



Terapia przez Sztukę

Od Redakcji

Powołaliśmy do życia wirtualny portal, który jest zaproszeniem do wymiany poglądów, myśli, refleksji, projektów i wyników badań z zakresu terapii przez sztukę. Ostatnie 20 lat było dla tej dyscypliny szczególnie twórcze i owocne. Można śmiało powiedzieć, że obecnie w Polsce w arteterapię profesjonalnie zaangażowanych jest tysiące osób, w większości jednak wciąż poszukujących drogi zawodowego rozwoju. Cały czas borykamy się z tymi samymi problemami: nadal oficjalnie nie istnieje zawód arteterapeuty, nie ma wypracowanych standardów praktyki i edukacji, a dyskusja o dyscyplinie ograniczona jest do wąskiego grona specjalistów i jak dotąd nie prowadzi do rozwiązania tych podstawowych problemów.

Dlatego chcielibyśmy, aby wirtualna platforma stała się miejscem wymiany poglądów terapeutów wykorzystujących sztuki wizualne, muzykoterapeutów, choreoterapeutów i osób innych specjalności, którzy widzą swoje miejsce pod wspólnym parasolem arteterapii.

Zacznijmy opisywać szczegółowo i wnikliwie to, czym się zajmujemy, podzielmy się badaniami, przybliżmy co dzieje się w dziedzinie arteterapii w Polsce i za jej granicami. Z tym bagażem doświadczeń spróbujemy wspólnie tworzyć nowoczesną dyscyplinę. Mając bardzo bogate tradycje w zakresie wykorzystywania sztuki i twórczości oraz szereg osób z pasją oddanych swojej pracy, jesteśmy w stanie nie tylko wpłynąć na uznanie zawodu w Polsce, ale również zafascynować swoimi działaniami i pomysłami arteterapeutów z kraju i zagranicy.

Twórzmy platformę współpracy i wymiany poglądów przeznaczoną w równym stopniu dla profesjonalistów, jak i osób, które dopiero rozpoczynają swoją zawodową drogę.

Portal internetowy, na którym ukazuje się „Terapia Przez Sztukę” umożliwi prowadzenia dyskusji, publikację bieżących informacji na temat konferencji i wydarzeń związanych z terapią przez sztukę oraz wzbogaci journal o materiały multimedialne.

Mamy nadzieję, że nasza wspólna przestrzeń stanie się dla wszystkich zainteresowanych testem jakości polskiej arteterapii i krytycznym komentarzem aktywności podejmowanych w tej dziedzinie. Tego Państwu i sobie serdecznie życzymy.

Zapraszamy na www.arteterapia.pl

Olga Handford

Krzysztof Stachyra

Podobieństwa i różnice między muzykoterapią i edukacją muzyczną

Krzysztof Stachyra
UMCS

Reforma edukacji doprowadziła do znacznego zmniejszenia ilości zajęć muzycznych w szkołach, skutkiem czego wielu nauczycieli muzyki straciło możliwość nauczania w pełnym wymiarze godzin. Dla uzupełnienia pensum pedagodzy muzyczni podejmują się prowadzenia zajęć świetlicowych oraz, jeśli mają przychylność dyrekcji, organizują inne formy pracy pozalekcyjnej. Niektórzy z nich, chcąc przyczynić się do poprawy funkcjonowania dzieci, którymi się opiekują, próbują swoich sił na gruncie muzykoterapii, uznając, że jest to dziedzina bliska edukacji muzycznej. Czy jest tak w rzeczywistości? Spróbujmy przyjrzeć się nieco bliżej obu dyscyplinom.

Bez wątplenia edukacja muzyczna i muzykoterapia wykazują pewne podobieństwa, gdyż ich wspólnym źródłem jest muzyka. Zarówno pedagodzy muzyczni, jak i muzykoterapeuci bazują w swojej działalności na muzyce i aktywnościach z nią związanych. Śpiew, gra na instrumentach, ekspresja ruchowa do muzyki są podstawą zajęć rytmiki w przedszkolu, lekcji muzyki w szkole, ale także stanowią bardzo ważne elementy muzykoterapii aktywnej. Również słuchanie muzyki zajmuje istotne miejsce na lekcjach muzyki, a zarazem jest podstawą receptywnych technik muzykoterapii. Pedagogika muzyczna i muzykoterapia posługują się tymi samymi środkami, jednak pomimo pozornych podobieństw, w rzeczywistości rozbieżność pomiędzy nimi jest bardzo znacząca.

Podstawową różnicę stanowi cel, do jakiego dąży nauczyciel muzyki i muzykoterapeuta. W edukacji muzycznej celem jest przekazanie określonego zasobu wiedzy, kształcenie słuchu wysokościowego i poczucia rytmu, nauka gry na instrumentach, tańców etc. Muzykoterapia zaś jest „[...] wskazanym przez wykwalifikowaną osobę użyciem muzyki w celu wywołania pozytywnych zmian w psychicznym, fizycznym, poznawczym albo społecznym funkcjonowaniu jednostki z problemami zdrowotnymi lub edukacyjnymi.” (American Music Therapy Association: www.musictherapy.org). Jak wynika z definicji, w muzykoterapii celem jest poprawa funkcjonowania i stanu psychofizycznego danej osoby. I tu pojawia się kolejna zasadnicza

rozbieżność – dla pedagogów liczy się przede wszystkim efekt końcowy, dla muzykoterapeutów niezwykle istotny jest już sam proces, czyli wszystko to co dzieje się w trakcie dochodzenia do celu.

Cel w dużym stopniu implikuje sposób działania osoby prowadzącej zajęcia. W tym miejscu należy podkreślić jedną z najważniejszych różnic pomiędzy pedagogiką muzyczną i muzykoterapią, jaką jest ocenianie. Ocena na zajęciach muzycznych jest bezpośrednio związana z celem prowadzonych zajęć i odnosi się najczęściej do poziomu wykonania danego utworu muzycznego, dotyczy umiejętności rozpoznawania stylów muzycznych, autorów danych kompozycji, etc. Zaś w czasie sesji muzykoterapii, umiejętności muzyczne podopiecznych, ani też wiedza z tego zakresu nie mają żadnego znaczenia. Stąd absolutnie niedopuszczalnym jest dokonywanie ocen wytworów, produkcji muzycznych dziecka w kategoriach estetycznych, a także porównywanie ich do innych uczestników sesji. Nie jest ważne czy dziecko śpiewa ładnie, poprawnie, czy też wydaje z siebie bliżej nieokreślone dźwięki. Na sesji muzykoterapii liczy się fakt, czy osoba angażuje się w prowadzone działania i w jakim stopniu wykorzystuje muzykę, którą tworzy, do komunikowania się. W muzykoterapii terapeuta dokonuje ciągłej analizy muzyki granej w czasie sesji, sposobu i jakości emocjonalnej reakcji dziecka na muzykę, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju umiejętności komunikowania się poprzez muzykę, muzycznej relacji z terapeutą i grupą, oraz świadomości tej interakcji (por. S. Woodward 2000, s. 95). Trening muzykoterapeutów musi kłaść nacisk na baczną obserwację i reagowanie nawet na najmniejsze zmiany, jakie zachodzą w improwizacji muzycznej dziecka. Podstawowym zadaniem terapeuty jest stworzenie takich warunków, stworzenie poczucia bezpieczeństwa „w muzyce”, aby umożliwić dziecku otwarcie się, ekspresję i rozwój w tej specyficznej, muzycznej relacji z drugą osobą. Uczestnik sesji muzykoterapii musi mieć możliwość doświadczenia siebie jako podmiotu działań, musi mieć poczucie, że jest słuchany i rozumiany. Dzięki muzyce i specyficznemu podejściu terapeuty,

nawet osoby z dużą niepełnosprawnością mają szansę odnosić sukcesy, mogą doświadczać radości poczucia się jak zdrowy, sprawny człowiek.

Kolejną różnicą, na którą warto zwrócić uwagę, jest sposób wykorzystania instrumentów, w obydwu omawianych dziedzinach. Już sam moment wyboru instrumentu wyróżnia obie dyscypliny. Na zajęciach muzyki instrumenty z reguły są rozdawane uczniom, niekiedy czekają na nich rozłożone na ławkach jeszcze przed rozpoczęciem lekcji. Nierzadko jest to działanie zamierzone – np. w sytuacji, gdy uczniowi nadpobudliwemu celowo wręczony zostaje instrument cichy, po to, aby nie przeszkadzał z nadmierną głośnością w prowadzeniu lekcji. Ograniczona jest tym samym swoboda wyboru instrumentu. W muzykoterapii taka sytuacja nie może mieć miejsca. Osoba, z którą terapeuta pracuje w czasie sesji, musi mieć możliwość swobodnego doboru instrumentu, nie tylko z powodu stosowania zasady podmiotowego traktowania uczestników sesji, ale również dlatego, że już sam wybór instrumentu ma istotne znaczenie diagnostyczne – może informować o aktualnym stanie psychofizycznym pacjenta. Dziecko pobudzone z reguły sięgnie po instrument głośny (np. bęben czy czynel) po to, aby dać sobie możliwość rozładowania drżającego w nim napięcia. Zaś dziecko nieśmiałe, załężnione czy apatyczne z reguły decyduje się na instrument delikatny, cichy.

Różnicować zajęcia muzyczne od muzykoterapii może również sposób gry na instrumencie. Podczas, gdy na lekcjach muzyki wskazane jest zademonstrowanie uczniom prawidłowego sposobu gry, to na sesji muzykoterapii pozostawia się w tym zakresie dosyć znaczną swobodę. Pobudza to kreatywność i inwencję dziecka, a także daje możliwość samodzielnego decydowania jaki sposób wydobywania dźwięku z instrumentu najbardziej odpowiada mu do wyrażenia siebie. Jedynie w sytuacjach, kiedy instrument jest niszczone lub mamy do czynienia z próbą wyrządzenia sobie lub komuś krzywdy, nieodzowna jest reakcja osoby prowadzącej sesję.

Na lekcjach muzyki instrumenty muzyczne stosowane są głównie do odtwarzania zapisu nutowego, niekiedy służą do improwizacji, która z reguły poddana jest ścisłej dyscyplinie muzycznej. Dziecko ma za zadanie możliwie najwierniej odegrać daną melodię, stworzyć akompaniament do piosenki etc. W muzykoterapii instrumenty wykorzystuje się przede wszystkim do improwizacji. W czasie sesji muzykoterapii rola improwizacji jest niezwykle istotna, a w niektórych wypadkach stanowi absolutny priorytet, podstawę, na której opiera się cały proces terapii (na przykład w muzykoterapii kreatywnej Nordoff-Robbins). Należy wyraźnie podkreślić, że improwizacja w muzykoterapii nie jest uczona, ale stanowi czystą ekspresję emocji osób pozostających w muzycznym związku (S. Woodward 2000, s. 96).

Pomimo niewątpliwiej zbieżności środków, jakimi posługuje się nauczyciel muzyki i muzykoterapeuta, należy zwrócić uwagę na jeszcze jedną rozbieżność – planowanie. Lekcja muzyki wymaga starannego zaplanowania, przygotowania konspektu, czyli

określenia listy czynności, które należy wykonać w jej trakcie. Im ściślej nauczyciel trzyma się konspektu, tym lepiej, i na przykład przy wyborze muzyki do słuchania nie powinno mieć znaczenia czy uczniowie są danego dnia wyjątkowo pobudzeni czy smutni z jakiegoś powodu. Sesja muzykoterapii prowadzonej metodami improwizacyjnymi (np. podejściem Nordoff-Robbins) z racji swojej specyfiki nie może mieć sztywnego planu i praktycznie niemożliwym jest wcześniejsze ustalenie jej przebiegu. Nie oznacza to, że sesje muzykoterapii są całkowicie nieplanowane i spontaniczne. W niektórych modelach (np. muzykoterapii behawioralnej) wymaga się szczegółowego planu sesji, w innych ustalone zostają jedynie ogólne ramy lub cele (takie jak zachęcanie do ekspresji emocji, kreatywności, ćwiczenie koncentracji uwagi, zdobywanie doświadczeń wynikających z pracy grupowej, poczucia niezależności wewnątrz grupy itp.). Jednak zawsze plan jest jedynie narzędziem w rękach terapeuty i nigdy nie jest na tyle sztywny, aby nie uwzględniać w jego realizacji reakcji uczestników sesji.

Jedną z najważniejszych cech dobrego terapeuty jest właśnie umiejętność bycia elastycznym, zdolność do dopasowywania swoich działań do aktualnego stanu, zachowań i reakcji osób uczestniczących w sesji.

K. Bruscia (1989, s. 11) wyszczególnia cztery czynniki decydujące o rozróżnieniu terapii muzyką od zajęć stricte muzycznych. Są to:

1. priorytetowa rola terapii,
2. akceptacja produkcji muzycznych pacjenta,
3. multisensoryczne zastosowanie muzyki,
4. łączenie muzyki z innymi dziedzinami sztuki.

Powyżej nakreślone zostały najbardziej podstawowe różnice pomiędzy edukacją muzyczną a muzykoterapią. Na ich podstawie jasno można stwierdzić, że wykonywanie zawodu nauczyciela muzyki i muzykoterapeuty wymaga odmiennego przygotowania teoretycznego i praktycznego. Nie ma jednak powodu, aby wykorzystywanie terapeutycznego oddziaływania muzyki zarezerwowane było jedynie dla muzykoterapeutów. Wprowadzanie elementów muzykoterapii do zajęć edukacyjnych, o ile jest to świadome i przemyślane działanie prowadzącego zajęcia, jest rzeczą jak najbardziej wskazaną, gdyż nauczyciel jest osobą, która ma, obok rodziców i opiekunów, najczęstszy kontakt z dzieckiem. Wymaga to jednak od nauczyciela odpowiedniego przygotowania i opanowania podstaw muzykoterapii. Bardzo ważne są także indywidualne predyspozycje osobowościowe nauczyciela – terapeuty.

Dosyć kontrowersyjną propozycję w tym względzie przedstawia F. Schalkwijk (1994). Sugeruje on, aby dokonać rozróżnienia na muzykoterapię w znaczeniu edukacyjnym, czyli wykorzystywanie muzyki w sposób terapeutyczny przez nauczyciela, od właściwej muzykoterapii, do której wykonywania niezbędny jest dyplom muzykoterapeuty, a którą dla odróżnienia proponu-

je nazwać „psychoterapią muzyczną” (F. Schalkwijk 1994, s. 26). Uważam, że takie rozróżnienie nie jest właściwe z kilku względów. Po pierwsze trudno jest zrozumieć, dlaczego po wprowadzeniu elementów muzykoterapii do lekcji muzyki, zajęcia takie mianoby nazywać muzykoterapią. Określanie terminem „muzykoterapia” zajęć muzycznych prowadzonych przez nauczycieli stosujących muzykę w celu terapeutycznym wiąże się przede wszystkim z udzieleniem dużego kredytu zaufania dla osób bez pełnego przygotowania muzykoterapeutycznego. Nie można wymagać, aby każdy nauczyciel potrafił poprawnie poruszać się w tak delikatnej materii, jaką jest terapia. Pewność, że zajęcia terapii będą właściwie prowadzone jest tu zdecydowanie mniejsza niż w przypadku osób odpowiednio w tym kierunku wykwalifikowanych. Może to znacznie zubożyć nie tylko sam proces, negatywnie wpłynąć na uzyskane efekty, a w skrajnych przypadkach doprowadzić do pogłębienia problemów osób uczestniczących w sesji. Zawód terapeuty jest specyficzny, gdyż wiąże się najczęściej z pracą z osobami potrzebującymi i obarczony jest kredytem społecznego zaufania, którego nie wolno nadużywać, ani wystawiać na szwank. Sylvia Woodward (2000, s. 94) słusznie zauważa, że wyszkolenie nauczycieli muzyki do tego, aby stali się „muzykoterapeutami edukacyjnymi”, bez pełnego treningu muzykoterapeutycznego prowadziłyby nieuchronnie do pogorszenia jakości zajęć muzykoterapii i nieadekwatnego przygotowania kandydatów do efektywnej pracy jako terapeuci. Istnieje jeszcze inny argument skłaniający do odrzucenia propozycji F. Schalkwijk. Termin „psychoterapia muzyczna” jest już od lat zarezerwowany do opisywania metody Guided Imagery and Music (GIM). Wprowadzenie go jako określenia całej muzykoterapii wprowadziłoby niepotrzebne zamieszanie i byłoby w dużym stopniu merytorycznie nieuzasadnione.

Jeszcze inną dyskusyjną propozycję przedstawił przed kilkoma laty J. Robertson (2000), który zaproponował wyróżnienie odrębnej dziedziny, jaką miałyby być tzw. „muzykoterapia edukacyjna”. Dokonał on jednocześnie próby klarownego oddzielenia tego terminu od pojęcia edukacja muzyczna. J. Robertson podkreśla, że w muzykoterapii edukacyjnej najważniejsze jest nieświadome uczenie się, współpraca, dojrzewanie i estetyczne reakcje dziecka, podczas, gdy edukacja muzyczna opiera się na świadomym uczeniu się, filtrowaniu informacji i reakcjach artystycznych.

W dyskusji nad zastosowaniami muzykoterapii na gruncie edukacyjnym rozstrzygająca pozostaje opinia Kenneth’a Bruscia – jednego z najbardziej cenionych na świecie muzykoterapeutów i teoretyków muzykoterapii. Wyraża on pogląd, że tzw. „muzykoterapia edukacyjna” nie jest odrębną dziedziną muzykoterapii, psychoterapii czy medycyny muzycznej, jest to jedynie sposób wykorzystania wszystkich tych elementów (1989, s. 102). K. Bruscia podziela tym samym stanowisko, w myśl którego do stosowania muzykoterapii w jakiegokolwiek postaci wymagane jest gruntowne przygotowanie muzykoterapeutyczne.

Omawiając zagadnienia związane z rozróżnieniem edukacji muzycznej od muzykoterapii warto się odnieść do jeszcze jednej dziedziny, jaką jest pedagogika specjalna. Tutaj edukacja muzyczna nabiera jeszcze innego znaczenia, podobnie jak innego znaczenia nabiera pojęcie „nauczyciel”. Zajęcia muzyczne powinny stać się czasem, który będzie wykorzystany zarówno na edukację jak i terapię, zaś nauczyciel powinien posiadać umiejętności i wiedzę również z zakresu muzykoterapii. Problematykę tą wielokrotnie poruszała w swoich publikacjach prof. Z. Konaszekiewicz. Zauważa, że w pracy z dzieckiem chorym często nacisk kładzie się jedynie na jedną z tych dziedzin, zapominając przy tym o drugiej. Edukacja muzyczna nie jest w stanie zastąpić muzykoterapii, jak i muzykoterapia zajęć wychowania muzycznego. Brak którejkolwiek z tych dziedzin jest pozbawieniem dzieci pewnych istotnych dla nich treści i form działania (Z. Konaszekiewicz 1993).

Podsumowując powyższe rozważania należy raz jeszcze podkreślić, że nic nie stoi na przeszkodzie, a wręcz jest wskazane, aby nauczyciele muzyki wykorzystywali w swoim warsztacie pracy elementy muzykoterapii. Należy jednak pamiętać, że zawsze wiąże się to z braniem odpowiedzialności za drugą osobę i, co za tym idzie, wymaga nie tylko fachowej wiedzy i warsztatu, ale również – a może przede wszystkim – dojrzałości. W tym zakresie można mówić o pewnym podobieństwie między terapeutą a nauczycielem. Analogicznie jak terapeuta, tylko autentyczny nauczyciel, charakteryzujący się dojrzałą, zdrową osobowością, i który posiada odpowiednie kwalifikacje, będzie mógł oddziaływać właściwie i całościowo na wychowanków. Jak pisał wybitny polski pedagog – Wincenty Okoń, „[...] wiele warunków składa się na dobre wychowanie, lecz jeden wśród nich jest szczególnej wagi: doskonałe wychowanie może być dziełem tylko doskonałego wychowawcy” (W. Okoń 1965, s. 249). Bez wątplenia to założenie pozostaje wspólne dla obydwu dziedzin – edukacji i terapii.

Bibliografia:

1. Bruscia K. (1989), *Defining Music Therapy*. Barcelona Publishers, Phoenixville.
2. Konaszekiewicz Z. (1993), *Edukacja i terapia muzyczna w odniesieniu do dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*, Szkoła Specjalna nr 1-2, s. 54-59.
3. Robertson J. (2000), *An Educational Model for Music Therapy: the Case for a Continuum*, *British Journal of Music Therapy*, vol. 14, nr 1, s. 41-46.
4. Schalkwijk F. W. (1994), *Music and People with Developmental Disabilities*. Jessica Kingsley Publishers, London.
5. Woodward S. (2000), *A response to James Robertson’s ‘An Educational Model for Music Therapy: the Case for a Continuum’*, *British Journal of Music Therapy*, vol. 14, nr 2, s. 94-98.

Informacje o autorze:

Dr Krzysztof Stachyra – muzykoterapeuta, nauczyciel wychowania muzycznego, doktor nauk humanistycznych w dziedzinie pedagogiki. Pracownik naukowo-dydaktyczny w Zakładzie Muzykoterapii i Edukacji Muzycznej UMCS w Lublinie. Przewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Terapii Przez Sztukę oraz członek Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich. Współredaktor międzynarodowego journalu muzykoterapeutów “VOICES” wydawanego przez Uniwersytet Bergen w Norwegii.

Arteterapia dla osób z niepełnosprawnością intelektualną. Wybrane problemy teorii i praktyki

Maria Stasiakiewicz

UAM

Działania artystyczne są powszechnie stosowane w edukacji, w leczeniu, profilaktyce. Stanowią stały element różnych programów psychologicznej pomocy. Niektóre z tych zastosowań można uznać za formy terapii sztuką, ale nie wszystkie z nich. Bo przecież istnieje różnica między stosowaniem działań artystycznych w leczeniu schizofrenii czy anoreksji a rozwijaniem, również przy pomocy działań artystycznych, wyobraźni twórczej uczniów lub pojęciowej reprezentacji świata u osób z niepełnosprawnością intelektualną. Zatem czym jest arteterapia? Które z wielorakich zastosowań działań artystycznych – twórczych i szeroko pojętego „kontaktu ze sztuką” stanowią przykład działań arteterapeutycznych? Jakiej jest zaplecze teoretyczne terapii sztuką i jakie są jej cele w odniesieniu do osób z upośledzeniem umysłowym? Oto problemy podjęte w artykule. Całość rozważań zakończy prezentacja metody remediacji poznawczej (MRP) jako metody wspomagania pojęciowego rozwoju osób z niepełnosprawnością intelektualną poprzez aktywność rysunkową.

1. Pojęcie arteterapii.

Istnieje powszechna zgoda co do terapeutycznych walorów kontaktu ze sztuką. Zgoda ta jest nieco mniej powszechna, gdy chodzi o definiowanie terminu „arteterapia”. Arteterapia jest rozumiana np. „...jako układ poglądów i czynności ukierunkowanych na utrzymanie i (lub) podnoszenie poziomu jakości życia ludzi przy pomocy szeroko rozumianych dzieł sztuki i uprawiania sztuki.” (Kulczycki, 1990, s.12) lub też uznawana za „...metodę leczenia wywodzącą się z różnych koncepcji teoretycznych, jak psychoanalizy, teorii postaci, psychologii twórczości, fenomenologii, która znalazła zastosowanie w postępowaniu psychoterapeutycznym i socjoterapeutycznym.” (Janicki, 1990, s.14). Jędrychowska – Płonka i Baranowska – Bartyzel (2000) uznają arteterapię za „uniwersalną metodę leczenia w psychiatrii.”(s.73), będącą „...procesem twórczym, wykorzystującym zasoby człowieka, pozwalającym mu na harmonijne łączenie zmysłów z intelektem w przeżywaniu siebie i świata, w redukowaniu napięć w otwieraniu się...” (s.73).

