

# Muzykoterapia i terapia poznawczo-behawioralna u osób starszych z rozpoznaniem depresji

## Music therapy and cognitive-behavioral therapy for older persons suffering from depression

Ewelina Dobrzyńska<sup>1</sup>, Rafał Więcko<sup>2</sup>, Helena Cesarz<sup>3</sup>,  
Joanna Rymaszewska<sup>1</sup>, Andrzej Kiejna<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu, kierownik: prof. dr hab. Andrzej Kiejna

<sup>2</sup> Specjalistyczny Zespół Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu

<sup>3</sup> Zakład Muzykoterapii Ogólnej i Stosowanej Akademii Muzycznej we Wrocławiu,  
kierownik: dr hab. Sławomir Sidorowicz

**Słowa kluczowe:** muzykoterapia, terapia poznawczo-behawioralna, osoby starsze, depresja

**Key words:** music therapy, cognitive-behavioral therapy, elderly, depression

### Streszczenie

**Wstęp.** W artykule omówiono przykład zastosowania terapii grupowej z wykorzystaniem technik muzykoterapeutycznych oraz poznawczo-behawioralnych u osób starszych z rozpoznaniem depresji. Przedstawiono podstawy teoretyczne oraz wykorzystane metody terapeutyczne.

**Opis przypadku.** Przebieg terapii omówiono na przykładach kazuistycznych wybranych czterech pacjentek o średniej wieku 67 lat, leczonych ambulatoryjnie z rozpoznaniem depresji, które uczestniczyły w dwunastu cotygodniowych 1,5-godzinnych sesjach terapii grupowej.

**Wnioski.** Połączenie muzykoterapii oraz terapii poznawczo-behawioralnej może być użyteczną metodą wspomagającą leczenie depresyjnych osób starszych, prawdopodobnie wpływającą korzystnie na subiektywną jakość życia chorych. Dla potwierdzenia tej hipotezy konieczne jest jednak przeprowadzenie szerszych badań z udziałem większej liczby pacjentów.

### Summary

**Background.** The article discusses an example of how group therapy, accompanied by music therapy and cognitive-behavioral therapy techniques, can be used effectively in the treatment of elderly persons with depression. The paper describes the theoretical basis and techniques used in therapy.

**Case report.** The course of therapy is shown in case studies of four elderly women, outpatients diagnosed with depression, who received 12 weekly group therapy sessions, each 90 minutes long.

**Discussion.** Music therapy connected with cognitive-behavioral therapy may be a useful method of complementary treatment for elderly with depression, and probably has a positive influence on the patients' subjective quality of life. However, a study with a larger group of patients is necessary to confirm this hypothesis.

---

#### Adres do korespondencji:

Ewelina Dobrzyńska  
Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu  
ul. Pasteura 10, 50-367 Wrocław  
tel. (+48) (71) 784 15 65

## Wstęp

Współcześnie obserwujemy postępujące starzenie się populacji ludzkiej, czego konsekwencją jest wzrastający w społeczeństwie odsetek osób w wieku podeszłym [1] oraz zwiększenie zachorowalności tej grupy na zaburzenia psychiczne, do których należą przede wszystkim zaburzenia otępienne oraz depresje [2]. Zjawiska te wymagają odpowiedniego dostosowania oraz planowania opieki socjalnej i medycznej, a także stwarzają potrzebę rozwoju i oceny efektywności różnych metod terapeutycznych przeznaczonych dla osób starszych chorujących psychicznie. Według licznych doniesień wśród wielu metod zarówno psychoterapia poznawcza, jak i muzykoterapia dają pozytywne rezultaty w terapii tej grupy pacjentów [3, 4]. Autorzy artykułu nie znaleźli jednak w literaturze przykładów łącznego zastosowania tych form terapii w leczeniu osób starszych chorujących na depresję, a także badań dotyczących wpływu tego rodzaju połączenia terapii na jakość życia pacjentów. Spróbowano więc zastosować muzykoterapię łącznie z terapią poznawczo-behawioralną w terapii grupowej pacjentek w starszym wieku leczonych ambulatoryjnie z rozpoznaniem depresji. W artykule przedstawiono podstawy teoretyczne, zastosowane metody terapeutyczne oraz opisy przebiegu terapii czterech wybranych pacjentek.

