



Terapia przez Sztukę

Od Redakcji

Przekazujemy Wam kolejny numer kwartalnika „Terapia przez sztukę” mając nadzieję, że dokładamy kolejną małą cegiełkę do rozwoju różnych form terapii przez sztukę w naszym kraju. Naszym celem jest tworzenie środowiska profesjonalistów, wspieranie młodych adeptów arteterapii, ale także uświadamianie wszystkim osobom wielkiego terapeutycznego potencjału tkwiącego w kontakcie ze sztuką. Cieszymy się, że nasza inicjatywa, choć zupełnie nowa, z każdym miesiącem wzbudza coraz większe zainteresowanie, za co wszystkim Autorom tekstów i naszym Czytelnikom chcemy bardzo podziękować!

Zgodnie z daną obietnicą w tym numerze publikujemy teksty autorów zagranicznych, uznanych na całym świecie specjalistów w dziedzinie muzykoterapii. Dostęp do tych publikacji był dotąd w Polsce bardzo ograniczony.

Zachęcamy do przeczytania tłumaczenia jednego z najważniejszych, klasycznych artykułów, w którym dokonano psychoterapeutycznej klasyfikacji praktyk muzykoterapeutycznych. Tekstu wielokrotnie cytowanego w publikacjach naukowych na całym świecie. Jego autorka – prof. Barbara Wheeler, pełniąca obecnie funkcję prezesa stowarzyszenia muzykoterapeutów amerykańskich (AMTA), znana również jako redaktor kilkuletniej zaledwie, ale już ‘kultowej’ książki „Badania ilościowe i jakościowe w muzykoterapii” (Music Therapy Research: Quantitative And Qualitative Perspectives), przesłała go nam z dedykacją dla polskich terapeutów i ze słowami wsparcia dla naszej inicjatywy tworzenia czasopisma-platformy internetowej łączącej wszystkich zainteresowanych rozwojem terapii przez sztukę.

Kolejny tłumaczony tekst, który znalazł się w tym wydaniu kwartalnika, to referat wygłoszony na Światowym Kongresie Muzykoterapii w Hamburgu w roku 1996 przez Cheryl Dileo, światowej sławy muzykoterapeutkę, profesor muzykoterapii na Uniwersytecie Temple w Filadelfii. Porusza ona problematykę psychoneuroimmunologii, pokazując tym samym nowe terytoria dla badaczy terapii przez sztuki.

Oprócz tekstów zagranicznych polecamy cały szereg fascynujących artykułów polskich autorów. Dotyczą one terapii teatrem, ruchem, muzyką i sztukami wizualnymi. Wierzymy, że przyczynią się one do lepszego zrozumienia praktyk polskich, jak również praktyk adaptowanych z zagranicy. Dr Anita Stefańska usystematyzowała i szczegółowo opisała terminologię z zakresu teatroterapii, co mamy nadzieję przyczyni się uporządkowania myślenia o tej dyscyplinie. Dr Mateusz Wiszniewski pisząc o terapeutycznym teatrze tańca przybliżył znaną na całym świecie koncepcję Anny Halprin.

Dr Ewa Niestorowicz pokazała w jaki sposób rzeźba jest wykorzystywana w pracy terapeutycznej z osobami głuchoniewidomymi na przykładzie plenerów artystycznych w Centrum Rzeźby Polskiej w Orońsku. Adam Plackowki zaprezentował swoją autorską metodę pracy, jaką jest „Malarstwo Emocjonalne”. Zaś Ludwika Konieczna podzieliła się

swoimi przemyśleniami na temat radości i problemów, z jakimi mają do czynienia młodzi terapeuci, którzy rozpoczynają dopiero swoją drogę zawodową. W drugim numerze naszego kwartalnika znajdziecie również artykuł, który jest spojrzeniem na muzykoterapię oczami fizjoterapeuty. Anna Bukowska pisze w nim o oddziaływaniu muzyki na człowieka.

W najnowszej „Terapii przez Sztukę“ nie zabrakło także recenzji książki Diany Gulińskiej-Grzeluska „Muzykoterapia dzieci agresywnych“ wydanej w 2009 roku.

Chcemy podkreślić, że począwszy od bieżącego numeru zaczynamy publikację cyklu tekstów przybliżających klasykę światowej arteterapii. Specjalnie dla naszych Czytelników będziemy wybierać teksty najbardziej istotne i wartościowe. W tym numerze Profesor Wita Szulc opisuje „Music Therapy in Health and Education”, pracę zbiorową pod red. Margaret Heal i Tony Wigram`a wydaną w 1993 roku.

Serdecznie zapraszamy do wspólnego tworzenia naszego pisma, dzielenia się swoją wiedzą, przemyśleniami i doświadczeniem. Zachęcamy też do przyłączania się do Polskiego Stowarzyszenia Terapii Przez Sztukę (PSTS) – wystarczy wypełnić i przesłać do nas deklarację członkowską zamieszczoną w zakładce „PSTS”. Pamiętajmy, że im więcej nas będzie tym większy wpływ będziemy mieli na sytuację arteterapii w Polsce.

Olga Handford

Krzysztof Stachyra

Psychoterapeutyczna klasyfikacja praktyk muzykoterapeutycznych – kontinuum procedur

Barbara L. Wheeler

MT-BC, University of Louisville

Tłumaczenie: Marek Jeziorski, Krzysztof Stachyra

Streszczenie:

Artykuł ten dzieli praktyki muzykoterapeutyczne na trzy kategorie: muzykoterapia jako terapia aktywna, muzykoterapia wglądowa o celach reedukacyjnych oraz muzykoterapia wglądowa o celach rekonstrukcyjnych. Muzykoterapia jako terapia aktywna zawiera w sobie dużo z tradycyjnie praktykowanej muzykoterapii, z celami osiąganymi głównie poprzez zastosowanie różnych aktywności terapeutycznych. W przypadku muzykoterapii wglądowej o celach reedukacyjnych, doświadczenie muzyczne traktowane jest jako narzędzie mające wywołać werbalizację, z przetwarzaniem werbalnym, które prowadzi do wglądu we wnętrze, co następnie może pomóc klientowi zmienić jego zachowanie. Przy muzykoterapii wglądowej o celach rekonstrukcyjnych, techniki muzykoterapeutyczne stosowane są do ujawniania nieświadomych treści, które są następnie przepracowywane w celu reorganizacji osobowości pacjenta. Artykuł ten zawiera przykłady zastosowania technik muzykoterapeutycznych w każdej z wymienionych kategorii oraz podaje pokrewne typy klasyfikacji zaczerpnięte z literatury muzykoterapeutycznej i psychoterapeutycznej. Artykuł sugeruje także, że te lub podobne kategorie mogą sprawić, że dialog na temat wykonywania zawodu muzykoterapeuty stanie się bardziej klarowny, co będzie pomocne zarówno w odniesieniu do leczenia jak i edukacji.

Muzykoterapia jest zazwyczaj definiowana poprzez szereg różnorodnych technik i procedur. Jedną z definicji mówi, że jest to “zastosowanie muzyki w celu osiągnięcia celów terapeutycznych: przywrócenia, utrzymania i poprawy zdrowia psychicznego i fizycznego” (National Association of Music Therapy, Inc., 1980). Według definicji muzykoterapię stosować można niezależnie od wieku pacjentów i może ona być

ukierunkowana na polepszenie praktycznie każdego aspektu ich zdrowia. Gdy zastanowimy się nad formami leczenia zawartymi w powyższej definicji, okaże się, że możliwości są nieograniczone. Jako przykład można podać uczenie niepełnosprawnych dzieci konkretnych zachowań, kształcenie dzieci w zakresie treści edukacyjnych, praca nad ułatwieniem sprawniejszego poruszania się, promowanie umiejętności społecznych, inicjowanie komunikacji, analiza konfliktów wewnętrznych, lub wyrażanie własnych wyobrażeń i fantazji.

Przy tak szerokim wachlarzu procedur oraz różnorodności pacjentów poddających się muzykoterapii, nie jest łatwo sprecyzować co dokładnie mamy na myśli, gdy używamy terminu muzykoterapia. Artykuł ten prezentuje zarys ram konceptualnych, które okazały się pomocne podczas prób naszkicowania różnych „typów” muzykoterapii. W większości, ramy te stosowane były przy pracy z osobami dorosłymi mającymi problemy emocjonalne. Toteż, chociaż potencjalnie mogą one być zastosowane w pracy z innymi osobami, artykuł ten będzie skupiać się na pracy z dorosłymi klientami psychiatrycznymi..

Istniejące klasyfikacje muzykoterapii

Po dokładnym przyjrzeniu się muzykoterapii oraz literaturze z nią związanej można zauważyć, że dotychczas stworzono już kilka typów klasyfikacji muzykoterapii i terapii pokrewnych. Muzykoterapeuci tradycyjnie klasyfikowani są jako terapeuci aktywni, albo jako tacy, których techniki zawierają nieodłączne elementy zajęć mających cele terapeutyczne. Terapia rekreacyjna i terapia zajęciowa są również zaliczane do grupy terapii aktywnych. Podział taki jest uzasadniony, ponieważ wyżej wymienione terapie skupiają się na tym, że klienci wykonują pewne czynności dostarczające

doświadczeń potrzebnych do poprawy ich stanu zdrowia. Aspekt terapeutyczny zajęć związanych z muzyką polega na zaangażowaniu pacjenta w zajęcia terapeutyczne, a nie na rozmawianiu o tym zaangażowaniu. Wzorzec ten wydaje się być podstawą większości form muzykoterapii tradycyjnie praktykowanych w USA. W klasycznym dziele *Processes in Music Therapy* (Sears, 1968) autor zdaje się odnosić do muzykoterapii jako terapii aktywnej wyrażając pogląd, że dostarcza ona doświadczeń wewnątrz struktury, doświadczeń samoorganizacji, oraz doświadczeń związanych z relacjami z innymi ludźmi.

Zastosowanie muzykoterapii w sytuacjach związanych z edukacją to kolejny aspekt wykorzystania muzyki w celach terapeutycznych. Jest ono blisko związane z zastosowaniem muzyki jako terapii aktywnej, jednakże planowane cele łączą się głównie z nabywaniem umiejętności potrzebnych przy zdobywaniu wiedzy aniżeli dotyczą innych dziedzin życia. Na bardziej podstawowych poziomach zachowań ta kategoria zlewa się z kategorią muzyki jako terapii aktywnej. Przykładowo, gdy dzieci uczą się koordynacji ruchów, nabywają także zdolności mające zastosowanie poza sytuacjami związanymi z edukacją. Wewnątrz tej kategorii znajdzie się też nauczanie czytania, rozumienia pojęć matematycznych, jak również różne techniki emisji głosu.

Począwszy od lat 70-tych, muzykoterapeuci zaczęli się coraz częściej identyfikować jako kreatywni arteterapeuci lub terapeuci stosujący metody wykorzystujące ekspresję (American Psychiatric Association, 1980; Robbins, 1980), oraz sprzymierzyli się z terapeutami zajmującymi się sztuką i tańcem, a niekiedy także z psychodramatystami. Poza stosowaniem wspólnych dla tych grup środków artystycznego przekazu jako narzędzi terapeutycznych, muzyki, tańca i sztuki, terapeuci identyfikujący się w ten sposób wydają się mieć kilka cech wspólnych. Jedną z nich jest fakt używania konkretnych środków przekazu celem ułatwienia pacjentom uświadomienia sobie własnych uczuć, przy czym werbalizacja przeżycia często postrzegana jest jako niezbędny element procesu terapeutycznego. Przeżycia wewnętrzne pacjentów są w centrum zainteresowania. W swojej polemice na temat kreatywnych form arteterapii Zwerling (1979) sugeruje, że ważnym celem w stosowaniu tychże terapii jest założenie, że przekaz niewerbalny umożliwia bardziej bezpośrednie uruchomienie procesów emocjonalnych (bardziej niż kognitywnych), niż mogą to czynić terapie werbalne. Zdolność ta jest ważna do skutecznego zastosowania form kreatywnej arteterapii w celach klinicznych. Klasyfikacja muzykoterapii na poszczególne poziomy

została przedstawiona przez grupę, która zaprezentowała swoją pracę w 1979 (Canter i inni, patrz adnotacja). Naukowcy ci omawiali trzy poziomy muzykoterapii, w których pierwszy poziom przypominał tradycyjne zastosowanie muzykoterapii, drugi przedstawiał muzykoterapię jako formę kreatywnej terapii sztuką, zaś trzeci odnosił się do zastosowania muzykoterapii w głębokiej pracy nad nieświadomymi aspektami osobowości. Nie może uciec uwadze, że klasyfikacja muzykoterapii podana w niniejszym artykule wiele zawdzięcza owemu podziałowi, jak i poziomom psychoterapii zaproponowanym przez Wolberga, których streszczenie znajduje się poniżej.

