

Arteterapia jako forma terapii zajęciowej w aktywizacji osób starszych

Art therapy as a form of occupational therapy in activating of elderly subjects

Sławomir Tobis¹, Sylwia Kropińska², Mirosława Cylkowska-Nowak¹

¹ Zakład Edukacji, Katedra Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² Katedra Geriatrii i Gerontologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Chory starszy najczęściej wymaga terapii holistycznej, obejmującej wszystkie obecne problemy zarówno zdrowotne, jak i pozazdrowotne. Powinna ona być sprawowana przez interdyscyplinarny zespół profesjonalistów znających specyfikę chorobowości w starości. Lekarz jako koordynator działań zespołu powinien być świadom możliwości, jakie posiada każdy z członków zespołu po to, aby kierować chorych w zależności od potrzeb do odpowiedniego z nich.

W pracy przedstawiono obszar działań terapeuty zajęciowego i scharakteryzowano arteterapię jako jedną z form terapii zajęciowej. Jej nastawienie na pracę z dysfunkcją powoduje, że może być ona „celowana” na rozwiązanie określonego problemu. *Geriatrics 2011; 5: 194-198.*

Słowa kluczowe: arteterapia, terapia zajęciowa, zespół terapeutyczny

Abstract

Elderly patients most frequently require a holistic approach to therapy, addressing all present problems, both health-related and others. The therapy should be performed by a multidisciplinary team of professionals who know the specifics of diseases in the old age. The medical doctor, as coordinator of the team's actions should be aware of the abilities of all the team members, so as to be himself able to direct the patients to the appropriate one. The paper presents the scope of activities of an occupational therapist and characterises art therapy as one of the forms of occupational therapy. If aimed at a certain dysfunction it can be directed towards solving a particular problem. *Geriatrics 2011; 5: 194-198.*

Keywords: art therapy, occupational therapy, therapeutic team

Zwraca się uwagę, że już dzisiaj chorzy starsi stanowią większość pacjentów poradni i oddziałów szpitalnych. Sytuacja ta, w związku z prognozowanym jeszcze szybszym starzeniem się społeczeństw świata w nadchodzącej przyszłości, nie tylko nie zmieni się, ale wręcz ulegnie nasileniu. Szacuje się, iż w roku 2030 osoby w wieku powyżej 65 lat stanowią będą około 25% populacji europejskiej. Pacjentom starszym już obecnie dedykowana jest większość czasu pracy lekarzy rodzinnych w naszym kraju.

Chory starszy, zwłaszcza w późnej starości (a więc po ukończeniu 75 roku życia) najczęściej wymaga terapii holistycznej, obejmującej wszystkie możliwe problemy zarówno zdrowotne, jak i pozazdrowotne (np. alienacja społeczna, problemy ekonomiczne, ubóstwo, wykluczenie cyfrowe). Jak wykazano, tylko taka opieka może przyczynić się do utrzymania sprawności funkcjonalnej. Powinna ona być sprawowana przez interdyscyplinarny zespół profesjonalistów znających specyfikę chorobowości w starości. W skład takiego

zespołu wchodzić powinien lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, psycholog kliniczny oraz pracownik socjalny [1]. W systemie polskim, gdzie opieka zdrowotna jest oddzielona od opieki społecznej, co wiąże się m.in. z niezależnym ich finansowaniem, współdziałanie w ramach takiego zespołu jest w rzeczywistości bardzo trudne. Prowadzi to do dublowania wsparcia w niektórych obszarach i potencjalnie do niezaspakajania potrzeb w innych.

Z kolei działania profesjonalistów z zakresu ochrony zdrowia powinny być koordynowane przez lekarza [2]. Tak więc lekarz powinien być świadom możliwości, jakie posiada każdy z członków zespołu po to, aby kierować chorych w zależności od potrzeb do odpowiedniego z nich. Dotyczy to przede wszystkim fizjoterapeuty i terapeuty zajęciowego. Takie rozwiązania systemowe w sektorze ochrony zdrowia praktykowane są w wielu krajach świata - np. w systemie fińskim to lekarz pierwszego kontaktu jest tym, który decyduje o skierowaniu pacjenta do fizjoterapeuty lub do terapeuty zajęciowego.

Niestety w polskim systemie dostępność terapii zajęciowej jest w znacznym stopniu ograniczona i sprowadza się głównie do instytucji (np. niektórych oddziałów szpitalnych lub domów pomocy społecznej). W przypadku ograniczeń sprawności chorey w warunkach domowych praktycznie nie ma dostępu do żadnych form terapii zajęciowej. Wydaje się to wynikać nie tylko z ograniczonej liczby specjalistów z tego zakresu, ale również z braku świadomości, czym jest terapia zajęciowa i w jaki sposób jej działania mogą przyczynić się do poprawy sprawności, a więc i jakości życia chorych starszych. Dotyczy to nie tylko samych osób starszych czy ich opiekunów/rodzin, ale także profesjonalistów ochrony zdrowia, w tym lekarzy.