### Muzykoterapia

Terapia muzyką była wykorzystywana w leczeniu różnych chorób od najdawniejszych czasów [5], lecz dopiero po II wojnie światowej uznano ją za formę psychoterapii [6] oraz ustanowiono standardy praktycznego wykorzystania muzykoterapii i określone procedury, aby spełniała cele terapeutyczne [7]. Najnowsza definicja Amerykańskiego Towarzystwa Muzykoterapeutycznego (American Music Therapy Association) [8] za muzykoterapię uważa kliniczne, oparte na dowodach naukowych stosowanie muzyki w relacji terapeutycznej przez osobę odpowiednio wykwalifikowaną do osiągania zindywidualizowanych celów przy użyciu relacji terapeutycznej (AMTA, 2005).

Obecnie terapia muzyką wykorzystywana jest zarówno w profilaktyce zdrowia psychicznego, jak i leczeniu oraz rehabilitacji różnych schorzeń. Znajduje miejsce w medycynie (między innymi w psychiatrii, kardiologii, intensywnej terapii, położnictwie, opiece paliatywnej), a także pedagogice specjalnej czy zakładach karnych i resocjalizacyjnych. Najczęściej jako metoda wspomagająca wchodzi w skład kompleksowych oddziaływań leczniczych, przy czym może stanowić zarówno uzupełnienie leczenia szpitalnego, jak i ambulatoryjnego czy sanatoryjnego [9-13].

Muzyka sama w sobie nie zawiera określonych treści pozamuzycznych, jest wieloznaczna, co sprawia, że każdy słuchacz może ją interpretować i przeżywać odmiennie. Uruchamiając mechanizm projekcji, słuchający rzutuje na muzykę własne cechy, emocje, pragnienia, marzenia, cele życiowe, skrywane potrzeby, sposób postrzegania świata i najbliższego otoczenia. Dzięki temu, że struktury muzyczne tworzą przebiegi o charakterze napięć i odprężeń, mogą być dźwiękową analogią emocji przeżywanych przez człowieka [14]. Poza tym właściwością muzyki jest oddziaływanie bezpośrednio na sferę emocjonalną z pominięciem kontroli intelektualnej, co umożliwia dotarcie do głęboko skrywanych emocji. Ten sam bodziec w postaci utworu muzycznego może wywoływać u słuchaczy podobne (lub różne) reakcje emocjonalne, którym nada on odmiennie znaczenie. Rodzaj wyzwolonych podczas słuchania muzyki odczuć i skojarzeń zależy przede wszystkim od stopnia wrażliwości emocjonalnej, gustu psychycznego, wcześniejszych doświadczeń muzycznych, od aktualnego samopoczucia, nastroju, stanu psychofizycznego, osobowości, a także od sytuacji poprzedzającej bezpośrednio słuchanie muzyki [15].

Muzykoterapia osób starszych powinna być dostosowana do specyfiki wieku podeszłego. Trzeba pamiętać, że wraz z wiekiem zmienia się zakres słyszalności, a najczęstszą skargą ze strony układu słuchowego tej grupy osób staje się szum w uszach [16]. Starzeniu towarzyszy także spadek słyszalności oraz zmniejszenie zdolności rozróżniania lokalizacji dźwięków o wyższej częstotliwości [16]. Poza tym u osób starszych występuje wzmożona wrażliwość na natężenie dźwięku, z kolei wrażliwość na jego barwę obniża się. Dlatego wykorzystywana do terapii muzyka nie może być ani za cicha, ani za głośna (najlepiej w okolicach *mezzo forte*, czyli średnio głośna), aby nie była odczuwana przez pacjenta jako nieprzyjemna i nie powodowała jego rozdrażnienia. Osoby w starszym wieku najczęściej preferują utwory melodyjne, o łagodnej dynamice, nieskomplikowanej strukturze rytmicznej (często w rytmach kołyszących), prostej formie i miłym dla ucha brzmieniu (na przykład fletu, skrzypiec). Odrzu-

cają natomiast zazwyczaj utwory głośne, o bardzo zróżnicowanej dynamice i rytmice, zdecydowanym charakterze i ostrym brzmieniach.