Poziomy terapeutyczne w psychoterapii

Z pewnością dziedzina psychoterapii jest co najmniej tak szeroka, pod względem możliwych rodzajów oferowanych terapii, jak muzykoterapia. Wolberg (1977) opracował bardzo pomocne zestawienie typów psychoterapii, które zawiera: terapię wspierającą, terapię reedukacyjną oraz terapię rekonstrukcyjną. Dla każdej z powyższych kategorii naszkicował cele, pożądane typy pacjentów oraz stosowane techniki.

Terapia wspierająca ma na celu odzyskanie równowagi emocjonalnej pacjenta, dzięki której może on funkcjonować w sposób jak najbardziej zbliżony do normalnego. Następują tu próby łagodzenia objawów, wzmocnienia mechanizmów obronnych oraz wypracowywania lepszych mechanizmów kontroli, które mogą się wiązać z tłumieniem emocji. Dotyczy to również redukcowania zewnętrznych źródeł stresu. Terapia wspierająca może być stosowana wobec ludzi o relatywnie nienaruszonej strukturze ego, którym do powrotu do normalnego funkcjonowania potrzeba jedynie krótkiej terapii. Z drugiej jednak strony, terapia ta może również pomóc osobom, które są tak poważnie zaburzone, że najlepszą rzeczą, na jaką można w ich przypadku liczyć, jest łagodzenie objawów, a dzięki temu umożliwienie im lepszego życia z ich zaburzeniami. Ta metoda jest też odpowiednia w wypadku, gdy pacjent nie reagował na bardziej intensywne metody terapeutyczne, oraz może stać się metodą z konieczności, gdy terapeuta nie ma możliwości ani czasu na zastosowanie bardziej intensywnej pracy ze wszystkimi pacjentami z osobna.

W terapii reedukacyjnej zamierzeniem jest umożliwienie pacjentowi osiągnięcia wyższego poziomu funkcjonowania. Głównym celem jest „modyfikacja zachowań poprzez bezpośrednie stosowanie pozytywnych i negatywnych wzmocnień i/lub relacji interpersonalnych, wraz z umyślnymi próbami dostosowania do otoczenia, zmianę celów, wyzwolenie

sił twórczych i, w miarę możliwości, wspieranie większego samorozwoju” (Wolberg 1977, s. 101).

Osoby poddane terapii reedukacyjnej mogą osiągnąć na tyle wystarczający poziom kontroli nad własnymi trudnościami by posiadać kontrolę nad reakcjami na bodźce, oraz by radzić sobie ze zmianami i zniekształceniami we własnym otoczeniu bądź dostosowywać się do nich, by wydajniej organizować i osiągać cele życiowe, a także by umacniać adaptacyjne mechanizmy obronne i zmieniać te, które są mniej adaptacyjne.

Terapia rekonstrukcyjna ma natomiast na celu zmianę podstawowej struktury osobowości, co oznacza odkrywanie na nowo własnego potencjału zablokowanego w toku rozwoju osobistego jednostki. Metoda ta stosowana jest wobec osób, których ego jest na tyle silne, by mogło się zmienić oraz którzy są tym zainteresowani na tyle, by poświęcić wiele czasu na ten proces.

Kontinuum procedur muzykoterapeutycznych

W tej części artykułu przedstawione powyżej kategoryzacje psychoterapii i muzykoterapii zostaną zaadaptowane i zintegrowane w ramy, które muzykoterapeuci mogą następnie zastosować przy konceptualizowaniu własnej pracy. Trzy typy terapii zostaną jasno i klarownie rozdzielone, aczkolwiek należy wziąć pod uwagę, że podział i kategoryzacja nigdy nie są do końca przejrzyste w praktyce terapeutycznej. Owe trzy poziomy muzykoterapii zostaną nazwane: muzykoterapia jako terapia aktywna, muzykoterapia wglądowa o celach reedukacyjnych oraz muzykoterapia wglądowa o celach rekonstrukcyjnych.

Podejście terapii aktywnej to takie, które tłumii (...) bodźce na rzecz bardziej adaptacyjnych zachowań

Muzykoterapia jako terapia aktywna

Stosowanie muzykoterapii jako terapii aktywnej w tradycyjnej formie skupia się bardziej na osiąganiu celów poprzez stosowane czynności terapeutyczne, aniżeli przez wgląd we własną psychikę. Takie terapie wiążą się z zastosowaniem aktywności (oraz, jeśli to odpowiednie w danym przypadku, werbalizację doświadczeń związanych z danym zajęciem) celem zmiany

zachowania. Osiągnięcie lepszego zrozumienia przyczyn występowania danych zachowań nie jest uznawane za ważne. Lord (1971, s. 69) wymienia 12 celów muzykoterapii oraz innych terapii aktywnych. Są to:

1. Zwiększenie tolerancji dla słuchanych poleceń,
2. Zmniejszenie unikania sytuacji, w których możliwa jest porażka,
3. Uczenie jak skutecznie realizować długoterminowe plany.
4. Wydłużenie czasu koncentracji i zdolności skupienia się,
5. Wypracowanie realistycznego obrazu samego siebie,
6. Poprawa samooceny,
7. Zmniejszenie „nieodpowiednich” zachowań w sytuacjach związanych z pracą,
8. Zwiększenie wyrozumiałości dla władzy i autorytetów,
9. Zmniejszenie zachowań unikowych w sytuacjach społecznych,
10. Rozprawa świadomości, akceptacji i odpowiedzialności uczuć innych,
11. Rozwinięcie umiejętności radzenia sobie z silnymi emocjami,
12. Rozwinięcie wiedzy o sposobach na unikanie pasywnego i odizolowanego życia w społeczeństwie.

Aby osiągnąć większość z podanych powyżej celów, muzykoterapia jest skonstruowana w sposób dający możliwość praktycznego ćwiczenia pożądanego zachowań. Gdy stosujemy ten model, proces werbalny skierowany jest bezpośrednio na to, co klient doświadczył w czasie zajęć, z minimalną ilością uwagi poświęconą innym uczuciom wywołanym przez muzyczne aktywności, lub werbalną interakcją.

Sesje, na których stosuje się muzykę jako formę terapii aktywnej, zazwyczaj wykorzystują pozytywne relacje z terapeutą, który najczęściej bierze rolę autorytatywną w kierowaniu sesją oraz pomaganiu pacjentowi w osiąganiu zachowań bardziej adaptacyjnych. Sesje mogą czasami zawierać także porady i udzielanie informacji. Często zwraca się ku zapewnianiu poczucia bezpieczeństwa. Takie podejście może być postrzegane jako te, które osłabia impulsy na rzecz zachowań przystosowawczych, strukturyzowanych bardziej przez terapeutę, aniżeli przez impulsy czy odruchy. Jednym z celów jest wzmocnienie mechanizmów obronnych. Bardzo często sięga się do umiejętności jakie posiadają klienci, po to, aby podbudowywać ich poczucie pewności siebie.

Jako, że ten typ praktyk pozostaje częścią modelu terapii aktywnej, potrzeba wglądu ze strony terapeuty jest minimalna. Podczas sesji nacisk kładziony jest przede

wszystkim na jawne zachowania, zaś główną powinnością terapeuty jest zdolność do obserwowania tych zachowań. Ponieważ klienci zaczynają radzić sobie z własnymi uczuciami, wzrasta też u terapeutów potrzeba uświadamiania sobie własnych uczuć.

Aby zilustrować zasady działania tego typu terapii, podamy cytaty z kilku źródeł związanych z tematem. Cassity (1976) opisuje zastosowanie zajęć nauki gry na gitarze z grupą dorosłych pacjentów psychiatrycznych w celu poprawy akceptacji między nimi i zintegrowania grupy. Podejście to znalazło się w kategorii muzykoterapii jako terapii aktywnej ponieważ cel terapeutyczny, tj. zmiana zachowań oraz postrzeganie innych ludzi, został osiągnięty poprzez doświadczenia związane z nauką gry na gitarze oraz związane z tym okoliczności, a nie poprzez wgląd we własną psychikę.

Ficken (1976) zastosował pisanie piosenek (technikę songwriting) wśród pacjentów oddziału psychiatrycznego. Aktywność ta sama w sobie prowadziła do pracy nad zaplanowanymi celami. Każdy przejaw zwiększenia świadomości własnych uczuć, jak to ujmuje autor, okazuje się być wtórne do doświadczeń pochodzących z samego procesu tworzenia piosenki. Jeśli pisanie piosenki byłoby zastosowane w celu zwiększenia świadomości i zdolności wyrażania uczuć (co mogłoby mieć miejsce w innej sytuacji), wówczas takie zajęcia można by sklasyfikować jako terapię wglądową o celach reedukacyjnych.

Wasserman (1972) opisuje kilka aspektów tradycyjnego programu muzykoterapii, gdzie celami są: stymulowanie wzmocnienia ego klienta, próba zastąpienia patologicznych mechanizmów obronnych na rzecz zdrowszych metod radzenia sobie, resocjalizacja pacjenta, próba otwarcia u klienta możliwości ponownego komunikowania się, odnalezienie drogi ujęcia dla napięć, rozwinięcie poczucia własnej wartości oraz uczenie się czerpania przyjemności ze słuchania i wykonywania muzyki. Autorka przedstawia kilka ćwiczeń, na które składają się ćwiczenia z zakresu dynamiki głosu (np. ćwiczeń mowy oraz całego ciała, które mają za zadanie pomóc pacjentowi w werbalnej i niewerbalnej komunikacji poprzez użycie głosu, rytmu i mowy ciała), śpiewanie w grupie i grupowe zajęcia z instrumentami muzycznymi. Tak jak w wypadku aktywności opisanych powyżej, terapia odbywa się tu poprzez udział w ćwiczeniach, a nie poprzez wgląd osiągnięty dzięki nim. Zajęcia te pozostają również w zgodzie z zasadami, według których terapeuta przyjmuje autorytatywną rolę lidera, oraz skupiają się bardziej na zmianie zachowań niż na zrozumieniu tychże.

W muzykoterapii wglądowej często muzyka sama w sobie wydobywa konkretne emocjonalne i/lub wglądowe reakcje niezbędne w terapii

Muzykoterapia wglądowa o celach reedukacyjnych

Gdy zaczynamy stosować muzykoterapię wglądową o celach reedukacyjnych, pojawia się coraz więcej werbalizacji odgrywającej znaczącą rolę w całym procesie terapeutycznym. Również muzyka może być stosowana w inny sposób. Podczas, gdy w muzykoterapii aktywnej zajęcia z dowolnej innej dziedziny mogą zazwyczaj zostać wstawione zamiast zajęć muzycznych i dawać takie same rezultaty, w muzykoterapii wglądowej (zarówno reedukacyjnej jak i rekonstrukcyjnej) muzyka sama w sobie wydobywa konkretne emocjonalne i/lub wglądowe reakcje niezbędne w terapii. Głównym punktem skupienia w takiej muzykoterapii są uczucia, ich eksponowanie i omawianie, które prowadzi do wglądu, co z kolei daje rezultat w postaci poprawy funkcjonowania danej osoby. Ten typ muzykoterapii jest uwarunkowany tym, co Zwerling (1979) uznaje za jedną z unikalnych cech arteterapii: zdolność do poruszenia głębokich, zazwyczaj normalnie niedostępnych, pokładów emocji. Uczucia omawiane w muzykoterapii o celach reedukacyjnych są tymi, które są stosunkowo bliskie świadomości i dlatego mogą być wydobyte poprzez skupienie uwagi na tu i teraz, włączając osobiste odczucia i reakcje interpersonalne. Opieranie się na owym tu i teraz oraz zwrócenie się ku stosunkowo świadomym materiałom jest tym, co odróżnia ten poziom terapii od następnego, czyli muzykoterapii wglądowej o celach rekonstrukcyjnych.

W muzykoterapii reedukacyjnej stosuje się zarówno pozytywne jak i negatywne przeniesienia. Przeniesienia negatywne są analizowane w miarę ich pojawiania się w konkretnej sytuacji w rzeczywistości. Istniejące mechanizmy obronne mogą zostać poddane próbie. Celem zarówno werbalnego jak i muzycznego aspektu sesji terapeutycznej jest pomoc danej osobie w zbadaniu sposobów, w jaki odnosi się do innych, jak i do siebie samej. W tym procesie dąży się do odkrycia źródła napięć oraz pomocy osobie poddawanej terapii w zrozumieniu w jaki sposób ona sama kulturuje własne zaburzenia i wzorce zachowań źle przystosowujących do życia. Muzykoterapia realizowana w ten sposób ma wiele wspólnego z innymi formami kreatywnej arteterapii.