Metodę, której nie można utożsamić z terapią zajęciową będącą formą terapii przez pracę (por. Jędrychowska – Płonka i Baranowska – Bartyzel 2000). Jeśli chodzi o definiowanie poszczególnych dziedzin arteterapii, to o muzykoterapii Galińska (1990) pisze, że jest to „systematyczne, metodyczne, oparte na podstawach naukowych zastosowanie kliniczne muzyki.” (s.25), według Aleszko (2000) „choreoterapia jest to metoda lecznicza oparta o taniec wzbogacony o ćwiczenia muzyczne – ruchowe i improwizacje ruchowe do wybranej muzyki.” (s.41). O biblioterapii Skorny (2000) pisze, że „polega (ona) na zastosowaniu książki jako środka oddziaływania terapeutycznego. Funkcję tę spełnia literatura piękna, biografie, autobiografie, pamiętniki, fragmenty dzieł filozoficznych.” (s. 33). Psychodrama i tworzenie spektakli teatralnych przez terapeutów wraz z pacjentami szpitali lub podopiecznymi różnych ośrodków dla osób niepełnosprawnych są najbardziej popularnymi formami wykorzystania teatru w arteterapii (Prus,1990).

Nie podejmując dyskusji dotyczącej różnic w sposobach definiowania arteterapii, a skupiając się na zasadniczych ideach wspólnych i komplementarnych w przytoczonych wyżej sposobach rozumienia terminu przyjmuję, iż arteterapia jest specyficznym rodzajem psychoterapii tj. specjalistycznej metody pomagania ludziom przy użyciu środków psychologicznych (w odróżnieniu od np. farmakoterapii czy fizykoterapii).

Definiowanie terapii sztuką jako rodzaju psychoterapii wymaga odwołania się do przyjętych definicji psychoterapii jako pojęcia nadrzędnego w stosunku do pojęcia arteterapii. „Słownik psychologii” podaje, że psychoterapia, to „...metodyczne stosowanie określonych technik psychologicznych w celu doprowadzenia chorego do stanu równowagi emocjonalnej. Zakres działania psychoterapii jest bardzo rozległy: od zaburzeń charakteru i nerwic do chorób psychosomatycznych, a nawet psychoz. Wszystkie metody psychoterapeutyczne (pomoc moralna, sugestia, reedukacja, psychoanaliza itd.) oparte na porozumieniu między terapeutą a chorym mają te same cele, tzn. pełny rozwój osobowości i lepszą integrację społeczną pacjenta.” (Silamy, 1998

s.241). Kościelska (2000) zwraca uwagę na różnorodność szkół i metod psychoterapii, pisząc, że „Jest to duży zbiór różnych metod oddziaływania, które są najogólniej skupione na Ja pacjenta i mają mu pomóc w odblokowaniu możliwości rozwoju.” (s.645). Metody te znajdują oparcie teoretyczne w różnych teoriach psychologicznych. Zgodnie ze swoją koncepcją zaburzeń jako zablokowania możliwości rozwoju, ich odblokowanie związane z oddziaływaniem na Ja pacjenta uznaje ona za ogólny cel psychoterapii (Kościelska 1995). Podobnie problem etiopatogenezy zaburzeń i leczenia widzi Johnson (1993, t.3). Psychopatologia to, jego zdaniem, „zawężenie repertuaru reakcji człowieka. Tworzy ona pewną sztywność, która ogranicza szeroki wachlarz możliwości organizmu radzenia sobie z różnymi sytuacjami. Często zahamowanie rozwoju i uczenia się, obejmujące jeden aspekt życia, rozszerza się, blokując całkowicie naturalne uczenie się i przystosowanie. Procesy te muszą być wtedy reaktywowane.” (Johnson 1993, t.3, s.16). Według Johnsona psychoterapia jest właśnie metodą „reaktywacji” zablokowanych procesów.

Grzesiuk (2000) podaje trzy rozumienia terminu psychoterapia: potoczne, szerokie i węższe – rozumienie terapeutów. Potocznie „...psychoterapia pojmowana jest jako rozmowa odbyta z życzliwą osobą, udzielanie rad, pocieszanie, uspokajanie, dodawanie otuchy osobie nie radzącej sobie z własnymi problemami, by złagodzić jej trudności.” (s.767). Szeroko psychoterapia „rozumiana jest jako dziedzina kultury, skupiająca w sobie najogólniejsze pytania o naturę ludzką, o zdrowie i chorobę, a także koncentrująca się na indywidualnym człowieku, który cierpi i szuka pomocy.” (s.767). Przez psychoterapeutów „...ujmowana jest jako specjalistyczna metoda leczenia, polegająca na intencjonalnym stosowaniu zaprogramowanych oddziaływań psychologicznych, wykorzystująca wiedzę teoretyczną i umiejętności psychoterapeuty (najczęściej psychologa klinicznego lub psychiatry) w procesie niesienia pomocy – głównie osobom z zaburzeniami neurotycznymi, zaburzeniami osobowości i zaburzeniami psychosomatycznymi. Związek emocjonalny jaki powstaje między psychoterapeutą a pacjentem, jest często w sposób zamierzony wykorzystywany jako podstawowy środek leczenia. Celem psychoterapii jest zwłaszcza rozwój osobowości, zdrowie psychiczne i usuwanie objawów chorobowych pacjenta.” (s.767). Sprawozdawcza definicja Grzesiuk, jako najpełniejsza stanowi najdogodniejszy punkt wyjścia do określenia czym jest arteterapia. W sposób podobny do Grzesiuk, psychoterapię definiuje Sękowa (2001) ujmując ją jako jedną z form pomocy psychologicznej, do których należą również: interwencja kryzysowa, rehabilitacja psychologiczna, psychoprofilaktyka (psychologiczna prewencja), promocja zdrowia oraz poradnictwo i konsultacja grup samopomocy. Píše ona: „Psychoterapia polega na świadomym, celowym i programowanym oddziaływaniu psychologicznym w celu usunięcia lub zmniejszenia zaburzeń w funkcjonowaniu psychicznym, somatycznym i społecznym oraz usunięcia ich psychospołecznych przyczyn.”[1] (Sęk, 2001 s.167). Gelso i Hayes (2004) wyróżniają w psychoterapii jej aspekt technic-

zny, na który składają się techniki stosowane przez terapeutę w celu uzyskania pożądaných zmian zachowań u klienta oraz aspekt relacyjny tj. „emocje i postawy, jakie żywią wobec siebie klient i terapeuta, oraz łącząca ich więź psychiczna opierająca się na tych właśnie uczuciach i postawach.” (Gelso i Hayes 2004 s.15) Problematyce relacji wiążących w psychoterapii terapeutę i klienta autorzy poświęcają całą swą książkę.

Przytoczone definicje zawierają podobne elementy dotyczące intencjonalności i programowania specjalistycznych oddziaływań pomocowych, psychologicznego ich charakteru co zakłada związek terapeutyczny, celu, jakim jest usuwanie lub zmniejszanie zaburzeń co wiąże się zwykle z rozwijaniem określonych aspektów osobowości oraz oddziaływaniem na środowisko (jak np. w terapii rodzin).

W konstruowanej definicji arteterapii rozumianej jako forma psychoterapii wszystkie te elementy powinny zostać zawarte. Zatem – arteterapia to rodzaj psychoterapii tj. specjalistycznej metody pomagania ludziom. Polega ona na intencjonalnym stosowaniu zaprogramowanych oddziaływań psychologicznych, wśród których tworzenie i recepcja sztuki zajmują miejsce zasadnicze. Celem tych oddziaływań jest usunięcie lub zmniejszenie zaburzeń w funkcjonowaniu psychicznym, somatycznym i społecznym co wiąże się z odblokowaniem możliwości rozwojowych. Relacja terapeutyczna jaka powstaje między psychoterapeutą a pacjentem/klientem, stanowi zasadniczy czynnik leczący w arteterapii podobnie jak w innych rodzajach psychoterapii. Jednak tym, co decyduje o specyfice arteterapii, co różni ją od innych form pomocy psychoterapeutycznej, jest wykorzystanie w celach leczniczych recepcji sztuki oraz aktywności artystycznej – twórczej pacjenta/ klienta realizowanej pod kierunkiem terapeuty i/lub we współdziałaniu z nim w dowolnej dziedzinie sztuki. Tak więc istnienie specyficznej relacji między terapeutą a klientem /pacjentem w toku tworzenia lub/i recepcji sztuki stanowi o specyfice arteterapii jako metody psychoterapii.

Terapia sztuką może być uprawiana na różnych podstawach teoretycznych analogicznie do innych metod psychoterapeutycznych tj. w ujęciu psychoanalitycznym, humanistycznym – egzystencjalnym behawioralno – poznawczym i systemowym, lub też – eklektycznym. We wszystkich formach organizacyjnych tj. indywidualnej, grupowej i rodzinnej.

W zależności od dziedziny sztuki wyodrębnia się rodzaje arteterapii, z których pozycję najbardziej ugruntowaną w praktyce i teorii mają: muzykoterapia, choreoterapia, dramatoterapia, plastykoterapia czyli terapia przez sztukę w węższym znaczeniu słowa sztuka oraz biblioterapia (związana z recepcją literatury i samodzielnym tworzeniem) (por. Hanek, Passella, red. 1990). [2]

Terminy arteterapia, terapia przez sztukę czy terapia sztuką są znaczeniowo równoważne (por. Karolak, 2000).

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną jako prezentujące

układ wielorakich zaburzeń w sferach zachowania, relacji społecznych i funkcji intelektualnych są potencjalnymi adresatami działań arteterapeutycznych. Specyfika rodzaju zaburzeń w tej grupie osób powinna znaleźć odbicie na płaszczyźnie celów terapii sztuką. Postulowanymi tu celami wiodącymi są: wspieranie rozwoju Ja oraz pojęciowej reprezentacji świata i myślenia operacyjnego.

2. Problem zakresu pojęcia arteterapia. Dla kogo arteterapia?

Z definicji terminu arteterapia wynika, że adresatem działań arteterapeutycznych są osoby wykazujące zaburzenia „w funkcjonowaniu psychicznym, somatycznym i społecznym”. A zatem stwierdzenie zaburzeń, ich diagnoza tzn. określenie objawów, prawdopodobnych przyczyn i mechanizmów uprawnia do stosowania środka leczniczego jakim jest arteterapia. Całościowa diagnoza obejmująca część negatywną (zaburzeń) i pozytywną (zasobów) otwiera drogę postępowania terapeutycznego o charakterze psychologicznym. Psychologiczny charakter oddziaływań zakłada specyficzną relację między terapeutą a klientem/pacjentem w przypadku terapii indywidualnej, między terapeutą a klientami/pacjentami i członkami grupy w przypadku terapii grupowej, lub też między między terapeutą a członkami rodziny oraz członkami rodziny między sobą w przypadku terapii rodzin. Diagnozowanie i leczenie przeplatają się w arteterapii podobnie jak w innych rodzajach psychoterapii.

Łatwo zauważyć, iż termin „arteterapia” zyskuje w ostatnim okresie znaczną popularność a w jego zakres włączane są wszelkie formy stosowania aktywności artystycznej w celu wspierania rozwoju i podnoszenia jakości życia człowieka. Dla tego typu działań terminami adekwatnymi, niekiedy o długiej i dobrej tradycji są terminy takie jak wychowanie przez sztukę, wychowanie estetyczne, wychowanie estetyczno – twórcze, wychowanie przez twórczość, trening kreatywności, trening twórczego myślenia, trening twórczości, również trening wrażliwości interpersonalnej, rozwoju osobistego itp. Działania twórcze wykorzystujące różne techniki artystyczne i ich kombinacje dla rozwijania np. wyobraźni, empatii, umiejętności wpływania na innych, umiejętności negocjacji, skutecznego komunikowania się itd. są stałym elementem treningów, warsztatów, szkoleń, programów profilaktycznych. Szczególnie popularne, często i z dobrymi efektami stosowane są w edukacji (Limont, 1994, 1996). Nie ma żadnego powodu, by stosując działania o charakterze artystyczno – twórczym w celu rozwijania określonych kompetencji np. asertywności u uczniów, mówić o stosowaniu arteterapii, co pośrednio byłoby dowodem istnienia zaburzeń u wszystkich z nich. Jednak takie nadmierne rozszerzenie zakresu pojęcia zdarza się coraz częściej (por. np. Arciszewska – Binnebesel 2003, Konieczna 2003, Marek 2004).

Odrębność arteterapii w stosunku do innych form stosowania działań artystyczno – twórczych w celu rozwijania określonych kompetencji osobowościowych czy wywoływania zmian w zachowaniu musi być zachowana nawet wtedy, gdy leczenie za pomocą działań arteterapeutycznych polega na przywracaniu

naturalnego toru rozwoju, kiedy zaburzenie jest interpretowane właśnie jako zablokowanie i odejście od tego naturalnego toru zdrowego rozwoju jak to czynią wspomniani już Johnson (1993) i Kościelska (1995). Jeśli działania artystyczno – twórcze w arteterapii i np. w wychowaniu przez sztukę pełnią podobną funkcję wywoływania zmiany w osobowości to nie znaczy, że są tym samym. Uznanie ich za to samo to tak, jak gdyby but nazwać młotkiem, dlatego, że zwykło się go używać do wbijania gwoździ w ścianę. Używając tego właśnie obrazowego porównania o szkodliwości zacierania różnic między pojęciami opisującymi rzeczy podobne ze względu na jakąś funkcję, niemniej jednak – różne, pisze Arendt (1994).

Dla poparcia przedstawionego wyżej stanowiska chciałabym przytoczyć jeszcze jedną definicję psychoterapii, tym razem autorstwa Czabały (2002) „Psychoterapia to takie oddziaływania leczące, w wyniku których pacjent zdobywa nowe doświadczenia emocjonalne, nową wiedzę i uczy się nowych wzorców reagowania i zachowania. Pozwalają one pacjentowi na poszukiwanie nowych sposobów rozwiązywania własnych problemów, które doprowadziły do powstania objawów.” (s.246). Autor odnosi się bardzo krytycznie do zjawiska zacierania granic między psychoterapią, wychowaniem a duchową ewolucją człowieka w cyklu jego życia. Pisze on: „Psychoterapia, moim zdaniem, nie jest właściwą metodą służącą nadawaniu sensu ludzkiemu życiu, czynieniu ludzi doskonałymi, dobrymi, wyposażaniu ludzi w narzędzia zapewniające im nieustanną skuteczność. Poszukiwanie sensu życia, dążenie do doskonałości, kształtowanie systemów wartości odbywa się gdzie indziej, w procesie wychowywania, socjalizacji, w procesie rozwoju duchowego. Psychoterapia nie jest metodą na przekształcanie świata w miejsce powszechnej szczęśliwości i na kształtowanie ludzi doskonałych, pięknych i zawsze zadowolonych.” (Czabała, 2002, s.242/3). Zgadza się z autorem co do konieczności widzenia różnic i zachowania rozgraniczeń między psychoterapią a np. wychowaniem czy edukacją oraz co do tego, iż „Psychoterapia nie jest metodą na przekształcanie świata w miejsce powszechnej szczęśliwości...” trzeba jednak zauważyć, iż problem osoby poddającej się psychoterapii polegać może właśnie na niemożności określenia sensu swojego istnienia, i właśnie zmiana tego aspektu Ja będzie zasadniczym celem psychoterapii.

Przenosząc wnioski z powyższych rozważań na grunt arteterapii, chciałabym podkreślić, że jest ona specjalistyczną metodą leczenia. A zatem stosowanie technik artystycznych w szkołach i przedszkolach, ośrodkach kultury i domach pomocy społecznej w celach wychowawczych i dydaktycznych a także w celach promocji zdrowia i prewencji zaburzeń nie jest równoznaczne ze stosowaniem arteterapii jako metody psychoterapeutycznej. W praktyce może zdarzać się, i zapewne zdarza się tak, że konkretny uczestnik np. treningu twórczości zmienia wiele w obrazie siebie a jego poczucie wartości rośnie pod wpływem nowych doświadczeń. Z tego powodu jednak trening twórczości nie zamienia się w terapię sztuką, choć względem jakiejś osoby mógł on spełnić funkcje terapeutyczne. Na poziomie pro-

jektowania i realizacji procesu terapii sztuką oraz na poziomie teoretycznego opisu tj. budowania jego modeli pojęciowych zachowanie rozróżnień jest konieczne. Model teoretyczny nie jest identyczny ze światem rzeczywistym przejawiającym się w niezliczonej ilości indywidualnych, niepowtarzalnych zdarzeń. Funkcją modelu powstającego w efekcie abstrakcji i uogólniania jest tworzenie obrazu istotnych relacji między wyodrębnianymi klasami zdarzeń – zatem porządkowanie strumienia niepowtarzalnych sytuacji rzeczywistych. To z jego perspektywy możliwe jest rozumienie sensu tego co się dzieje, antycypowanie zmian i wpływanie na ich przebieg (Barbour, 1984). Bo, jak pisze Helen Bee „Fakty, same z siebie nie dają wyjaśnienia żadnego zjawiska (...). Wyjaśnienie wymaga zastosowania teorii.” (Bee, 2004 s.62); na poziomie teorii konieczne jest zachowanie rozróżnień między poszczególnymi sposobami wykorzystywania aktywności artystycznej (np. do celów leczniczych, stymulowania twórczości czy rozwijania wrażliwości estetycznej) by z prawidłowo ukształtowanej perspektywy teoretycznej można było adekwatnie rozumieć praktykę i ją organizować.

3. Teoretyczne zaplecze terapii sztuką.

Arteterapia nie jest powszechnie uznawana za odrębny rodzaj psychoterapii. Grzesiuk (2000) omawiając nurty teoretyczne, zjawiska i techniki psychoterapii, o terapeutycznych funkcjach twórczości plastycznej i muzycznej pacjentów pisze w podrozdziale zatytułowanym „Analiza wytworów pacjenta”. W monograficznym opracowaniu „Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy.” (Grzesiuk red. 1994) terapia sztuką również nie jest wymieniana jako osobny nurt w psychoterapii. Nie umieszcza jej także Kowalik (2000, s.817) w zestawieniu metod i technologii rehabilitacji osób niepełnosprawnych, wymienia natomiast oddzielnie: psychoterapię oraz działalność artystyczną.[3]

Arteterapia jest najczęściej ujmowana jako swoista technika włączana w tok procesu psychoterapeutycznego. Jednak rozległość i różnorodność technik arteterapii, ich powiązanie z poszczególnymi dziedzinami sztuki: muzyką, plastyką, literaturą, teatrem, filmem jak i działaniami nowoczesnej sztuki integrującej różne jej dziedziny, jak również powstanie zawodu arteterapeuty przemawiają za jednoznacznym uznaniem arteterapii jako odrębnego nurtu w psychoterapii. Nurtu, którego zaplecze teoretyczne stanowią (1) psychologia z jej różnorodnymi ujęciami problematyki człowieka, jego rozwoju i zaburzeń, (2) sztuka w aspekcie wiedzy i umiejętności praktycznego działania oraz (3) medycyna z jej dyscyplinami szczegółowymi. Jeśli uzna się arteterapię za rodzaj psychoterapii, to wiodącą rolę w kształtowaniu jej podstaw teoretycznych zajmie psychologia. Do jakich zatem orientacji teoretycznych w psychologii nawiązuje arteterapia?

W praktyce psychoterapeutycznej terapia sztuką zaistniała jako odrębna dyscyplina od 1966, kiedy to Margaret Naumburg, reprezentująca orientację psychoanalityczną, włączyła do terapii swobodny rysunek (Oster, Gould, 1999, s.20). Początki arteter-

apii związane są więc z psychoanalizą. Od tamtej pory sztuką posługują się terapeuci o różnych orientacjach teoretycznych bądź jako zasadniczą techniką w prowadzonej przez siebie terapii, bądź dodatkową techniką wspomagającą.

Najszerzej z technik artystycznych korzystają te ze szkół psychoterapii, które inspirację czerpią z psychologii humanistyczno – egzystencjalnej, gdzie twórczość łączona jest ze zdrowiem i bywa uznawana za jego warunek. W ujęciu humanistyczno – egzystencjalnym aktywność artystyczna staje się narzędziem aktywizacji potrzeb samorealizacji jednostki, aktywizacji potencjałów twórczych, których ujawnienie i zaspokajanie decyduje o zdrowiu i życiowym spełnieniu jednostki (Zinker, 1991; Rogers, 1991; Maslow, 1968). Teorie te, wskazując na związek tworzenia ze zdrowiem, wartość działań artystycznych w procesie nawiązywania relacji interpersonalnych oraz odkrywania i umacniania tożsamości tworzą doskonały grunt dla stosowania działań artystyczno – twórczych w terapeutycznej pracy. Pisze o tym Zinker: “Powodem, dla którego rysunek lub obraz może mieć funkcję terapeutyczną jest to, że jeżeli jest doświadczany przez artystę jako proces pozwala mu to w stosunkowo krótkim czasie poznać siebie jako osobę (...) a doświadczając wewnętrznego ruchu (...) uzyskuje też jego wizualne potwierdzenie w obrazie, który tworzy” (Zinker, 1991, s.212). Jeżeli proces tworzenia dokonuje się w grupie, jej członkowie uzyskują dodatkowo doświadczenie bliskiej więzi z innymi, co pozwala im w przyszłości funkcjonować w sposób bardziej pełny i otwarty w sytuacjach społecznych.

W psychologii dynamicznej[4] terapeutyczne funkcje sztuki ujmowane są w kontekście problematyki twórczości, rozwoju oraz zdrowia. Koncepcja catharsis – przeżycia i uwolnienia tłumionych emocji, rozwoju ego w procesie aktywności artystycznej oraz zdolności do „regresji w służbie ego” jako warunku tworzenia (Kris, 1952; Rosińska, 1985) wyznaczają szerokie podstawy teoretyczne działaniom terapeutycznym prowadzonym w oparciu o sztukę. Wkład psychoanalizy w tworzenie teoretycznej bazy dla terapii sztuką jest najznaczniejszy ze względu na freudowską koncepcję symbolizacji tj. wnoszenia w obszar psychiki świadomej treści nieświadomych przy pomocy symboli, koncepcję konfliktu intrapsychoicznego, mechanizmów obronnych w tym przede wszystkim wyparcia i projekcji oraz oporu, przeniesienia i przeciwprzeniesienia w trakcie leczenia psychoanalitycznego.

Należy zauważyć, że psychoanaliza w swej wersji ortodoksyjnej, jako metoda leczenia oparta na technikach werbalnych, nie mogłaby korzystać z działań artystycznych jako swych technik. Jednak to właśnie przez terapeutów o orientacji psychoanalitycznej, (tyle, że zmienionej, uwspółcześnionej) po raz pierwszy działania artystyczne zostały wprowadzone do psychoterapii. Wiele współczesnych nurtów psychoanalitycznych np. teoria relacji z obiektem, teoria charakterologiczno – rozwojowa Johnsona[5] służy jako teoretyczne zaplecze dla terapeutów wykorzystujących w swej pracy sztukę i również zabawę (por.

Winnicott 1976). A język jakim posługują się powszechnie terapeuci sztuką w opisie zjawisk w przebiegu terapii ma swe źródła właśnie w psychoanalizie. Do pojęć o psychoanalitycznym rodowodzie, oprócz wcześniej wymienionych, należą między innymi: korektywne doświadczenie emocjonalne, odreagowanie emocji, przepracowanie, wgląd.

Techniki artystyczno – twórcze wykorzystywane są również przez terapeutów identyfikujących się z orientacją interakcyjno – systemową. W tym nurcie pracuje wiele szkół terapii rodzin, par małżeńskich, grup samopomocy i grup wsparcia.

Wydaje się, że w najmniejszym zakresie z technik arteterapeutycznych korzystają terapeuci behawioralni, którzy jako zasadniczy cel terapii uznają wygaszenie nieadaptatywnych nawyków i wyuczenie nawyków adaptatywnych. Z założenia zatem, symbolika wewnętrznego świata pacjenta/klienta wyrażana w jego wytworach artystycznych nie jest przedmiotem zainteresowania. Jednak często w procesie terapii behawioralnej wykorzystywana jest np. muzyka dla osiągnięcia stanu pożądanego relaksu w toku treningu desensytyzacji, lub rysunek dla określenia planu zmian w zachowaniu. Nie można więc kategorycznie stwierdzić, iż terapia behawioralna nie ma żadnych punktów stykowych z arteterapią.