Muzykoterapeuci mogą poprawiać jakość życia wielu starszym ludziom, koncentrując się na ich silnych stronach, zdolnościach, talentach, a nie na deficytach i niesprawnościach. Stwarzając możliwości satysfakcjonującej, twórczej aktywności, powodują, że pacjenci w podeszłym wieku mogą się poczuć ludźmi wartościowymi, kompetentnymi, godnymi zaufania i zdolnymi do działania. Muzykoterapia często okazuje się efektywna w sytuacjach, gdy zawodzą inne sposoby leczenia, szczególnie w przypadku demencji [17]. Istnieją także doniesienia na temat korzystnego i trwałego wpływu muzykoterapii na objawy depresyjne i lękowe u osób w podeszłym wieku. Wskazuje się również na długoterminową efektywność muzykoterapii. W badaniu S.B. Dansera i wsp. efekty terapeutyczne utrzymywały się w badaniu kontrolnym po 9 miesiącach od zakończenia terapii muzyką [18].

### **Psychoterapia poznawczo-behawioralna**

Na ogół psychoterapia poznawcza jest stosowana razem z metodami wywodzącymi się z modelu behawioralnego, dlatego najczęstszym terminem jest psychoterapia poznawczo-behawioralna. Ma to swoje uzasadnienie we wspólnym podłożu teoretycznym obu koncepcji, zakładającym, że procesy uczenia się determinują zachowania (terapia behawioralna), a także nabywanie i utrwalanie przekonań oraz sposobu widzenia świata (terapia poznawcza) [19]. Wyniki badań prowadzonych w ciągu ostatnich dekad wskazują na skuteczność psychoterapii poznawczej i behawioralnej nie tylko w leczeniu depresji [20], ale także w terapii zaburzeń lękowych [21, 22], obsesyjno-kompulsyjnych [23], odżywiania się [24] oraz zaburzeń osobowości [25].

Najbardziej znanymi formami psychoterapii poznawczej są model funkcjonowania osobowości według Alberta Ellisa i model depresji według Aarona Becka [26]. W psychoterapii poznawczej za najważniejszy efekt procesów uczenia się uznawane są struktury poznawcze, które wpływają na zewnętrzne zachowania i reakcje emocjonalne. Błędy poznawcze wiążą się z przykrymi przeżyciami, pojawianiem się negatywnych emocji i depresyjnych zachowań, dlatego koncentracja na nich i ich korekcja są głównym celem psychoterapii poznawczej. Terapeuta poznawczy pomaga pacjentowi w rozpoznaniu jego sposobów myślenia, w dostrzeżeniu jego zniekształceń poznawczych. Proces ten przypomina „*obieranie cebuli*”, dochodząc warstwa po warstwie do coraz głębszych przekonań oraz związanych z nimi wspomnień i emocji. Proces terapii polega tu przede wszystkim na zidentyfikowaniu irracjonalnych przekonań (czy innych schematów poznawczych, które są przyczyną aktualnych objawów) oraz zastąpienia ich przekonaniami racjonalnymi. Eksperymenty poznawcze i behawioralne zaplanowane wspólnie z terapeutą są sposobem na zweryfikowanie sposobu myślenia i nabycie nowych doświadczeń, będących podłożem do wygaszenia emocji negatywnych i rozwinięcia bardziej funkcjonalnych strategii behawioralnych.

Teoria poznawcza wykazuje, że najważniejsze znaczenie i wpływ na człowieka ma nie aktualna sytuacja, ale sposób, w jaki ją przyjmuje i radzi sobie z nią. Starzenie łączy się najczęściej z utratą dotychczasowych ról społecznych, zawodowych oraz rodzinnych, a także stratą osób bliskich. Niezależnie od wieku, w którym zaczynamy się starzeć, wymaga to reorientacji, akceptacji nowych zadań, obowiązków oraz praw, a także odstąpienia od poprzednich przywilejów i nawyków. Pomocna w tym procesie okazuje się psychoterapia poznawcza, najczęściej łączona z metodami behawioralnymi. Poznawcza restrukturyzacja może pomóc starszej osobie w zmianie widzenia sytuacji traumatyzującej i w ten sposób zmienić ją na nową, łatwiejszą do zaakceptowania. Może sprawić, że osoba w podeszłym wieku będzie potrafiła doceniać pozytywne strony swojej sytuacji i możliwości, jakie za sobą niesie. Terapia poznawcza (podobnie jak muzykoterapia) skupia się na możliwościach starszej osoby, a nie jej słabych stronach. U osób depresyjnych psychoterapia poznawczo-behawioralna może pomagać zmienić negatywne, nieracjonalne postrzeganie siebie, otaczającego świata oraz przyszłości na racjonalne, uwzględniające także pozytywne oceny i optymistyczne przewidywania.