W tym rodzaju muzykoterapii sama muzyka jest często stosowana jako bodziec do werbalizacji, a bieg całego procesu kieruje się w stronę osiągnięcia wglądu poprzez dyskusję. Uczucia, które zostają uświadomione poprzez muzykę są często bardzo istotne dla procesu terapii. Granice między muzykoterapią reedukacyjną a muzykoterapią rekonstrukcyjną nie są sztywne, szczególnie w sytuacjach, w których muzyka stosowana jest do wywoływania emocji. Gdy emocje te są relatywnie dostępne i praca obraca się wokół świadomych uczuć, wtedy można zaklasyfikować terapię jako reedukacyjną. W miarę jak emocje stają się coraz mniej dostępne i gdy były one przed rozpoczęciem leczenia nieświadome, wówczas mówimy o terapii rekonstrukcyjnej.

Większość procedur przedstawionych w książkach autorstwa Plach (1980) oraz Wolfe (1975) to przykłady muzykoterapii wglądowej o celach reedukacyjnych. W obu tych pracach zamieszczono liczne sugestie odnośnie tego, w jaki sposób doświadczenia związane z muzyką mogą stymulować, a następnie prowadzić do dyskusji zarówno o materiale zaprezentowanym w muzycznym doświadczeniu, jak i o uczuciach dzięki temu wydobytym.

Przykładowo, muzykoterapia stosująca dzwonki zasadniczo uznana byłaby za muzykoterapię jako terapię aktywną, jednak Rubin (1976) rozszerzyła sposób wykorzystania dzwonek tak, aby terapia zawierała wiele elementów muzykoterapii wglądowej o celach reedukacyjnych. Otóż zawarła ona, oprócz elementu grania na dzwonekach (aspekt terapii aktywnej), dyskusję na temat emocji występujących wewnątrz grupy i poza nią. Zasugerowała, że w ten sposób dana osoba zaczyna zauważać podobieństwa swoich uczuć i zachowań pojawiających się wewnątrz i na zewnątrz grupy. Może wówczas poznać lepiej postawy szkodzące jej samej i rozwijać zdrowsze relacje z innymi osobami. Ten element eksploracji samego siebie to istota terapii wglądowej o celach reedukacyjnych.

Niektóre elementy prac Priestley (1975), Tyson (1966) oraz Bonny (1975) zaprezentowane jako muzykoterapia rekonstrukcyjna mogą równie dobrze być uznane za muzykoterapię reedukacyjną. Mogłoby to mieć miejsce, gdyby pacjenci zajmowali się uczuciami bliskimi ich świadomości.

Muzykoterapia wglądowa o celach rekonstrukcyjnych

Muzykoterapia wglądowa o celach rekonstrukcyjnych ma miejsce, gdy techniki terapeutyczne prowadzą do wydobywania nieświadomego materiału, który jest

następnie przepracowywany w celu osiągnięcia reorganizacji osobowości. Zdolność muzyki do poruszenia głębszych poziomów emocji, jak wspomniano wcześniej, jest stosowana by osiągnąć materiał nieświadomego. Celem jest tu przepracowanie sytuacji, które nie zostały właściwie przeżyte/rozwiązane na etapie dorastania. Muzyka zastosowana w tym typie zajęć często wywołuje obrazy i uczucia związane z terażniejszością lub przeszłością. Jednym z założeń jest tu osiągnięcie wglądu odnośnie tego, w jaki sposób dana osoba stała się tym, kim jest obecnie.

Muzykoterapeuci stosujący muzykoterapię wglądową o celach rekonstrukcyjnych muszą mieć ukończone zaawansowane szkolenie kliniczne i być doskonale świadomi zasad psychodynamiki i psychopatologii. Muszą mieć bardzo dobre podstawy teoretyczne i odpowiedni nadzór kliniczny (superwizję). Wymagany jest od nich zaawansowany trening kliniczny ponieważ na tym poziomie terapii przepracowywany jest głęboki i potencjalnie bardzo silny materiał.

Jeden z przykładów tego typu muzykoterapii przedstawiony został przez Priestley w pracy z 1975 roku. Przedstawia ona szereg technik pracy z pacjentem poprzez improwizację. Technika rozpadu („splitting technique”) opisana jest jako „szczególnie użyteczna, gdy klient projektował część siebie na inną osobę i, poprzez to, utracił emocje pokładane w owej osobie” (s. 123). Priestley opisuje przypadek klientki, która, nieświadoma własnego gniewu, projektowała tenże gniew na inną osobę, a następnie odczuwała przed nią strach. Podczas sesji klientka początkowo improwizowała samą siebie (np. własne uczucia), podczas gdy terapeuta improwizował zachowanie tej drugiej, rozgniewanej osoby; następnie zamieniono się rolami i klientka odgrywała ową gniewną osobę, a terapeuta odgrywał rolę klientki, prześladowanej przez drugą osobę. To doświadczenie oraz dyskusja na jego temat sprawiła, spowodowało u klientki uświadomienie sobie własnego gniewu, przez co nie potrzebowała już dłużej projektować go na inną osobę. Potem mogła ona radzić sobie z prawdziwym gniewem innej osoby, a jej pogląd na sytuację nie był już dłużej zniekształcany przez jej projekcje.

Muzykoterapeuci stosujący metodę muzykoterapii wglądowej o celach rekonstrukcyjnych muszą mieć przebyte zaawansowane szkolenie kliniczne w dziedzinie psychopatologii oraz być doskonale świadomi zasad psychodynamiki.

Tyson (1968) opisuje przypadek perkusisty, który został skierowany na muzykoterapię w celu korekty oddychania i emisji głosu. Klient skarżył się na dolegliwości somatyczne i obawiał się o delikatność swojej głowy, co prawdopodobnie spowodowane było przez kilka wypadków, które mu się uprzednio przydarzyły. Stymulowany przez ćwiczenia słuchowe i oddechowe podczas sesji muzykoterapeutycznej, pacjent przeżył ponownie wyparty wcześniej podobny wypadek z dzieciństwa, silnie związany z wrażeniami słuchowymi – podobnie jak i późniejsze wypadki. W ten sposób był w stanie przejść ponownie przez doświadczenia wywołujące jego zaniepokojenie, uporać się z nimi (podczas sesji psychoterapeutycznej) oraz, w końcu, doznać ulgi. W przeciągu kolejnych miesięcy sesji muzykoterapii jego praca nad oddechem i śpiewem uświadomiła mu kilka innych, uprzednio nieświadomych uczuć, które po przepracowaniu przestały przeszkadzać mu w funkcjonowaniu.

Bonny (1975) zastosowała specjalnie wyselekcjonowane nagrania muzyczne by pomóc klientom uświadomić sobie emocje i doświadczenia będące wcześniej poza zasięgiem ich świadomości. Sugeruje ona, że „wielowymiarowe właściwości dźwięku muzycznego pozwalają dotknąć wielu poziomów świadomości równocześnie i/lub w następstwie” (s. 130). Zastosowanie tej metody pozwala osobie doświadczyć wielu istotnych wydarzeń i oddziaływań z życia osobistego w miarę jak muzyka przenosi osobę z jednego stanu świadomości w inny. Bonny podaje również krótkie opisy doświadczeń wywołanych u klientów poprzez sesje kierowanej wyobraźni (GIM). Jeśli klienci dzięki temu stali się świadomi uczuć uprzednio nieświadomych, a mogących następnie przyczynić się do rozwoju, ten sposób prowadzenia terapii można nazwać rekonstrukcyjnym. Często także stosuje się tę metodę w celu zwiększenia świadomości uczuć i wyobrażeń bliższych świadomości, co w takim przypadku powoduje, że jest to muzykoterapia wglądowa o celach reedukacyjnych.

Podsumowanie

Z powyższego przeglądu niektórych praktyk muzykoterapeutycznych wynika, że procedury muzykoterapii mogą zostać umieszczone w konkretnych kategoriach w zależności od sposobu zastosowania muzyki, oraz w zależności od tego, jaki wpływ na terapię ma świadomość emocji i dyskusja o nich. Miejmy nadzieję, że podział na muzykoterapię aktywną,

muzykoterapię wglądową o celach reedukacyjnych oraz muzykoterapię wglądową o celach rekonstrukcyjnych zachęci innych muzykoterapeutów do refleksji nad własnym sposobem wykorzystywania muzyki oraz nad możliwościami zrewidowania i dopracowania wymienionych kategorii. Proces ten mógłby prowadzić do lepszego zrozumienia jak muzykoterapeuci postrzegają swoją pracę, wspomóc kształcenie pod kątem konkretnych typów muzykoterapii, którą dany terapeuta zamierza pracować, a tym samym efektywniej prowadzić terapię z osobami, którym jedno z omówionych podejść mogłoby pomóc bardziej niż inne.

Bibliografia:

Canter, E., Green, A., Schloss, B., Tyson, F., Ventre, M., oraz Wheeler, B. Perspectives in psychiatric music therapy. Wystąpienie zaprezentowane na konferencji National Association for Music Therapy, Inc. w Dallas, Teksas, październik 1979.

American Psychiatric Association. Conference on creative arts therapies. Waszyngton, DC: autor, 1980.

Bonny, H. L. Music and consciousness. *Journal of Music Therapy*, 1975, 12(3), 121-135.

Cassity, M. D. The influence of music therapy activity upon peer acceptance, group cohesiveness, and interpersonal relationships of adult psychiatric patients. *Journal of Music Therapy*, 1976, 13(2), 66-76.

Ficken, T. The use of songwriting in a psychiatric setting. *Journal of Music Therapy*, 1976, 13(4), 163-172.

Lord, T. Communication of activity therapy rationale. *Journal of Music Therapy*, 1971, 8(2), 68-71.

National Association for Music Therapy, Inc, A career in Music therapy, Lawrence, K. S.: autor, 1980.

Plach, T. The creative use of music in group therapy, Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, 1980.

Priestley, M. Music therapy in action. London: Constable & Co., 1975.

Robbins, A. Expressive therapy. New York: Human Sciences Press, 1980.

Rubin, B. Handbells in therapy. *Journal of Music Therapy*, 1976, 13(1), 49-53.

Sears, W. Processes in music therapy. W: Music in therapy, pod redakcją E. T. Gaston, New York, Macmillan, 1968.

Tyson, F. Music therapy in private practices: Three case histories. *Journal of Music Therapy*, 1966, 3(1), 8-18.

Wasserman, N. M. Music therapy for the emotionally disturbed in a private hospital. *Journal of Music Therapy*, 1972, 9 (2), 99-104.

Wolberg, L. R. The technique of psychotherapy (3 ed., część 1). New York: Grune & Stratton, 1977.

Wolfe, D. E., Burns, S., Stoll, M., Wichmann, K. Analysis of music therapy group procedures. Minneapolis: Golden Valley Health Center, 1975.

Zwerling, I. The creative arts therapies as "real therapies." *Hospital and community psychiatry*, 1979, 30, 841-844.

Prof. Barbara Wheeler – prezydent Amerykańskiego Stowarzyszenia Muzykoterapii (American Music Therapy Association), dyrektor muzykoterapii na University of Louisville w USA, redaktor międzynarodowego journal muzykoterapeutów "Voices", członek honorowy Polskiego Stowarzyszenia Terapii Przez Sztukę (PSTS). Ma doświadczenie w muzykoterapii dzieci i i osób dorosłych. Obecnie pracuje z pacjentami onkologicznymi. Prof. Wheeler jest autorką wielu publikacji naukowych oraz redaktorem dwóch książek: "*Music Therapy Research: Quantitative and Qualitative Perspectives and Music Therapy Research*" I "*Clinical Training Guide for the Student Music Therapist*".

Nowe kierunki i badania naukowe w muzykoterapii i medycynie

Cheryl Dileo

Uniwersytet Temple, Filadelfia

Tłumaczenie: Wita Szulc

Tekst referatu pt. "New direction and research in Music Therapy and Music Medicine" wygłoszonego przez prof. Cheryl Dileo Maranto na Światowym Kongresie Muzykoterapii w Hamburgu w roku 1996.

W tym referacie chciałabym przedstawić kilka ostatnich wyników badań w dziedzinie medycyny behawioralnej względnie psychoneuroimmunologii, które ukazały się w ostatnich 15. latach w Stanach Zjednoczonych i ich implikacje dla muzykoterapii.

Pogląd, iż zdrowie i choroba są ściśle związane z umysłem człowieka nie jest niczym nowym dla czytelnika. Jako klinicyści obserwujemy to stale u naszych pacjentów. Wydaje się logiczne, że czynniki psychospołeczne, takie jak idee, przekonania, uczucia, cechy osobowości jak i również wpływ środowiska społecznego pacjenta, a w szczególności stres, mogą wpływać na system immunologiczny i czynić nas bardziej podatnymi na zdrowie lub chorobę. W rzeczy samej wydaje się to być prawdą.