Psychologia poznawcza, będąca jako nurt teoretyczny formą reakcji na ograniczoność behawioryzmu a jednocześnie rodzajem jego kontynuacji zakłada, iż uczucia i działania człowieka zależą od jego przekonań, od tego co myśli on o danej sytuacji, tzn. od sposobów jej poznawczej interpretacji. Ludzie żywią wiele przekonań irracjonalnych, które im szkodzą, bo blokują aktywność, prowadzą do konfliktów, w przypadku choroby – opóźniają proces zdrowienia. Żeby zmienić te zachowania trzeba zmienić przekonania tj. schematy poznawcze jednostki. Powyższe założenia stanowią podstawę wielu szkół psychoterapii poznawczej (por. Maultsby, 1992; Ellis 1999; Sęk 2001) włączającej również działania artystyczne do arsenału stosowanych technik.

Dokonując przeglądu teoretycznego zaplecza arteterapii nie można pominąć, prac Kozieńko (1999) dotyczących choreoterapii, szkół terapeutycznych nie mieszczących się w ramach głównych orientacji teoretycznych w psychologii oraz tendencji eklektycznych i integracyjnych w psychoterapii. Im właśnie chciałabym poświęcić teraz nieco uwagi.

Ważny wkład w problematykę teoretycznych podstaw psychoterapii tańcem wniosła Kozieńko (1999). W swej monografii „Taniec i psychoterapia” osobny rozdział poświęciła analizie technik i przebiegu procesu terapeutycznego w indywidualnej psychoterapii tańcem według założeń teorii relacji z obiektem, psychologii analitycznej Junga i psychologii indywidualnej Adlera. Jeśli chodzi o terapię grupową, to porównała dwie jej formy oparte na ogólnie charakteryzowanym podejściu psychoanalitycznym i humanistycznym. W pracy Kozieńko godne szczególnego podkreślenia jest to, że nie tylko omawia ona

założenia teoretyczne danego nurtu w psychologii, wynikającą z niego koncepcję terapii tj. jej cele, stosowane techniki i przebieg procesu terapeutycznego ale również prezentuje przypadki kliniczne. Umożliwia to prześledzenie relacji wiążących teoretyczne modele z działaniami terapeuty w toku konkretnych sesji terapeutycznych a także wychwycenie różnic i podobieństw w przebiegu terapii inspirowanej poszczególnymi orientacjami teoretycznymi.

Nie wszystkie ze szkół psychoterapeutycznych daje się umieścić w ramach podstawowych teoretycznych nurtów w psychologii. Wiele spośród nich np. NLP, terapia eriksonowska, terapia zabawą (prowadzona w różnych orientacjach teoretycznych) korzysta również z technik artystycznych. Zwykle są to rozmaite odmiany technik plastycznych (rysowanie i malowanie, lepienie w glinie i plastelinie, kolaż itp.) jak również technik dramowych (por. Kaduson, Schaefer, 2001). Ponadto, współczesny psychoterapeuta buduje swój warsztat na podstawach eklektycznych. Korzysta z technik pracy o różnych teoretycznych proweniencjach i w sposób komplementarny posługuje się różnymi modelami osobowości, jej funkcjonowania, rozwoju i zaburzeń. Będąc w swej pracy bliższym postawie eklektyka niż purysty, niewątpliwie rozszerza wachlarz możliwości interpretacji zaburzeń i form pomocy, najpewniej podwyższa ich efektywność ale jednocześnie – utrudnia porządkowanie obszaru teorii i praktyki psychoterapeutycznej. Wydaje się, że w obliczu wymienionych korzyści można usprawiedliwić tę niedogodność.

We współczesnej psychoterapii silnie zaznaczają się tendencje integracyjne. Czabała (2002) wyróżnia kilka sposobów tej integracji. Polegać one mogą na wprowadzaniu wybranych pojęć jednej teorii w zasadniczy system innej teorii np. pojęcia psychoanalityczne wprowadzane do psychologii poznawczej (id, ego, superego, mechanizmy obronne), lub behawioryzmu do psychoanalizy czy poznawczej psychologii osobowości (nagroda, kara, generalizacja). Jeszcze inną formą integracji jest budowanie nowego podejścia w oparciu o dwa lub więcej istniejących nurtów teoretycznych i związanych z nimi szkół terapii. Przykładem może służyć próba integracji psychoterapii poznawczej i humanistycznej (por. Czabała, 2002) czy teoria charakterologiczno rozwojowa Johnsona. Kolejną z możliwości integracji różnych nurtów w psychoterapii polega na tworzeniu metamodeli psychoterapii. Jak pisze Czabała „Tworzenie metamodeli psychoterapeutycznych sprowadza się głównie do budowania modelu procesu psychoterapii, a nie metateorii dotyczącej psychopatologii.” (Czabała, 2002, s. 89).

Potrzeba budowania metateoretycznego modelu wyniknęła w znacznej mierze z praktyki psychoterapeutycznej, gdzie swobodne korzystanie z technik o różnych teoretycznych proweniencjach jest od dawna stałym elementem jej pejzażu. Zinker (1991) pisze „Piękno terapii Gestalt polega na tym, że łączy ona werbalne proklamacje z ekspresją cielesną, z działaniem. Tutaj terapia Gestalt wchodzi na teren behawioryzmu, analizy Reichowskiej i bioenergetyki. Skłania ona do tego, aby człowiek

odreagował i urzeczywistnił to, czego uczy się o sobie.” (s.95). Johnson (1993 t.1) natomiast charakteryzując stosowane przez siebie techniki terapeutyczne stwierdza, że pochodzą one „... ze wszystkich głównych współczesnych szkół myśli psycho-terapeutycznej, między innymi: psychoanalizy transakcyjnej, bioenergetyki, psychologii ego, terapii Gestalt, hipnozy, terapii nastawionej na klienta, modyfikacji zachowania, terapii strategicznej, terapii racjonalno – emotywniej, terapii rodzinnej i programowania neurolingwistycznego.” (s.10). Drugi istotny impuls w kierunku budowania modeli metateoretycznych w psychoterapii pochodzi z badań porównawczych skuteczności psychoterapii prowadzonych według konkurencyjnych modeli teoretycznych, które nie wykazały, iżby któraś ze szkół była zasadniczo lepsza, skuteczniejsza od drugiej. Skierowały one zainteresowania badaczy w stronę poszukiwań wspólnych czynników leczących w psychoterapii oraz zjawisk wspólnych w jej przebiegu. Grzesiuk (1994) wymienia dziesięć czynników leczących w psychoterapii, z których trzy pierwsze uznaje za specyficzne dla psychoanalizy pozostałe zaś – właściwe również innym szkołom terapii. Są to:(1) usuwanie przeniesień wyłącznie przez interpretowanie, (2) uświadamianie myśli i emocji nieświadomych, (3) usuwanie obron (przez interpretowanie), (4) tworzenie silnego związku emocjonalnego pacjent – terapeuta, (5) korekcyjne doświadczenia emocjonalne, (6) odreagowanie tłumionych emocji, (7) wzmacnianie pacjenta (poprzez akceptację, ukazywanie jego dobrych stron), (8) wgląd (w źródła objawów, w reakcje przeniesieniowe i nieświadome myśli, uczucia i zachowania), (9) podkreślanie autonomii, konieczności przyjmowania odpowiedzialności za siebie, (10) identyfikacja pacjenta z terapeutą (por. Grzesiuk 1994, s.24/25). Jeśli chodzi o zjawiska wspólne w procesie psychoterapii to Grzesiuk (2000 t.3 s.777) wymienia pięć ich kategorii: relacje terapeuta – pacjent, opór przed zmianą, rozładowywanie napięć emocjonalnych, wgląd emocjonalny i intelektualny oraz uczenie się.

Praktycznie we wszystkich nurtach teoretycznych psychoterapii podkreśla się znaczenie jakie ma dla powodzenia terapii relacja terapeutyczna czyli związek terapeutyczny nazywany również przymierzem terapeutycznym i identyfikowany jako „wzmocniony kontekst, w którym osoba może zmierzyć się z traumą” (Johnson, 1993, t.3 s.14). Dobra relacja z terapeutą jest także przez pacjentów uznawana za warunek powodzenia terapii; opisują ją jako zrozumienie, wsparcie, uczciwość i troskę terapeuty. Elementy procesu terapeutycznego wspólne dla różnych podejść teoretycznych wymienia również Czabała (2002)[6] pisząc, iż jest on: „oparty na doświadczeniu nowych emocji, nabywaniu nowej wiedzy o sobie i otoczeniu, i uczeniu się nowych zachowań.” (s.87), a tym co różni poszczególne szkoły terapeutyczne są techniki wzbudzania tego procesu. W swoim opisie wyraźnie odchodzi on od języka psychoanalitycznego charakteryzującego opis zjawisk wspólnych w psychoterapii podawany przez Grzesiuk. Ponadto podkreśla on, że efektem integracji szkół i nurtów jest bardziej spójne, pozbawione „tendencji

rywalizacyjnych” ujmowanie celów psychoterapii jako czterech podstawowych kategorii zmian: zmiany zachowań, relacji interpersonalnych, schematów poznawczych i osobowości. Jak wiadomo, tradycyjnie z psychologią behawioralną związane są zmiany zachowania, likwidacja nawyków nieprzystosowawczych i ukształtowanie adaptatywnych (zmiana behawioralna). Konceptje poznawcze zakładają zmiany schematów poznawczych porzucenie irracjonalnych przekonań na rzecz racjonalnych (zmiana intrapsychiczna dotycząca schematów poznawczych, przekonań, sposobu myślenia o problemach a w efekcie sposobu ich przeżywania i rozwiązywania). Konceptje humanistyczne oczekują zmian w zakresie relacji z innymi ludźmi i strukturze Ja (zmiana interpersonalna i intrapersonalna). Teorie systemowe dążą do zmian w funkcjonowaniu systemów, w których żyje jednostka tj. rodziny, szkoły, miejsca pracy, środowiska lokalnego. Konceptje psychodynamiczne zakładają jako cel zmiany dotyczące konfliktów intrapsychicznych, rozwoju deficytowych funkcji ego (zmiana intrapsychiczna, zmiana osobowości) [7] (por.Johnson,1993 t.1). Wydaje się, że w przewyżczeniu tendencji „ortodoksyjnych” i „rywalizacyjnych” w psychoterapii ma również swój udział coraz szersze przyjmowanie w psychologii zasady komplementarności w wyjaśnianiu zjawisk życia psychicznego i jego zaburzeń.[8]

Należy podkreślić, że integracja szkół w psychoterapii stwarza dogodne podstawy dla formowania założeń arteterapii dla osób z niepełnosprawnością intelektualną. Wątek ten zostanie podjęty w dalszej części artykułu.

Wyżej przedstawione ujęcia teoretyczne, choć w heurystyczny sposób przedstawiają problematykę mechanizmów oddziaływania sztuki na jednostkę i umożliwiają efektywne jej wykorzystanie w procesie terapii, są jednak niewystarczające dla wyjaśnienia terapeutycznych potencjałów sztuki wynikających z jej cech strukturalno – funkcjonalnych jako instrumentu budowania poznawczej reprezentacji świata. Szansę taką stwarzają aktualnie rozwijające się poznawcze nurty w teorii osobowości i teorii sztuki oraz nauka o poznaniu (cognitive science). Wraz z rozwojem teorii sztuki wskazujących na poznawcze i adaptacyjne źródła artystycznej aktywności człowieka (por. Argenton 1996;Gadamer, 1993) – z jednej strony, z drugiej zaś strony – rozwojem poznawczej teorii osobowości (Kofta, Doliński, 2000)[9] i nauk o poznaniu, konstytuuje się nowa teoretyczna baza dla arteterapii. Wyłania się perspektywa ukazania jej terapeutycznych możliwości i celów związanych z tworzeniem się reprezentacji poznawczej świata. Jest to baza teoretyczna szersza niż dotychczasowa. Pozwala na włączenie do zbioru celów arteterapii tych, które dotyczą organizowania się i funkcjonowania poznawczej reprezentacji świata. Są to cele inne, niż dotąd stawiane na pierwszym planie, cele dotyczące wyrażania i odreagowywania emocji, mające swój rodowód w psychoanalizie i teorii humanistycznej (por. Moron, Sudres, Roux 2003). Stanowią jednak ich konieczne dopełnienie. Prezentowana w ostatnim punkcie artykułu Metoda Remediacji Poznawczej (MRP) ma zaplecze teoretyczne w poznawczych nurtach psychologii i

nauk o sztuce oraz piagetowskiej teorii poznawczego i emocjonalnego rozwoju dziecka.

4. Cele arteterapii dla osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Aby formułować zasady prowadzenia arteterapii dla osób z niepełnosprawnością intelektualną i określać jej cele trzeba sięgnąć do wiedzy z kilku różnych, choć wzajemnie powiązanych dziedzin. Psychoterapia określa model procesu terapeutycznego, czynniki leczące, zjawiska wspólne oraz techniki i formy organizacyjne procesu arteterapii. Wybrane elementy teorii sztuki oraz psychologii twórczości i zdolności umożliwiają wyjaśnianie potencjałów terapeutycznych zawartych w aktywności twórczej (np. koncepcja Gadamera antropologicznej bazy doświadczania sztuki przez człowieka, model ekosystemu twórczości Stasiakiewicza, model struktury zdolności plastycznych Limont). Psychologia rozwoju człowieka dostarcza modelu normalnego rozwoju, określa ścieżki rozwoju (fizyczny, poznawczy i emocjonalny, języka, osobowości i pojęcia Ja, społeczny), mechanizmy zmiany rozwojowej, zadania rozwojowe, osiągnięcia i zagrożenia rozwoju w poszczególnych fazach życia (por. Brzezińska 2000, Bee 2004). Psychologia kliniczna, psychopatologia, pedagogika specjalna i medycyna są źródłem niezbędnej wiedzy o osobach z niepełnosprawnością intelektualną, ich życiowych problemach ale także dostarczają teoretycznych modeli genezy i mechanizmów zaburzeń, ich diagnozy oraz metod terapii i rehabilitacji. Własne doświadczenia twórczego działania w wybranej dziedzinie sztuki oraz wiedza i umiejętności techniczne są przedostatnim ogniwem w łańcuchu różnorodnych wymagań, kompetencji i wiedzy składających się na to co nazwać by można wyjściową płaszczyzną, bazą dla określania ogólnych celów arteterapii oraz celów szczegółowych, realizowanych w ramach indywidualnych programów terapeutycznych. Ostatnim zaś ogniwem, co nie oznacza, że najmniej ważnym – są założenia aksjologiczne, które nadają kierunek i sens ogólny procesom arteterapii.

Tak rozległa problematyka domaga się wyczerpującego opracowania, znacznie przekraczającego ramy niniejszego artykułu. Dlatego w dalszych rozważaniach dotyczących formułowania celów arteterapii dla osób z niepełnosprawnością intelektualną będę kontynuować jedynie wybrane, wcześniej zarysowane wątki. Należą do nich: wpływ tendencji integracyjnych w psychoterapii na formułowanie celów i programów arteterapii, wspólne zjawiska w psychoterapii – ich specyfika w arteterapii, zagadnienia wspierania rozwoju Ja i pojęciowej reprezentacji świata jako celów wiodących w arteterapii osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Tendencje integracyjne w psychoterapii tworzą dogodny punkt wyjścia dla określania celów arteterapii osób z upośledzeniem umysłowym z dwóch zasadniczych powodów. Po pierwsze uwalniają od problemów wyboru określonej orientacji teoretycznej, od konieczności dochowywania jej „wierności” i ewentualnych sporów dotyczących przewagi jednej orientacji nad drugą,

przeciwie – skłaniają do wyjaśniania problemów zaburzeń i leczenia z wielu, uzupełniających się perspektyw teoretycznych (por. Tavis, Wade 1999). Po drugie stwarzają możliwość ujmowania jako równoprawnych, różnych kategorii celów arteterapii, od czysto behawioralnych poprzez cele związane ze zmianami relacji interpersonalnych, poznawczych schematów reprezentacji świata aż po cele dotyczące zmian osobowości w tym struktury i funkcji Ja. A w konsekwencji – ustalania celów konkretnego programu terapeutycznego w sposób dostosowany do potrzeb osoby poddanej terapii a nie – „pod dyktando” teoretycznej orientacji danej szkoły psychoterapii.

Obecność sztuki jako medium komunikacji i formy przeżywania swojej tożsamości przez pacjenta/klienta w procesie arteterapii stanowi o jego specyfice. W arteterapii tworzenie i recepcja sztuki pojawiają się jako znaczący element we wszystkich wymienionych kategoriach zjawisk składających się na proces psychoterapeutyczny. Tworzenie i recepcja sztuki są stałymi elementami relacji terapeutycznej (mimo, iż relacja terapeutyczna zmienia się w różnych fazach rozwoju procesu psychoterapeutycznego), środkiem uzyskiwania wiedzy o problemach pacjenta/klienta, środkiem i narzędziem przepracowywania obron i rozładowywania napięć, uzyskiwania wglądu i wprowadzania zmiany w zachowaniu. Dzieje się tak dlatego, że pacjent/klient w symbolicznym komunikacie – wytworze artystycznego działania ujmuje swe uczucia i myśli. Nadaje im określoną formę. Praca ta, jest pracą umysłu, motywowaną i energetyzowaną emocjami. Aspektu emocjonalnego i poznawczego aktywności ludzkiej nie można rozdzielić. Warto przypomnieć tu słowa Piageta (1996) „uczuciowość stanowi dynamikę zachowań, a ich aspekt poznawczy odnosi się tylko do struktur. Nie istnieje zatem takie zachowanie, choćby o charakterze ściśle intelektualnym, które nie zawierałoby jako napędu czynników uczuciowych. I odwrotnie, nie mogą istnieć stany uczuciowe bez wpływu percepcji lub rozumienia, które stanowią ich strukturę poznawczą.” (s.115). Tworząc symbole artystyczne osoba znajduje formę dla swego doświadczenia wewnętrznego np.: relacji z innymi, potrzeb i pragnień niekiedy skrywanych przed samym sobą, obrazu samego siebie, itd; organizuje i przeorganizowuje poznawczo i emocjonalnie to doświadczenie. To przeformułowywanie dokonuje się w trakcie procesu tworzenia jak i w trakcie recepcji wytworu, recepcji wspólnej z terapeutą a niekiedy i z innymi, jeśli arteterapia ma charakter grupowy lub rodzinny. Osoba tworząca w trakcie arteterapii przeorganizowuje swoje schematy poznawcze tzn. ujawnia nowe możliwości interpretacji (przeżywania i rozumienia) własnej sytuacji psychologicznej. Jest to ważne w przypadku zaburzeń emocjonalnych. W przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną tworzenie form symbolicznych i ich przeorganizowywanie spełnia jeszcze inny cel o zasadniczym znaczeniu – wspiera rozwój umysłowy. Jak wiadomo, w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną, utrudnienia w rozumieniu symboli i trudności w opanowaniu reguł formalnego myślenia zajmują miejsce centralne w obrazie ich patologii razem z zaburzeniami funkcji Ja.

Rozwój wewnętrznych struktur reprezentacji świata oznacza ich różnicowanie, zatem – wzbogacanie i wzrost precyzji reprezentacji, również lepszą integrację w postaci hierarchicznie zorganizowanych struktur pojęć. W efekcie prowadzi do wzbogacania struktur wiedzy symbolicznej od strony ich treści (zakres wiedzy) jak i poziomu złożoności hierarchicznej i koherencji w funkcjonowaniu. Wyraża się to np. w pracach plastycznych uczestników arteterapii, tak po stronie ich bogactwa tematycznie – treściowego jak i walorów artystycznie – estetycznych i technicznej sprawności. Wyraża się również wzrostem precyzji języka werbalnego, umiejętnością tworzenia bardziej złożonych, logicznie spójnych wypowiedzi oraz lepszym rozumieniem siebie i otoczenia. Zmiany te pociągają zmiany w systemie Ja jednostki – tzn. samowiedzy, samoocenie i samokontroli co zwrótnie wpływa dynamizując na jej aktywność poznawczą oraz relacje społeczne.

Wytwory działania artystycznego jako osobiste komunikaty, jak również przeżycia i rozmowa inspirowana recepcją utworów artystycznych, stwarzają bezpieczne ramy dla wyrażenia zagrożających pacjentowi doświadczeń wewnętrznych. Poddaje on treści niejasne, trudne czy niechciane kontroli w toku formowania swej artystycznej wypowiedzi a jednocześnie udostępnia je jako przedmiot „wspólnego oglądu” w relacji z terapeutą. Umożliwia to dotarcie do tłumionych potrzeb, doświadczeń traumatycznych oraz innych źródeł trudności i niepowodzeń życiowych pacjenta/klienta. Jest równoznaczne z doskonaleniem struktur poznawczej reprezentacji świata i swoich z nim relacji.

Na etapie terapii, który dotyczy uczenia się nowych form zachowań, pacjent może wykorzystywać działania artystyczne w ich projektowaniu np. pisząc literacki tekst, tworząc kolaż czy rysując pożądaną zmianę (np. w przypadku dziecka bojącego się zasypiania w ciemności terapeuta może zasugerować rysunek o treści „jak byś to zmienił, żebyś bał się mniej” zmiana może polegać na dorysowaniu lampy, uchylonych drzwi itp.) ale też może ćwiczyć nowe zachowania w tańcu lub w toku dramy.

Wszystko to w efekcie wzmacnia Ja pacjenta, czyni go bardziej otwartym na wewnętrzne doświadczenie, umożliwia spostrzeganie innych i ich problemów oraz siebie w relacjach z innymi z nowej, mniej egocentrycznej perspektywy. Ułatwia adekwatne rozumienie zjawisk świata społecznego i fizycznego oraz uczenie się bardziej adaptacyjnych zachowań. I co niezwykle ważne – wzbogaca struktury wiedzy symbolicznej, stymuluje procesy rozumowania w oparciu o wypracowane w toku aktywności artystycznej wewnętrzne symbole.

Przedstawiona wyżej analiza zjawisk w procesie psychoterapii dotyczy jej stosowania w przypadkach różnego typu zaburzeń, w tym – niepełnosprawności intelektualnej. Tym co różni stosowanie terapii przez sztukę dla osób z niepełnosprawnością umysłową od jej wykorzystywania w przypadku innych typów zaburzeń: nerwicowych, osobowości, również – zaburzeń afektywnych i schizofrenii są jej cele. Dotyczą one nie tylko uzyski-

wania zmian w zachowaniu i osobowości a w szczególności Ja pacjenta jako centralnej jej struktury, ale również budowania struktur wiedzy o świecie i myślenia operacyjnego co zmierza do złagodzenia deficytów intelektualnych. Cele te są integralnie z sobą powiązane, co oznacza, że – niemożliwe do rozdzielenia w toku terapeutycznej pracy.

Ja stanowi centralny element osobowości jednostki, odgrywający zasadniczą rolę w systemie regulacji jej stosunków z otoczeniem. Na Ja pacjenta, jak pisze Kościelska (2000), skupiają się oddziaływania psychoterapeutyczne. Perwin (2002) pisze „Pojęcie Ja, sposób, w jaki spostrzegamy i doświadczamy samych siebie, ma tak wielkie znaczenie, że trudno sobie wyobrazić, aby psychologowie się nim nie interesowali. A jednak w pewnych okresach zdarzało się słyszeć pytanie: czy rzeczywiście taka kategoria jest niezbędna?” (s.240). Można odnieść wrażenie, że przytoczona wyżej uwaga Perwina na temat nieobecności problematyki Ja w psychologii jest ciągle aktualna w odniesieniu do celów arteterapii dla osób z niepełnosprawnością intelektualną. Wśród list celów arteterapii nie spotyka się osobnej grupy celów, które dotyczyłyby osobowości oraz Ja, choć niektóre z nich są wymieniane w grupach celów dotyczących rozwoju emocjonalnego i społecznego. Tymczasem żaden z celów arteterapii nie może być realizowany poza Ja pacjenta/klienta z niepełnosprawnością intelektualną. Kiedy mówimy o Ja, odróżnić należy samoświadomość i samowiedzę wyrażającą się np. w mówieniu o sobie – posiadanych przedmiotach, pełnionych rolach, umiejętnościach, zdolnościach uczuciach itd. od doświadczania siebie w relacjach z innymi. Osoba z niepełnosprawnością intelektualną może nie być zdolna do mówienia o sobie, nie oznacza to jednak, że nie doświadcza siebie w relacjach interpersonalnych. Podobnie dziecko – doświadcza siebie poprzez cielesne relacje z innymi ludźmi oraz przedmiotami i w ten sposób buduje poczucie Ja już w niemowlęctwie. Proces ten przypada na okres od trzeciego do ok. osiemnastego miesiąca życia a jego efektem jest „poczucie Ja jako aktywnej, niezależnej jednostki sprawczej.” (Pervin, 2002 s.24). Oznacza to, że kontakt dotykowy i emocjonalny w toku różnych działań niewerbalnych jest przeżywany jako doświadczenie Ja. Osoba z upośledzeniem umysłowym może wykazywać pewne ograniczenia form doświadczania i spostrzegania siebie, co nie znaczy, że jest tego doświadczenia pozbawiona, i co oznacza, iż cele arteterapii dotyczące wspomaganie rozwoju Ja mają w jej wypadku znaczenie podstawowe.