W procesie terapii poznawczej muzykoterapia może być pomocna w poznawaniu sposobu myślenia, kategoryzacji i oceny własnych doświadczeń pacjenta, jego przekonań. W procesie wyobraźniowym towarzyszącym percepcji muzycznej uruchamiane są wspomnienia oraz zalegające emocje, które pacjent ujawnia najczęściej w postaci metafor i symboli. Interpretacja materiału uzyskanego z percepcji

muzycznej polega między innymi na klasyfikacjach typu odwołania się do sytuacji niemuzycznej, która wywołuje analogiczne emocje. W ten sposób polisemantyczna muzyka pozwala „dotrzeć” do emocji pacjenta, pomaga także w określeniu, w jaki sposób chory postrzega siebie oraz otaczającą rzeczywistość. Identyfikowane w ten sposób myśli automatyczne oraz przekonania pośredniczące i kluczowe stają się podstawą drugiego etapu terapii w nurcie poznawczym, polegającym na modyfikowaniu przekonań na bardziej racjonalne poprzez reinterpretację otrzymanych od pacjenta informacji i znaczeń.

### Metody terapeutyczne

Program przeprowadzonych zajęć miał charakter muzykoterapii grupowej z elementami terapii poznawczo-behawioralnej. W cyklu 12 cotygodniowych zajęć terapeutycznych stosowano muzykoterapię percepcyjną (kierowaną) wykorzystującą techniki projekcyjne, relaks i wizualizację przy muzyce. Z technik poznawczych wykorzystano klaryfikację, skalowanie oraz dialog sokratejski, a z behawioralnych – planowanie i monitorowanie aktywności oraz przewidywanie konsekwencji własnych działań. Wszystkie wymienione wyżej techniki zostały zebrane w tabeli 1.

Każde przeprowadzone zajęcia terapeutyczne trwały 1,5 godziny i przebiegały według następującego schematu:

1. Ocena nastroju – każda uczestniczka grupy określała krótko swój aktualny nastrój.
2. Część poznawczo-behawioralna:
  - informacje zwrotne pacjentów, reakcje związane z pracą terapeutyczną podczas poprzedniej sesji, oczekiwania, ewentualnie omówienie zadania domowego,
  - ustalenie podstawowych zagadnień danej sesji,
  - praca nad konkretnymi problemami z wykorzystaniem technik poznawczo-behawioralnych oraz ewentualnie zadanie pracy domowej
3. Część muzykoterapeutyczna – wykorzystująca techniki projekcyjno-wyobrażeniowe (6 zajęć), relaks i wizualizację przy muzyce (8 zajęć), elementy terapii reminiscencyjnej, dyskusję psychoterapeutyczną.
4. Podsumowanie zajęć.

### Opisy przypadków

Grupa biorąca udział w programie była zamknięta i homogeniczna pod względem płci, przedziału wiekowego oraz rozpoznania. Składała się z pacjentek o średniej wieku 67 lat, leczonych ambulatoryjnie z rozpoznaniem depresji. Poniżej przedstawiono krótkie wywiady i opis terapii czterech wybranych kobiet. Wszystkie pacjentki równolegle do terapii grupowej przyjmowały także leki przeciwdepresyjne.

**Tabela 1.** Techniki terapeutyczne wykorzystane podczas terapii grupowej osób starszych z rozpoznaniem depresji.  
**Table 1.** Therapeutic techniques used in group therapy of elderly persons with depression.

TECHNIKI TERAPEUTYCZNE		
TECHNIKI MUZYKOTERAPEUTYCZNE		
Rodzaj	Przykłady	Cel
Techniki projekcyjne	1. Technika wolnych skojarzeń („Jakie uczucia, wyobrażenia, wspomnienia wywołuje muzyka?”) 2. Technika kierowanej wyobraźni („Ja w sytuacji zainspirowanej muzyką”) 3. Technika zdań niedokończonych („Pod wpływem muzyki czuję się jak...”)	Ujawnianie, odreagowywanie i porządkowanie emocji