Celem pracy jest przedstawienie terapii zajęciowej oraz zaprezentowanie możliwości terapeutycznych arteterapii jako jednej z jej form w aktywizacji osób starszych.

Co to jest terapia zajęciowa?

Niesprawność może dotyczyć różnych sfer - sensorycznej, psychicznej i fizycznej. W starości często dochodzi do ograniczenia czy dysfunkcji więcej niż jednej z nich. W odniesieniu do poszczególnych dysfunkcji niesprawność może mieć charakter całkowity lub częściowy, przy czym ważne jest, że stopień, w jakim dane ograniczenie wpływa na jakość życia,

jest relatywny w aspekcie subiektywnym, społecznym, sytuacyjnym i czasowym [3].

Wynikające z procesu starzenia i współistniejących chorób pogorszenie sprawności w starości prowadzi zwykle do znacznego zmniejszenia samodzielności i - co za tym idzie - pogorszenia jakości życia. Stwarza to konieczność zapewnienia wsparcia w codziennych sytuacjach. Dlatego celowe jest podjęcie specyficznej interwencji - odmiennej od działania lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty i pracownika socjalnego - a polegającej na przywróceniu osobie starszej zarówno motywacji, jak i zdolności do podejmowania różnorodnych zajęć. Interwencja ta nie może jednak pozostawać w sprzeczności z działaniami podejmowanymi przez innych profesjonalistów - powinna być z nimi uzgadniana dla aktywizacji chorego i osiągnięcia jego maksymalnej sprawności.

Jak powinno się rozumieć pojęcie „zajęcia”? Willard i Spackman [4] twierdzą, że jest to *aktywny proces życiowy, podejmowany od początku życia po jego kres, (...) zajęcia stanowią wszystkie aktywne procesy zajmowania się sobą i innymi ludźmi, cieszenie się z życia, bycie społecznie i ekonomicznie produktywnym podczas całego jego trwania oraz w różnych jego kontekstach*. Wiele osób - i laików, i (niestety także) profesjonalistów - rozumie pojęcie „zajęcia” wąsko, jako pracę. W rozważaniach wokół terapii zajęciowej to znaczenie jest poszerzane o aktywności podejmowane w ramach czasu wolnego człowieka, codzienną samoopiekę mającą zapewnić zdrowie i dobre samopoczucie, prace domowe, zakupy oraz wszelkie aktywności w grupie zawodowej, rówieśniczej, sąsiedzkiej lub społeczności lokalnej, a także o realizowanie różnorodnych pasji życiowych (niekoniecznie powtarzalnie czy rytualnie, z dużą częstotliwością - jak ma to miejsce w cotygodniowym porządkowaniu kolekcji numizmatów lub znaczków - ale również w jednorazowym akcie uczestnictwa w festiwalu filmowym). I właśnie ta druga sfera zajęć - niezwiązanych z aktywnością zawodową - ma fundamentalne znaczenie w podnoszeniu sprawności, a więc i jakości życia osób w starszym wieku.

Interwencja terapeutyczna może skupiać się na opracowywaniu konkretnej aktywności (co związane jest ze skupieniem się precyzyjnie na określonym celu - zajęciu), jak i na zajęciach, które jedynie pośrednio ułatwią lub przygotują pacjenta do podejmowania jakiegoś zajęcia [5]. I tak np. malowanie pędzlem po kartonie może stanowić rodzaj aktywności, którą będzie rozwijał jako czynność samą w sobie (szczegól-

nie wtedy, gdy pacjent postawi sobie cel namalowania kartek świątecznych dla rodziny i przyjaciół), ale może też ono przygotowywać dłoń pacjenta do reedukacji czynności golenia się. W drugim przypadku czynność malowania (motoryka uruchamiana podczas użytkowania pędzla) stanowić będzie czynnik pośredniczący, służący osiągnięciu zupełnie innego celu.