Ogromną rolę w dostrzeganiu problematyki rozwoju i funkcjonowania Ja w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością intelektualną tak dorosłych jak i dzieci odegrała Kościelska (1991, 1995). Kierując uwagę na to, jak swoją niepełnosprawność spostrzegają osoby niepełnosprawne ujawniła jak bardzo są one ubezwłasnowolnione, w jak niewielkim stopniu mogą wpływać na swoje życie, i z jak wielkim psychicznym cierpieniem stan ten się wiąże. W efekcie prowadzonych badań ujawniła znaczne deficyty w rozwoju Ja u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Wykazała, że wiele z zachowań typowych dla osób

z upośledzeniem umysłowym polegających na braku inicjatywy poznawczej i ogólnej bierności w zachowaniu, oporu przed zmianami, konkretności w myśleniu, naruszaniu granic fizycznych i psychicznych innych, wyrażającym się m.in. brakiem dystansu społecznego można przyczynowo wiązać z zaburzeniami w rozwoju poszczególnych aspektów Ja tj. poczucia podmiotowości, tożsamości i granic Ja. (por. Kościelska, 1995). Terapia ukierunkowana na rozwój Ja przynosi poprawę w zachowaniu, relacjach interpersonalnych, funkcjonowaniu poznawczym i ogólnym poczuciu zadowolenia z życia. Jak stwierdza Kościelska (1995) „...sposób funkcjonowania Ja jest zawsze podstawowo ważny dla możliwości realizowania potencjału poznawczego, a także potencjał ten w dużej mierze tworzy. Dlatego niezależnie od pierwotnych przyczyn zapoczątkowujących proces patologizacji, pewne możliwości terapii, czyli ulepszania rozwoju wiążą się z oddziaływaniem na Ja.” (s.210).

W arteterapii kryją się szczególne możliwości wspierania rozwoju Ja. Są dwa zasadnicze tego powody. Pierwszy, wiąże się z faktem tworzenia – powstawania wytworu artystycznego w toku terapeutycznego procesu, wytworu, który zawsze jest ucieleśnieniem i manifestacją poznawczych i emocjonalnych potencjałów osoby. Drugi dotyczy roli jaką w budowaniu Ja odgrywa relacja posiadania. W arteterapii posiadanie to dotyczy obiektu, który bierze początek z „ciała i umysłu” twórcy. Poczucie własności wyraża zdolność jednostki do „...ujmowania swoich relacji z otoczeniem w kategoriach moje – nie moje” (Koscielska, 1995, s.157). Pojawienie się tej zdolności w ontogenezie poprzedza różnicowanie siebie od świata (przewyciężenie globalnego doświadczenia siebie) oraz od osoby, z którą wcześniej ustanowiona została emocjonalna więź (przewyciężenie symbiozy). Osoba doświadcza poczucia własności wtedy, (1) gdy uznaje, że tylko ona ma prawo do dysponowania danym obiektem, użytkowania go (moja sukienka, piłka, kubek, poduszka, krzesło, rysunek itp.) i zezwalania na czasowe użytkowanie go przez kogoś innego; (2) postrzega dany obiekt jako swój znak, coś dla siebie charakterystycznego, co ją identyfikuje, stanowi o jej tożsamości, dotyczy to imienia, cech fizycznych, przedmiotów, wytworów własnej aktywności podmiotu (np. dziecko może mówić: „ja mam pieprzyk na ręce”, „moja czapka jest czerwona, a twoja zielona”, „mój domek ma okienko a twój nie ma”); (3) jest autorem, twórcą obiektu, sprawcą jego istnienia; mówi np. „to mój rysunek – ja go narysowałam, to mój kotek – ja go ulepiłam, to moja sukienka – ja ją uszyłam”. Wszystkie trzy sposoby doświadczenia własności mają miejsce w procesie arteterapii. Wytwór jest „ucieleśnieniem” wyobraźni, uczuć i kompetencji autora – w relacji z nim doznaje on poczucia sprawstwa i tożsamości (wytwór posiada niezbywalne cechy indywidualne, jest znakiem swego twórcy) oraz potwierdzania swojej odrębności w świecie (doświadczenie granic Ja). W relacji z wytworem twórca może powiedzieć: „Ja to zrobiłem”, co oznacza doświadczenie podmiotowości (sprawstwa), „To mnie oznacza, identyfikuje.”, co wyraża poczucie tożsamości i „To należy do mnie.”, co opisuje zakreślenie granic ja poprzez

posiadane obiekty. Te fundamentalne dla wyłaniania się i umacniania Ja przeżycia, są wzmacniane i społecznie obiektywizowane obecnością terapeuty jak również innych członków grupy lub rodziny, jeśli terapia ma charakter grupowy, albo też – rodzi inny.

Arteterapia jest szczególnie predestynowana do inicjowania procesów wyłaniania i umacniania Ja oraz kształtowania poznawczych struktur reprezentacji siebie i świata. Są to cele w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością intelektualną zasadnicze, pierwszoplanowe. Wynikają z jednej strony z charakteru deficytów i zaburzeń u tej kategorii osób, z drugiej strony – z istoty tworzenia i relacji łączącej twórcę z wytworem. Stanowią one element złożonej struktury celów, które precyzowane powinny być w oparciu o znajomość poszczególnych aspektów rozwoju człowieka tj. rozwoju fizycznego, poznawczego i emocjonalnego, rozwoju języka, osobowości i systemu Ja oraz rozwoju społecznego. Szczególna pozycja celów dotyczących wyłaniania się i umacniania Ja wynika z funkcji integrującej i regulującej zachowanie jaką ta struktura pełni. Każde więc osiągnięcie w zakresie np. precyzji ruchów manipulacyjnych, samodzielności w przygotowaniu posiłku itp. „przełamuje się przez pryzmat Ja”, dzięki funkcji samoświadomości jest „odnotowywane” w strukturach samowiedzy i zwrótnie oddziałuje na obraz siebie i samoocenę osoby – jest osiągnięciem konkretnej osoby a nie wyłącznie zmianą na skali sprawności motorycznej czy zdolności do samoobsługi. I analogicznie – jeśli w toku arteterapii osoba dzięki rysowaniu podwyższa swoją sprawność manualną, to realizuje jeden z celów z obszaru rozwoju fizycznego ale przede wszystkim jako osoba doświadcza swoich nowych kompetencji, zaczyna nieco inaczej o sobie myśleć, inaczej siebie wartościować, inaczej się czuć. Jest podmiotem procesu terapeutycznego a nie „przedmiotem zabiegów usprawniających” wykonywanych na niej przez różnego rodzaju specjalistów, a działania artystyczne spostrzegane w sposób bardziej złożony z perspektywy roli w kształtowaniu się Ja a nie wyłącznie np. jako metoda usprawniania manualnego.

Cele arteterapii dla osób z niepełnosprawnością intelektualną powinny być spostrzegane zawsze z dwóch perspektyw: poszczególnych aspektów rozwoju (kształtowanych funkcji i sprawności np. sprawność dużej i małej motoryki, koordynacji senso – motorycznej, mowy dialogowej itp.) oraz wpływu na Ja osoby pozostającej w terapii. Taka podwójna perspektywa jest zgodna z ogólnym trendem „upodmiotowienia” programów i procesów rehabilitacji osób niepełnosprawnych oraz poszukiwania „obszarów sprawności w niepełnosprawności” jako punktu wyjścia i punktu oparcia dla zamierzonej w toku terapii zmiany. Zmiana ta nie może dokonać się wbrew osobie usprawnianej, ponad nią i poza nią (por. Zalewska 1998; Dykcik, Szychowiak red. 2001; Twardowski 2002; Kościelska, Aquila red. 2003). Nie może również dokonać się bez zakotwiczenia w posiadanych sprawnościach, niezaburzonych funkcjach i preferencjach osoby uczestniczącej w terapii. Spostrzeganie osoby niepełnosprawnej z perspektywy obszarów jej sprawności niewątpliwie wiąże się

z rozwojem orientacji salutogenetycznej w psychologii klinicznej (Antonovsky 1997; Sęk 2000), a nacisk na przeżywanie tożsamości w relacji z terapeutą – wpływami teorii relacji z obiektem (Winnicott, 1976; Johnson, 1993).

Określanie kierunków terapii sztuką, jej różnorodnych ścieżek, pociąga konieczność wskazania pożądanych rezultatów. W przypadku osób z upośledzeniem umysłowym, którego etiopatogenezę ujmują jako zablokowanie torów normalnego rozwoju będzie to przywrócenie, na ile to możliwe, naturalnego toru rozwoju we wszystkich jego aspektach (tj. rozwoju fizycznego, poznawczego i emocjonalnego, społecznego itd.) oraz przybliżenie się do stanu, który Seligman i Rosenhan (1994) określili jako optymalny sposób życia. Według autorów na optymalny sposób życia składają się: akceptacja siebie (swoich możliwości i ograniczeń), wzrost i rozwój osobisty, autonomia rozumiana jako emocjonalna niezależność i zdolność życia według własnych standardów, adekwatne spostrzeganie rzeczywistości, co oznacza m. in. wolność od projekcji i gotowość do przyznania się tak do własnej niewiedzy jak i pomyłki, kompetencja i biegłość w działaniu oraz pozytywne stosunki interpersonalne (por. Rosenhan, Seligman 1994 s.23/24).

Przemianę w rozumieniu celów arteterapii obserwuje się w praktyce, gdzie działania artystyczne w coraz większym stopniu przestają być li tylko narzędziem np. usprawniania motorycznego czy przysposobienia do zawodu lub wypełnienia czasu a stają się działaniami umożliwiającymi osobie niepełnosprawnej przeżywanie swojej podmiotowości i duchowego wymiaru egzystencji w więzi z innymi. Przykładem może służyć działalność artystyczna prowadzona w założonym przez A. Kobel Centrum Rehabilitacji dla Dzieci z Porażeniem Mózgowym w Mikoszowie; zdumiewająca poziomem artystycznym dokonań twórczych, działalność Dziennego Ośrodka Adaptacyjnego nr 1 w Poznaniu kierowanego przez K. Szymańskiego; model pracowni plastycznej prowadzonej przez J. Gardę – Łukaszkowską i T. Szperkowskiego przedstawiony w pracy Współtworzenie (1997); doświadczenia związane z prowadzeniem warsztatów ceramicznych opisane przez A. Stawiarską (Stawiarska 2004); działalność prowadzonej przez R. Pudełko w Poznaniu galerii „Tak”, prezentującej sztukę osób z upośledzeniem umysłowym. Z pewnością miejsc takich jest wiele więcej.

5. Założenia Metody Remediacji Poznawczej (M.R.P.) i jej stosowanie.

Zwykle aktywność artystyczna kojarzona jest ze sferą ludzkich emocji. Możliwość wyrażenia swoich przeżyć, komunikowania ich innym w toku artystycznych działań i poprzez artystyczny wytwór uznawane są za podstawowe cele arteterapii, również arteterapii osób z niepełnosprawnością intelektualną (por. Piszczyk 1997, s.54). Metoda Remediacji Poznawczej (M.R.P.) ukierunkowana jest na wspomaganie rozwoju struktur pojęciowej reprezentacji świata u dziecka i umacnianie dziecięcego Ja.

Jednym z najważniejszych zadań rozwojowych dziecka jest

opanowanie funkcji reprezentacji czyli funkcji semiotycznej. Polega ona na zastąpieniu konkretnego obiektu, sytuacji czy zdarzenia jego znakiem. Funkcję semiotyczną opanowuje dziecko na trzech poziomach: gestu i ruchu, słowa oraz rysunku. Bruner (1978) te trzy współdziałające z sobą systemy reprezentacji nazywa odpowiednio reprezentacją: enaktywną, symboliczną i ikoniczną. Właściwością specyficzną reprezentacji ikonicznej jest trwałość stworzonego znaku, co oznacza, że dziecko może powracać do utworzonego znaku – rysunku, analizować i rozwijać go, łączyć z zawartym w języku uogólnionym i abstrakcyjnym obrazem świata. W toku niezaburzonego rozwoju dziecko opanowuje funkcję semiotyczną w drugim roku życia naśladowując, bawiąc się „w rolę”, rysując i mówiąc.

W przypadku dzieci z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim często dochodzi do dodatkowego blokowania możliwości intelektualnego rozwoju z powodów emocjonalnych. Dzieci te mając trudności w opanowywaniu pojęć abstrakcyjnych i reguł formalnego myślenia nabywają destruktywnego przekonania o swojej niekompetencji i niewyuczalności (Gruszczyk – Kolczyńska 1997, Wadsworth 1998). Unikają więc wszelkich sytuacji uczenia się jako zagrażających obrazowi ja i poczuciu własnej wartości. Metoda R.P. może okazać się szczególnie pomocna dla tych właśnie dzieci ponieważ opiera się na naturalnej i zwykle przez dzieci lubianej aktywności rysunkowej.

Metoda przeznaczona jest dla dzieci, które tworzą co najmniej rysunki preschematyczne (wg Lowenfelda).

1. W rozwoju poznawczym dorosły mediuje między środowiskiem a dzieckiem wprowadzając do komunikacji znak (por. Brzezińska, 2000).

2. Rysowanie jest naturalną aktywnością dziecka, której sens adaptacyjny polega na tworzeniu poznawczej reprezentacji rzeczywistości, doskonaleniu i utrwalaniu systemu pojęć oraz tworzeniu funkcjonalnych powiązań systemu reprezentacji enaktywnej z ikoniczną i symboliczną (Stasiakiewicz, 2000). Ich współdziałanie stanowi o rozwoju inteligencji dziecka. Podstawowym warunkiem późniejszych umiejętności formalnego myślenia jest przejście od myślenia przedoperacyjnego do operacyjnego na poziomie konkretnym. Rysowanie pełni ważną rolę w kształtowaniu się operacyjności myślenia. Warunkiem jest jednak kreowanie własnej formy a nie powtarzanie cudzych schematów np. wypełnianie kolorem kolorowanek czy szablonów. Wypowiedź werbalna dziecka w toku rysowania, gesty i rysunek stanowią całość. Należy je uwzględnić w badaniu relacji logicznych tworzonych przez dziecko w toku rysowania.

3. Rysunek dziecka jest pojęciem przedstawieniowym tj. znakiem dla klasy obiektów zawierającym istotne ich cechy, co umożliwi rozpoznanie rysowanych obiektów mimo braku wizualnego podobieństwa rysunku do obiektu (istota realizmu intelektualnego). Dziecko tworzy takie reprezentacje dla podstawowych kategorii ontologicznych otaczającego je świata np. schemat człowieka, drzewa, domu, zwierzęcia itd. następnie

łączy je w schematyczne przedstawienia tematyczne (rysunek tematyczny) (Stasiakiewicz 2000).

4. Pierwsze rozwojowo rysunki stanowią schematy obiektów a rozwój rysunku polega na ukazywaniu obiektów w relacjach z miejscem i innymi obiektami (rysunek tematyczny).

5. Rysunek można analizować pod kątem zawartych w nim relacji semantycznych. Typologię relacji semantycznych obecnych w różnych tekstach opracowali Chafin i Herrmann. Typologia obejmuje (1) relacje pragmatyczne zawierające dwie rodziny relacji: część – całość i przyczynowo – skutkowe, (2) relacje logiczne, do których należą rodzina relacji zawierania logicznego oraz rodzina relacji podobieństw, ostatnia z pięciu rodzin relacji to relacje przeciwstawięń. (Francuz, 1995; Stasiakiewicz 2002)

6. Nie wszystkie relacje semantyczne, które ludzie tworzą są możliwe do przedstawienia graficznego. Należą do nich relacje zawierania logicznego w typologii Chaffina – Herrmanna. Dziecko może je konstruować i opanowywać rozmawiając z dorosłym w toku rysowania. Dorosły wyodrębni cechy wspólne dla klasy obiektów, nazywa je, nazywa również relacje wiążące obiekty lub/i ich wyodrębnione cechy i podaje terminy – pojęcia stosowane w języku jako nazwy klasy obiektów. Np. może użyć nazwy „owoce” dla jabłka, gruszki, śliwki, które rysuje dziecko. Termin nadrzędny „owoce” utworzony jest jako klasa logiczna na podstawie cech wspólnych dla np. jabłka, gruszki i śliwki i nie ma konkretnego reprezentanta w fizycznym świecie. Nazwy poszczególnych klas owoców (jabłek, gruszek, śliwek) łączy z klasą nadrzędną „owoce” relacja zawierania logicznego. Dorosły może również używać nazwy relacji łączącej wybrane obiekty np. mówiąc: „oko jest częścią głowy, a głowa jest częścią całego psa” – nazywa w ten sposób relację zawierania fizycznego tj. relację część – całość przynależną do grupy relacji pragmatycznych, która to relacja wiąże oko, głowę i całego psa.

7. Możliwe jest stymulowanie tworzenia nowych relacji semantycznych w toku wspólnego rysowania i prowadzonej łącznie z rysowaniem rozmowy.

8. W Metodzie Remediacji Poznawczej stosowane są liniowe bodźce prototypowe charakteryzujące się jedną cechą jakościową, którą jest kształt linii oraz jedną cechą ilościową, którą jest jej położenie na płaszczyźnie. Cechy ilościowe i jakościowe bodźca są istotne w klasyfikacji obiektów tzn. stanowią podstawę formowania klasy i jej reprezentacji percepcyjnej czyli percepcyjnego pojęcia (Francuz, 1991). Użyte w metodzie bodźce, których łącznie jest 10 (dwa rodzaje kształtów i pięć pozycji na kartach formatu A-4 w kolorze białym) są sprawdzone empirycznie jako bodźce stymulujące wyobraźnię wizualną i kinestetyczną dziecka (Stasiakiewicz 2000).

9. Przebieg pracy z dzieckiem. Sesje R.P. poprzedza faza wstępna – nawiązania kontaktu z dzieckiem. W fazie właściwej mówimy: „Przygotowałam coś dla Ciebie.[10] Podajemy kartkę z bodźcem i mówimy wskazując na niego „Zrób z tego jakiś

rysunek.” „Tu są kredki dla Ciebie.” – podajemy otwarty zestaw pasteli olejnych (12 kolorów). W zależności od tego co dziecko narysowało zadajemy pytania, które stymulują pojawianie się kolejnych elementów rysunku, dążąc do powstania możliwie najbardziej złożonego rysunku tematycznego. Obdarzamy dziecko życzliwą uwagą i z zainteresowaniem, śledzimy pojawianie się kolejnych elementów w rysunku. Nazywamy je i używamy określeń klasy, do której należą, tj. używamy nazwy z wyższego piętra hierarchii pojęciowej reprezentacji świata. Np. jeśli dziecko bodziec przekształca w poduszkę i mówi, że jest to poduszka możemy zapytać „A gdzie ona leży?”, gdy dorysuje łóżko, tzn. utworzy relację część – całość (całością jest tu łóżko z pościelą) możemy zapytać „Jest na tym łóżku jeszcze inna pościel oprócz poduszki?” wprowadzając w ten sposób relację logicznego zawierania wiążącą terminy: poduszka, kołdra i pościel. Jeśli dziecko rysuje np. kołdrę możemy powiedzieć „tak, kołdra i poduszka to pościel, a kto pod nią śpi?” – ostatnie pytanie pobudza do utworzenia relacji z rodziny relacji przyczynowych np. podmiot działania – nazwa aktywności, podmiot działania – przedmioty typowo służące do jego realizacji itd. Pytania pobudzają proces rysowania. Pytania są integralnym elementem rozmowy toczącej się „wokół” rysowania a nie formą „odpytywania” dziecka z posiadanej wiedzy o świecie. Jeżeli dziecko rysuje spontanicznie, nie należy tego procesu przerywać natomiast należy włączać się do dziecięcych wypowiedzi wprowadzając nazwy klas rysowanych obiektów tzn. wprowadzać relacje logicznego zawierania. Np. jeśli dziecko rysuje śliwkę możemy zapytać „Czy narysujesz jeszcze jakieś inne owoce?” Jeśli dziecko nie rozumie pytania możemy wyjaśnić śliwka to owoc jabłko to też owoc i gruszka to też owoc – pytam czy narysujesz takie owoce jak jabłko albo gruszka, czy tylko śliwki?” Rozmowa musi być naturalna, jej przebieg zależy od tego co dziecko rysuje. Sesja trwa tak długo, jak długo rysowanie i rozmowa są dla dziecka interesujące. Można „opowiedzieć” rysunek po jego zakończeniu. Przypomnieć jak powstawał, tzn. co po kolei dziecko dorysowywało z użyciem nazw klas i obiektów, które są ich przedstawicielami. W toku jednej sesji można zastosować maksymalnie dwa bodźce, bowiem celem jest rozbudowywanie rysunku tj. tworzenie licznych rodzajów relacji semantycznych a nie maksymalizacja liczby możliwych rysunków.

W toku tak prowadzonej sesji remediacji poznawczej dziecko kształtuje i udoskonala swój system pojęciowej reprezentacji świata, bo (1) tworzy pojęcia przedstawieniowe czyli znaki dla klas obiektów (2) definiuje te klasy w języku wizualnym i werbalnym, (3) tworzy reprezentacje dla relacji łączących rysowane obiekty np. zawieranie, (4) rozbudowuje definicje, (5) włącza pojęcia w strukturę hierarchiczną i (6) integruje warstwy systemu reprezentacji poznawczej świata: enaktywną, ikonyczną i symboliczną. Doznaje potwierdzenia Ja poprzez wytwór i dzięki relacji z terapeutą w toku procesu tworzenia i rozmowy. Ponadto rozwija sprawność senso – motoryczną bowiem kreśli różnego rodzaju linie pod kontrolą wzroku – kreski pionowe, poziome, ukośne, pętelki, kropki, kreski wielokrotnie pow-

tarzane zaznaczające płaszczyznę, linie łamane, błędzące itd.- w przeciwieństwie do tzw. „kolorowanek” narzucających mu w zasadzie jeden rodzaj wahadłowego ruchu podobny do najwcześniejszego ontogenetycznie ruchu charakterystycznego dla tzw. bazgroty bezładnej

Bibliografia:

Argenton A.(1996). *Arte e cognizione*, Milano: Raffaello Cortina Editore

Aleszko Z. (1990). *Choreoterapia w psychiatrii* W: L.Hanek, M.Passella (red.) *Arteterapia*

(s.41-42) Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego

Antonovsky A.(1997). *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*, w: I.Heszen Niejodek,

H.Sęk(red.), *Psychologia zdrowia* (ss.206-231). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN

Arendt H.(1994). *Między czasem minionym a przyszłym*. Warszawa: Fundacja Aletheia

Barbour I.G. (1984). *Mity, modele, paradygmaty*. Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy Znak

Bee H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo

Bruner J. (1978). *Poza dostarczone informacje* Warszawa: PWN

Brzezińska A. (2000). *Społeczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe

Scholar

Czabała Cz.(2002). *Czynniki leczące w psychoterapii* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN

Drat – Ruszczak, K. (2000). *Teorie osobowości – podejście psychodynamiczne i humanistyczne*.

W: J.Strelau *Psychologia t.2* (ss.602- 652) Gdańsk:GWP

Dykcik W., Szychowiak B. (2001) (red.) *Nowatorskie i alternatywne metody w praktyce*

pedagogiki specjalnej. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM

Ellis A.(1999). *Jak opanować złość zanim ona opanuje ciebie*. Poznań: Media Rodzina

Francuz P. (1991). *Funkcja ilościowych i jakościowych cech w kategoryzacji przedmiotów*

Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL

Gadamer H.G. (1993). *Aktualność piękna*. Warszawa: Oficyna

Naukowa N.