<b>TECHNIKI MUZYKOTERAPEUTYCZNO-BEHAWIORALNE</b>		
Relaks i wizualizacja przy muzyce	a. Faza indukcji (fiksacja) – czyli wprowadzenie w stan relaksu i większej sugestywności (progresywna relaksacja, techniki oddechowe) b. Faza sugestii – właściwa wizualizacja (5-10 min); przykładowe tematy: „Przyjazne miejsce”, „Łąka”, „Spacer nad morzem”, „Spacer w lesie” c. Faza powrotu do normalnego stanu – wyprowadzenie z relaksu d. Faza werbalizacji i analizy przeżycia (w której pacjent przekazuje swoje wyobrażenia, a terapeuta i grupa je interpretuje)	1. Redukcja objawów lęku i stresu 2. Wzmacnianie samoakceptacji i samoświadomości własnego ciała 3. Rozwijanie akceptacji starzenia się i nieuchronności śmierci
<b>TECHNIKI POZNAWCZE</b>		
1. Klaryfikacja	Pacjenta prosi się o podanie swojego rozumienia słów i wyrażeń używanych przez niego w opisie dolegliwości	Poprawa wzajemnego zrozumienia
2. Skalowanie	Umieszczanie przez pacjenta nasilenia objawu lub emocji na skali np. od 0 do 10 punktów, od 0% do 100%	1. Ocena subiektywnego postrzegania przez pacjenta nasilenia objawu 2. Pomoc w określeniu stosowanych przez pacjenta błędów poznawczych (np. dychotomicznego myślenia, uogólniania)
3. Dialog kierowany (pytania sokratejskie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sprawdzanie dowodów</li> <li>- znajdowanie jak największej ilości argumentów przemawiających za słusznością myśli dysfunkcyjnej oraz kontrargumentów wobec analizowanej automatycznej myśli</li> <li>- przewyżczanie skrajności</li> <li>- badanie negatywnych konsekwencji</li> <li>- przeformułowanie</li> <li>- dekatastrofizacja</li> </ul>	Zrozumienie powiązań między myślami, emocjami i wyobrażeniami pacjenta
<b>TECHNIKI BEHAWIORALNE</b>		
1. Planowanie i monitorowanie aktywności	Planowanie aktywności i ich zapisywanie (głównie w formie tabel)	1. Odkrywanie schematów w wybieraniu zadań, czynności i ich ewentualnej zmiany 2. Nauka lepszego wykorzystywania czasu i odkrywania zależności pomiędzy tym, co robi pacjent, a jego nastrojem
2. Przewidywanie konsekwencji własnych działań	Pacjent proszony jest o jasne określenie celu, który pragnie osiągnąć w konkretnej sytuacji. Następnie wspólnie z terapeutą tworzona jest lista możliwych, alternatywnych zachowań i prawdopodobnych ich konsekwencji	Nauka rozwiązywania problemów

**Pani A.**

Pani A. była wdową, mieszkającą z synem i jego rodziną. Nadal była aktywna zawodowo, pracowała jako lekarz. Pacjentka leczyła się z powodu zaburzenia depresyjnego nawracającego od 4 lat, a na początku choroby przeżyła hospitalizację psychiatryczną. W okresie poprzedzającym terapię grupową rozpoznano u niej epizod depresyjny łagodny. Pani A. była w dzieciństwie dręczona fizycznie i psychicznie przez matkę, a kilkanaście lat temu zmarł mąż pacjentki chorujący na chorobę nowotworową. Od kilku lat leczyła się także z powodu nadciśnienia tętniczego.

W trakcie zajęć pani A. była bardzo aktywna, przejęła rolę tzw. lidera grupy. Była także inicjatorką spotkań pozagrupowych pacjentek, informowała o powodach nieobecności innych kobiet. Bardzo łatwo „wchodziła” w ćwiczenia wyobrażeniowo-projekcyjne oraz wizualizacyjne i relaksacyjne przy muzyce. Techniki projekcyjne często łączyły się ze wspomnianiem zmarłego męża (nieukończona od 17 lat żałoba) oraz odreagowaniem negatywnych emocji związanych ze złym traktowaniem przez matkę. Początkowo p. A. jako swój największy problem zgłaszała trudności ze zrelaksowaniem się i radzeniem sobie ze stresem. Trudno jej było także dostrzegać pozytywne strony życia. Metoda dialogu sokratejskiego (także z udziałem innych pacjentek) pozwoliła spojrzeć pani A. bardziej racjonalnie na własne sukcesy i zalety (osiągnięcia zawodowe, umiejętność empatii, nawiązywania i utrzymywania znajomości). Pacjentka po swojej wypowiedzi o poczuciu własnej bezwartościowości otrzymała pozytywne zwroty od innych kobiet z grupy. Pod koniec cyklu terapeutycznego oceniła, że terapia pomogła jej „wzmocnić poczucie własnej wartości”, a także wpłynęła korzystnie na trudności z „odstresowaniem” i zrelaksowaniem się, w mniejszym zaś stopniu na umiejętność rozpoznawania i wyrażania własnych emocji. W ocenie pani A. terapia miała wpływ na samopoznanie, zwiększenie jej zadowolenia z pomagania innym (czuła się potrzebna, udzielając rad innym) oraz kreatywnego wyrażania siebie (zastosowanie muzykoterapeutycznej techniki projekcyjnej „*obrazy wewnętrzne inspirowane muzyką*” zachęciło p. A. do powrotu do swojej młodzieńczej pasji – malowania).