Jednak tak jak jest to w przypadku podejmowania wyzwań w nowych dziedzinach wiedza powstaje poprzez skromne uświadomienie sobie jak nieoczekiwanie sprawy są złożone i jak wiele jeszcze nie wiemy. Stąd na początku tego referatu chciałabym mocno zaznaczyć, że chociaż dużo dowiedzieliśmy się o związku między umysłem a ciałem nie wypracowaliśmy jeszcze paradygmatu (Dienstfrey, 1994). Wszystkie szczegóły tego związku nie zostały jeszcze odkryte. Badając cały organizm poprzez jego różne części stale musimy brać pod uwagę istnienie wzajemnych powiązań pomiędzy tymi częściami (Schwarz, 1994). W każdym razie wysiłki te nie skłaniają nas do pesymizmu a raczej przynoszą zrozumienie, uznanie i entuzjazm dla bogactwa i głębi tej pracy.

Teoria Hansa Selye`go (tłum: domyślnie - "z książki") „Syndrom powszechnej adaptacji” (Selye, 1950) o szkodliwym wpływie poważnego i chronicznego stresu

na ciało zapoczątkowała powstanie psychoneuroimmunologii przedstawionej w opublikowanej w 1981 roku książce Psychoneuroimmunologia Roberta Adera. Poprzez badania na zwierzętach naświetlony został związek między neuroendokrynami a systemem odpornościowym. Szczególnie chodzi o to, że Ader odkrył, że szczury są w stanie kontrolować swój system immunologiczny.

Ten model zapoczątkował szeroko zakrojone badania nad wpływem zmiennych psychospołecznych na podatność i rozwój choroby (Schwarz, 1994).” Szeroko rzecz ujmując, ten model mówi, że stany chorobowe wywoływane zarówno przez stany zapalne jak i emocjonalne zaburzenia mogą wynikać z połączonych zmian w specyficznych drogach centralnego układu nerwowego (Sternberg, Chrousos, Wilder &Gold, 1992) Głównie stresory psychospołeczne wydają się wpływać na zdrowie poprzez podwzgórz i oś przysadkową poprzez pobudzenie wydzielania glukokortykoidów (hormonów), chociaż nie zawsze (Schwarz, 1994, s. 5).. Ponadto istnieją „chemiczne połączenia wygenerowane przez obwody neuroendokryn” (Hall, O’Grady&Kalandra, 1994, s. 8).

Psychoneuroimmunologia jest dziedziną interdyscyplinarną, wymagającą wiedzy klinicznej i badawczej w dziedzinie biologii, immunologii, psychologii oraz socjologii. Wpływ na to mają ograniczenia wynikające z respektowania wiedzy opartej na każdej z tych dziedzin jak i na interakcjach między nimi. Na przykład, trudno jest ocenić osobowość wiarygodnie i rzetelnie. Określenie tego, co jest najbardziej pod względem klinicznym odpowiednie dla biologicznego funkcjonowania jest nawet trudniejsze i pogarsza sprawę, badanie tych związków w kontekście społecznym jest niewiarygodnie zniechęcające. Co więcej, przed badaczami stało wyzwanie zidentyfikowania właściwych czynników biologicznych i psychospołecznych, które predysponują jednostkę do zapadania na chorobę a także przepowiadają rozwój tej choroby. Co gorsza, istnieją obecnie kontrowersje wokół odpowiednich metod badawczych w tej interdyscyplinarnej dziedzinie i w związku z kwestiami

etycznymi dotyczącymi przeprowadzania badań z udziałem ludzi.

Niezależnie od tych trudności można streścić krótko, w sposób uproszczony, jako punkt wyjściowy, to co wiemy na temat podstawowych mechanizmów fizjologicznych dotyczących komunikacji między umysłem a ciałem za pomocą systemu nerwowego i immunologicznego.

1) Określone zachowanie może wywołać reakcję immunologiczną,

2) Włókna nerwowe współczulnego układu nerwowego znajdują się we wszystkich częściach ciała związanych z odpornością, łącznie z grasicą, szpikiem kostnym, śledzioną i węzłami chłonnyymi,

3) Hormony wydzielane przez osie neuroendokrynowe silnie wpływają zarówno na system nerwowy jak i immunologiczny,

4) Cytokiny (w rzeczywistości produkty systemu odpornościowego) są produkowane w systemie nerwowym i funkcjonują jako neuroprzekazniki (Wajzman, 1994).

Oczywiście, te dane nie wyjaśniają jeszcze wszystkich dróg, jakimi umysł komunikuje się z ciałem, ale są ilustracją pewnej naszej wiedzy, która gwałtownie się rozwija.

W tej prezentacji odnoszę się do chorób, które wcześniej określane były mianem „psychosomatycznych” jak i do innych. Celem tego opracowania jest wyjście poza czysto psychosomatyczne kategorie.

Psychoneuroimmunologia nie zastępuje terminu psychosomatyka. Ader (1993) zauważa, że jeśli pozwalamy na określanie pewnych chorób mianem „psychosomatycznych”, to znaczy, że na inne nie wpływają czynniki psychiczne. „Lecz jeśli można pokazać wpływ czynników psychicznych na podatność albo rozwój pewnej pojedynczej choroby, to wówczas też należy brać pod uwagę logiczną możliwość, że czynniki psychiczne odgrywają rolę we wszystkich chorobach – przyczyny chorób są złożone, a jednym z decydujących czynników jest stan psychiczny człowieka (Flowers, 1993, s. 243).

Kilka z najważniejszych ostatnich wyników w psychoneuroimmunologii zaprezentujemy koncentrując się na dwóch niezmiernie palących problemach zdrowotnych: chorobach serca i raku W tym kontekście

związek między czynnikami osobowościowymi a stresem, warunkami społecznymi i czynnikami biologicznymi uwidoczni się najwyraźniej. Aby objaśnić przedstawione wnioski prezentuje się tylko wyniki tych badań, które wskazują na ścisły związek między ciałem a umysłem, pomijając te, które nie wykazują takiego związku. Czytelnik powinien więc pamiętać, że nie wszystkie badania wykazują ten związek i że aktualnie nie ma metaanalizy w tej dziedzinie dającej pełen obraz. Niemniej zaprezentowane tu wyniki potwierdzające to na czym się opieram są istotnie „warte odnotowania z klinicznego punktu widzenia.

Choroba wieńcowa serca

Wzory osobowości. W roku 1974, Friedman&Rosenman zidentyfikowali typ osobowości A „na który składają się zachowania charakteryzujące się pośpiechem, cynizmem, wrogością, zapatrzeniem w siebie, niechęcią do stania w kolejce, skłonnością do szybkiej jazdy samochodem, robieniem dwóch albo trzech rzeczy naraz, przerywaniem ludziom i tak dalej” (Dienstfrey, 1992, s. 33) To był temat, któremu poświęcono wiele uwagi w literaturze i być może obrazuje podstawy dla powiązań między cechami osobowości a chorobą.

Ostatnio kilka elementów tego wzoru osobowościowego okazało się pasować do choroby wieńcowej serca: wrogość, cynizm i zapatrzenie w siebie, podczas gdy inne czynniki mogą nie odgrywać tak znaczącej roli (Schwerwitz, Berton i inni., 1978; Schwerwitz, McKelvain, i inni, 1987; Williams, 1989). Jednakże ważne jest zrozumienie umotywowania tych czynników aby stwierdzić czy są one problematyczne czy nie (Dienstfrey, 1992)

Próbując określić dlaczego reagujemy stresem na to co robimy, Ornish twierdzi, (na podstawie swojej rozległej pracy klinicznej z pacjentami sercowymi, że dla tych pacjentów nadrzędne znaczenie ma izolacja od – od ich uczuć, od innych i od czegoś duchowego(albo uczucia, że jest się częścią czegoś większego niż się jest samym. Wierzy on, że izolacja jest źródłem albo prowadzi do chronicznego stresu, który może objawić się w chorobie serca. W swoim dążeniu do bliskości pacjenci sercowi (jak wielu innych) często wybierają drogę, która może doprowadzić do większej izolacji. „Lecz wzór jest podobny, „Jeśli tylko mam coś, cokolwiek to jest, wówczas ludzie będą mnie kochać i ja będę mógł kochać i szanować siebie, i nie będę się czuł taki izolowany”. (Dienstfrey, 1992, s. 34)

Problem polega na tym, że kiedy ten pogląd na świat już

zostanie przyjęty, jednostka, bez względu na to co się wydarzy, będzie zawsze czuła się wyizolowana albo zestresowana. Zdobywanie, cokolwiek by to było, tego czego on lub ona pragnie, stwarza stres, poczucie lęku i rywalizację. „Stawka rośnie ponieważ tak wiele jest w puli” To nie jest po prostu wygrana lub przegrana. To jest bycie zwycięzcą lub przegranym, a przegrani są bardziej izolowani. Jeśli ktoś inny to zdobywa, jest jeszcze gorzej i dochodzi do chronicznej wrogości i współzawodnictwa. Lecz jeśli nawet to się zdobędzie nie zapewni to bliskości, miłości i tego, czego ludzie pragną” (Dienstfrey, 1992, s. 34). Następuje zatem kolejny cykl i poszukiwanie czegoś innego.

„Doświadczenie bólu i choroby może przerwać ten cykl jeśli osoba otrzyma odpowiednie wsparcie. Istnieje realna możliwość, moment motywacji, gdy ktoś odczuwa ból, czy to emocjonalny, czy to fizyczny czy atak serca. Ten moment może być głęboko transformacyjny jeśli ból zostanie określony” (Dienstfrey 1992, s. 34).

Wrogość w tym wzorze zachowań A wynika z wyizolowania i rywalizacji, prowadzi do chronicznej wrogości ponieważ stawka jest tak wysoka. Cynizm jest rezultatem tego, że ludzie zdają sobie sprawę, że to do czego dążyli nie zaspokaja ich najważniejszych potrzeb. Zamknięcie się w sobie wynika także z izolacji. Jeśli jesteś samotny, koncentrujesz się na sobie i to co myślisz będzie zaspokajać twoją potrzebę miłości, bliskości, szacunku (Dienstfrey, 1992).

Ornish donosi, że często u ludzi chorych na serce występuje zjawisko (archetypicznych) wyobrażeń, o odgradzaniu swojego serca serc aby je chronić od ciągłego bólu. „ Jeśli nie miejsca, w którym można czuć się dostatecznie bezpiecznie aby opuścić ścianę albo rozewrzeć, chociaż chwilowo, wówczas te same ściany albo obronne emocje, które w jednej sytuacji mogą stanowić ochronę albo nawet być konieczne do naszego przeżycia, mogą również nas izolować i pogarszać problem, a nawet zagrażać życiu (Dienstfrey, 1992 s. 36). Metaforycznie, a może biopsychospołecznie, brak otwartego serca może prowadzić do choroby serca. I przeciwnie, otwarte serce może przeciwdziałać chorobie serca. Poza tym, Ornish wierzy, że „część odpowiedzi leży w spokoju ducha/zrównoważeniu, które jest celem tak wielu duchowych praktyk – w wyniku czego człowiek mniej silnie przeżywa zyski i straty. Większego znaczenia nabiera współczucie dla innych ludzi i dla siebie; łatwiej jest zaakceptować pewne sprawy a także przestać się nimi przejmować.” (Dienstfrey, 1992, s. 39.) Na poziomie biologicznym, chroniczny emocjonalny stres pobudza współczulny układ nerwowy, który

stymuluje arterie do zwężania się. Co więcej, hormony stresu (katecholaminy) są przyczyną zwiększonej krzepliwości krwi, a podwyższony poziom kortyzolu i innych steroidów powodują akumulację odkładającej się płytki w tętnicach.

Program Ornisha polegający na przeciwdziałaniu chorobie serca poprzez wpływ na zachowanie zawiera: ubogą w tłuszcz dietę wegetariańską, umiarkowane ćwiczenia fizyczne/aerobik, techniki panowania nad stresem, wsparcie grupy i doradzanie niepalenia. Efekty tego programu pokazały, że ten program spowodował znaczny regres w chorobie wieńcowej serca. (Dienstfrey, 1992).

Rak

Jest kilka kierunków badań w literaturze odnoszących się do wpływu umysłu zarówno na pojawienie się jak i rozwój raka.

Cechy osobowości i występowanie raka

Pierwszy wątek koncentruje się wokół możliwości korelacji między cechami osobowości a występowaniem raka. Przebadano pewną liczbę cech osobowości, wyłaniając w ten sposób kilka kluczowych kategorii..

Greer i Morris (1975) odkryli, że kobiety, które miały mieć wykonaną biopsję, i u których wykryto nowotwór złośliwy wykazywały mniejszą złość niż te, u których wykryto łagodne guzy. Podobnie, Goldstein i Antoni (1989) odkryli, że osobnicy z rakiem są wykazując szacunek wobec innych powyżej średniej, podczas gdy ci bez raka nie.