Galińska E. (1990). *Muzykoterapia* W: L.Hanek, M.Passella,(red.) *Arteterapia* (ss.25-26)

Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego

Garda – Łukaszewska J. Szperkowski T.(1997). *Współtworzenie* Warszawa: WS i P

Gelso Ch.J., Hayes J.A. (2004). *Relacja terapeutyczna*. Gdańsk: GWP

Gruszczyk – Kolczyńska E., Dobosz K, Zielińska E. (1996). *Jak nauczyć dzieci sztuki*

konstruowania gier? Warszawa: WS i P

Gruszczyk – Kolczyńska E., Zielińska E. (1997). *Dziecięca matematyka*. Warszawa: WS i P

Grzebiuk L. (2000) *Psychoterapia* W: Strelau *Psychologia t.3* (ss.768 – 796) Gdańsk, GWP

Grzebiuk L. (1994).(red.) *Psychoterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN

Hanek L., Passella M. (1990) (red.) *Arteterapia* Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola

Lipińskiego

Janicki A. (1990). *Arteterapia* W: L.Hanek, M.Passella (red.) *Arteterapia* (ss.14-16)Wrocław:

Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego

Jędrzychowska – Płonka E., Baranowska – Bartyzel D.(2000). *Rola arteterapii w rehabilitacji osób*

z zaburzeniami psychicznymi w Środowiskowym Domu Samopomocy przy Śląskim

Stowarzyszeniu „Ad vitam dignam” w Katowicach. *Psychoterapia* 1(112), ss.73-75

Johnson, (1993). *Przemiana charakterologiczna cud ciężkiej pracy t.1* Warszawa: Jacek

Santorski & CO Agencja Wydawnicza

Kaduson H., Schaefer Ch.(2001). *Zabawa w psychoterapii*. Gdańsk: GWP

Karolak W. (2000). *Sztuka jako zabawa. Zabawa jako sztuka*. *Arteterapia*. W: A.Gmitrowicz,

W.Karolak *Znaczenie arteterapii w psychiatrii polskiej* Łódź: Wyd. PK InSEA

Kofta M., Doliński D.(2000). *Poznawcze podejście do osobowości* W: J.Strelau *Psychologia t.2*

(ss.561-600) Gdańsk, GWP

Kościelska M. (1995). *Oblicza upośledzenia*. Warszawa: PWN

- Kościelska M. (2003). Dylematy rehabilitacji osób niepełnosprawnych z punktu widzenia psychologii. W: Kościelska, B. Aquila (red.) Człowiek niepełnosprawny. (11-17)
Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej
- Kowalik S. (2000). Psychologiczne podstawy niepełnosprawności i rehabilitacji
W: J. Strelau Psychologia t.3 (ss.797-820) Gdańsk, GWP
- Koziełło D. (1999). Taniec i psychoterapia. Poznań: Instytut Historii UAM
- Kris E. (1952). Psychoanalytic explorations in art. New York: International Universities Press
- Kulczycki, M. (1990). Arteterapia i psychologia kliniczna. (ss.7-19) W: Arteterapia Zeszyt Naukowy Nr 57 Wrocław.
- Limont (1994). Synektyka a zdolności twórcze. Toruń: UMK
- Limont W. (1996). Analiza wybranych mechanizmów wyobraźni twórczej Toruń: UMK
- Marek E. (2004). Arteterapia jako metoda wspomagająca pracę wychowawczą. W: M. Knapik.
- W.A. Sacher (red.) Sztuka w edukacji i terapii. (ss.104 – 117) Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Maslow A. (1968). Toward a psychology of being. Princeton: Nostrand
- Maultsby, M. C. (1992). Racjonalna Terapia Zachowania. Poznań: Fundacja Alterna
- Moron P., Sudres J.-L., Roux G. (2003). Creativite et art.-therapie en psychiatrie. Paris: Masson
- Oster G.D., Gould P. (1999). Rysunek w psychoterapii. Gdańsk: GWP
- Pervin L. (2002). Psychologia osobowości. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Piaget J. (1966). Narodziny inteligencji dziecka Warszawa: PWN
- Piszczyk M. (1997). Terapia zabawą. Terapia przez sztukę. Warszawa: Centrum
- Metodyczne Pomocy Psychologiczne – Pedagogicznej MEN
- Rogers C. (1991). Terapia nastawiona na klienta. Grupy spotkaniowe. Wrocław: Thesaurus – Press
- Rosenhan D.L. Seligman, M.E.P. (1994). Psychopatologia. T.1. Warszawa: Polskie
- Towarzystwo Psychologiczne.
- Rosińska Z. (1985). Psychoanalityczne myślenie o sztuce. Warszawa: PWN
- Sęk H. (2001). Wprowadzenie do psychologii klinicznej. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe
- Scholar
- Skorny Z. (1990). Biblioterapia W: L. Hanek, M. Passella, (red.) Arteterapia (ss.33-26)
Wrocław: Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego
- Stasiakiewicz M. (1999). Twórczość i interakcja. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM
- Stasiakiewicz M.P. (2000) Prototypowy obraz świata w rysunku dziecka Toruń – Poznań : Edytor
- Stasiakiewicz M.P. (2002) Rysunek w diagnozie funkcjonowania poznawczego osób z niepełnosprawnością intelektualną, ss. 48 – 55 W: D. Lotz, K. Wenta, W. Zeidler Diagnoza dla osób niepełnosprawnych. Szczecin: Uniwersytet Szczeciński. Instytut Pedagogiki
- Stawiarska A. (2004). Arteterapia osób niepełnosprawnych umysłowo (na przykładzie warsztatów ceramicznych) W: M. Knapik. W.A. Sacher (red.) Sztuka w edukacji i terapii. (ss.157 – 161) Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Tavris C. Wade C. (1999). Psychologia. Podejścia oraz koncepcje. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo
- Twardowski A. (2002). Kształcenie dialogowej kompetencji komunikacyjnej u uczniów niepełnosprawnych intelektualnie. Kalisz – Poznań Instytut Pedagogiczno – Artystyczny UAM
- Wadsworth B.J. (1998). Teoria Piageta. Poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka. Warszawa: WS i P
- Winnicott D.W. (1976). Jeu et realite Paris: Gallimard
- Zalewska M. (1998). Dziecko w autoportrecie z zamalowaną twarzą. Warszawa: Jacek Santorski & CO Wydawnictwo
- Zinker J. (1991). Proces twórczy w terapii Gestalt. Warszawa: Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza

[1] Sękowa w swej definicji psychoterapii podkreśla świadomy, celowy i programowany charakter działań terapeuty, nie oznacza to jednak realizacji programu terapii niezależnie od potrzeb klienta/pacjenta i jego reakcji na interwencje psychoterapeutyczne. Podstawowym czynnikiem leczącym w psychoterapii jest relacja terapeuta – pacjent/klient, ma ona zawsze charakter dynamiczny i niepowtarzalny, oparty na głębokim porozumieniu. Psychoterapia jest, jak mówi Johnson (1993) improwizacją, ale ta wymaga szczególnie wiele ćwiczeń, przygotowań i biegłości technicznej. Ilustracją relacji między świadomym programowaniem a otwartością i spontanicznością działań terapeuty mogą być interwencje Milтона Eriksona i to wszystko co wiadomo na temat sposobu w jaki się do nich przygotowywał.

[2] Istnieje tendencja do tworzenia licznych nowych określeń opisujących terapeutyczne oddziaływanie kontaktu z różnymi obiektami np. z lasem jako silvoterapię lub z poezją jako – poezjoterapię itp. (Konieczna, 2003, Marek, 2004). Nie dyskutując zasadności ekspansywnego mnożenia nazw nowych rodzajów terapii, chciałabym jedynie zwrócić uwagę na niebezpieczeństwo nadużywania terminu „terapia” wynikające z łączenia go z w zasadzie dowolnym przedmiotem czy rodzajem aktywności wykorzystywanym w celach leczenia. To trochę tak, jak gdyby lekarz zaczął wyłączać np. furaginoterapię, aspirynoterapię czy ranigastoterapię w zależności od aktualnie aplikowanego pacjentowi leku zamiast posługiwać się po prostu pojęciem nadrzędnym – farmakoterapii.

[3] Kowalik wyróżnia trzy poziomy niepełnosprawności: niepełnosprawność organizmu, psychologiczną i społeczną. Stosownie do tego rozróżnienia wyodrębnia trzy rodzaje technologii rehabilitacji: (1) leczniczą, (2) psychologiczną i pedagogiczną, oraz (3) zawodową i społeczną. W ramach każdej z technologii mogą być stosowane różne metody rehabilitacji, do których należą: kinezyterapia, fizykoterapia, zaopatrzenie ortopedyczne, terapia zajęciowa, wsparcie psychologiczne, psychoterapia, psychokorekcja, nauczanie specjalne, kształcenie zawodowe, szkolenie zawodowe, praca chroniona, sport i turystyka, działalność artystyczna, działalność społeczna w tym samopomocowa. Poszczególne metody mogą stanowić element jednej z technologii rehabilitacji jak np. zaopatrzenie ortopedyczne jest wyłącznie metodą rehabilitacji leczniczej a terapia zajęciowa rehabilitacji leczniczej, psychologicznej, pedagogicznej zawodowej i społecznej – tzn. wszystkich typów technologii rehabilitacji. Arteterapia, którą proponuje uznać za rodzaj psychoterapii, stanowi metodę rehabilitacji leczniczej, psychologicznej i pedagogicznej, natomiast działania artystyczne – twórcze jako techniki mogą być elementem różnych metod rehabilitacji szczególnie często będą pojawiały się w terapii zajęciowej, wsparciu psychologicznym, psychokorekcji, nauczaniu specjalnym, i oczywiście działalności artystycznej jako konstytutywnym dla tej metody rodzaju ludzkiej aktywności. Pełną analizę technologii i metod i rehabilitacji przedstawia tab.70.1 s.817. (Kowalik 2000)

[4] Psychoanaliza klasyczna oparta jest na czterech założeniach

dotyczących nieświadomości, konfliktów i obron, kompleksu Edypa, roli popędu seksualnego i popędu agresji w rozwoju osobowości. Podejście psychodynamiczne przyjmuje dwa pierwsze założenia a uchyla dwa ostatnie (por. Drat – Ruszczak, K. 2000 s.602 w: J. Strelau (200) psychologia t.2 Gdańsk:GWP

[5] Teoria charakterologiczno – rozwojowa Johnsona (1993 t.1-3) stanowi formę integracji wywodzącego się od Reicha nurtu analizy charakteru (Lowen, Keleman, Boadella to autorzy tworzący współczesny nurt bioenergetyki) oraz psychologii ego i teorii relacji z obiektem (m.in. Hartmann, Winnicott, Mahler), które tworzą model rozwoju i funkcjonowania ego oraz model deficytu funkcji ego służący wyjaśnianiu psychopatologii człowieka. Terapia z tej perspektywy teoretycznej widziana jest jako „warsztat naprawy ego” – swoisty czas i miejsce, w którym osoba może uzupełnić deficyty w funkcjonowaniu ego, rozwinąć niezbędne struktury i funkcje, zrezygnować z nieadaptatywnych przekonań, uczuć i zachowań.

[6] Publikacja Czabały (2002) poświęcona jest zagadnieniom integracji szkół terapeutycznych i czynnikom leczniczym w psychoterapii. W niniejszym artykule podjęte są jedynie te wątki z obszernej problematyki, które znalazły bezpośrednie zastosowanie w formułowaniu teoretycznych podstaw arteterapii dla osób z upośledzeniem umysłowym.

[7] Freud u podstaw patologii psychiki widział konflikt między jej strukturami: id, ego i superego oraz konflikt między tymi strukturami a światem zewnętrznym. Model konfliktu w wyjaśnianiu źródeł patologii stanowi klasyczne stanowisko psychoanalizy wobec patologii psychiki. Teorie relacji z obiektem i psychologia ego wypracowały model deficytu. Do wyjaśniania zjawisk psychopatologicznych. Zakłada on stopniowy rozwój funkcji ego w ciągu życia jednostki, rozwój, który może być hamowany przeżyтыми urazami. Z tej perspektywy terapia polega na odblokowaniu możliwości rozwojowych i ukształtowaniu brakujących funkcji ego. Stąd terapię nazywa się tu „warsztatem naprawy ego” (por. Johnson, 1993, t1 s.45).

[8] Rolę zasady komplementarności w nauce rozważa między innymi Barbour (1984), natomiast C. Tavis i C. Wade ideę komplementarności różnych podejść w psychologii czynią naczelną zasadą konstrukcji swego podręcznika psychologii. (por. Tavis, Wade 1999)

[9] Poznawcze podejście do osobowości choć wyrasta z psychologii poznawczej czerpie z dorobku wielu nurtów teoretycznych w psychologii: teorii uczenia się, psychologii humanistycznej i fenomenologiczno – egzystencjalnej oraz psychoanalizy. Człowiek jest ujmowany jako „podmiot poznający świat i samego siebie...” (Kofta, Doliński 2000, s.561). Tworzy on wewnętrzną reprezentację świata i samego siebie pobierając informacje z zewnątrz, integrując je i konstruując złożone pojęciowe modele świata. Zasadniczym pytaniem jest pytanie o to jak jednostka konstruuje swoje doświadczenie wewnętrzne, jak na jego podstawie tworzy własne programy działania, stan-

dardy postępowania, reguluje swoje relacje ze środowiskiem, „zarządza zachowaniem”. Ponieważ w procesach tych zasadniczą rolę odgrywa system Ja, problematyka Ja znajduje się w centrum zainteresowań teorii.

[10] Instrukcja wzorowana jest na instrukcjach stosowanych przez prof. Edytę Gruszczyk Kolczyńską (por. Gruszczyk – Kolczyńska E., Dobosz K, Zielińska E.1996. Jak nauczyć dzieci sztuki konstruowania gier? Warszawa: WS i P)

Artykuł pierwszy raz opublikowany w: Dylematy Edukacji Artystycznej, t. II, red. W. Limont, K. Nielek-Zawadzka, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, 2006. Tekst opublikowany w “Terapii przez Sztukę” za zgodą autora.

Informacja o autorze:

Dr Maria Stasiakiewicz - pracownik Zakładu Psychopatologii Dziecka UAM

Konferencyjne memento czyli jak na konferencjach (nie)występować

Wita Szulc

Uniwersytet Wrocławski

Konferencje naukowe, obok czasopism naukowych, są głównym obszarem wymiany myśli i poglądów naukowców i trudno wyobrazić sobie bez nich życie akademickie. Wprawdzie słyszy się czasem żarty, że najciekawszą częścią konferencji są bankiety i rozmowy kularowe, ale tak naprawdę liczy się przecież kto, co, kiedy i gdzie wygłosił lub zademonstrował. Mniejszą wagę, jak można zauważyć, przywiązuje się do sposobu prezentacji, pozostawiając wolną rękę prezynterom, a z tym bywa różnie, nie tylko w Polsce ale i na świecie. Zdarzają się uczestnicy konferencji wygłaszający sążniste referaty, zawierające zwykłe treści podręcznikowe, znane studentom niższych lat studiów, ale w przekonaniu mówcy zasługujące na prezentację na ogólnokrajowych konferencjach.

Na każdej np. konferencji na temat arteterapii, nie wyłączając ostatniej w Warszawie, 23.11. br. zawsze znajdzie się ktoś, kto będzie tłumaczył słuchaczom po raz dla nich n-ty „co to jest arteterapia” i wymieniał z nabożeństwem poszczególne jej dziedziny, niewątpliwie w oparciu o książkę opolskiej autorki pt. *Arteterapia w teorii i praktyce*, której plagiatowski charakter dla recenzenta najwidoczniej był niezauważalny, a który wydawca skomentował tylko westchnieniem i gestem mówiącym „Cosi fan tutte” (tytuł znanej opery Mozarta mówi: Tak czynią wszystkie...) Książka dzięki operatywności wydawcy (już IV wydanie po roku 2003!) urosła do rangi podręcznika akademickiego, choć w części nazwanej teoretyczną powtarza jedynie to co na ten temat napisane zostało w książkach „Kulturoterapia”, Poznań 1988/1994 i „Sztuka i terapia”, Warszawa 1995.

Tacy mówcy w dodatku nie liczą się z limitem czasu i wszystko, co sobie napisali muszą co do ostatniego słowa wygłosić, głusi na dyskretne uwagi przewodniczącego sesji. Są, oczywiście, konferencje na najwyższym poziomie organizacyjnym, np. me-

dyczne, gdzie wygłaszane referaty lub doniesienia mają zwartą konstrukcję, bo zawierają przegląd literatury na dany temat, opis problemu, jego rozwiązanie, dyskusję i wnioski, ale na niektórych konferencjach humanistycznych zbyt często słyszy się tylko słowa, słowa, słowa, niestety, bez szekspirowskiego kunsztu.

Kiedy w roku 1992 odważyłam się zgłosić plakat na I Europejską Konferencję Muzykoterapeutów w King's College w Cambridge (Anglia), przewodnicząca komitetu organizacyjnego, p. Denise Christopher wymieniła ze mną dziesięć listów (zwykłych, nie e-mailowych), bo – jak się okazało – byłam jedyną przedstawicielką krajów b. bloku komunistycznego, i organizatorom bardzo zależało na doniesieniu z Polski. Tym, co mnie uderzyło na miejscu, była niezwykła wprost punktualność: wystąpienia rozpoczynały się i kończyły ściśle według programu, jednogminutowe spóźnienie oznaczało samotne wejście do pełnej sali, w której prezentacja już trwała. Ciekawe, że występujący sami pilnowali czasu wystąpień, a przed wystąpieniem obowiązkowo odbywali rozmowy z przewodniczącym sesji, który później zapowiadał daną prezentację, nie ograniczając się tylko do nazwiska i tytułu.

Sytuacja powtórzyła się dwa lata później, tym razem na Uniwersytecie w Ferrarze na III Europejskiej Konferencji Arteterapeutów ECARTE. Administrator konferencji, (też Anglik, choć pochodzący z Łodzi!) p. Zigi Fibert w czterech kolejnych listach dyskutował ze mną na temat szczegółów referatu, jaki wysłałam, sugerując konkretne zmiany. Trud się opłacił, bo pomijając już bardzo życzliwe przyjęcie, na które prawdopodobnie miał wpływ genius loci (miejsce obrad była aula w renesansowym Palazzo Renata di Francia, w której – jak głosiła tablica w holu – w roku 1502 laury doktorskie odbierał Mikołaj Kopernik)

Mój tekst wydrukowany w materiałach konferencyjnych zwrócił uwagę prof. dr Diany Waller, czołowej brytyjskiej arteterapeutki, autorki wielu książek na temat arteterapii, w tym. jednej z roku 1997 o arteterapii europejskiej („Towards a European Art. Therapy. Creating a profession, Buckingham.Philadelphia 1998)– w książce tej znalazł się obszerny cytat z tego referatu dotyczący programu kształcenia w dziedzinie terapii przez sztukę w Akademii medycznej w Poznaniu oraz polska koncepcja kulturoterapii

Po kolejnych kilku latach doświadczeń w organizowaniu europejskich i światowych kongresów, liczących zwykle po kilkuset uczestników, w trosce o odpowiedni poziom merytoryczny konferencji i sprawny ich przebieg Zarząd Główny Europejskiego Konsorcjum Edukacji Arteterapeutów (The European Consortium for Arts Therapies Education – (ECArTE) opracował zasady, formalnie obowiązujące od roku 2005, jakimi winni się kierować prezenterzy konferencyjni. Przestrzeganie takich zasad, także na innych, innego typu konferencjach – może ułatwić życie zarówno wygłaszającym referaty jak i ich słuchaczom, a ponadto zapobiec przykrym niespodziankom podczas tzw. warsztatów. Oto te zasady:

„Przygotuj swój referat rzetelnie i z wyprzedzeniem.

- sprawdź, czy odpowiada on tematowi, jaki zapowiedziałeś
- dostosuj swoje wystąpienie do poziomu słuchaczy (w tym wypadku zawodowych, wykształconych arteterapeutów)
- wiedz, dlaczego mówisz i jaki cel zamierzasz osiągnąć przez swoje wystąpienie

2. Zawczasu zdecyduj się na określony styl wystąpienia

- rozważ przygotowanie dla słuchaczy kartek z istotnymi fragmentami tekstu, który będziesz wygłaszał, lub całego referatu, weź pod uwagę możliwość skorzystania z urządzenia Powerpoint
- pamiętaj, że organizatorzy konferencji nie gwarantują sprzętu audiowizualnego, który wcześniej nie został zamówiony
- jeśli angielski nie jest twoim językiem ojczystym, w trosce o dobre zrozumienie twego wystąpienia, miej tekst przygotowany do pokazania na ekranie za pomocą rzutnika pisma, a jeśli nie, to przynajmniej rozdaj słuchaczom kartki ze słowami kluczowymi twego tekstu

3. Wyrażaj się jasno

- nie przeładuj referatu nadmiarem treści
- nie używaj obcych terminów, skrótów i żargonu
- nie trać czasu na „przepraszanie”. Po prostu mów, co przygotowałeś!
- wybierz i zaznacz kluczowe punkty swego wystąpienia, to co chcesz zakomunikować
- zakończ wystąpienie krótkim podsumowaniem lub konkluzją

- bądź realistą w kwestii tego, co można zaprezentować w ciągu 15 minut.

4. Zrób próbę generalną przed występowaniem na konferencji

- przeczytaj na głos tekst swojego wystąpienia
- dostosuj długość wystąpienia do przyznanego przez organizatorów limitu czasu (15 minut)
- mów spokojnie i wyraźnie, z dobrą dykcją
- wypróbuj działanie pomocy (urządzeń) technicznych, które zamierzasz użyć podczas konferencji. Nie przesadzaj z wizualną stroną swego wystąpienia; zastanów się, czy użycie wszystkich możliwych pomocy wizualnych jest uzasadnione w twoim przypadku? Pokazywany tekst powinien być widoczny w najdalszym zakątku sali konferencyjnej.
- Pomocne może być zaznaczenie różnymi kolorami pewnych miejsc w twoich notatkach, np.

a) to co musisz powiedzieć podkreśl na czerwono

b) to co powinieneś powiedzieć (np. egzemplifikacje tego co powiedziałeś, że jest ważne) – na zielono

c) tego co m o ż e s z powiedzieć – nie zaznaczaj, pominiesz to, jeśli zabraknie ci czasu, i ewentualnie później do tego wrócisz

Postaw sobie następujące pytania:

- a) Czy mówisz dostatecznie wolno?
- b) Czy twój głos dobrze brzmi?
- c) Czy różnicujesz tempo wypowiedzi?
- d) Czy w odpowiednich miejscach robisz pauzy?
- e) Czy twoje argumenty układają się w ciąg logiczny?
- f) Czy jest coś zbyt technicznego, co możesz pominąć
- g) Czy konkluzja jest jasna?
- h) Czy w twojej prezentacji widoczny jest entuzjazm, witalność, naturalność i koncentracja?

5. Uczestnicy konferencji, którzy zamierzają posłużyć się Powerpoint'em niech nie zapomną o przywiezieniu własnego laptopa.

6. W dniu konferencji:

- przyjedź dostatecznie wcześniej przed rozpoczęciem konferencji, by spotkać się z przewodniczącym sekcji, w której masz wygłaszać referat i z pracownikiem technicznym odpowiedzialnym za sprzęt audio – wizualny
- zapoznaj się z salą, w której będziesz występował i ewentualnie sprawdź jej akustykę
- posługiwanie się mikrofonem nie może być usprawiedliwieniem dla mamrotania

- nawiąż kontakt wzrokowy z audytorium zanim jeszcze zaczniesz mówić i utrzymuj go podczas prezentacji. Unikaj mówienia do notatek lub plansz.

- Pamiętaj, że masz mówić powoli, jasno i energicznie

- Pamiętaj, że masz mówić zarówno do tych, co znajdują się daleko od ciebie, jak i tych, co są blisko

- Trzymaj się wyznaczonego czasu.