**Pani K.**

Pani K. także była wdową, mieszkała samotnie. Utrzymywała się z renty rodzinnej (jej mąż zmarł nagle na zawał serca 2 lata temu), wcześniej pracowała jako sekretarka. Od pięciu lat pacjentka była leczona ambulatoryjnie z powodu organicznego zaburzenia depresyjnego. Poza tym chorowała na białaczkę (od 16 lat), nadciśnienie tętnicze i chorobę wieńcową, przeżyła także udar prawej półkuli mózgu (3 lata temu).

Pani K. miała początkowo duże trudności z określaniem swojego nastroju oraz emocji. W czasie początkowej „rundki nastroju” najczęściej opowiadała o doświadczeniach z ostatniego tygodnia. Pod koniec programu terapeutycznego można było zauważyć zmianę – częściej potrafiła określać adekwatnie swój nastrój. Pacjentka miała też problem z wykonywaniem ćwiczeń wizualizacji i relaksacji przy muzyce, najczęściej nie potrafiła przywołać żadnych obrazów w wyobraźni, jedynie „odprężyła się” (trudności te mogły być spowodowane organiczną przyczyną zaburzeń depresyjnych). W technikach projekcyjnych – podobnie jak p. A – często wspominała zmarłego męża. Skrzętnie notowała przebieg każdego zajęcia oraz niektóre wypowiedzi terapeutów i współpacjentek w swoim zeszycie, skrupulatnie wykonywała zadania domowe, szczególnie te związane z planowaniem aktywności, które oceniała za bardzo pomocne. Dzięki wypełnianiu tabeli aktywności potrafiła dostrzec drobne czynności, które potrafiła wykonywać z powodzeniem. Jej wypowiedzi często były dygresyjne i drobiazgowo w opisach. Chętnie spotykała się z innymi pacjentkami poza poradnią. W trakcie spotkań pacjentka kilkakrotnie podkreślała, że bardzo lubi na nie przychodzić, ponieważ lubi się spotykać z innymi kobietami o podobnych problemach, rozmawiać z nimi i „opowiadać o życiu”.

**Pani B.**

Pani B. – także wdowa – otrzymywała świadczenia rentowe z powodu ogólnego stanu zdrowia, mieszkała sama (jej córka z rodziną mieszkała w tym samym mieście). Pacjentka była osobą z bagażem wielu negatywnych doświadczeń życiowych (wieloletnie pożycie z mężem uzależnionym od alkoholu, rozwód) oraz zaawansowaną chorobą reumatoidalną stawów (powodującą czasem znaczne dolegliwości bólowe i ograniczenia ruchowości). W czasie spotkań terapeutycznych p. B. chętnie wypowiadała się, adekwatnie do zadawanych pytań, a przy ćwiczeniach relaksacyjno-wizualizacyjnych relacjonowała bardzo barwnie,

wielozmysłowe obrazy (między innymi spaceru nad morzem, przepięknej łąki). Metoda planowania aktywności pomogła przeformułować pacjentce przekonania o własnej nieudolności i niewystarczającej aktywności. Pytania sokratejskie pomogły zmodyfikować pacjentce negatywne postrzeganie własnej sytuacji i możliwości.

Według pani B. przeprowadzone zajęcia terapeutyczne najbardziej pomogły w trudnościach ze zrelaksowaniem się i radzeniem sobie ze stresem, samopoznaniu oraz w dostrzeganiu pozytywnych stron życia. Przyczyniły się także w ocenie pacjentki w dużym stopniu do remisji objawów depresyjnych. Pani B. miała także poczucie, że w razie nawrotu symptomów choroby będzie potrafiła sobie z nimi poradzić.