Po zidentyfikowaniu typu osobowości, poddano badaniom „typ C” określający sposób radzenia sobie, skorelowany z podatnością na raka, (Kneier&Temoshok, 1984; Temoshok i inni, 1983). Typ osobowości „C” charakteryzuje się tłumieniem uczuć („radzenie sobie o charakterze represyjnym”), wypieraniem lęku, kierowaniem się społecznymi oczekiwaniami, spełnianiem życzeń innych osób, poświęcaniem się, nadzwyczajną „sympatycznością”, pasywnością, ugłaskaniem, nie-wyrażaniem emocji, zwłaszcza gniewu i innych negatywnych uczuć (Temoshok, 1994).

A tak na marginesie, należy zaznaczyć, że ten dowód potwierdza dwukierunkowość osobowości i systemu immunologicznego. Hall, O’Grady&Kalandra (1994) rozpatrują te dwu-kierunkowe powiązania w trzech różnych kontekstach. W swoim pierwszym przykładzie

badali wpływ osobowości na reakcję immunologiczną i endokrynową u pacjentów z różnymi zaburzeniami osobowości. Autorzy ci zaobserwowali różnice w funkcji limfocytów związane z odmiennymi osobowościami u tej samej osoby. W drugim przykładzie badali zawodowych aktorów przed i po tym jak odgrywali role komiczne i depresyjne. Odkryli zmianę korygującą występującą pomiędzy odgrywaną postacią i wrażliwością immunologiczną. Na końcu badali wpływ kontaktu z wirusem we wczesnym okresie życia na osobowość i zachowanie w późniejszym życiu, łącznie z chorobami psychicznymi i schizofrenią. Doszli do wniosku, że „wczesna ekspozycja na wirus może wywoływać zmiany na poziomie mózgu, które wskazują na zmianę w odruchach neurologicznych jak i w chemii mózgu.” (1994, s. 14).

Przeżywalność

Pacjenci chorzy na raka, którzy przeżyli niezależnie od prognoz medycznych na odwrót pytani byli przez Berlanga (1995). Proszeni byli o opisanie czynników, które w ich odczuciu przyczyniły się do tak „godnego uwagi wyzdrowienia”. W odpowiedziach najczęściej wymieniane było społeczne wsparcie ze strony rodziny i przyjaciół, postawy osobiste, interwencja medyczna, duchowość i alternatywne metody leczenia. „Kiedy ujmie się to łącznie to okazuje się, że czynniki duchowe, związane z postawami, czynniki behawioralne (obejmujące wsparcie rodziny, indywidualną i grupową terapię, wizualizację i Boga) stanowią w przybliżeniu dwa razy więcej procent niż wszystkie czynniki medyczne lub odnoszące się do leczenia (łącznie z konwencjonalnym i alternatywnym leczeniem, znaczeniem lekarza i wczesnym wykryciem” (Berland, 1995, s. 9).

Podobnie, Coates i inni (1992) odkryli, że wskaźniki jakości życia pacjentów podczas chemioterapii odgrywają ważną rolę w przeżyciu.

Berland (1995) w swojej pracy cytowanej wyżej zidentyfikował trzy typy radzenia sobie u pacjentów wykazujących znaczące objawy cofania się raka: 1) zdeterminowani wojownicy, 2) pacjenci skoncentrowani na postawach i zachowaniu, 3) pacjenci zorientowani duchowo i egzystencjalnie.

U pacjentów zdeterminowanych na walkę z chorobą, zdrowienie nie było atrybutem zmiany w ich postrzeganiu siebie lub w podejściu do własnego życia. Raczej widoczne było w ich niezachwianej woli życia i przeświadczeniu, że sprawy dotyczące ich życia i leczenia idą w dobrym kierunku. Demonstrowali także

coś, co można nazwać „pozytywnym unikaniem”, funkcjonalny aspekt wyparcia, który nie pozwalał by choroba przerwała ich życie (Berlans, 1995). Ta kategoria została potwierdzona w badaniach Greer’a i innych (1985, 1990) dotyczących stylów radzenia sobie (tłum: domyślnie – “z chorobą”) przynoszących najwyższy wskaźnik przeżywalności u chorych na raka, (ci, którzy wyrażali bezradność/brak nadziei wykazywali najniższy wskaźnik). Ponadto, pacjenci, którzy zakwalifikowani zostali jako nie współpracujący i niemili, wydawali się żyć dłużej niż ci bardziej mili i współpracujący (Greer i inni, 1979; Derogatis i inni, 1979).

Okolo jedna trzecia tych, którzy przeżyli, charakteryzowała się dokonaniem zmian w swoim życiu w zakresie postaw, wierzeń i zachowań. Przykłady tych zmian to: nauczenie się prośenia o pomoc, pozytywny pogląd na świat i nadzieja, chęć życia, przyjęcie odpowiedzialności za leczenie, zastosowanie wizualizacji i indywidualnej i grupowej psychoterapii. Osoby te przyjęły aktywną rolę w zmienianiu siebie i swojego życia. (Berland, 1995).

Więcej niż 50% uczestników tego badania uznało, że ich przeżycie jest zasługą zmiany w ich duchowych i egzystencjalnych poglądach. Zmiany te były głębsze niż zmiany postaw, można skategoryzować je jako duchowe, religijne lub egzystencjalne, będące rezultatem transformacji własnej osobowości i własnego życia. W istocie, osoby te znalazły wytłumaczenie dla raka i były w stanie wyciągnąć stąd naukę dla siebie. Następnie były w stanie zaprojektować swoje życie zgodnie z tym nowym znaczeniem i świadomością istnienia nowych związków poza nimi samymi.

Inne godne uwagi badania dotyczące pacjentów, którzy wyleczyli się z raka mówią o reorganizacji na poziomie egzystencjalnym (Hawley, 1989; Huebscher, 1992; Kemi, Nakagawa, Nakagawa, & Mineyasu, 1975; Kemi & Kemi, 1986; Roud, 1985). Wszystkie te doniesienia zwracają uwagę na postrzeganie raka przez pacjentów jako poważnego wyzwania, w rezultacie którego pojawić się mają nowe wartości i nowy styl życia (Berland, 1995).

Inni badacze odkryli podobne korelacje między przeżyciem a stylami radzenia sobie. Brak ducha walki (style podane jako przykład dla Typu C osobowości związane były z niepomyślnymi prognozami dla pacjentów chorych na raka, a nawet ze śmiercią (Achterburg i inni, 1977; Eysenck, 1985, 1987; Kissen & Eysenck, 1962; Morris & Greer, 1980; Pettingale, 1984; Temoshok i inni, 1985) (cyt. za: Berland, 1985)

Levy i inni (1988) odkryli znaczenie związku między radością a przeżywalnością raka. Rzeczywiście, ta cecha była najważniejszą czynnikami przepowiadającym przeżywalność pomijając długość okresów wolnych od choroby. Te osoby także wykazywały „emocjonalną wytrzymałość”, jak to określił Kobasa (1979, 1982), w której zawiera się zaangażowanie, opanowanie i wyzwanie (cyt. za: Berland 1985). Levy i inni (1987) także skorelowali takie czynniki, jak zmęczenie, przystosowanie i pasywność zarówno z funkcją odpornościową (naturalny zabójca komórek) jak i pozytywnymi węzłami limfatycznymi (krytyczny wskaźnik prognozy).

Temoshok i inni (1985) skorelowali czynniki psychospołeczne (niewyrażanie emocji, pasywne style radzenia sobie, itp.) z grubością guza u pacjentów chorych na czerniaka złośliwego. Następnie, ekspresja emocjonalna została pozytywnie skorelowana z liczbą przesączonych limfocytów na terenie guza i grubością guza (Temoshok, (1985). Infiltracja limfocytów jest najważniejszym wskaźnikiem regresji raka i bardziej pomyślnej prognozy. LeShan (1977) i Temoshok (1987) podkreślali fakt, że czynnikami ryzyka w raku są tłumienie negatywnych emocji i ukrywanie depresji.

Temoshok (1985) także stwierdził istotny związek pomiędzy większością rodzajów stanów negatywnych (niepokój, gniew, zmartwienie, przygnębienie) i nawrotem choroby lub śmiercią.

Thomas i inni (1979) którzy przebadali 1.300 studentów medycyny w długim okresie czasu odkryli, że ci, którzy byli najbardziej podatni na raka informowali o braku więzi z rodzicami, mieli najuboższy potencjał do zawierania związków i stłumione emocje. U tych, którzy tłumili emocje rozwój raka był 16 razy bardziej możliwy niż u ich bardziej ekspresyjnych odpowiedników.

Warto odnotować, że w podobnych badaniach dotyczących pacjentów chorych na AIDS odkryto, że czynnikami najsilniej związanymi z długością przeżycia były reaktywność częstości akcji serca (niskie poziomy pobudzenia reagujące na intensywność emocjonalną a następnie powracające do niskich poziomów), psychiczna odporność (połączenie opanowania, uczucie zaangażowania i dostrzeganie wyzwań) oraz pozytywne emocjonalne zrównoważenie. W tym badaniu nie było zmiennych odpornościowych, które mogłyby lepiej wskazywać przeżywalność pacjentów chorych na AIDS.

Aczkolwiek wielu lekarzy w szczególności przypisuje wyleczenie z raka ściśle biologicznym procesom, coraz

wyraźniej rysuje się pogląd, że czynników biologicznych i immunologicznych nie można separować od psychicznych i od wydarzeń społecznych dostarczających informacji o związkach między duszą, a układami odpornościowym i nerwowym (Berland, 1995). „Tak więc fakt, że różni ludzie często wydostają się z kryzysu choroby zagrażającej życiu nie może być postrzegany jako wydarzenie bez biologicznych konsekwencji” (Berland, 1995, s. 17).

Biopsychospołeczne leczenie raka

Do najbardziej znaczących należy niedawno przeprowadzone badanie Spiegla i współautorów (1989 i Spiegel, 1991), w którym przebadano retrospektywnie dwie grupy kobiet (N=86) z podobnym typem raka piersi. Jedna grupa otrzymała tylko tradycyjne leczenie medyczne. Druga grupa otrzymała tradycyjne leczenie medyczne oraz wsparcie grupowe jeden raz na tydzień. Z pewnym zdziwieniem stwierdzono, że kobiety, które otrzymały społeczne wsparcie przeżyły dwa razy dłużej po czasie w którym uczestniczyły w badaniu niż kobiety, które nie otrzymały takiego leczenia.

Przedstawiając istotne rezultaty tego badania warte wspomnienia są specyficzne strategie zastosowane w tym wsparciu grupowym, oparte na stanach psychologicznych charakterystycznych dla raka.

Jak zanotował Woody Allen, amerykański komik, aktor i dyrektor „Nie boję się umierania, ja po prostu nie chcę tam być, kiedy to się wydarzy”. Rak wydaje się wywoływać u pacjentów szczególny rodzaj lęku. To co przeraża pacjentów wykracza poza lęk przed śmiertelnością, pacjenci, którzy cierpią z powodu raka i towarzyszącego mu przerażenia potrzebują szczególnego zrozumienia i pomocy w radzeniu sobie z nim” (Spiegel, 1991, s. 12).

Stosowane strategie można podsumować następująco:

1) zachęcanie członków grupy do wzajemnego wspierania się, ponieważ społeczna izolacja i brak zrozumienia są powszechnym zjawiskiem wśród pacjentów z rakiem.

2) „Detoksykacja śmierci” polegająca na bezpośrednim zwalczaniu lęku przed umieraniem, dzieląc ten problem na mniejsze części, w które można ingerować, takie jak opanowanie bólu, chemioterapia, naświetlanie, utrata fizycznych możliwości działania i funkcjonowania, itd.

3) Znajdywanie sensu w chorobie w czym zawiera się przewartościowanie, zmiana życiowych priorytetów, spojrzenie na świat z innej perspektywy, planowanie nowych zadań życiowych i nawiązywanie prawdziwych relacji społecznych.

4) Poprawa sposobów nawiązywania związków z innymi ludźmi, z lekarzami, członkami rodziny.

5) Stosowanie technik radzenia sobie z bólem poprzez autohipnozę, wyobraźnię i relaksację (Spiegel, 1991).