7. Dyskusja:

- limit czasu obowiązuje wszystkich uczestników konferencji i określony jest przez przewodniczącego

- uczestnicy chcący dłużej dyskutować mogą to robić później w wyznaczonych pokojach konferencyjnych, które wskaże administrator konferencji

Wskazówki dla prowadzących warsztaty

1. Prowadzących warsztat prosi się, aby był to warsztat praktyczny, który pokaże nowe rozwiązania metodyczne, dydaktyczne i techniczne

2. W ramach warsztatu może być miejsce dla krótkiego wprowadzenia słownego i czas na dyskusję, ale prowadzący musi pamiętać, by nie przekroczyć przyznanego limitu 90 minut.

3. Warsztaty demonstrowane podczas konferencji z założenia nie mają celu terapeutycznego. Każdy uczestnik zobowiązany jest do przestrzegania następujących zasad:

- to co dzieje się podczas warsztatu ma charakter poufny

- nie wolno robić zdjęć ani filmować warsztatu bez wyraźnej zgody wszystkich członków grupy

- aby zgoda była ważna, konieczne jest powiadomienie uczestników warsztatu o celu, w jakim będą robione zdjęcia (film), np. publikacja, pomoc dydaktyczna w kształceniu terapeutów, itp. W przypadku posługiwania się kamerą video, najlepiej jeśli wyrażenie zgody zostanie sfilmowane.

Odpowiedzialność za przestrzeganie tych zasad spoczywa na prowadzącym warsztat.

4. Prowadzący warsztaty powinni być przygotowani na wypadek wystąpienia u uczestników warsztatu nieprzewidzianych silnych reakcji emocjonalnych i umieć poradzić sobie z nimi w czasie trwania warsztatu.”

Zasadność tej uwagi potwierdza sytuacja, jakiej byłam kiedyś świadkiem podczas warsztatu zorganizowanego w trakcie pewnej konferencji w Kołobrzegu, poświęconej - mówiąc najogólniej - problemom zdrowia psychicznego. Warsztat prowadziły pielęgniarki z ośrodka interwencji kryzysowej, specjalizującego się w udzielaniu w szpitalu pomocy psychologicznej rodzicom, którym zmarło tam dziecko. Prowadząca warsztat poleciła, by uczestnicy połączyli się w pary i na przemian wcielali się w rolę matki (bo były to same kobiety), której właśnie zmarło dziecko a następnie osoby, która tej matce udziela pomocy psycholog-

icznej. Gdy taki podział nastąpił, jedna z uczestniczek dostała ataku hysterii, bo okazało się, że jest w ciężkiej żałobie po stracie bliskiej osoby i odgrywanie takich ról wywołało taką gwałtowną reakcję

5. Sprzęt techniczny potrzebny do prowadzenia warsztatu należy zamawiać wcześniej, a prowadzący warsztaty winni zapoznać się z jego działaniem przed rozpoczęciem warsztatu.

6. Prowadzący warsztat powinni zawnocześnie przygotować wszystkie niezbędne materiały do jego prowadzenia.”

Od siebie dodam, że zawsze warto mieć na uwadze rzymską maksymę: Rem tene, verba sequuntur, bo najważniejsze to mieć coś do powiedzenia, słowa wówczas same przyjdą.

Bibliografia:

[1] Drothy Langley, Gordon Langley, Sarah Scoble: Guidelines for paper presenters and workshop leaders. ECArTE, April 2005

Informacje o autorze:

Wita Szulc - profesor Uniwersytetu Wrocławskiego, Kierownik Zakładu Edukacji Zdrowotnej i Arteterapii w Instytucie Pedagogiki Wydziału Nauk Historycznych i Pedagogicznych. Przewodnicząca Zarządu Głównego Stowarzyszenia Arteterapeutów Polskich "Kajros". Magisterium z filologii klasycznej i habilitację z pedagogiki uzyskała na UAM, doktorat z kulturoznawstwa - na Uniwersytecie Wrocławskim. Przez wiele lat związana z Akademią Medyczną im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, gdzie wykładała przedmioty: "Etnopielęgniarstwo", "Kulturoterapia", "Sztuka w medycynie". Reprezentuje Polskę w organizacjach międzynarodowych: European Music Therapy Confederation (EMTC) i European Consortium for Arts Therapies Education (ECArTE). Zgromadzenie Ogólne ECARTE wybrało ją 30.04.2004 r. na reprezentanta krajów Europy Wschodniej i Środkowej

Ćwiczenia logorytmiczne w terapii logopedycznej dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym

Marta Wysocka

Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego
UMCS

Coraz częściej w terapii logopedycznej wykorzystywane są ćwiczenia muzyczno-ruchowe określane mianem ćwiczeń logorytmicznych. Zajęcia logorytmiczne, będące integralną częścią terapii logopedycznej, poszerzają i wzbogacają możliwości jej oddziaływania. Dzięki wykorzystaniu muzyki umożliwiają stymulację funkcji poznawczych i ułatwiają komunikację z dzieckiem, nawet z tym ze znacznymi deficytami percepcyjnymi. Muzyka, jako naturalny stymulator ruchu, wpływa korzystnie na proces rozwoju psychomotorycznego dziecka. Ćwiczenia wokalne rozwijają sprawności oddechowe, fonacyjne i artykulacyjne oraz przyczyniają się do poprawy ich koordynacji. Ćwiczenia w zakresie percepcji elementów muzyki rozwijają funkcje związane z percepcją prozodii mowy.

Niezaprzeczalnym atutem ćwiczeń z wykorzystaniem muzyki jest ich atrakcyjność, pozwalają one na zaangażowanie emocjonalne i estetyczne, gwarantują różnorodność bodźców słuchowych, wzrokowych i ruchowych. Ze względu na formę grupową dają możliwość współpracy oraz motywują do podjęcia wysiłku.

Ćwiczenia muzyczno – ruchowe są popularne w terapii dzieci niepełnosprawnych, w tym również dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym (MPD). Mózgowemu porażeniu dziecięcemu, jak wiadomo, oprócz niepełnosprawności ruchowej, towarzyszą zazwyczaj deficyty percepcji słuchowej i wzrokowej oraz upośledzenie umysłowe. Występowanie powyższych deficytów wymaga, podczas prowadzenia zajęć logorytmicznych, zastosowania pewnych zasad:

1. Zadania muszą być dostosowane do możliwości percepcyjnych i wykonawczych dziecka.
2. Wykorzystywane bodźce i sygnały powinny odznaczać się wyrazistością.
3. Zajęcia wymagają stymulacji polisensorycznej.
4. Zasada asocjacyjności dotyczy budowania zadań na bazie wcześniej zdobytych doświadczeń.
5. Polecenia muszą być jednoznaczne i odznaczać się niewielkim poziomem złożoności.

6. Integralną częścią zajęć są rekwizyty – dostarczające bodźców słuchowych, wzrokowych, dotykowych, zapachowych.

W artykule zostaną krótko omówione poszczególne grupy ćwiczeń logorytmicznych ze wskazaniem na metodykę ich prowadzenia podczas zajęć z dziećmi z mózgowym porażeniem dziecięcym. Podział ćwiczeń został zaczerpnięty z Logorytmiki Elżbiety Kilińskiej – Ewertowskiej (1978).

I. Ćwiczenia z zakresu techniki ruchu.

W metodyce prowadzenia terapii logorytmicznej ćwiczenia z zakresu techniki ruchu poprzedzają pozostałe ćwiczenia muzyczno – ruchowe, a zadaniem ich jest utrwalenie prawidłowych nawyków ruchowych. W przypadku dzieci dotkniętych mózgowym porażeniem dziecięcym osiągnięcie tego celu jest znacznie utrudnione i wchodzi raczej w zakres rehabilitacji ruchowej prowadzonej przez fizjoterapeutę niż w kompetencje logopedy. Głównym zadaniem ćwiczeń ruchowych przeprowadzanych w ramach logorytmiki jest więc wykorzystanie istniejących możliwości ruchowych do usprawniania innych funkcji – orientacji w schemacie ciała i przestrzeni, a tym samym również kinestezji i lateralizacji. Prowadzenie tych ćwiczeń jest niezmiernie ważne ze względu na ubogie doświadczenia ruchowe osób z mózgowym porażeniem dziecięcym i liczne ograniczenia ruchu będące przeszkodą w samodzielnym nabywaniu wyżej wspomnianych funkcji.

1. Ćwiczenia kształtujące orientację w schemacie ciała to między innymi:

- ćwiczenia z wykorzystaniem piosenek, których teksty instruuja dziecko we wskazywaniu poszczególnych części ciała,
- zabawa w lustro – staranne naśladowanie ruchów współuczestnika zajęć lub terapeuty w odbiciu lustrzanym,
- dotykanie prawą ręką prawej i lewej nogi bądź ucha oraz analogiczne zadania dla ręki lewej.

Powyższe propozycje można wzbogacić opracowaniem

tematycznym lub zastosowaniem sygnałów niewerbalnych pobudzających do reakcji w postaci ustalonej wcześniej czynności.

2. Do propozycji ćwiczeń kształcących orientację w przestrzeni należą:

- poruszanie się terapeutą z dzieckiem po linii koła, prostej, falistej, spirali, w ruchu odśrodkowym i dośrodkowym oraz w kombinacjach wymienionych kierunków,
- ćwiczenia z wykorzystaniem rekwizytów – podawanie rekwizytu w prawą i lewą stronę, zatrzymywanie go na sygnał,
- umieszczanie rekwizytu przed i za sobą, obok siebie, pod nad i pomiędzy przedmiotami.

Tę, tak jak i poprzednią grupę ćwiczeń, należy uatrakcyjnić wprowadzeniem muzyki, piosenki, tekstu, zabawy tematycznej czy różnego typu sygnałów werbalnych i niewerbalnych.

II. Ćwiczenia kształcące poczucie metrum

Poczucie metrum to „umiejętność percypowania i odtwarzania (...) rozłożonych w czasie akcentów metrycznych” (Kilińska, 1978, s. 41). Zjawiska metrum i rytmu związane są ze słuchowymi procesami percepcji czasu, które pełnią kluczową rolę w procesie rozumienia i produkcji mowy (Szelaż i in., 1998, 2002, 2003). W przypadku osób z mózgowym porażeniem dziecięcym mamy do czynienia z ich zakłóceniem, skąd wynika konieczność stymulacji rozwoju umiejętności percepcji uporządkowanych w czasie „sekwencji”.

W muzyce akcent wyrażony jest głównie poprzez zwiększenie dynamiki dźwięku. Ze względu na deficyty percepcji słuchowej konieczne jest uwydatnienie zmian dynamiki pomiędzy dźwiękami nieakcentowanymi i akcentowanymi. Ćwiczenia przygotowujące do ćwiczeń metrycznych opierają się w początkowej fazie na znacznym kontraście dynamicznym, po czym kontrast ten jest stopniowo zmniejszany. Uwydatnienie można uzyskać poprzez dołączenie ruchu lub dodatkowego instrumentu dla wzmocnienia dźwięku akcentowanego.

W przypadku ograniczonych możliwości ruchowych reakcją na akcent może być artykulacja określonej głoski, sylaby lub wyrazu. Dążąc do dokładności wykonania ćwiczenia należy pamiętać o umiarkowanym tempie muzyki. Rolę akompaniamentu może pełnić również piosenka, dźwięk instrumentu perkusyjnego lub zrytmizowany tekst.

III. Ćwiczenia w zakresie tempa

„Regulacja tempa mowy dokonuje się pośrednio poprzez regulację poczucia tempa w ogóle” (Kilińska, 1978, s. 55).

U osób z mózgowym porażeniem dziecięcym tempo mowy z powodu problemów realizacyjnych jest zazwyczaj zwolnione. Obserwacje wskazują jednak na to, że percepcja tempa muzyki czy mowy jest względnie dobra. Reakcje ruchowe na tempo, ze względu na ograniczone możliwości motoryczne, są oczywiście mało precyzyjne i czytelne. Warto więc zastąpić reakcję ruchową – reakcją werbalną w postaci określenia „szybko / wolno” lub ustalonego sygnału, (np. „ślimak”, oczywiście dla tempa wolnego) / „zając” (dla tempa szybkiego), powtarzania szybkiego lub wolnego – w zależności od tempa – głosek, sylab, wyrazów, krótkich tekstów. Reakcją na tempo może być również wskazywanie wcześniej przydzielonych do określonego tempa obrazków czy przedmiotów.

Dla uzmysłwienia poczucia tempa związanego z ruchem w przestrzeni można wykonać popularną zabawę w dwa pociągi lub zegary poruszające się w kontrastowych tempach – wolnym i szybkim.

IV. Ćwiczenia rytmiczne

Podobnie jak ćwiczenia metryczne, ćwiczenia rytmiczne dotyczą percepcji sekwencji sygnałów uporządkowanych w czasie. Ich celem jednak, w przeciwieństwie do ćwiczeń metrycznych, nie jest kształcenie, warunkowanej wykryciem powtarzających się akcentów, świadomości stałego pulsu, ale wskazanie na relacje czasowe zachodzące między poszczególnymi składnikami przebiegu rytmicznego.

Naturalną reakcją na słyszana strukturę rytmiczną jest reakcja ruchowa, w mózgowym porażeniu dziecięcym, jak wiadomo, bardzo ograniczona. Stąd też w celu zaangażowania ruchowego dziecka oraz dla ułatwienia mu percepcji rytmu i jego zapamiętania dobrze jest wspomóc jego aktywność motoryczną. U sprawniejszych dzieci możliwe jest uzyskanie reprodukcji prostego rytmu poprzez wykłaskanie lub wystukanie go. W przypadkach większości dzieci z MPD jest to jednak zadanie trudne, zarówno z powodu niewydolności ruchowej, jak i deficytów percepcyjnych. Ćwiczenia rytmiczne, oprócz reprodukcji ruchowych wspomaganych, mogą mieć formę porównywania usłyszanych sekwencji. Należy również uwzględnić rekwizyty, np. długie kartony, sznurki czy klocki odpowiadające dłuższym wartościom rytmicznym i krótkie – odpowiadające krótszym.

Podgrupą ćwiczeń rytmicznych są ćwiczenia rytmizacji tekstu. Do rytmizacji najodpowiedniejsze są wylizanki i krótkie teksty rymowane z powtarzającym się regularnie akcentem wyrazowym i zdaniowym, tworzące jednorodne struktury rytmiczno – metryczne. Przy ich doborze należy zwrócić uwagę na poprawność miejsca akcentu wyrazowego.

V. Ćwiczenia kształtujące szybką reakcję ruchową na sygnały muzyczne i werbalne

Prowadzenie tego rodzaju ćwiczeń z osobami ze spastyczną postacią mózgowego porażenia dziecięcego wymaga ostrożności z powodu wygórowanej reakcji ruchowej na silne i nieoczekiwane bodźce. Uniknąć takich reakcji pomogą ćwiczenia przygotowawcze, w tym ćwiczenia oddechowe i zmniejszające napięcie mięśniowe oraz stosowanie sygnałów o umiarkowanej dynamice.

Najprostszym przykładem omawianych ćwiczeń jest wykonanie ruchu na sygnał pobudzający – muzyczny (dźwięk instrumentu, muzyka) lub werbalny („start” lub inny ustalony wcześniej) i zatrzymanie ruchu na sygnał hamujący – muzyczny (pauza w muzyce) lub werbalny. Reakcją na sygnał może być ruch samodzielny, najczęściej ruch głowy lub rąk, ruch wspomagany, odebranie lub przekazanie rekwizytu, gra na instrumencie, wokalizacja, wypowiedzenie głoski, sylaby, wyrazu, itp.

VI. Muzykowanie

Ćwiczenia swobodnej ekspresji muzycznej należą do najbardziej lubianych przez dzieci. Wykonywane są z użyciem instrumentarium Orffa, dziecięcych instrumentów perkusyjnych: bębenka, tamburyna, kołatek, trójkątów, grzechotek, talerzy, drewnienek.

Obejmują:

- akompaniament do słyszanej muzyki, piosenki lub zrytmizowanego tekstu (solo, w zespółach i tutti),
- tworzenie ilustracji muzycznych,
- imitowanie za pomocą dźwięków instrumentów odgłosów otoczenia,
- samodzielną improwizację muzyczną.

Zasadą doboru instrumentów są preferencje dziecka oraz umożliwienie mu gry na wielu instrumentach z uwzględnieniem jego możliwości ruchowych. Ćwiczenia z wykorzystaniem instrumentów kształcą percepcję barwy dźwięku, koordynację ruchową, słuchowo – ruchową i wzrokowo – ruchową.

W funkcji instrumentów można wykorzystać przedmioty codziennego użytku, pojemniki materiałami sypkimi czy skonstruowane samodzielnie lub wspólnie z dziećmi niby-instrumenty (np. grzechotki z puszek, ze spinaczy do bielizny lub bębenki z pudełek).

VII. Kształtowanie form ruchowo – przestrzennych

Ćwiczenia z tej grupy związane są z podyktowaną przez muzykę organizacją ruchu w przestrzeni. Samodzielne przemieszczanie się, z racji braku lub ograniczonej ruchów lokomocyjnych, jest utrudnione, a w większości przypadków mózgowego porażenia dziecięcego – niewykonalne. Istnieje jednak możliwość wykorzystania przestrzeni wokół własnego ciała i realizacji prostych układów ruchowych z udziałem ruchów rąk (ich wznoszenie,

opuszczanie, klaskanie) i głowy.

Realizacja ruchu w przestrzeni dokonuje się w formie tańców z udziałem terapeuty i dziecka na wózkach, zyskujących na atrakcyjności w postaci ćwiczeń grupowych.

Rolę akompaniamentu muzycznego mogą pełnić utwory o prostej budowie formalnej umożliwiającej powtarzalność sekwencji ruchowych. Funkcję organizatora ruchu mogą spełniać również zrytmizowany tekst oraz piosenka.

Dobrze dobrane i odpowiednio przeprowadzone ćwiczenia muzyczne – ruchowe poszerzają metody oddziaływania terapii logopedycznej prowadzonej z dziećmi z mózgowym porażeniem dziecięcym. Utrwalają również jej efekty, dając dziecku możliwość kreacji i wykorzystując jego naturalną skłonność ku muzyce. Oprócz funkcji usprawniających, ćwiczenia muzyczne – ruchowe zaspokajają potrzebę emocjonalnego kontaktu z muzyką w procesie jej percepcji i tworzenia, co pomaga w umocnieniu relacji między dzieckiem a terapeutą i kształtuje pozytywne nastawienie do całości terapii.

Bibliografia:

- Kilińska – Ewertowska E. (1978), Logorytmika, Lublin.
- Kilińska – Ewertowska E. (1981), Badania nad zastosowaniem ćwiczeń muzyczno-ruchowych w terapii dzieci z zaburzeniami mowy, Gdańsk.
- Kilińska – Ewertowska E. (1993), Ćwiczenia logorytmiczne, Gdańsk.
- Klöppel R., Vliex S. (1995), Rytmika w wychowaniu i terapii, Warszawa.
- Stadnicka J. (1998), Terapia dzieci muzyką, ruchem i mową, Warszawa.
- Szeląg E. i in. (1998), Temporal integration in a subjective accentuation task as a function of child cognitive development, “Neuroscience Letters” 257, s.69-72,
- Szeląg E. i in. (2002), Duration processing in children as determined by time reproduction: implications for a few seconds temporal window, “Acta Psychologica” 110, s. 1-19.

Artykuł stanowi uzupełnioną wersję publikacji zamieszczonej w „Biuletynie Logopedycznym” 1 (13) 2004.

Jak działa arteterapia? – skuteczność, mechanizmy, narzędzia

Maja Stańko

UAM

Przemysław Staroń

KUL

Wprowadzenie

Zgodnie z definicją Case i Dalley arteterapia, która w literaturze anglojęzycznej coraz częściej nazywana jest artepsychoterapią, jest wykorzystaniem środków artystycznych do wyrażania i przepracowywania trudności, z którymi klient przychodzi na terapię (2006, s.1). Działania arteterapeutyczne mogą być prowadzone przy użyciu różnego rodzaju mediów i przyjmować rozmaite formy. W tym opracowaniu ograniczono się do zagadnienia terapii przez twórczość plastyczną. Zrozumienie terapeutycznego oddziaływania arteterapii jest równoznaczne z udzieleniem odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób terapia z wykorzystaniem środków artystycznych może prowadzić do zmiany w sposobie zachowania, odczuwania i myślenia klienta? Uzyskanie tej odpowiedzi jest ważne zarówno dla osób korzystających z arteterapii, jak i praktyków pracujących w tym obszarze (Darley, Heath, 2008).

Pytanie o działanie arteterapii jest pytaniem bardzo szerokim. Można wyróżnić w nim trzy główne, wzajemnie ze sobą powiązane zagadnienia. Po pierwsze, zawiera pytanie o stosowane przez arteterapeutów metody i narzędzia. Po drugie, dotyczy mechanizmu działania arteterapii. I po trzecie odnosi się do kwestii skuteczności arteterapii jako jednej z form pomocy psychologicznej. Każdy nurt psychoterapeutyczny dysponuje charakterystycznymi dla siebie metodami i narzędziami, mechanizmami (modelami) oraz skutecznością działania. Ich struktura jest ściśle powiązana z teoretyczną koncepcją natury człowieka, która stoi za każdym z podejść (Cierpiąłkowska, 2005). W celu zobrazowania tego podziału w kategoriach arteterapii można przywołać przykład metody jaką jest rzeźbienie w glinie trójwymiarowych obiektów. W przypadku pracy tą metodą, mechanizm działania opiera się na konieczności zaangażowania sił fizycznych, które łączy się z rozluźnieniem i ustąpieniem fizycznego napięcia czyli odreagowaniem emocjonalnym. To z kolei wpływa na samopoczucie pacjenta. Wysoka skuteczność tej metody w poprawie samopoczucia pacjentów została potwierdzona u pacjentów psychotycznych, autystycznych i chorujących na choroby nowotworowe (por. Grzesiuk, 2006; Stańko, 2008a). Problematyka mechanizmów działania, stosowanych metod oraz

naukowo potwierdzonej skuteczności jest kwestią coraz częściej podnoszoną w kręgach osób zainteresowanych arteterapią (por. Girloy, 2006, Stańko, 2008b).

W niniejszym opracowaniu podjęto rozważania na temat trzech wymienionych wyżej problemów arteterapii. Na początku przedstawione zostaną metody i narzędzia, którymi dysponuje arteterapia. Analiza ta będzie wstępem do przyjrzenia się procedurom prowadzenia badań nad skutecznością tej formy pomocy psychologicznej. Poruszone zostaną problemy związane z prowadzeniem badań naukowych, umożliwiających wyjaśnianie mechanizmów działania oraz opis skuteczności arteterapii. Uwzględniono też ważną kwestię rozbieżności w prowadzeniu badań nad skutecznością arteterapii w Polsce i na świecie. Jako ostatnie przedstawione zostanie zagadnienie mechanizmów działania arteterapii oraz czynników leczących z perspektywy podejścia psychodynamicznego. Refleksja na temat stosowanych w arteterapii metod i narzędzi, mechanizmów jej działania oraz procedur badania skuteczności, oparta na danych pochodzących z literatury pełni funkcję trojakiemu rodzaju. Przede wszystkim umożliwi wyjaśnienie sposobu działania arteterapii. Ponadto jest źródłem informacji na temat wartości arteterapii, jako metody leczenia a także wskazuje kierunek przyszłego rozwoju oddziaływań arteterapeutycznych oraz badań naukowych w tym obszarze.

Esencją arteterapii jest proces tworzenia (Case, Dalley, 2006). Do powstania dzieła dochodzi dzięki metodom i narzędziom stosowanym w arteterapii. Arteterapia posiada repertuar metod o wyjątkowej specyfice, która jest jej wyróżnikiem wśród innych form pomocy psychologicznej. Dzięki nim powstaje materiał, który jest podstawą analizy, analogicznie do interpretacji swobodnych skojarzeń lub marzeń sennych w terapii psychoanalitycznej. Materiały plastyczne stosowane na wiele różnych sposobów, mogą odzwierciedlać rozmaite stany umysłu, skrywane uczucia, myśli oraz idee autora dzieła (ibidem). Repertuar narzędzi plastycznych jest bardzo szeroki, jednak najbardziej powszechnymi są papier, ołówki, kredki, farby, glina, tekstylia oraz zasoby naturalne środowiska (por. Karolak, 2005; Buchalter, 2006; Darley, Heath, 2008). Ich opisu dokonuje się na mniejszym

lub większym poziomie ogólności, mówiąc na przykład o stosowaniu farb w ogóle lub stosowaniu konkretnych technik (malowanie palcami, przedmiotami itd.). Powyżej przywołano tylko niektóre metody i narzędzia, których opis można znaleźć w literaturze. W rzeczywistości jest ich znacznie więcej i repertuar ciągle się rozwija, dostosowując się do współczesnych możliwości technicznych (tj. techniki multimedialne). Wszystkie te materiały różnią się od siebie jakością, sprzyjają odmiennym doświadczeniom i prowadzą do różnorodnych rezultatów w pracy z różnymi uczestnikami.