### **Pani E.**

Pani E. była jedyną mężatką w grupie. Mieszkała z córką i jej rodziną. Była leczona psychiatrycznie z rozpoznaniem nawracających zaburzeń depresyjnych od 12 lat, jak do tej pory dziewięciokrotnie hospitalizowana psychiatrycznie. Bezpośrednio przed terapią grupową rozpoznano u pani E. epizod depresyjny umiarkowany. Poza tym chorowała na nadciśnienie, a 6 lat temu przeżyła zawał mięśnia sercowego.

U pani E. najbardziej ze wszystkich chorych były nasilone objawy depresji, które nawróciły około rok temu, po śmierci córki z powodu choroby nowotworowej. Pacjentka skarżyła się na uczucie smutku, przygnębienia, bezradność, niezdolność do odczuwania radości, lęki o przyszłość. Początkowo nie potrafiła skoncentrować się na ćwiczeniach, wypowiadała się tylko na temat swoich problemów zdrowotnych i życiowych. Stopniowo nabywała coraz lepsze umiejętności w planowaniu codziennych aktywności, a także w odnajdywaniu sposobów poprawy nastroju. Uzyskała duże wsparcie od pozostałych osób z grupy. Inne pacjentki opowiadały o własnych zmaganiach z depresją i były „żywym przykładem” na to, że objawy depresyjne można pokonać. Podczas ostatnich spotkań grupy w pełni uczestniczyła w zajęciach, udawało się jej (co łączyło się z dużym samozadowoleniem) wykonywać ćwiczenia relaksu i wizualizacji przy muzyce. Pani E. oceniła, iż przeprowadzane zajęcia miały duży wpływ na rozwinięcie umiejętności dostrzegania dobrych stron życia, kreatywne wyrażanie siebie oraz redukcję objawów depresyjnych.

### **Podsumowanie**

Wzrost liczby osób starszych chorujących psychicznie, a wśród nich znaczny odsetek pacjentów depresyjnych stwarza potrzebę poszerzenia spektrum terapeutycznego dla tej grupy osób. Wśród różnych form psychoterapii zarówno muzykoterapia, jak i terapia poznawczo-behawioralna okazują się według licznych doniesień przydatne i pomocne w leczeniu pacjentów w podeszłym wieku. Muzyka – nazwana przez Henry’ego Wadswortha Longfellowa „uniwersalnym językiem rodzaju ludzkiego” – odpowiednio wykorzystana w terapii pomaga w „oczyszczeniu” z negatywnych emocji (swoistym *katharsis*), aktywizuje, rozwija samopoznanie. Może stać się również punktem wyjścia do identyfikacji przeżywanych emocji i myśli automatycznych, sposobu postrzegania rzeczywistości, nieracjonalnych przekonań, których zmiana na przekonania bardziej racjonalne jest podstawą dalszej pracy behawioralno-poznawczej. Odpowiednio dobrana muzyka ułatwia także osiągnięcie stanu relaksu niezbędnego dla prawidłowego przebiegu wizualizacji, a także intensyfikuje proces wyobraźniowy, wyzwala procesy emocjonalne i ułatwia koncentrację. W ten sposób muzykoterapia oraz terapia poznawczo-behawioralna mogą się wzajemnie uzupełniać i wspomagać, co skłoniło autorów pracy do łącznego ich zastosowania w programie terapeutycznym dla pacjentek o średniej wieku 67 lat, chorujących na depresję i leczonych psychiatrycznie ambulatoryjnie. W ocenie osób badanych przeprowadzona terapia grupowa wpłynęła korzystnie na redukcję objawów depresyjnych, życie towarzyskie, samopoznanie oraz kreatywne wyrażanie siebie. Na tej podstawie można postawić wstępną hipotezę o korzystnym wpływie łącznego zastosowania muzykoterapii oraz terapii poznawczo-behawioralnej na subiektywną jakość życia pacjentów z rozpoznaniem depresji. Jej zweryfikowanie wymaga jednak szerszych badań z udziałem większej grupy osób. Dalsze badania tego obszaru pozwoliłyby także zmodyfikować program terapeutyczny na bardziej skuteczny oraz odpowiadający oczekiwaniom osób starszych z rozpoznaniem depresji, a także pomogłyby określić, czy (i ewentualnie dlaczego) wyniki prowadzenia łącznie muzykoterapii lub terapii poznawczo-behawioralnej różnią się od łącznego ich zastosowania.