Spiegel wyjaśnia rezultaty tego badania i zastosowane strategie następująco: zachęcanie pacjentów do zmierzenia się ze śmiercią i realiami ich choroby, w wyniku czego ich życie się wydłuży a nie skróci. Kiedy ludzie zmierzają się z własną śmiertelnością i podejmą przemyślane decyzje o tym jak chcą żyć, może to na nich oddziaływać na poziomie biologicznym. Uważa także wsparcie społeczne za czynnik znaczący. „Odpowiedź na zagrożenie nieistnieniem nie jest po prostu istnieniem lecz byciem razem... nasza odpowiedź na ostateczną utratę ludzkiego kontaktu była powtórny potwierdzeniem tego kontaktu” (Spiegel, 1993). Społeczne wsparcie działa jak bufor wobec efektu działania fizjologii. Dalej spekuluje, że wprowadzenie kontroli wobec nagłego pojawienia się ich choroby było czynnikiem wspierającym. Poczucie panowania nad stresem, jak udowodniono w literaturze przedmiotu, wydaje się czynić stres bardziej możliwym do zniesienia (Spiegel, 1991). Można zrozumieć sens życia jeśli zastanawiamy się nad śmiercią albo nieistnieniem (Spiegel, i inni, 1993).

W podobnym badaniu, Fawzy, Cousins i inni, 1990, Fawzy, Kemeny i inni, 1990; i Fawzy i inni, 1993, zbadali wpływ krótkoterminowej grupowej interwencji psychiatrycznej (w sumie 9 godzin) na aspekty biopsychospołeczne pacjentów ze czerniakiem złośliwym. Stwierdzono, że grupa eksperymentalna wykazywała bardziej efektywne style radzenia sobie i poziom zmartwienia był obniżony. Dalsze rezultaty wskazywały, że osoby poddane eksperymentowi miały wyższy poziom naturalnych zabójczych komórek przez 6 miesięcy od zakończenia leczenia. Pięć lat po badaniu, grupa kontrolna wykazała znacząco wyższy wskaźnik umieralności niż eksperymentalna. Program ten zawierał kilka komponentów: edukację zdrowotną (informację o chorobie i opiece zdrowotnej), panowanie nad stresem (świadomość stresu i techniki radzenia sobie ze stresem przy pomocy ćwiczeń relaksacyjnych), aktywne zachowanie i aktywne poznawcze strategie radzenia sobie (obejmowały one kluczowe składniki dobrego

radzenia sobie, tj optymizm, praktyczność, elastyczność, zaradność jak też techniki rozwiązywania problemów) oraz wsparcie społeczne.

Cunningham i inni (1991) opisuje grupowy program psychoedukacyjny dla pacjentów z rakiem, który badany jest pod kątem efektywności. Zaprojektowany jest aby oddziaływać na różnych poziomach: ciała, świadomości, podświadomości, społecznym i egzystencjalnym. Na przykład, „mentalna świadomość odczuć fizycznych pozwala dostosować się tak by nie dopuścić do przeciążenia ciała; dobre społeczne interakcje sprzyjają psychicznemu i fizycznemu dobremu samopoczuciu. a zrozumienie przynależności do transcendentnych poziomów osobowości czy to społecznych, ekologicznych czy duchowych spowodować może, że życie nabierze sensu (Cunningham i inni, 1991, s. 43).

W ostatnich latach znacząco zwiększa się liczba badań wykazujących związek między zachorowaniem na raka i przeżywalnością, a znaczącymi wydarzeniami w życiu tej grupy chorych.

Bolletino i LeShan (1995) opisują podejście psychoterapeutyczne, którego intencją jest pobudzenie zaburzonego funkcjonowania odpornościowego pacjentów z rakiem albo z innymi groźnymi chorobami, które stworzy wewnętrzny „uzdrowiający klimat”. Według LeShan (1992) psychoterapia miała na celu jest pomaganie w sferze psychologicznej obejmującej uczucia, myślenie wspomnieniowe i postrzeganie. Nie przewidziano jej do wykorzystania dla wzmocnienia organizmu.

Podejście to oparte jest na następujących założeniach: 1) Jednostka egzystuje na wielu poziomach (albo w wielu obszarach) o równym znaczeniu. Dzielenie ich na ciało, umysł i duchowość jest najbardziej powszechną tradycją kultury Zachodu, ale istnieją też inne poziomy, które można wykorzystać. Żadnego nie wolno ignorować w kwestii podejścia do zdrowia. 2) Na każdą osobę należy patrzeć jak na jednostkę wyjątkową i „pielęgnować” ją w sposób odpowiedni dla tej osoby. Traktowanie osoby nie jak indywidualności ale jak członka pewnej klasy jednostek jest antyterapeutyczne. 3) Daną osobę należy zachęcać aby zachowywała swoją autonomię w procesie zdrowienia i rozwoju na tyle, na ile jest „chętna do tego” (LeShan, 1992, s. 21).

Badania kliniczne wskazują, że „Utrata przez daną jednostkę specjalnych i ulubianych sposobów nawiązywania relacji i tworzenia oraz niezdolność do znalezienia satysfakcjonujących substytutów często w

rezultacie zwiększa u niej szansę rozwoju raka. (LeShan&Worthington, 1956)” (Bolletino&LeShan, 1995, s. 20).

Strategia terapii indywidualnej Bolletino i LeShan polega na tym, że „kładzie nacisk na wyjątkową indywidualność każdego człowieka i zachęca ludzi aby znajdowali swoją najlepszą drogę życiową, nawiązywania relacji i tworzenia. Kluczowe pytania dla tej nowej strategii brzmią: co jest dobre w danej osobie? Jaki jest dla niej najlepszy modus vivendi? i „Jak dane realia sytuacji mogą skłonić do działania osobę w tym kierunku” (Bolletino&Shan, 1995, s. 20).

Ta terapia ogniskuje się na odkrywaniu nowych sposobów ekspresji fizycznej, psychicznej i duchowej tak aby umożliwiły one im życie nacechowane radością i entuzjazmem. Kliniczne rezultaty tego podejścia wykazują wyższość w stosunku do podejścia bardziej tradycyjnego, które koncentruje się na tym co jest złe w człowieku, jakie są nieodkryte przyczyny choroby i co należy zrobić. Plan terapii koncentruje się na: „1) ustaleniu co „pobudza daną osobę” i odbiera energię; 2) ustaleniu, co można zmienić albo dodać w jej życiu, uwzględniając realne możliwości, tak aby jego/jej życie mogło być najpełniejsze, najbogatsze i dawało najwięcej możliwości spełnienia; aby wpłynąć na klienta aby podjął działanie w tym kierunku i doświadczył tego; 3) określeniu psychicznych blokad, które powstrzymują pacjenta przed prowadzeniem takiego życia i na pracy nad ich usunięciem; oraz 4) pomocy pacjentowi w zaplanowaniu i indywidualizacji konkretnych działań, które spowodują że on/ona będą w życiu tym kim naprawdę są (Bolletino&LeShan, 1995, s. 24 – 25).

LeShan podkreśla znaczenie znalezienia „specjalnej pieśni do śpiewania dla każdej osoby, muzyki do odgrywania przwijającej się w byciu, nawiązywaniu relacji i tworzeniu (1992, s. 25)

Rola ekspresji emocjonalnej

Kiedy dokonamy przeglądu literatury z dziedziny psychoneuroimmunologii łatwo dojdziemy do polaryzacji emocji. Stres, na przykład, poważny wróg ciała, związany jest z różnymi negatywnymi emocjami, takimi jak gniew, smutek, lęk, strach, beznadzieja, rozpacz (reakcja na stres). Depresja kliniczna i smutek, w szczególności z powodu żałoby są związane z wielką różnorodnością szkodliwego wpływu na system immunologiczny (Dafter, 1996). Wydaje się, że reakcje na stres zależą od wieku, i dojrzałości emocjonalnej, indywidualnej poznawczej i emocjonalnej oceny stresu,

dostępności społecznego wsparcia i tego, czy stres był ostry czy chroniczny.

W tym samym czasie występują pozytywne emocje które mogą mieć dobroczynny wpływ na zdrowie, takie jak radość, miłość, optymizm, humor, nadzieja, współczucie, uprzejmość, satysfakcja i odprężenie (reakcja na relaksację).

Można wyróżnić dwie grupy emocji związanych szczególnie z osłabieniem lub poprawą systemu odpornościowego. Jak utrzymuje Dafter, „emocje nie są ani pozytywne ani negatywne, lecz raczej są to wrodzone psychobiologiczne sygnały, które służą jako źródło informacji dla (psychologicznie świadomej) jednostki.(Dafter, 1996, s. 6).

Interesujące jest badanie, które pokazuje kilka pozytywnych skutków (wydłużony okres przeżycia) wyładowania negatywnych emocji (Derogatis i inni, 1979; Greer i inni, 1979); ponadto praca Temoshoka wskazuje, że powstrzymywanie negatywnych emocji obniża ryzyko przeżycia z powodu raka (Temoshok, 1985; Temoshok i inni, 1985; Temoshok & Fox, 1984). Najbardziej narażoną na ryzyko choroby jednostką, która ma pomyślne prognozy wydaje się być ta, która odczuwa emocje lecz je powstrzymuje („hamulce”) albo która twierdzi, że nie czuje emocji ale wyraża je w sposób niewerbalny (represyjne borykanie się”) (Davisom & Pennebaker, 1996).

Co więcej, Pennebaker, 1993 i Gross (1989) odkryli, że otwarcie się badanych i dyskusowanie na tematy emocjonalne skutkuje niższą aktywnością współczulną, wzrostem odporności i zredukowanym prawdopodobieństwem choroby.

Zbliżając się do końca, Dafter proponuje nowy psychobiologiczny model wzrostu, który zakłada, że „w odpowiedzi na chorobę każda emocja dostarcza specyficznej psychobiologicznej informacji jako części procesu będącej sednem modelu psychologicznego, każda emocja wywołuje specyficzny „stan autonomicznej aktywności i fizjologicznego funkcjonowania” (Dafter, 1996, s. 12).

Stres i reakcje relaksacyjne są końcowymi punktami spektrum emocji, z których każda może spowodować „integrację wewnątrz komórkową, komórkową i systemu narządów z reakcjami behawioralnymi i społecznymi” (Dafter, 1996, s. 13). Negatywne emocje dostarczają informacji o stanie organizmu i wspomagają reakcję adaptacyjną” (Dafter, 1996).

Temoshok (1996) umieszcza ekspresję emocji w kontekście biopsychologicznym w opisywaniu złożonej roli emocji w chorobie i zdrowiu. „Każdy kto słabo adaptuje się do świata, dla kogo trudne jest zmobilizowanie środków do radzenia sobie z wyzwaniami, jakie stawia życie, albo kto nigdy nie zmierzył się z trudną sytuacją lub nie poradził sobie z nią może być przytłoczony diagnozą raka. Osoba, u której dominuje typ C radzenia sobie jest szczególnie narażona ponieważ ten styl utrudnia wyrażanie emocji i zwrócenie się o pomoc. Jeżeli przekona się tę osobę, że wyrażenie lęku, gniewu lub smutku nie spowoduje automatycznie odrzucenia, to osoba ta będzie znajdować potwierdzenie tego na przykład zadając pytania i stawiając rozsądne żądania dotyczące opieki medycznej czego wynikiem jest zwykle lepsza opieka, a okazywanie lęku o kogoś kochanego spowoduje większe społeczne wsparcie i głębsze relacje. Będąc w stanie rozpoznawać emocje, takie jak gniew, który jest często tłumiony nawet w dogodnych okolicznościach daje się ważny sygnał odnoszący się do wcześniej ignorowanych albo zaniedbywanych problemów.

Idealnie, synergetyczna spirala postaw ukierunkowanych na promocję zdrowia i zachowania takie że jednostka uczy się nowych i pozytywnych zwyczajów zdrowotnych poprzez uczestniczenie w grupach wsparcia dla pacjentów, otrzymuje najlepsze i najodpowiedniejsze leczenie medyczne poprzez stawanie się aktywnym partnerem w relacji doktor – pacjent, zwraca się do pewnych ważnych życiowych problemów i rozpoczyna prowadzić pełniejsze i bardziej satysfakcjonujące życie poprzez poznawanie ludzi i dokonywanie wyborów życiowych które mają dla niej osobiście większe znaczenie. Stopniowo, jednostka wcześniej bardzo delikatna, wrażliwa, którą stresory związane z rakiem i procesem leczenia mogły niszczyć rozwija mocniejszą strategię radzenia sobie i sposoby adaptacji do stresorów związanych z rakiem jak również do innych krytycznych sytuacji życiowych. Podobnie jak reakcje na stres, reakcje związane z radzeniem sobie mają też fizjologiczne objawy, łącznie z oddziaływaniem na system odpornościowy” (Temoshok, 1996, s. 40).