Terapeuci zajęciowi podejmują działania na rzecz powrotu do zdrowia, przywracania i osiągnięcia dobrego samopoczucia oraz włączania (inkluzji, jeśli pacjent danej czynności wcześniej nie wykonywał, a teraz jest ona niezbędna w codziennym funkcjonowaniu) i ponownego włączania w różnego rodzaju zajęcia (reinkluzji, gdy w wyniku choroby, niepełnosprawności utracił zdolność wykonawczą). Praca terapeuty zajęciowego pomaga ich podopiecznym podejmować wysiłki w celu uzyskania większej niezależności życiowej wraz z poczuciem sprawstwa tego stanu rzeczy. Oznacza to, iż profesjonalne wysiłki terapeutów zmierzają do zmobilizowania wszelkich zasobów u osoby poddanej terapii, które pozwolą na pełne wykorzystanie możliwości kreowania lepszego życia, w poczuciu akceptacji własnych ograniczeń i problemów oraz poszukiwania i znajdowania dróg kierowania własnym życiem. Ponadto, bardzo ważnym zadaniem terapeutów zajęciowych jest oddziaływanie na uwarunkowania środowiska fizycznego i społecznego, które mogą w jakikolwiek sposób wykluczać podopiecznego oraz powodować depryzację jego codziennych aktywności.

Dla osiągnięcia wymienionych celów oraz identyfikowania barier ograniczających podopiecznego, terapeuci zajęciowi wykorzystują analizę uwarunkowań fizycznych, środowiskowych, kulturowych, psychospołecznych, umysłowych i duchowych. Konieczne jest zatem czerpanie wiedzy z takich dziedzin jak medycyna, psychologia, antropologia, socjologia, pedagogika, ergonomia, fizjoterapia i wielu innych. Z kolei refleksja naukowa nad procesami terapii zajęciowej pozwoliła na rozwinięcie współcześnie nowej dyscypliny – nauki badającej ludzkie zajęcia, aktywności, określanej jako *occupational science* [6].

McNary definiując terapię zajęciową podkreśla, iż jest ona działalnością stymulującą aktywność pacjenta zaleconą medycznie, prowadzoną profesjonalnie i mającą pomóc w powrocie ze stanu urazu lub choroby do zdrowia [7]. W tym kontekście bardzo istotne jest autentyczne funkcjonowanie zespołów multiprofesjonalnych, które umożliwiłyby ścisłą współpracę terapeuty zajęciowego z lekarzem i pozostałymi

ich członkami.

W literaturze przedmiotu terapeutę zajęciowego przypisuje się trzy zasadnicze role: terapeutyczną, członka zespołu oraz konsultacyjną. Rola terapeutyczna związana jest z odpowiedzialnością za współpracę z pacjentem w celu osiągnięcia jego zaangażowania w kluczowe i celowe dla niego codzienne zajęcia. Z kolei bycie członkiem zespołu wymaga współdziałania terapeuty zajęciowego z innymi profesjonalistami medycznymi w leczeniu, rehabilitacji, poprawie sytuacji społecznej - czyli najogólniej w osiągnięciu pożądanego dla pacjenta celów. I wreszcie rola konsultacyjna, wymagająca rozwinięcia współpracy z rodziną/opiekunami pacjenta, jego przyjaciółmi, współpracownikami, sąsiadami, innymi osobami z bliższego i dalszego otoczenia, a odgrywającymi znaczącą rolę w pomaganiu pacjentowi w osiągnięciu założonych celów [8].

Kluczowymi elementami pracy terapeuty zajęciowego są:

- postawienie profesjonalnej diagnozy „możliwości zajęciowych” pacjenta,
- planowanie zajęć pacjenta i składających się nań zadań oraz wstępne wyznaczenie czasu ich realizacji,
- uczynienie zajęcia procesem, w którym centralną osobą jest pacjent i jego aktywność,
- motywowanie pacjenta do podejmowania zaplanowanego zajęcia, jego rozumienia, osiągnięcia jego rezultatu oraz doświadczania satysfakcji [8].

Zwyczajowo uważa się, że terapia zajęciowa obejmuje socjoterapię (terapia poprzez oddziaływanie społeczne), ergoterapię (terapia poprzez pracę i rekreację) oraz arteterapię (terapia poprzez sztukę).

Charakterystyka arteterapii

Pojęcie „arteterapia” pojawiło się w kontekście naukowym w latach 40. XX wieku, choć wiadomo, że już w starożytności wykorzystywano sztukę i twórczość w celach leczniczych. Przełomowymi dla zapoczątkowania praktykowania arteterapii w warunkach szpitalnych były lata 30. XX wieku w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii. Pracujący początkowo jako wolontariusze - w oddziałach psychiatrycznych oraz zakładach dla umysłowo chorych - artyści wnieśli wkład w powiększanie materiału klinicznego w oparciu o wywoływanie spontanicznej kreatywności pacjentów, niosącej projekcję rozmaitych stanów wewnętrznych.