## Piśmiennictwo

- [1] **World Health Organization.** World Atlas of Ageing. Kobe (Japan): Centre of health development; 1998.
- [2] **Krzyżanowski J.** Psychogeriatrya. Warszawa: Medyk; 2004.
- [3] **Hanser SB, Thompson L.** Effects of a music therapy strategy on depressed older adults. *J Gerontol* 2004; 49: 265-269.
- [4] **Koder D, Brodaty H, Anstey K.** Cognitive therapy for depression in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 1996; 11: 97-107.
- [5] **Galińska E.** Dzieje poglądów na lecznicze działanie muzyki. *Archiwum historii i filozofii medycyny* 1987; 50: 239-239.
- [6] **Sidorowicz S.** Zakład Muzykoterapii Akademii Muzycznej im. K. Lipińskiego we Wrocławiu. *Muzykoterapia Polska* 2002; 1-2: 9-10.
- [7] **Schulbert C.** The Music Therapy Sourcebook. New York: Human Sciences Press; 1981.
- [8] <http://www.musictherapy.org/quotes.html>; z dn. 20.06.06 r.
- [9] **Cassity MD, Cassity JE.** Psychiatric music therapy assessment and treatment in clinical training facilities with adults, adolescents, and children. *J Music Therapy* 1994; 31: 2-30.
- [10] **Cesarz H.** Psychoterapeutyczna funkcja muzyki u chorych na serce w warunkach oddziału szpitalnego. *Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej we Wrocławiu* 2002; 76: 173-178.
- [11] **Almerud S, Peterson K.** Music therapy – a complementary treatment for mechanically ventilated intensive care patients. *Intensive Crit Care Nurs* 2003; 19: 21-30.
- [12] **Hillard RE.** Music Therapy In Hospice and Palliative Care: a Review of the Empirical Data. *Evidence-based Complement Altern Med* 2005; 2: 173-178.
- [13] **Jeniak E.** Muzykoterapeutyczna analiza egzystencjalna do zastosowania w resocjalizacji osób pozbawionych wolności. *Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej we Wrocławiu* 1981; 29: 263-288.
- [14] **Guczalski K.** Znaczenie muzyki, znaczenia w muzyce. Kraków: Musica Jagiellonica; 1999.
- [15] **Galińska E.** Muzykoterapia grupowa w psychiatrii. *Muzykoterapia - Biuletyn Grupy Roboczej „Muzykoterapia”* 1992; 2: 6-7.
- [16] **Parnowski T.** Medyczne i psychologiczne problemy wieku podeszłego. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 1995; 4, supl. 1(2): 2.
- [17] **Brotans M, Pickett-Cooper P.** The effects of music therapy intervention on agitation behaviors of Alzheimer’s disease patients. *J Music Therapy* 1996; 33: 2-18.
- [18] **Hanser SB, Thompson L.** Effects of a music therapy strategy on depressed older adults. *J Gerontol* 2004; 49: 265-269.
- [19] **Popiel A, Pragławska E.** Podstawowe założenia psychoterapii poznawczo-behawioralnej. *Wiad Psychiatr* 2004; 1: 71.
- [20] **Dobson KS.** A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57: 414-419.
- [21] **Borkovec TD, Costello E.** Efficacy of applied relaxation and cognitive behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 611-619.
- [22] **Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Middleton H, Anastasiades P, Gelder M.** A comparison of cognitive therapy, applied relaxation, and imipramine in the treatment of panic disorder. *Br J Psychiatr* 1994; 164: 759-769.
- [23] **Salkovskis PM, Kirk J.** Obsessive-Compulsive Disorder. W: *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. New York: Guilford Press; 1999.
- [24] **Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Carr SJ, Solomon RA, O’Connor ME, Burton J, Hope RA.** Three psychological treatments for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatr* 1991; 48: 463-469.
- [25] **Linehan M.** Cognitive – Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press; 1993.
- [26] **Aleksandrowicz J, Czabała J.** *Psychoterapia*. W: **Bilikiewicz A, Puzyński S, Rybakowski J, Wciórka J (red.)** *Psychiatria, wyd. 1*. Wrocław: Wyd. Med. Urban & Partner; 2002, tom III, s. 203-243.

Zrecenzowano/Reviewed 5.07.06

Zatwierdzono do druku/Accepted 7.07.06