Dafter (1996) wykorzystując model Spiegel'a wsparcia grupowego osób chorych na raka wyróżnia następujące stadia powrotu do zdrowia: 1) aktywacja emocji odnoszących się do głównych obszarów życia danej osoby w kontekście przebiegu leczenia, 2) uaktywnione emocje wykorzystuje się do informowania pacjenta o potencjalnie adaptacyjnych zmianach bardziej dla niego odpowiednich 3) emocje wykorzystuje się do zmotywowania osoby do wprowadzenia tych zmian, 4) osoba powinna dokonać tych zmian eksperymentując z

nowymi sposobami radzenia sobie z wyzwaniami, jakie stawia jej życie. Związek terapeutyczny (tłum: w domyśle “zachodzący między terapeutą a pacjentem”) pomaga pacjentowi w transformacji uświadomionych emocji wzbudzając motywację do działań ułatwiających dostosowanie się do sytuacji i silniejsze wsparcie społeczne.

„Doświadczenie kliniczne uczy, że immunokompetencja i uzdrawianie są wtedy najbardziej zaawansowane gdy ludzie doświadczają wszystkich tych emocji w kontekście uzdrawiającego związku i przechodzą konstruktywną re-ewaluację która prowadzi do identyfikacji i wyrażenia najważniejszych wartości w ich obecnym życiu” (Dafter, 1990; LeShan, 1989, cytata za: Dafter, 1996). Wydaje się, że ekspresja to za mało. To jak jednostka sprawdza i przyjmuje informacje ujawnione za pomocą ekspresji także może być znaczącą częścią leczenia (Davison & Pennebaker, 1996). Ponadto Rossi stawia hipotezę, że to jest „rozwiązywanie prawdziwej realnej blokady w rozwoju osobistym, na który składają się zmiany w biochemii umysłu i ciała które powodują prawdziwe psychobiologiczne leczenie” (Rossi, 1996, s. 29).

Schwarz (1996) sugeruje dalej, że z systemowego punktu widzenia „wszystkie emocje postrzegane są jako dostarczające znaczących informacji które pomagają organizować i integrować nasze życie” (Schwarz, 1996, s33). Lane i Schwarz (1987, 1992) zwracają uwagę, że ludzie mają różną świadomość emocjonalną, która w rzeczywistości wpływa na ich potencjał zdrowia. Według terminologii Piageta autorzy ci proponują klasyfikację poziomów świadomości emocjonalnej i poziomów terapii odpowiedniej do tych poziomów.

Konieczne należy zdefiniować dokładniej elementy związku leczniczego, który „umożliwia ludziom wykorzystanie pełnego spektrum ich emocji dla budowania poczucia dobrostanu. Jednym wyraźnym składnikiem jest „empatyczne współbrzmienie”, które jest zdolnością do rozumienia i właściwej oceny subiektywnego doświadczenia osoby. (Stern 1985)” (Dafter, 1996, s. 16. “Drugą składową może być zdolność do pomagania osobie mobilizując ją do wyrażania najważniejszych wartości jej życia tak, by zmianie subiektywnego samopoczucia towarzyszyły zmiany fizjologiczne” . (Dafter, 1996, s. 16). Dodanie terapeutycznego rezonansu

„Współczująca empatia słusznie może być kluczowym elementem który ułatwia zdrowienie przez aktywację na wielu poziomach biopsychospołecznego przystosowania wewnętrznego do emocji” (Dafter, 1996, s. 47).

„Zdolność uzdrawiającego /hilara/ do identyfikowania i przyjmowania doświadczeń emocjonalnych i psychologicznych pacjenta umożliwia pacjentowi aby stał się bardziej świadomy swoich własnych wewnętrznych stanów i zawartych w nich informacji

potrzebnych do działania i zmiany – może polega na pobudzeniu poszukiwań do samopoznania. Hilerzy selektywnie potwierdzają wewnętrzne doświadczenie pacjenta poprzez obserwowanie wielu poziomów emocjonalnych i behawioralnych reakcji a następnie przekazując pacjentowi informację zwrotną, zarówno werbalnie jak i niewerbalnie. W istocie, hilerzy działają w charakterze naturalnego systemu biosprzężenia zwrotnego selektywnie wzmacniając świadomość emocjonalną osoby poddanej tłumieniu (tłum:emocji ?) lub ograniczając ją w wypadku gdy osoba przeciążona jest nadmiarem emocji” (Dafter, 1996, s. 47).

Wsparcie społeczne i zdrowie

Istnieje wiele opublikowanych prac naukowych na temat wpływu wsparcia społecznego na zdrowie. Wspomnę tylko o kilku.

Przeglądowy artykuł House'a i innych (1988) pokazuje, że prawdopodobieństwo śmierci w pewnym wieku (wiek, w którym zazwyczaj następuje śmierć) są znacząco powiązane ze społeczną integracją (poczucie bycia częścią rodziny albo społeczności. Podobnie, Berkman & Syme (1979) oraz House i inni (1986) w swoich badaniach obejmujących tysiące przypadków dowodzą, że więź z innymi zmniejsza śmiertelność związaną z wiekiem. Na przykład, wskaźnik śmiertelności dla kobiet które są społecznie zintegrowane jest 60% wyższy niż dla kobiet, które nie są (przytoczono w: Spiegel, 1991).

Wielkość relacji między społeczną integracją a śmiertelnością jest taka sama jak związek między paleniem tytoniu a śmiercią z powodu raka płuc i choroby serca. Ci, którym brak społecznej integracji są narażeni na ryzyko śmierci związanej z wiekiem dwa razy częściej niż ci którzy są społecznie zintegrowani (przytoczono w: Spiegel, 1991).

Jednym z bardziej interesujących odkryć tych badań jest osiąganie wyższej przeżywalności przez żonatyh mężczyzn i przez kobiety, które miały przyjaciółki. Zatem związek z kobietą może pomóc żyć dłużej. Jednakże prawdziwy jest również fakt, że może także być odwrotnie ...społeczna integracja z mężczyznami nie poprawia zdrowia, niezależnie czy jesteś mężczyzną czy kobietą (Spiegel, 1991).

Inne jeszcze badania pokazują, że ludzie, którzy są izolowani mają trzy do pięciu razy wyższy wskaźnik śmiertelności nie tylko z powodu choroby serca lecz także z powodu wszystkich innych przyczyn kiedy porówna się ich z osobami nie izolowanymi. (Berkman & Syme, 1979;Blazer, 1982; Kaplan i inni, 1988;OrthGomer & Johnson, 1987)

Już tych kilka badań, choć jest ich niewiele wskazuje, że korelacja pomiędzy pozostawaniem w związku a przeżywalnością jest wyraźna. Jak utrzymuje Remen, „jeśli, po zapisaniu takiej konkluzji, okaże się że pewne rodzaje związków mogą przedłużyć życie, etyczne implikacje dla praktycznej medycyny są ogromne” (Remen, 1991, s. 38).

Muzykoterapia i medycyna

Muzyka i związek między umysłem i ciałem.

Chociaż z pewnością w Stanach Zjednoczonych jest sporo danych na temat wpływu muzyki na organizm i obniżenie stresu (w tym na reakcję systemu immunologicznego) to jest niewiele badań dotyczących wpływu muzyki lub muzykoterapii na związek pomiędzy organizmem i umysłem.

Niemniej jednak jest pewna liczba badań na temat wpływu muzyki na system immunologiczny, które zasługują na uwagę i które można streścić w sposób następujący:

1) Nawet krótki okres słuchania muzyki (20 minut) powoduje znaczący wzrost w wydzielaniu IgA; miernika immunologicznego w ślinie; znaczące efekty zaobserwowano także w samej wyobraźni osób z grupy poddanej badaniom, w grupie kontrolnej nastąpił znaczący spadek IgA (Tsao, Gordon, Maranto, Lerman i Murasko, 1991).

2) Zarówno muzyka jak i działanie na wyobraźnię mogą powodować wzrost wydzielania IgA, działanie na wyobraźnię może być bardziej efektywne niż muzyka (Rider i inni, 1988)

3) Wykorzystanie muzyki i procedur oddziaływania na wyobraźnię powoduje obniżenie neutrofilii i limfocytów zgodnie z wyobraźnią koncentrującą się na tych specyficznych komórkach (Rider i Achterberg, 1989).

4) Podwyższony poziom IgA u dzieci, które miały nowotwór, w wyniku stosowania różnorodnych form muzykoterapii (Lane, 1991).

5) Muzyczne doświadczenie odtwórcze mają wyższość

w stosunku do doświadczeń odbiorczych poprzez wzmocnienie wydzielania IgA (Ingram, Rider i inni, 1991)

6) Podczas słuchania muzyki znacząco wzrasta w Interleukin -1 i zmniejsza się poziom kortyzolu (Bartlett, Kauffman & Smeltekop, 1993).

-7) Beta-endorfiny mogą znacząco się obniżyć podczas stosowania technik muzyczno-wyobrażeniowych bardziej niż w innych warunkach muzyczno /wyobrażeniowych (ciche słuchanie) (McKinney i inni, 1994).

Co to znaczy? Muzyka, jak podejrzewano, może być mocnym narzędziem w medycynie uwzględniającej związek umysłu z ciałem (mind-body medicine). Efekt działania samej muzyki jest w rzeczy samej godny uwagi i wymaga dalszych badań. Tym niemniej jest rzeczą interesującą, że żadne ze wspomnianych badań nie wspominają o wykorzystaniu muzykoterapii do osiągnięcia tych rezultatów, czyli nie był badany proces muzykoterapii. Badania te dotyczą w większości pojedynczych przypadków i nie zajmują się prawdziwą muzykoterapią. Naturalnie, ten rodzaj badań jest z pewnością potrzebny.

Muzykoterapia wobec Medycyny Muzycznej

Istnieje wiele badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych na temat wpływu muzyki na ludzi z problemami natury medycznej (Maranto, w druku; 1996; 1993 a; 1993b; 1991b). Ich rezultaty pokazują pozytywny wpływ muzyki na psychologiczne i fizjologiczne zmienne u ludzi którzy mają problemy medyczne, rzeczywistość jest taka że większość tych badań dotyczy strategii stosowania muzyki w medycynie, a nie samej muzykoterapii. Muzykoterapia i jej wpływ na problemy medyczne pacjentów nie były dotąd dokładnie badane.

Częściowo problem polega na tym, że nie ma zgody w sprawie różnicy między tymi dwoma podejściami w Ameryce, aczkolwiek są one wyraźnie odmienne. Potrzeba wyjaśnienia tych różnic zmusza muzykoterapeutów do precyzyjnego zdefiniowania czym się oni zajmują. Muzykoterapia, przynajmniej w Stanach Zjednoczonych nie ma tylko charakteru psychoterapeutycznego. Proponując już teraz dokonanie rozróżnienia między muzykoterapią a medycyną, wróć do tego tematu później w tym wystąpieniu aby zdefiniować muzykoterapię w kontekście informacji jakie już zaprezentowałam w tym referacie. Chciałabym poprzedzić przedstawienie tych różnic

stwierdzeniem, że zarówno muzykoterapia jak i medycyna muzyczna są dla pacjenta niezbędne. Jest miejsce dla obu tych obszarów działania łącznie z korzyścią dla pacjenta medycznego. Jeśli oba te obszary odpowiednio się zdefiniuje, okaże się, że mogą one być względem siebie komplementarne a z pewnością nie konkurencyjne. (Maranto, 1995).

Zarówno muzykoterapia jak medycyna muzyczna wykorzystują terapeutyczne możliwości muzyki, jednakże istnieją między nimi pewne podstawowe różnice:

Medycyna muzyczna jest typowo stosowana przez personel medyczny (a nie przez muzykoterapeutów) jako środek pomocniczy w różnych procedurach medycznych. Ma szerokie zastosowanie i jest efektywna. Medycyna muzyczna polega na wykorzystaniu naturalnych właściwości muzyki do redukcji stresu, bólu i promowania psychicznego dobrostanu. W medycynie muzycznej wykorzystuje się słuchanie muzykę wcześniej nagranych (zarówno nagrania uprzednio wyselekcjonowanych jak i wybrane przez samego pacjenta (Maranto 1995).

Muzykoterapia natomiast w odniesieniu do pacjentów medycznych zawsze obejmuje proces terapeutyczny i prowadzona jest przez muzykoterapeutę. Wykorzystuje szeroką skalę doświadczeń muzycznych (repcja muzyki, improwizacja, odtwarzanie, różne formy aktywności, łączenie z innymi rodzajami sztuki, komponowanie). Zakres muzykoterapii jest znacznie szerszy, obejmuje całego pacjenta, a nie tylko symptom chorobowy. Szczególnie, muzykoterapia koncentruje się równocześnie na umyśle, ciele i systemie społecznym pacjenta. W muzykoterapii zarówno sama muzyka jak i związek terapeutyczny są komponentami uzdrawiającymi w procesie leczenia. Niezależnie od tego, czy nacisk położony jest na muzykę czy na relację między terapeutą a pacjentem, czy też na obydwa elementy, oba te elementy są zawsze obecne (Maranto, 1991a, 1992). Ponadto muzykoterapia może być albo podstawowym środkiem interwencji w leczeniu medycznym albo tylko wsparciem dla leczenia medycznego. Może także pełnić funkcję partnerską na zasadzie równości w stosunku do leczenia medycznego (Maranto, 1991a, 1992).

