
- Humińska-Jakubowska, J. (2006). Wybrane zagadnienia percepcji muzyki w kontekście neurofizjologii człowieka. W: A. Adamski (red.), *Człowiek – jego bioelektryczna konstrukcja a percepcja muzyki* (s. 49–59). Kęty: Wydawnictwo Propak.
- Humińska-Jakubowska, J. (2008). Muzyka Mozarta czy biofeedback? O regulacji rytmów mózgowych. *Res Facta Nova*, 10(19), 203–217.
- Hummert, M.L. (2011). Age Stereotypes and Aging. W: K.W. Schaine, S.L. Willis (red.), *Handbook of the Psychology of Aging* (s. 249–262). London: Academic Press ELSEVIER.
- Jan Paweł II. (1999). *Do moich Braci i Sióstr – ludzi w podeszłym wieku*. Watykan, 1 października 1999 r.
- Kamper-Kubańska, M. (2008). Muzyka jako środek oddziaływania terapeutycznego. W: G. Mikołajewska, B. Olszak-Krzyżanowska (red.), *Teraźniejszość i przyszłość osób niepełnosprawnych w kontekście społecznych zmian* (s. 317–327). Kraków: Wydawnictwo „Impuls”.
- Krok, D. (2009a). *Religijność a jakość życia w perspektywie mediatorów psychospołecznych*. Opole: Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego.
- Krok, D. (2009b). Strukturalne powiązania religijności i duchowości w kontekście czynników osobowych. W: H. Gasiul, E. Wrońska-Warchał (red.), *Osobowość i religia. Personality and Religion*, Warszawa: Wydawnictwo UKSW.

- Lazarus, R.S., Lazarus, B.N. (2006). *Coping with Aging*. Oxford: University Press.
- Leeds, J. (2001). *The Power of Sound: How to Manage Your Personal Soundscape for a Vital, Productive, and Healthy Life*. Rochester Vermont: Healing Arts Press.
- Lewandowska, K. (2001). *Muzykoterapia dziecięca*. Gdańsk: Wydawnictwo OPTIMA.
- Łuciuk-Wojczuk, A. (2010). *Muzykoterapia w procesie odzyskiwania zdrowia przez pacjentów z chorobami onkologicznymi*. Kraków: Akademia Muzyczna w Krakowie.
- Markowicz-Narętkiewicz, A.E. (2011). Związek między wydzielaniem neuroprzekazników a powstawaniem chorób psychicznych – na szczególnie omówionym przykładzie depresji. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*, 55–59.
- Metera, A. (2006). *Muzykoterapia. Muzyka w medycynie i edukacji*. Leszno: Metronom.
- Natanson, T. (1978). *Wstęp do nauki o muzykoterapii*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Natanson, T. (1983). Twórczość, cierpienie i szczęście człowieka. *Zeszyty Naukowe Akademii Medycznej we Wrocławiu*, 31, 45–64.
- Okła, W. (2006). Psychospołeczne uwarunkowania jakości życia osób starszych w rodzinach własnych i domach opieki społecznej. W: S. Steuden, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia* (s. 29–38). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Oleś, P. (2012). *Psychologia człowieka dorosłego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Orzechowska, A., Wysokiński, A., Przybylska, B., Jałosińska, J., Florkowski, A., Zboralski, K., Gałęcki, P. (2008). Zaburzenia depresyjne u osób w podeszłym wieku w zależności od aktywności życiowej. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 25(150), 503–506.
- Ostrowski, T.M. (2008). *Libertalno-waloryczny model sensu życia w kontekście zdrowia i choroby wieńcowej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Popiel, A., Pragłowska, E. (2008). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat.
- Rueger, C. (2000). *Muzyczna apteczka. Na każdy nastrój od A do Z*. Wrocław: Diogenes.
- Ryff, C.D., Singer, B. (2004). Paradoxy kondycji ludzkiej: dobrostan i zdrowie na drodze ku śmierci. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (s. 147–162). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ryn, J.Z. (2004). *Dekalog Antoniego Kępińskiego*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Sacks, O. (1994). *Mężczyzna, który pomylił swoją żonę z kapeluszem*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i Spółka.
- Stachyra, K. (2012a). Definiowanie i klasyfikacja muzykoterapii. W: K. Stachyra (red.), *Podstawy muzykoterapii* (s. 27–45). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Stachyra, K. (2012b). Muzyka jako element procesu terapii. W: K. Stachyra (red.), *Podstawy muzykoterapii* (s. 61–83). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Steuden, S. (2011). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Steuden, S. (2012). Starość jest łatwa, młodość – trudna. W: M. Zdziarski (red.), *Star-siRodzice.pl – Recepty na dobrą starość* (s. 77–89). Kraków: Instytut Łukasiewicza.
- Steuden, S., Marczuk, M. (2006). Wstęp. W: S. Steuden, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia* (s. 9–14). Lublin: Wydawnictwo KUL.

- Straś-Romanowska, M. (2001). I Konferencja Psychologów *Life-Span*: między psychologią rozwojową a psychologią rozwoju. *Przegląd Psychologiczny*, 44(1), 93–103.
- Straś-Romanowska, M. (2011). Późna dorosłość. W: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki* (s. 326–350). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Synak, B. (2000). *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Szulc, W. (2005). *Muzykoterapia jako przedmiot badań i edukacji*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Tuchowski, A. (2010). Muzyka, natura, terapia. W: J. Fyk, A. Łuczak (red.), *Muzyka – Edukacja – Terapia* (s. 17–34). Zielona Góra: Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- Vaillant, G.E. (2007). Pozytywne starzenie się. W: P.A. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (s. 334–362). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wadensten, B. (2005). Introducing older people to the theory of gerotranscendence. *Journal of Advanced Nursing*, 52(4), 381–388.
- Wadensten, B. (2009). Older People's Experiences of Dream Coaching. *Journal of Holistic Nursing*, 27(4), 266–275.
- Wadensten, B., Hägglund, D. (2006). Older people's experience of participating in a reminiscence group with a gerotranscendental perspective: reminiscence group with a gerotranscendental perspective in practice. *International Journal of Older People Nursing*, 1, 159–167.
- Wódcz, K. (2008). *Praca socjalna wobec nowych obszarów wykluczenia społecznego. Modele teoretyczne, potrzeby praktyki*. Toruń: Akapit Wydawnictwo Edukacyjne.
- Zare, M., Ebrahimi, A.A., Behrooz, B. (2010). The effects of music therapy on reducing agitation in patients with Alzheimer's disease, a pre-post study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(12), 1309–1310.