W tym samym czasie nauczyciele edukacji artystycznej w szkołach odkryli wolną, nieograniczoną ekspresję artystyczną dzieci, odzwierciedlającą stany emocjonalne oraz stanowiącą komunikację symboliczną. Po latach 30. XX wieku arteterapię zaczęto postrzegać także jako ważną i efektywną metodę komunikacji, oceny, diagnozy oraz leczenia różnych grup osób [9].

Istotą arteterapii jest wykorzystywanie obiektów i działań artystycznych do pozyskiwania od pacjenta informacji oraz jako sposobu oddziaływania na niego, czyli w celach diagnostycznych i leczniczych. Jest więc terapią przez sztukę oraz terapią przez twórczość, posiłkującą się różnymi formami plastycznymi, muzycznymi, tanecznymi, literackimi i teatralnymi. Warto podkreślić, że pacjent poddawany takiej terapii nie musi posiadać żadnych szczególnych uzdolnień artystycznych ani doświadczeń twórczych w danej dziedzinie. W arteterapii nie chodzi bowiem o stworzenie jak najlepszego obiektu sztuki, lecz o wykorzystanie dzieła i procesu twórczego jako unikatowego i bardzo wartościowego kanału komunikacji.

Arteterapia nie posiada formalnej definicji - poszczególni autorzy definiują ją „po swojemu”, wskazując jej istotne cechy i funkcje (układ poglądów i czynności ukierunkowanych na utrzymanie i/lub podnoszenie poziomu jakości życia ludzi przy pomocy szeroko rozumianych dzieł sztuki i uprawiania sztuki [10] lub działania polegające na konsumowaniu stworzonego przez inne osoby dorobku kulturowego i artystycznego albo na samodzielnym wytwarzaniu sztuki [11]). Niewątpliwie jednak jest takim rodzajem oddziaływania, w którym szczególna rola przypada relacji budowanej między pacjentem a terapeutą za pomocą lub pośrednictwem sztuki - jej odbioru lub tworzenia. W ramach tej relacji diagnozowanie i leczenie odbywają się przez cały czas - równoległe lub naprzemiennie [12]. Należy zatem postrzegać arteterapię jako proces otwarty, dający się modyfikować, dostosowujący się do sytuacji oraz zmieniających się cech psychofizycznych pacjenta.

Warto też zauważyć, że w ostatnich latach arteterapia znacznie zyskała na popularności, wykorzystując różne formy aktywności artystycznej dla wspierania indywidualnego rozwoju człowieka, w tym osoby w późnej dojrzałości (czyli w wieku podeszłym), i polepszenia (lub choćby utrzymania) jego jakości życia.

Tradycyjnie w obszarze arteterapii umieszcza się działania z dziedzin takich jak:

- plastykoterapia (działania terapeutyczne przy

pomocy szeroko rozumianych sztuk plastycznych, na przykład malarstwa, rzeźby, grafiki, rysunku),

- muzykoterapia (wykorzystywanie dźwięku i muzyki, aktywne tworzenie form muzycznych, a także ich bierny odbiór),
- choreoterapia (zastosowanie tańca, wzbudzanie kontaktu z ciałem),
- dramatoterapia (wykorzystywanie elementów teatru i dramy),
- biblioterapia (terapia wykorzystująca książki i słowo pisane, związana z odbiorem literatury oraz samodzielnym tworzeniem),
- filmoterapia (wywoływanie impresji i ekspresji wokół oglądanych obrazów filmowych).

Powyższe wyliczenie nie jest kompletne, arteterapeuci poszukują i odkrywają ciągle możliwości nowych form działań artystycznych, które pozwalają osiągać cele terapeutyczne w sposób intencjonalny i zaprogramowany. Jedną z efektywnych i rozwijanych ostatnio form arteterapii jest na przykład terapia z wykorzystaniem fotografii.

Ze względu na udział pacjenta w zajęciach można wyróżnić dwie formy arteterapii: aktywną i bierną. Są one stosowane alternatywnie lub łącznie. Przykładem może być użycie malarstwa albo technik rysunkowych, które w formie czynnej oznacza aktywność pacjenta jako wykonawcy, twórcy dzieła, a w formie biernej - jako odbiorcy sztuki. Podobnie na przykład w teatroterapii forma czynna obejmuje współtworzenie spektaklu (pacjent jako aktor czy scenarzysta), a forma bierna to uczestnictwo w przedstawieniu.

Analogicznie wykorzystanie fotografii w terapii w formie czynnej oznacza udział pacjenta w procesie fotograficznym począwszy od wykonywania zdjęć aż do uzyskania gotowej fotografii, natomiast w formie biernej - oznacza pracę ze zdjęciem, które służy jako narzędzie do komunikacji z pacjentem.