Jak podają Case i Dalley (2006), przestrzeń arteterapeutyczna oprócz bezpieczeństwa powinna zapewniać także szeroki wybór różnych metod. Decyzja o zastosowaniu danej techniki przez klienta oraz sposobu wyrażenia siebie stanowi istotny element komunikacji. Jednym z najczęściej stosowanych narzędzi jest praca z gliną lub farbami wszelkiego rodzaju, które zapewniają duże możliwości wyrażania emocji. Przykładem nowoczesnej techniki arteterapeutycznej, odwołującej się do procesów neurologicznych, jest tak zwana „sztuka bilateralna” (bilateral art). Wykorzystuje ona zjawiska neurologiczne do leczenia zaburzeń o charakterze nie-neurologicznym. W tej terapii pacjent angażuje zarówno dominującą jak i nie dominującą rękę (a tym samym półkulę mózgową) w proces tworzenia. Samo działanie plastyczne jest odpowiedzią na temat związany z konfliktami i uczuciami pacjenta (McNamee, 2005). Celem tego działania jest uaktywnienie w terapii obu rąk, a tym samym obu półkul mózgowych w pracy nad określonym problemem.

Działania manualne przy użyciu różnego rodzaju mediów należą do grupy metod o charakterze niewerbalnym. Są one oparte są na działaniu, do którego nie potrzebne są słowa. Zazwyczaj jednak metody arteterapeutyczne dopełnione są przez pierwiastek werbalny. Komunikacja za pomocą słów w połączeniu z komunikatem poprzez wytwór uzupełniają się wzajemnie, stając się podstawą unikalnych metody arteterapeutycznych. Ilustracją takiego współwystępowania może być popularne narzędzie zwane psychorysunkiem (por. Jackowska 1996). Stosowanie takich metod wymaga zarówno biegłości w posługiwaniu się słowem w komunikacji międzyludzkiej, jak i żywego zainteresowania działaniami przez sztukę (Kramer, 2000).

Omawiając metody i narzędzia arteterapii można dokonać ich rozróżnienia na narzędzia diagnostyczne oraz metody pracy terapeutycznej nad zmianą. Ponieważ w arteterapii aspekt diagnostyczny oraz praca terapeutyczna nie mogą być od siebie oddzielone (ibidem), opisywane wcześniej środki mogą funkcjonować zarówno jako narzędzia oceny diagnostycznej, jak i metody przynoszące efekty terapeutyczne. Podczas specjalnie wydzielonych sesji diagnostycznych poprzedzających pracę terapeutyczną, dane metody mogą być stosowane są w celu zapoznania się z problemami klienta oraz w celu oceny charakteru i stopnia nasilenia trudności, z którymi się on zmagają (por. Kramer, 2000; Case, Dalley, 2006; Case, Dalley, 2008). W trakcie tych sesji, uwaga arteterapeuty skierowana jest na konkretne aspekty zachowania klienta. Takie narzędzia pracy mogą

być uzupełnione przez specjalnie utworzony w tym celu arkusz ewaluacyjny. Te same metody i narzędzia mogą być stosowane w celach diagnostycznych również podczas pracy terapeutycznej, kiedy terapeuta przy ich użyciu monitoruje aktualny stan klienta.

W diagnozie, oprócz metod opartych na pracy z materiałem plastycznym i arkuszy ewaluacji w celach diagnostycznych stosuje się również liczne, ustrukturalizowane testy o charakterze projekcyjnym. Największą popularnością cieszą się one wśród arteterapeutów amerykańskich. Służą nie tylko do ustalania poziomu funkcjonowania klienta, pogłębionego zrozumienia jego problemów i dostrzeżenia mocnych stron, ale również do formułowania celów leczenia oraz oceny postępów w terapii (Betts, 2005). Przykładami narzędzi tego rodzaju są testy: Rysunek Mostu, Człowiek Zrywający Jabłko z Drzewa, które funkcjonują na podobnych zasadach jak narzędzia typu Test Rysunku Rodziny (Braun-Gałkowska, 2007). Ze względu na standaryzację i arkusze oceny, do ich administracji nie jest wymagane posiadanie kwalifikacji arteterapeuty. Ich przynależność do metod pracy arteterapeutów wynika z faktu, iż podstawą tych testów jest aktywność plastyczna, która charakteryzuje wszystkie metody arteterapeutyczne. Każdy arteterapeuta w swojej pracy może posługiwać się testami projekcyjnymi, ale nie każdy kto posługuje się tymi testami może zostać nazwany arteterapeutą.

Badanie skuteczności arteterapii

Niezależnie od tego czy opisywane powyżej metody służą ocenie diagnostycznej czy pracy terapeutycznej podobnie jak w innych rodzajach psychoterapii, od ich efektywności w dużej mierze uzależnione są globalne rezultaty arteterapii. Z tego względu metody i narzędzia arteterapeutyczne coraz częściej podlegają ewaluacji pod względem stopnia ich skuteczności zarówno w diagnozie jak i w terapii. Zwiększaniu orientacji w skuteczności poszczególnych metod oraz technik terapeutycznych służą badania empiryczne. Obserwacja tendencji występujących na Zachodzie pokazuje pragmatyczne uzasadnienie tego, że warto szukać naukowych odpowiedzi na pytanie, jak to się dzieje, że określona interwencja terapeutyczna, w danym miejscu i czasie przynosi dane rezultaty. Jakie korzyści przynosi badanie wyników każdej z form psychoterapii? Na przykład dzięki badaniom nad skutecznością poszczególnych metod terapeutycznych można ustalić, które rodzaje oddziaływań, metod i strategii mają największą skuteczność w rozwiązywaniu określonych problemów.

Badania nad efektywnością arteterapii są odpowiedzią na wymogi społeczne. Wynikają z nacisków instytucji zainteresowanych skutecznością oddziaływań, ze względu na ich finansowanie (tj. system opieki zdrowotnej) oraz z potrzeb klientów, którzy poświęcają czas, energię i pieniądze na terapię. Ponadto, badania nad rezultatami arteterapii wpływają ze wzrostu świadomości metodologicznej samych arteterapeutów. Pozwalają sprawdzić efekty praktycznych działań i przekazać informacje

na temat otrzymanych rezultatów innym osobom. Badania te uwiarygodniają zarówno zawód, jak i konkretne działania arteterapeutów, którzy niekiedy nie cieszą się pełną akceptacją innych grup psychoterapeutów, uznających arteterapię za mniej poważną formę psychoterapii.

Z dokumentacją rezultatów działań arteterapeutów spotykamy się głównie w literaturze anglojęzycznej. W Polsce często obserwuje się pewnego rodzaju niechęć wobec prowadzenia badań nad efektywnością oddziaływań arteterapeutycznych. Nierzadko można spotkać się z opinią, iż każdy arteterapeuta obserwuje w wyniku własnych doświadczeń, że arteterapia jest oddziaływaniem skutecznym i nie ma potrzeby, by dowodzić tego na drodze badań empirycznych. U źródeł takiej postawy może leżeć między innymi przekonanie, że działania twórcze oraz doznania estetyczne mają w sobie „tajemną moc”. Charakteryzują się tak subtelnym sposobem oddziaływania, iż niemożliwe jest opisanie ich językiem empirii. Część osób z kolei utrzymuje, że chociaż badania nad skutecznością konkretnych metod czy narzędzi arteterapeutycznych byłyby przydatne, nie podejmują się takich działań. Niewielkie zainteresowanie badaniami skuteczności i sposobu działania arteterapii może również wynikać z tego, iż przeprowadzanie ich wydaje się bardzo trudnym i skomplikowanym procesem, a nawet niewykonalnym. Skoro jednak badania nad skutecznością innych nurtów psychoterapii są przeprowadzane od wielu lat, arteterapia także może im podlegać.

Wykorzystywane dotychczas procedury badań nad skutecznością psychoterapii obejmują dwa głównie rodzaje praktyk. Jak podaje Lidia Cierpiąłkowska (2005) pierwsze z nich, badania typu efficacy, prowadzone są w warunkach laboratoryjnych. Mają na celu wykrycie zależności przyczynowo-skutkowej pomiędzy danym typem interwencji a otrzymanymi rezultatami. Tego typu badania najrzadziej są brane pod uwagę w ramach badania skuteczności arteterapii. Ponieważ umożliwia on sprawdzanie konkretnych strategii leczenia oraz ich modyfikację, może warto byłoby podjąć trud zwiększenia ich stosowania także w zakresie arteterapii? Badania typu effectiveness odbywają się w warunkach naturalnych, podczas normalnych sesji terapeutycznych. Umożliwiają one porównanie korzyści, jakie odnoszą pacjenci nie tyle z pojedynczych metod stosowanych w danym systemie, ile z całego procesu psychoterapii w różnych nurtach terapeutycznych. Ten drugi typ badań cieszy się większą przychylnością praktyków. Ponieważ i jeden, i drugi sposób posiada swoje wady i zalety, aktualnie zmierza się ku ich integracji między innymi poprzez badania typu case study, w których analizuje się zmiany u pacjenta w zależności strategii i metod (Howard, 1996; za: Cierpiąłkowska, 2005).

Coraz częściej, próbuje się dane na temat działania arteterapii uzyskać również za pomocą metod umożliwiających badanie zmian w strukturach neurologicznych, które są traktowane jako podłoże procesów psychicznych (por. Hass-cohen, Carr, 2008). Jak wskazuje wielu autorów, doświadczenia emoc-

jonalne są ściśle powiązane z ukształtowaniem i funkcjonowaniem struktur mózgowych, które są szczególnie widoczne w przypadku niemowląt (Seigal, 1999; za: Case, Dalley, 2006). Według Louisa Cozolino (2004) rozwój psychoterapii w sposób pośredni stale był moderowany przez neuronaukę. Każda forma terapii jest skuteczna na tyle, na ile jest powiązana z procesami budującymi i modyfikującymi strukturę nerwową w mózgu (Cozolino, 2004). Wykorzystywanie technik neuroobrazowania do opisu i wyjaśniania zmian w funkcjach i strukturach mózgowych na skutek arteterapii, wydaje się szczególnie silną formą uzyskiwania wiedzy na temat procesów zachodzących pod wpływem zewnętrznego oddziaływania. Ich dużą wartością jest bezpośredni oraz „twardy” w porównaniu z danymi uzyskiwanymi z kwestionariuszy charakter. Do słabości natomiast należy trudność jednoznacznej interpretacji obserwowanych zmian. W praktyce stosowane są one nadal w niewielkim stopniu. Przyczyną mniejszego użycia tego rodzaju form ewaluacji z pewnością jest koszt i dostępność technologii koniecznej do przeprowadzania tego typu badań, z którymi wygrywiają bardziej rozpowszechnione metody kwestionariuszowe.

Podsumowując, doniesienia o skuteczności arteterapii najczęściej opierają się na drugiej i trzeciej z opisanych form prowadzenia badań. W arteterapii grupowej zazwyczaj mamy do czynienia z ewaluacją wyników danego programu arteterapeutycznego poprzez porównanie zmian, jakie zaszły u jego uczestników ze zmianami, które zaszły w grupie kontrolnej, czyli grupie pacjentów (klientów), która podlegała innemu rodzajowi psychoterapii lub pozostawała w warunkach neutralnych, czyli nie brała udziału w żadnych zajęciach. Natomiast o wynikach arteterapii indywidualnej oraz zastosowanych w niej metodach informacje czerpiemy z reguły z opracowywanych przez terapeutów przypadków, nierzadko zebranych w jedną publikację dotyczącą pracy z określoną grupą klientów, np. dzieci (Case, Dalley, 2008). W jednym i drugim przypadku zachodzące zmiany odnotowuje się dzięki początkowemu (przed podjęciem terapii) i końcowemu (po terapii) pomiarowi poszczególnych parametrów funkcjonowania klientów za pomocą metod kwestionariuszowych (ilościowych) lub wywiadów (jakościowych).

Dokonując przeglądu literatury na temat procesu i skutków przeprowadzanych programów arteterapeutycznych przeważnie możemy spotkać się z opisem korzystnych zmian, jakie zaszły w wyniku podjętej terapii. Takie relacje niosą ze sobą ryzyko wywołania ogólnego wrażenia, iż stosowane metody i narzędzia zawsze prowadzą do osiągnięcia zamierzonych celów. W ten sposób nietrudno wpaść w pułapkę jednostronnego postrzegania wyników pracy arteterapeutów. Tak jak w każdej dziedzinie, obiektywna wiedza (lub możliwie najbliższa obiektywizmowi) na temat wyników pracy arteterapeutycznej przynosi najwięcej korzyści wszystkim jej użytkownikom. Dlatego szczególnie cenne zdają się być publikacje, w których oprócz „sukcesów” terapeutycznych ukazywane również są trudności i niepowodzenia w stosowaniu danych metod wobec określonych pacjentów (Yalom, 2006; Case, Dalley, 2008). Brak potwierdzeń

nia skuteczności danego działania lub metody, stanowi równie ważną (a może nawet i ważniejszą) wskazówkę dla dalszej pracy, co potwierdzenie ich skuteczności. Umożliwia bowiem stopniową eliminację niefunkcyjnych sposobów pracy lub określenie warunków, w których są one nieskuteczne. W sposób pośredni wspomaga również ustalić za pomocą jakich mechanizmów dane sposoby oddziaływania przynoszą pozytywne wyniki.

Mechanizmy oddziaływania arteterapii

Pytanie o mechanizmy oddziaływania arteterapii dotyczy związku pomiędzy działaniem arteterapeutycznym a zachodzącą u klienta zmianą. Każdy z paradygmatów powinien posiadać teoretyczne ramy dla mechanizmów oddziaływania psychoterapii, czynników leczących i zmian, jakie zachodzą podczas jej prowadzenia (Cierpiałkowska, 2005). Arteterapia, zapoczątkowana przez Margaret Naumburg (Kramer, 2000) wywodzi się z podejścia psychoanalitycznego. Wprawdzie w czasach współczesnych działanie z zastosowaniem środków plastycznych ma miejsce również w innych szkołach terapeutycznych (poznawczo-behawioralna, systemowa), nadal najbardziej powszechna forma jest oparta na teoretycznych założeniach podejścia psychoanalitycznego i koncepcjach psychodynamicznych (por. Case, Dalley, 2006).

Niezależnie jednak od nurtu terapeutycznego jednym z najważniejszych czynników leczących jest relacja terapeutyczna między terapeutą a osobą uczestniczącą w terapii (Czabała, 1997). Jest to więź między terapeutą a klientem, budowana dzięki akceptacji, empatii i zrozumieniu (Cierpiałkowska, 2006). Jej powstanie jest niezbędne do tego, by inne czynniki leczące mogły się uaktywnić. Darley i Heath (2008) podkreślają, że najważniejszą rzeczą dla powodzenia terapii jest pełna psychiczna, duchowa i fizyczna obecność terapeuty oraz zaangażowanie w to, co dzieje się w danym momencie spotkania. W arteterapii mamy do czynienia jednak z czymś więcej, z relacją trójelementową, która powstaje w toku procesu budowania porozumienia, komunikacji pomiędzy terapeutą, pacjentem i dziełem (Case, 2005; za: Case, Dalley, 2006).

W związku z psychoanalitycznymi źródłami terapii sztuką, najważniejszym elementem w obrębie relacji terapeutycznej, są zjawiska przeniesienia oraz przeciwprzeniesienia (Case, Dalley, 2006). Z przeniesieniem mamy do czynienia, kiedy pacjent reaguje silnymi uczuciami, pochodzącymi z okresu wczesnodziecięcego, na zachowanie terapeuty (ibidem). Dla klienta jest to proces nieświadomy, ale informuje on arteterapeutę o wczesnodziecięcych doświadczeniach klienta i umożliwia zastosowanie odpowiedniej interwencji. W arteterapii praca plastyczna często jest elementem, dzięki któremu i poprzez który dokonuje się analizy przeniesienia i pracy nad nim. Równie istotną funkcję dla postępów w terapii pełni proces przeciwprzeniesienia (Case, Dalley, 2006). Tak jak przeniesienie pojawia się ono w relacji z klientem poprzez dzieło. Jest

to odpowiedź terapeuty oraz uczucia, jakie się w nim rodzą na skutek interakcji z klientem oraz jego wytworem, w trakcie procesu terapeutycznego.

W arteterapii tak jak w klasycznej psychoanalizie zakłada się również, że leczenie zachodzi dzięki wglądowi, który poszerza świadomość (por. Cierpiałkowska, 2006). Dochodzi do niego poprzez analizę, interpretację i konfrontację, które rozgrywają się w obszarze relacji terapeuty – dzieło – klient. Interpretacja prowadzi do ujawnienia treści wcześniej nieświadomych, przez wyrażenie słowami i zrozumienie tego, co wcześniej było niezrozumiane, a nawet nie było pomyślane (Case, Dalley, 2006). To z kolei prowadzi do lepszego zrozumienia siebie, które odgrywa podstawową rolę w dokonaniu przemiany. Jedną z największych zalet arteterapii jest istnienie dzieła wykonanego przez pacjenta, które jest jednocześnie czymś konkretnym i wieloznacznym. Praca oparta na symbolach (Darley, Heath, 2008), umożliwia dokonywanie o wiele szerszych i bardziej różnorodnych interpretacji niż jest to możliwe w przypadku wypowiedzi werbalnych. Jednakże, jak podają Case i Dalley (ibidem), każda praca jest unikalna i ma charakter indywidualny. Dlatego tylko pacjent może ostatecznie w pełni zrozumieć jej znaczenie.

Tym, co także prowadzi do osiągnięcia zmiany, jest zjawisko katharsis, czyli wspomniane już wcześniej odreagowanie emocjonalne. Proces twórczy ułatwia ujawnienie wewnętrznych doświadczeń i uczuć, wyrażonych poprzez medium, zarówno w sposób świadomy jak i nieświadomy (Case, Dalley, 2006). Uwolnienie negatywnych, często tłumionych emocji jest pierwszym krokiem na drodze do zmiany. Dzięki niemu możliwa jest redukcja napięcia i poprawa samopoczucia klienta. Takie wewnętrzne oczyszczenie jest możliwe między innymi dzięki zjawisku projekcji, które zachodzi wtedy, gdy klient zawiera ważne, nieświadome treści natury psychicznej w dziele twórczym. Odreagowanie emocjonalne powiązane jest również ze zmianami o charakterze biochemicznym w organizmie (por. Stańko, 2008).

Powiązanie zwerbalizowanych treści z doświadczeniem niewerbalnym w procesie arteterapii może przekładać się na bardziej zintegrowaną pracę obydwu półkul mózgowych, które w różnym stopniu są odpowiedzialne za poszczególne procesy psychiczne. Możliwe zmiany zachodzące w działaniu mózgu mogą wpływać na modyfikację sposobu myślenia, odczuwania oraz zachowania klienta. Chociaż badanie procesów neuronalnych stanowi rzadziej stosowaną formę badań nad arteterapią, informacje otrzymane do tej pory są obiecujące. Jak donosi Carole McNamee, (2005) pozytywne efekty wspomnianej już wcześniej terapii zwanej sztuką bilateralną przejawiające się zmianami zachowania są skutkiem "współpracy" lewej półkuli mózgu, która jest odpowiedzialna za rozwiązywanie problemów, mowę i język, z prawą półkulą, która jest wyspecjalizowana w tworzeniu wyobrażeń, mowie niewerbalnej, a także myśleniu holistycznym i intuicyjnym. Wydaje się, że arteterapia w największym stopniu w porównaniu do innych nurtów terapeutycznych ułatwia integrację logicznej i rozumowej wiedzy pacjenta z jego bardziej

„emocjonalnymi”, obrazowymi i intuicyjnymi doświadczeniami (McNamee, 2005). Taki mechanizm, może wyjaśnić zasady zachodzenia zmian w odczuwaniu, myśleniu i zachowaniu klienta na skutek pracy terapeutycznej.

Celem niniejszego artykułu była refleksja dotycząca sposobu działania arteterapii. Przedstawiono kwestię narzędzi i metod stosowanych w arteterapii, wskazując na ich walory diagnostyczne i terapeutyczne. Poruszono główne problemy dotyczące mechanizmów leżących u podłoża procesu leczącego, których świadomość stanowi konieczny wstęp do badania jej skuteczności. Wskazano na wartość naukowego badania podstaw arteterapii i empirycznej weryfikacji efektywności stosowanych metod, sugerując, że w dzisiejszych czasach można do tego celu stosować także techniki neuroobrazowania. Niniejszy artykuł stanowi wstęp do rozważań na temat skuteczności metod arteterapeutycznych i sposobów jej pomiaru. Jest refleksją nad możliwościami i skutkami dynamicznego rozwoju tej rozwijającej się w Polsce formy psychoterapii. Badania naukowe nad skutecznością, rozważania nad mechanizmami i stosowanymi metodami arteterapii, czyli szukanie odpowiedzi na pytanie „jak działa arteterapia?” jest potrzebne w dziedzinie czerpiącej wiele z procesów intuicji.

Bibliografia:

A systematic analysis of art therapy assessment and rating instrument literature. Unpublished dissertation. The Florida State University, School of Visual Arts and Dance.

Braun-Gałkowska, M. (2002). Metody poznawania systemu rodzinnego. Lublin: Katolicki Uniwersytet Lubelski, Katedra Psychologii Wychowawczej i Rodziny.

Buchalter, S. E. (2006). Terapia sztuką. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.

Case, C., Dally, T. (2006). The Handbook of art therapy. New York: Routledge.

Case, C., Dally, T. (2008). Art Therapy with children. From Infancy to Adolescence. New York: Routledge.

Cierpiąłkowska, L. (2005). Psychoterapia indywidualna i grupowa. W: H. Sęk (red.), Psychologia kliniczna, tom I (s. 269-297). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Cozolino, L. J. (2004). Neuronauka w psychoterapii. Poznań: Zysk i Ska.

Darley, S., Heath, W. (2008). The Expressive Arts Activity Book. London: Jessica Kingsley Publishers.

Girloy, A (2006). Hass-cohen, H., Carr, R. (2008). Art Therapy and Clinical Neuroscience. London: Jessica Kingsley Publishers.

Jackowska E. (1996), Z doświadczeń w prowadzeniu psychoterapii grupowej na młodzieżowym oddziale psychiatrycznym, Psychoterapia, 1, 31-38.

Karolak W. (2005), Warsztaty twórcze- warsztaty artystyczne, Wydawnictwo Jedność, Kielce.

Kramer, E. (2000). Art As Therapy. London: Jessica Kingsley Publishers.

McNamee C. (2005), Bilateral Art: Integrating arttherapy, family therapy, and neuroscience, Contemporary Family Therapy: An International Journal, 27, 4, 545-557.

Stańko, M. (2008a). Arteterapia jako metoda profesjonalnej pomocy chorym na nowotwory. Współczesna Onkologia 12 (3), 148-152.

Stańko, M. (2008b). Odbiorcy, metody i efekty arteterapii- synteza badań. W: W. Karolak, B. Kaczorowska (red.), Arteterapia w medycynie i edukacji. Łódź: Wydawnictwo WSHE.

O autorach:

Maja Stanko - doktorantka w Instytucie Psychologii UAM, studentka Edukacji Artystycznej w Akademii Sztuk Pięknych w Poznaniu. Członkini The British Association of Art Therapists w Londynie, Art Therapy Practice Research Network oraz Sekcji Arteterapii Koła Naukowego Studentów Psychologii Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Uczestniczka konferencji poświęconych arteterapii o zasięgu krajowym i międzynarodowym, autorka publikacji na temat terapii przez sztuki plastyczne oraz psychologii twórczości.

Przemysław Staron - absolwent psychologii na KULu - pod kierunkiem prof. Piotra Olesia i dr. Wacława Bąka napisał pracę magisterską poświęconą aktywności mózgowej w dialogach wewnętrznych - i przez trzy lata przewodniczący Sekcji Arteterapii. Student III roku kulturoznawstwa KUL (na seminarium z teorii sztuki u dr Anny Kawalec podejmuje zagadnienie instalacji artystycznych), członek Polskiego Stowarzyszenia Kreatywności i Polskiego Stowarzyszenia Terapii przez Sztukę. W tym roku rozpoczął studia w Collegium Invisibile, w ramach których realizuje tutorial z religioznawstwa u dr Ewy Zając (KUL). W CI uczestnik i współkoordynator programu Pierwszy Tutor.

Techniki FotoTerapii w doradztwie i terapii

Judy Weiser

Centrum FotoTerapii, Vancouver, Kanada

Techniki FotoTerapii wykorzystują osobiste i rodzinne zdjęcia klientów oraz emocje, wspomnienia, myśli i informację, które one przywołują, jako katalizatory komunikacji terapeutycznej.

Każde zdjęcie to rodzaj autoportretu, zwierciadła przeszłości, pokazującego chwile i osoby, które były wyjątkowe na tyle, żeby je świadomie zatrzymać. Zbiory fotografii przedstawiają osobistą historię życia. Ten wizualny ślad pokazuje wędrówkę (zarówno emocjonalną, jak i fizyczną) w przeszłość, a czasami wskazuje także przyszłą drogę. Również reakcje na pocztówki, ilustracje z magazynów i zdjęcia wykonane przez innych mogą dawać ważne wskazówki pozwalające interpretować skryte w nich wewnętrzne znaczenia.

Prawdziwe znaczenie zdjęcia tkwi mniej w jego wizualnej formie, a znacznie bardziej w reakcjach jakie ono wzbudza w umysłach (i sercach) tych, którzy je oglądają. Patrząc na zdjęcie ludzie spontanicznie tworzą znaczenia, które w ich odczuciu są częścią fotografii. Te znaczenia mogą, ale nie muszą się pokrywać z tymi, które chciał im nadać ich twórca, fotograf.

Prawdziwe znaczenie zdjęcia (i jego emocjonalne przesłanie) zależy od tego, kto na nie patrzy, dlatego, że ludzka percepcja i unikalne życiowe doświadczenie automatycznie nadają ramę i definiują to, co widzimy. Reakcje na fotografie, które ludzie uznają za szczególne, potrafią bardzo wiele ujawnić o nich samych, szczególnie jeśli zadane są właściwe pytania.

Jak terapeuta używa fotografii w celach leczniczych

Większość ludzi przechowuje zdjęcia, nawet nie zastanawiając się w jakim celu. Jednak zdjęcia utrwalają ważne momenty życia (oraz emocje nieświadomie z nimi powiązane). Dlatego osobiste kolekcje mogą budować naturalne mosty pomagające dotrzeć, odkryć i komunikować emocje oraz wspomnienia (nawet te głęboko ukryte i zapomniane). Fotografie mogą więc być istotnymi elementami relacji psychoterapeutycznej. Terapeuci odkrywają, że zdjęcia klientów często służą za namacalne, symboliczne autodefinicje i objekty przejściowe (transitional objects), które dają wgląd nieosiągną na takim samym poziomie za pomocą słów.

Dzięki pomocy terapeuty przygotowanego do wprowadzania Techniki FotoTerapii, klienci odkrywają, co kryje się w osobistych, znaczących zdjęciach i albumach rodzinnych, nie tylko wizualnie, ale również emocjonalnie. Takie znaczenia są ukryte w zdjęciach wszystkich klientów, ale kiedy zostaną one użyte jako część terapeutycznego dialogu, relacja z nieświadomością może być zbudowana w bardziej bezpośredni i 'niecenzurowany' przez świadomość sposób.

W czasie sesji FotoTerapii, zdjęcia wykorzystujemy nie tylko jako obiekt kontemplacji, ale również je tworzymy, rozmawiamy z nimi, słuchamy ich, rekonstruujemy, ilustrujemy nowe narracje, kolekcjonujemy, przetwarzamy w pamięci lub wyobraźni, włączamy jako część autoekspresji terapeutycznej lub nawet łączymy z innymi zdjęciami tworząc dialog.

Jakie Techniki są wykorzystywane w FotoTerapii

Robienie zdjęć lub przynoszenie gotowych fotografii na sesję to dopiero początek. Kolejny krok to aktywowanie tego, co one przywołują (poszukiwanie wizualnych znaczeń, wchodzenie w dialog z nimi, zadawanie im pytań, rozważanie wyobrażonych zmian itd.). To, co dla fotografa jest punktem końcowym (gotowe zdjęcie) w FotoTerapii jest dopiero punktem wyjściowym.

Podstawową rolą terapeuty jest zachęcenie i wspieranie osobistych poszukiwań klienta przez eksploracje i wchodzenie w interakcje z prywatnymi i rodzinnymi zdjęciami, które są robione, zbierane, przechowywane, pamiętane, rekonstruowane lub nawet wyobrażane. Dlatego każda z pięciu technik FotoTerapii powiązana jest z jednym z typów fotografii. Każda z technik może być łączona z innymi w różnych kombinacjach, jak również może być stosowana z innymi technikami arteterapii lub terapii kreatywnych.

1. Zdjęcia zrobione lub zebrane przez klientów (zarówno zdjęcia zrobione aparatem, jak i wybrane z pomiędzy fotografii wykonanych przez innych autorów, wyciętych z magazynów, pocztówek, Internetu, efekty cyfrowych manipulacji itd.)
2. Zdjęcia klienta wykonane przez inne osoby (pozowane lub spontaniczne)

3. Autoportrety, czyli wszystkie rodzaje zdjęć wykonanych przez klienta, w celu przedstawienia siebie, zarówno dosłownego, jak i metaforycznego (zawsze są to jednak zdjęcia nad wykonaniem, których klient miał pełną kontrolę)

4. Albumy rodzinne oraz inne autobiograficzne kolekcje, zarówno biologicznej rodziny lub innej grupy odniesienia, zarówno ułożone w albumach, jak i w postaci innych kolekcji np. na drzwiach lodówki, w portfelach, na pulpicie komputera, rodzinnych stronach internetowych itd.

5. Foto-Projekcje, które wykorzystują fakt, że każde zdjęcie jest przede wszystkim tworzone przez procesy aktywnej percepcji oglądającego. Oglądanie każdego obrazu wywołuje wrażenia i reakcje, które są projekcją własnej wewnętrznej mapy rzeczywistości. Dlatego ta technika nie jest związana z żadnym konkretnym typem fotografii, a raczej z relacją powstającą pomiędzy obrazem, a jego obserwatorem. Każda osoba tworzy swoją unikalną relację z obrazem.

FotoTerapia – szerszy obraz

Jak pokazano książce Techniki FotoTerapii – Odkrywanie Sekretów Osobistych Zdjęć i Albumów Rodzinnych, FotoTerapia to system wewnętrznie powiązanych technik pracy opartych o fotografię, używanych przez specjalistów przygotowanych do pracy w kontekście zdrowia psychicznego. Techniki te mają na celu wzbogacić oddziaływania terapeutyczne różnych specjalistów oraz w pomóc klientom świadomie doświadczać i poznawczo reintegrować doświadczenia w celu lepszego ich rozumienia i poprawy jakości życia.

Techniki FotoTerapii to nie to samo, co Terapeutyczna Fotografia. Są one często ze sobą utożsamiane (szczególnie w Wielkiej Brytanii), jednak Terapeutyczna Fotografia jest własną aktywnością inicjowaną poza formalnymi strukturami terapeutycznymi. Ludzie wykorzystują Terapeutyczną Fotografię w celu odkrywania siebie lub tworząc szczególną formę artystycznej ekspresji, podczas gdy FotoTerapia wykorzystywana jest przez terapeutów w celu pomocy klientom, którzy tej pomocy potrzebują. Fotograficzna autoeksploracja (fotografia –jako-terapia) spontanicznie może mieć charakter terapeutyczny sama przez się, szczególnie jeśli fotografowanie jest nastawione na wywołanie osobistej lub społecznej zmiany. Jednak Terapeutyczna Fotografia nie jest tym samym, co świadomie aktywowana i planowana zmiana, która dokonuje się przez pracę z wykształconym i przygotowanym do tego specjalistą.

FotoTerapia jest rozumiana jako zbiór powiązanych ze sobą w elastyczny sposób technik, bardziej niż określone procedury oparte o jeden konkretny paradygmat terapeutyczny. Dlatego mogą one być wykorzystywane przez różnorodnych specjalistów przygotowanych do pracy jako doradcy lub terapeuci, niezależnie od ich orientacji teoretycznej czy preferowanego podejścia. Fototerapia jest powiązana z arteterapią i dzieli z nią wiele założeń. Jednak w tym samym czasie, wyraźnie się od niej różni. Techniki FotoTerapii mogą być wykorzystywane przez

różnych specjalistów, nie tylko wykwalifikowanych arteterapeutów

FotoTerapia oparta jest o zasadę fotografii-jako-komunikacji, znacznie bardziej niż fotografii-jako-sztuki, dlatego żadne wcześniejsze przygotowanie techniczne, czy związane ze sztuką fotografii nie jest konieczne, żeby efektywnie ją wykorzystywać w terapii.

FotoTerapia wykorzystuje zaangażowanie w interakcje z unikalnymi wizualnymi modelami rzeczywistości, które tworzone są przez każdego oglądającego (używając fotografii bardziej jako aktywującego czasownika, niż pasywno/refleksyjnego rzeczownika). Dlatego techniki te mogą być szczególnie skuteczne przy pracy z osobami, których komunikacja jest ograniczona przez przyczyny fizyczne lub umysłowe, sytuacyjnie niepoprawna ze względu na nieporozumienia wynikające z niewerbalnych wskazuwek lub z osobami marginalizowanymi społecznie i kulturowo.

FotoTerapia może być szczególnie pomocna i niezwykle przydatna w sytuacjach związanych z wielokulturowością, niepełnosprawnością, mniejszościami seksualnymi, osobami ze specjalnymi potrzebami i innymi kompleksowymi populacjami. Z tego samego powodu FotoTerapia może być bardzo przydatna w szkoleniach skierowanych na rozwijanie tolerancji, rozwiązywanie problemów, mediacjach, również związanych z rozwodami i innych podobnych sytuacjach.

Dzisiaj kiedy przeciętny człowiek coraz bardziej komfortowo wykorzystuje technologie elektroniczną i obrazy cyfrowe, pojawia się coraz więcej fascynujących możliwości wykorzystywania fotografii jako wirtualnego narzędzia w doradztwie. Coraz więcej klientów, którzy posiadają skanery i rodzinne strony internetowe może uczestniczyć w sesjach cyber-terapii.

Informacje o autorze:

Judy Weiser - dyrektor Centrum FotoTerapii, Vancouver, Kanada.

email: jweiser@phototherapy-centre.com

Tłumaczenie: Olga Handford

"Arteterapia- praktyka i badania"

Recenzja książki Andrei Gilroy

Wyd. WSHE, 2009

Olga Handford

Goldsmiths College, Uniwersytet Londyński

„Badania i Praktyka“ to pierwsza książka brytyjskiego autora dotycząca arteterapii, która ukazuje się na polskim rynku. Cieszę się, że to właśnie ona została wybrana, dlatego, że Andy Gilroy jest jedną z najbardziej znanych i cenionych autorów, osobą, która w znaczący sposób wpłynęła na pozycję arteterapii w Wielkiej Brytanii. Cieszę się również dlatego, że jest to, według mnie, idealny moment na ukazanie się tej książki – teraz kiedy arteterapia w Polsce rozwija się tak dynamicznie. Również prywatnie publikacja tej książki jest dla mnie bardzo ważna, dlatego, że współpracuje z Andy Gilroy ponad 3 lata i podziwiam jej pasję, zaangażowanie, niezwykle przenikliwość badawczą i ogromną wiedzę na temat arteterapii. Dlatego z czystym sumieniem mogę polecić tę książkę, jako niezwykle wartościową dla każdego arteterapeuty, który chce, bądź musi zmierzyć się z wyzwaniem prowadzenia badań.

Na spotkaniach arteterapeutów, konferencjach i seminariach pojawiają się te same pytania i dyskusje – jak opisywać to co robimy, jak i dlaczego prowadzić badania, jak przekonać innych, że to co robimy jest skuteczne. Brak odpowiedzi na te, podstawowe dla każdej dyscypliny pytania, prowadzi do wielu nieporozumień czym jest arteterapia i dla kogo powinna być przeznaczona, a młoda ciągle jeszcze arteterapia w Polsce rodzi się w bólach i braku zrozumienia ze strony innych specjalistów. Książka ta niewątpliwie stanie się idealnym podręcznikiem dla tych, którzy na poważnie chcą zacząć budować zręby polskiej arteterapii, pokazać jej specyfikę oraz skuteczność.

Jednak książka ta nie jest w moim odczuciu jedynie o arteterapii. „Badania i Praktyka“ to wnikliwy i refleksyjny podręcznik metodologii dla wszystkich praktyków, terapeutów, nauczycieli, którzy stoją przed wyzwaniem stworzenia swojego projektu badawczego wyjaśniającego, co robią i jaka jest tego efektywność. Według mnie książka ta stanie się szybko literaturą obowiązkową zarówno dla praktyków, jak i dla studentów, gdyż nie ma w języku polskim innej podobnej publikacji.

Andy napisała tę książkę w momencie kiedy w Wielkiej Brytanii każda usługa, czy to w ramach służby zdrowia, czy edukacji musi być zaplanowana w oparciu o badania potwierdzające jej efektywność. Mimo, że arteterapeuci brytyjscy nie mają przygotowania metodologicznego oczekuje się od nich, że będą prowadzić projekty badawcze i ewaluacyjne swojej pracy. Pro-

jektom tym stawia się bardzo wysokie wymagania odzwierciedlające badania medyczne. Andy podjęła olbrzymie wyzwanie dokonując przeglądu literatury z wielu dziedzin, odnosząc się do polityki brytyjskiej służby zdrowia, żeby pokazać, że arteterapia nie jest praktyką zawieszoną w próżni, ale że musi wpisywać się w wymagania i wytyczne kontekstów w jakich funkcjonuje – społecznych, kulturowych a przede wszystkim ekonomicznych. Myślę, że zagadnienie kontekstów w jakich arteterapii funkcjonuje jest niezwykle ważne dla wszystkich polskich arteterapeutów, bo pozwala uświadomić sobie jakie wymogi zewnętrzne, jakościowe są stawiane praktyce, żeby była traktowana jako poważna metoda oddziaływań.

W Polsce coraz większy jest nacisk na badania naukowe i ewaluację pracy praktyka. Rodzi to wiele napięć i niechęci ze strony praktyków, ale trudno nie zauważyć, że wiele negatywnych emocji wokół badań pochodzi z niezrozumienia czym badania są i jak je organizować. Andy pokazuje różne drogi, różne modele badań, pasujące nie tylko do różnych rodzajów pytań badawczych, ale również oczekiwań instytucji, z którymi terapeuci współpracują. W bardzo zręczny sposób pokazuje na czym polegają badania ilościowe i jakościowe oraz w jaki sposób i dlaczego je łączyć. Pokazuje czym różnią się badania procesu terapeutycznego i jego efektów, jak tworzyć nową wiedzę o arteterapii i zrozumienie własnej praktyki. Dzięki temu pokazuje, że badania naukowe to nie tylko nieprzyjemny wymóg, ale przede wszystkim wspierała, wzbogacająca podróż dla praktyków.

Andy Gilroy głęboko wierzy, że jeżeli chcemy żeby arteterapia rozwijała się oraz żeby znalazła swoje miejsce pomiędzy innymi typami oddziaływań, musimy prowadzić badania. Ta książka poprowadzi każdego, kto chce się podjąć takiego trudu.

Na marginesie chciałam wspomnieć o problemach terminologicznych związanych z arteterapią. Jako dziedzina młoda nie wypracowała ona jeszcze w języku polskim swojej terminologii, a warto pamiętać, że chcąc jasno się komunikować musimy dokładnie wiedzieć co znaczą terminy, których używamy. Tłumaczenie tej książki było więc wyzwaniem, jednak również pokazało, że o terminologii musimy rozmawiać, żebyśmy byli pewni, że mówimy o tych samych zjawiskach i procesach.

"Muzykoterapia czyli jak wykorzystać siłę dźwięków"

Recenzja książki Edith Lecourt

Wydawnictwo Videograf, 2008

Ludwika Konieczna

Akademia Muzyczna w Katowicach

Publikacja "Muzykoterapia czyli jak wykorzystać siłę dźwięków. Bilans psychomuzyczny, test wrażliwości muzycznej, zasady doboru repertuaru", która ukazała się w kwietniu 2008 r. stanowi niestety przykład krzywdy, jaką wydawca (Videograf II) wyrządzić może autorowi, w tym przypadku jednej z najbardziej cenionych postaci muzykoterapii francuskiej, profesor Instytutu Psychologii Université Paris Descartes, założycielce Francuskiego Stowarzyszenia Muzykoterapeutów - Edith Lecourt. Książka ukazała się w serii Poradnik, obok tytułów tak obiecujących jak: Tajemnice miłości, czyli co kobiety powinny wiedzieć o seksie; Uwierz w siebie, czyli jak osiągnąć sukces i szczęście; Chromoterapia i światłoterapia czyli jak leczyć barwami i światłem.

Umieszczenie na okładce dziewczyny ze słuchawkami na uszach, z rozanielonym uśmiechem i zamkniętymi oczami, dopełnia obrazu sugerującego, że muzykoterapia to coś, co każdy z powodzeniem może sam sobie zaaplikować po to, by poczuć się szczęśliwszym. (Jednak ten akurat pomysł nie pochodzi od wydawcy polskiego. Bardzo podobna fotografia okrasza okładkę wydania francuskiego z 2005 r. Cóż, widocznie nie tylko u nas promocja literatury fachowej potrzebuje kolorowej, lekkostrawnej etykiety.)

Pomijając fakt, że takie postawienie sprawy to zwykłe oszustwo, promowanie muzykoterapii w ten sposób dyskredytuje ją jako dyscyplinę naukową. Czytelnik odnieść może wrażenie, że jedna cienka książeczka pozwoli mu na zgłębienie tajników muzykoterapii, co – jak wie wykształcony muzykoterapeuta – jest zupełnym błędem.

Zacznijmy od tytułu – już tutaj spotykamy się z ciekawą doprawdy interpretacją francuskiego oryginału *Découvrir la musicothérapie* – odkrywać muzykoterapię. Tytułem tym Lecourt z pewnością zaprasza każdego czytelnika zainteresowanego tematem, sugerując raczej podstawowy, wprowadzający charakter publikacji. Nie wspomina jednak o tajemniczej sile

dźwięków, pojawiającej się w polskiej wersji.

Brnąc dalej tropem tłumacza napotykamy na sformułowania świadczące o zupełnym braku znajomości specjalistycznej terminologii – zarówno muzycznej, jak i psychologicznej. Znajdziemy tu wśród innych pereł gamę do-dur, dodekafonizm, oraz zhierarhizowany system gamy... Jest mniej rażący, ale na pewno mylący kognitywizm zamiast teorii poznawczych, i co najmniej dziwnie brzmiący opis teorii relacji z obiektem Winnicotta. Powiedzmy, że tłumacz znawcą opisywanej dziedziny być nie musi, jednak błędne słownictwo sprawia, że niektóre fragmenty książki brzmią wręcz absurdalnie (opis dodekafonii na stronie 27). W przypadku tej publikacji tłumacz miał problemy nawet z interpretacją fragmentów mniej specjalistycznych. Bo co właściwie znaczy „praktyczna sensybilizacja czytelnika“ (str. 8), czy „procesy mentalizacyjne“ (str. 63)?

Przejdźmy jednak do zawartości merytorycznej Muzykoterapii... Część pierwsza, zatytułowana *Od muzyki do muzykoterapii* zawiera skrótową i spopularyzowaną historię rozwoju muzykoterapii, od opisu starożytnego katharsis po ukazanie obecnej sytuacji muzykoterapii ze szczególnym uwzględnieniem Francji.

W części tej autorka ukazuje także muzykoterapię w kontekście terapii przez sztukę i różnych modeli psychoterapii. Spore wątpliwości budzi klasyfikacja modeli muzykoterapeutycznych w odniesieniu do różnych form psychoterapii. Sytuując muzykoterapię w kręgu behawioryzmu, autorka wymienia Juliette Alvin, brytyjską pionierkę muzykoterapii, jako stosującą techniki warunkowania. Jest to tyle dziwne, co nieprawdziwe – Alvin, której praca przyczyniła się do powstania muzykoterapii analitycznej i modelu wolnej improwizacji, była zdecydowanie spadkobierczynią myśli Freuda, przyjmując za punkt wyjścia koncepcje biegunowo od behawioryzmu różne. Lecourt nie wspomina natomiast w tym miejscu o muzykoterapii amerykańskiej, najmocniej zakorzenionej w behawio-

ryzmie właśnie. Także umieszczenie metody Guided Imagery and Music stworzonej przez Helen Bonny wśród terapii poznawczych nie wydaje się być trafne. Ta receptywna technika, eksploatująca zmienione stany świadomości powstające podczas słuchania muzyki, pełna symbolicznych interpretacji, bliższa jest z pewnością podejściu psychoanalitycznemu lub humanistycznemu. Z kolei muzykoterapia kreatywna (Nordoff-Robbins), słusznie umiejscowiona została w kontekście psychoterapii humanistycznej, jednak opis tego rodzaju praktyki znów nie przystaje do rzeczywistości. Clive Robbins gościł niedawno w Polsce, muzykoterapia kreatywna jest u nas stosunkowo popularna, wielu zapewne zdziwi więc fakt, że w nurcie tym „muzyka stanowi królewski trakt wiodący do krańcowych doświadczeń transu, ekstazy...”.

Druga część, Główne metody, zawiera propozycję bilansu psychomuzycznego i testów wrażliwości oraz zaznajamia z kilkoma technikami muzykoterapii receptywnej (autorska technika muzycznego karmienia Lecour oraz metoda J. Josta) i aktywnej (technika strukturyzacji osobistych doświadczeń dźwiękowych, ćwiczenia wykorzystujące mowę ciała, psychopedagogika muzyczna).

Dwie ostatnie części, Podstawy teoretyczne oraz Muzykoterapia, rozwój słyszenia w relacjach z innymi, ukazują analogie między muzyką a mową i strukturą muzyczną a strukturą psychiczną, tłumaczą proces muzycznego kształtowania się jednostki w trakcie kolejnych etapów rozwoju, wyjaśniają fenomen grupowego uczestnictwa w aktywności muzycznej, pokazują różnicę pomiędzy słyszeniem werbalnym a muzycznym oraz przedstawiają technikę komunikacji dźwiękowej i grupową muzykoterapię analityczną. Pada tu wiele ciekawych spostrzeżeń, ukazana perspektywa na muzykoterapię – zakorzeniona w nurcie psychoanalitycznym – jest niewątpliwie interesująca. Dodatkowo, praktykujący muzykoterapeuta znajdzie tu inspiracje dla swoich działań.

W całości nieco razić może dobór niektórych przykładów zaczerpniętych z praktyki, ilustrujących konkretne zagadnienia, jednak ogólnie zastosowanie opisów tych właśnie scenek wspomaga zrozumienie praktycznej sfery muzykoterapii. Dobre są także krótkie, wypunktowane zestawienia najważniejszych problemów, znajdujące się na końcach rozdziałów. Być może ze względu na ich krótkość i prostotę tłumacz zdołał przedstawić je w zrozumiały sposób.

Podsumowując, merytorycznie praca Edith Lecourt to z pewnością wartościowy materiał, jednak w polskiej, niestety mocno nieprofesjonalnej wydawniczo wersji, zrozumienie jej treści nie jest chwilami proste. Osoba posiadająca przygotowanie muzykoterapeutyczne (lub psychologiczne i muzyczne) zapewne domyśli się, drążąc językowe nieprawidłowości, co autorka chciała czytelnikowi powiedzieć, ale już ktoś mniej obeznany w temacie szybko zgubi zarówno wątek, jak i zain-

teresowanie.

Naprawdę szkoda, że ta potencjalnie bardzo cenna pozycja, została w ten sposób wykoślawiona...