Z punktu widzenia praktyki lekarza rodzinnego najważniejsze są możliwości stosowania oraz efekty, jakich można się potencjalnie spodziewać po fachowo prowadzonej arteterapii. Należą do nich:

- wzbudzenie aktywności,
- rozwijanie inwencji i twórczego działania,
- niekiedy zastąpienie form aktywności, które są niepożądane (np. stereotypie) celowymi i przynoszącymi korzyści,
- pobudzenie sensoryczne,
- pomoc w uwolnieniu negatywnych emocji i odreagowaniu ich,

- uzewnętrznienie ukrytych przed światem zewnętrznych obszarów problemów, uczuć i przeżyć,
- uruchomienie pozytywnego myślenia.

Arteterapia może pełnić rolę wspomagającą inne rodzaje terapii. Stosowana jest na przykład w terapii chorych starszych z otępieniem wraz z treningiem pamięci (lub jako jego element) w aktywizacji psychicznej. Jako że starzenie oznacza postępujące w czasie ograniczenie sprawności narządów, w tym ośrodkowego układu nerwowego, aktywizacja psychiczna jest uważana obecnie za jeden z warunków niezbędnych dla zdrowego starzenia [13]. Tak więc arteterapia, w związku z jej udowodnionym wpływem na rozwój jednostki, powinna być również polecana osobom starszym bez zaburzeń funkcji poznawczych jako narzędzie do potencjalnego spowolnienia procesu starzenia. Z kolei, ze względu na jej potencjalny udział w przezwyciężeniu braków i ograniczeń psychofizycznych, może stanowić formę autoekspresji u chorych z niesprawnością fizyczną.

Podsumowanie

Arteterapię w odniesieniu do osób starszych należy traktować jako formę terapii zajęciowej nastawionej na pracę z dysfunkcją. Może być ona więc „celowana” na rozwiązanie określonego problemu. Ograniczenia w jej stosowaniu w naszym kraju wynikają przede wszystkim z braku wyraźnie zdefiniowanego miejsca dla tego rodzaju terapii w systemie opieki zdrowotnej oraz niestety, z braku wiedzy na jej temat wśród profesjonalistów opieki zdrowotnej.

Adres do korespondencji:

Sławomir Tobis
Zakład Edukacji, Katedra Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
ul. Bukowska 70; 60-812 Poznań
☎ (+48 61) 8547308
✉ tobis@ump.edu.pl

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo

1. Johansson G, Eklund K, Gosman-Hedström G. Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community: a systematic literature review. *Scand J Occup Ther* 2010;17:101-16.
2. Wieczorowska-Tobis K, Rajska-Neumann A, Styszyński A, Józwiak A. Kompleksowa ocena geriatryczna jako narzędzie do analizy stanu funkcjonalnego pacjenta starszego. *Geriatr Pol* 2006;2:38-40.
3. Stochmiałek J. Osoby dorosłe niepełnosprawne w obszarze zainteresowań andragogiki. W: Rzedzicka K.D red.). *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczu pedagogiki specjalnej*. Kraków: Oficyna Wyw. Impuls; 2003. str. 187-96.
4. Willard HS, Spackman CS. *Occupational Therapy is Art and Science*. W: Cohn E, Crepeau EB, Boyt-Schell BA (red.). *Willard and Spackmana Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincott & Wilkins; 2008. str. 12-27.
5. Royeen CB. Occupation reconsidered. *Occup Ther Inter* 2002;9:111-20.
6. Jacobs K., Jacobs L (red.). *Quick Reference Dictionary for Occupational Therapy*. Thorofare NJ: SLACK Inc.; 2004. str. 158.
7. McNary H. The scope of occupational therapy. W: Willard HS, Spackman CS (red.). *Principles of occupational therapy*. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1947. str. 10-22.
8. Söderback I. *Occupational Therapy: Emphasis on Clinical Practice*. W: Red. Söderback I. *International Handbook of Occupational Therapy Interventions*. London–New York: Springer; 2009. str. 13-38.
9. Pratt RR. Art, dance, and music therapy. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2004;15:827-41.
10. Kulczycki M. Arteterapia i psychologia kliniczna. *Arteterapia* 1990;57:9-17.
11. Nadolna A. Sztuka, która leczy. *Obyczaje* 2003;15:26-9.
12. Szulc W. Wykorzystanie sztuki w terapii i edukacji. *Pielęgniarstwo* 2000; 1997;28:15-19.
13. <http://www.healthaging.net/mentalwellness.htm>