	Medycyna muzyczna	Muzykoterapia
Muzyka	Tak	Tak
Wg własnego wyboru	Zwykle	Dostosowana do pacjenta
Związek	Nie	Tak
Muzykoterapeuta	Nie	Tak
Proces oceniania	Czasami	Tak
Ewaluacja	Czasami	Tak
Cele	Nie	Tak
Proces	Nie	Tak
Samopomoc	Czasami	Nie

Rodzaje doświadczanej muzyki

Receptywne (muzyka)	Tak	Tak
Improwizacyjne	Nie	Tak
Odtwórcze	Nie	Tak
Komponowanie	Nie	Tak
Aktywność	Nie	Tak
Łączone rodzaje sztuki	Nie	Tak

W dodatku do tych bardziej powierzchownych różnic chciałabym przeprowadzić pewne jakościowe rozróżnienie między medycyną muzyczną a muzykoterapią. Wynika ono z biopsychospołecznego modelu choroby. Zawierają się w nim:

1. Choroba (disease) wobec złego stanu zdrowia (illness)
2. Leczenie wobec uzdrawiania
3. Ból wobec cierpienia
4. Istotność/Waga (Significance) wobec Znaczenia/Sensu (Meaning)

Choroba /disease/ wobec złego stanu zdrowia /illness/

Choroba /disease/ jest biomedycznym określeniem stanu chorobowego. Stan złego zdrowia /illness/ jest ludzkim doświadczeniem choroby /disease/. Praktycy medycyny muzycznej koncentrują się na chorobie (disease), muzykoterapeuci na stanie złego zdrowia (illness).

Leczenie wobec uzdrawiania:

Rozróżnienie między leczeniem a uzdrawianiem może być subtelne. W pojęciu leczenie/curing/ zawiera się pomaganie pacjentowi w powrocie do zdrowia po chorobie natury fizycznej. W pojęciu zdrowienia

/healing/ zawiera się ludzki proces który ułatwia pacjentowi stawanie się na powrót całością. Wychodzi on od osoby (Lerner, 1994) „Uzdrawianie” obejmuje wiele poziomów poza fizycznym...obejmuje pomoc ludziom w osiągnięciu integracji na poziomie psychologicznym, społecznym i duchowym może nie tylko ułżyć w zmartwieniu lecz także, w niektórych przypadkach może wyrzucić wpływ na chorobę.” (Cunningham, i inni, 1991, s. 41.)

Według Lenera (1994), „zasługą medycyny biopsychospołecznej jest uczynienie pacjenta centralnym punktem procesu leczenia. I to nie tylko w odczuciu humanistycznym, że jest to rzeczą słuszną ale też dlatego że wszystko czego dowiedzieliśmy się o psychoneuroimmunologii i interakcjach między umysłem a ciałem wskazuje, że proces stawiania pacjenta w centralnym punkcie może faktycznie poprawiać wyniki fizyczne jak również zmieniać jego jakość życia. Jest ważną rzeczą uświadomić pacjentom chorym na raka, że istota uzdrawiania tkwi w tym, że oni sami i tylko oni odgrywają kluczową rolę w konfrontacji z tą diagnozą. (Lerner, 1994, s. 30).

Ból a cierpienie

Medycyna muzyczna koncentruje się na leczeniu bólu – muzykoterapia na cierpieniu człowieka, który odczuwa ból. „Cierpienie występuje wtedy, gdy widzimy siebie w sytuacji w której nie podoba nam się to gdzie jesteśmy, gdzie dotąd byliśmy lub z tego dokąd zmierzamy, i nie możemy nic zrobić aby wypełnić LUKĘ., jesteśmy jak sparaliżowani i odczuwamy niezadowolenie. Budd, 1993, s.30. Muzykoterapeuci widzą cierpienie w szerszym sensie, dostrzegają, że jest ono spowodowane nie tylko przez chorobę, ale także przez samo życie, które może być odpowiedzialne za fizyczne symptomy, a nawet być przyczyną choroby (Budd, 1993).

„ Życie jest serią razów. Wszystkie wielkie tradycje duchowe uczą, że w życiu zawarte jest głębokie cierpienie. Uczą one czegoś jeszcze a mianowicie że dobre wykorzystanie cierpienia może doprowadzić do mądrości i może doprowadzić do tego co oni uważają za istotę życia, na co składa proces wewnętrznego wzrostu i rozwoju i zdolność do wykazania, że jest się użytecznym. Tak więc kiedy postrzegasz życie jako serię razów, możesz tak samo widzieć życie jako serię objawień albo uważać, że życie jest serią razów prowadzących do głębszego zrozumienia, i że prawdziwą sztuką w życiu jest, przynajmniej mnie się tak wydaje, aby spróbować żyć w taki sposób aby te razy nie powodowały rozgoryczenia, ograniczenia wolności i rezygnacji ale

raczej prowadziły do otwarcia i rozwoju jaki tylko jest możliwy dla ludzkiego bytu. Myślę, że właśnie na tym polega uzdrawianie i życie duchowe, myślę też że sposób w jaki się serfuje na falach życia jest elementem tej umiejętności...

Różnie można reagować na razy zadawane przez życie, a uzdrawianie i mądrość pozwalają nam jak najlepiej zmagać się z tymi razami” . (Lerner, 1994, s. 31).

„Jak to związłe ujmuje Wilber, „Cierpienie ma wdzięk”

Sens/Znaczenie

„Sens/Znaczenie wydarzenia tkwi w jego związku z innymi wydarzeniami, wpasowując się w sieć wzajemnie powiązanych ze sobą zdarzeń. (Cunningham, 1993, s. 64) Praktycy medycyny muzycznej nie zajmują się znaczeniem, jakie ma choroba pacjenta i jego cierpieniem. Muzykoterapeuci natomiast muszą prowadzić badanie zdobywając informacje na ten temat do wykorzystania w procesie leczenia. „System przekonań na temat indywidualnego postrzegania choroby i jej znaczenia jest podstawowym źródłem dla zrozumienia jego lub jej doświadczania choroby i powrotu do zdrowia (Maslow, 1966; Berland, 1995).

„Victor Frankl (1979)... zauważył, że znaczenie zmienia sposób postrzegania u ludzi zewnętrznych wydarzeń oraz ich zdolność do przeżycia niezmiernie trudnych sytuacji. Może więc jako klinicyści, potrzebujemy razem z pacjentem prowadzić poszukiwanie osobistego i uniwersalnego znaczenia. Aktualna praca Herberta Bensona „Twój Największy Umysł” (1987) także dotyczy wiary, przekonania że może jest jakaś większa rzeczywistość której wszyscy jesteśmy częścią i że nasze cierpienie ma sens w tym szerszym kontekście”. (Remen, 1996, s. 28).

Smyth (cyt. za: Aldridge, 1993) utrzymuje że „świadomość duchowa występuje wtedy gdy inni mówią o przeświadczeniu że życie ma cel, o poszukiwaniu sensu, o wysiłku podejmowanym dla zinterpretowania ich życia w sposób, który nadaje sens ich pogładowi na świat „ (Berland, 1995, s. 15).

Moim zdaniem pojęcie znaczenia, jakkolwiek nieuchwytnie i niewymierne jest istotą tego co robimy. Co więcej, rozumienie znaczenia, jakie ma dla pacjenta życie jest, moim zdaniem, najważniejszym ze wszystkich rozpatrywanych aspektów leczenia, niezależnie od stanu pacjenta, aspektów osobowości, stylu radzenia sobie albo innych jeszcze biopsychospołecznych zmiennych.

Pojęcie odnajdywania znaczenia poprzez ”zaznacz co zrobiłeś w życiu” jest dla mnie osobiście czymś bardzo delikatnym. Kilka dni wcześniej mój ukochany ojciec niespodziewanie zmarł w grudniu ubiegłego roku, spontanicznie mówił, jak dumny jest ze swojej rodziny, z tego co jej członkowie robili w życiu, jak bardzo był z nimi związany i kiedy to mówił, zaznaczał „zwoj znak w życiu”. Te proste słowa były wielkim pocieszeniem dla mnie i dla mojej rodziny gdy go zabrakło.

Wnioski dla muzykoterapii

Chociaż być może jest dość śmiało stwierdzenie ze strony tej prezydentki, to jednak powiemy o nim. Model biopsychospołeczny posiada potencjał dla stworzenia modelu wszystkich typów interwencji muzykoterapeutycznej. Każdy model, który moje objąć praktykę światowej muzykoterapii wymaga uprzedniego postawienia jednego pytania: w jaki sposób muzyka oddziałuje na pełną istotę ludzką, w jej złożoności? (Maranto 1994). Każda „uniwersalna” teoria muzykoterapii musi w istocie rozpoczynać się od tego punktu wyjścia ponieważ generalizację możemy rozpoczynać od specyficznej konceptualizacji człowieka – w odpowiedzi na pytania: w jaki sposób wszystkie aspekty istoty ludzkiej (fizyczny, psychiczny, poznawczy, duchowy) reagują na muzykę i jaki wpływ na człowieka mają powiązania między tymi reakcjami?

Zastanawiając się nad odpowiedzią na te pytania nie tylko nad każdą częścią osobno ale także nad wzajemnymi relacjami między nimi (w reakcji na muzykoterapię) i być może dochodząc do wniosków potwierdzających tło biopsychospołeczne, różnice i różnorodność występujące w naszej pracy mogą wtedy zostać zminimalizowane lub stać się mniej znaczące. Wtedy będzie można sobie uświadomić, że:

- 1) kompleks ciało/umysł reaguje na całą gamę doświadczeń muzycznych,
- 2) teoretyczne różnice leżące u podłoża praktyki mogą być uznane lub przyjęte ponieważ są związane z teorią biopsychospołeczną lub ją wyjaśniają,
- 3) w muzykoterapii zawarty jest potencjał uzdrawiania na wszystkich poziomach (psychicznym, społecznym, fizycznym, etc) równocześnie,
- 4) Różne procesy muzykoterapeutyczne mogą oddziaływać na związek umysł/ciało zgodnie z indywidualnymi różnicami danej osoby raczej aniżeli procesu, a unikalna całość, jaką stanowi umysł/ciało każdej osoby jest najważniejszą zmienną w tym procesie,
- 5) kontekst i organizacja muzykoterapii (indywidualna, grupowa, rodzinna, instytucjonalna lub prowadzona w poradni) zostaną ustalone się na podstawie efektywności

wsparcia biopsychospołecznego dla danej osoby, 6) poziomy, głębia i zakres interwencji muzykoterapeutycznej zależą od powagi problemów i wrażliwości lub systemu przekonań w odniesieniu do interwencji. (Maranto 1994).

Tak więc zgodnie z „biopsychospołecznym/ *biopsychosocial*?/ modelem muzykoterapii wszystkie rodzaje interwencji muzykoterapeutycznej oddziałują na osobę poprzez całość jaką jest umysł i ciało. Nawet leczenie, które ma na celu rozwiązanie problemów psychiatrycznych przynosi skutki fizjologiczne, bo jaki jest efekt stosowania muzykoterapii w leczeniu depresji (która jak ustalono ma szkodliwy wpływ na system odpornościowy) ? I odwrotnie, leczenie muzykoterapią ukierunkowana na cele fizjologiczne ma następstwa psychologiczne u jednostki, bo jaki jest wpływ terapii wibroakustycznej przy redukcji bólu na psychicznego stanu zdrowia pacjenta? Ponadto leczenie, którego celem jest socjalizacja pacjenta ma zawsze implikacje zarówno dla zdrowia fizycznego jak i psychicznego, bo na przykład, czy zbudowanie więzi społecznej z grupą nie jest środkiem prewencji w chorobach serca?

Ani zakresu terapii ani jej potencjalnych efektów nie można przecenić. Terapia jest efektywna i ma znaczenie gdy są zbadane potrzeby jednostki na różnych poziomach, gdy muzykoterapia nie jest „krótkowzroczna” w swej intencji i gdy wyniki leczenia są badane w świetle wszystkich możliwych wyników (Maranto, 1994).

W świetle dotąd uzyskanych dowodów w zakresie modelu biopsychospołecznego, których

małą cześć dzisiaj przedstawiłam, pozwalam sobie powiedzieć że ten model wzbudził zainteresowanie muzykoterapeutów na całym świecie.

Ponadto, uważam, że należy dokonać rekonceptualizacji naszej roli w terapii jako „muzykoterapeutów biopsychologicznych” albo „muzykoterapeutów psychobiologicznych” albo nawet „muzykoterapeutów biopsychospołecznych” pomimo tego, że żadnej (z tych ról) z nich nie jest łatwo opisać słownie.

Należy zbadać na czym polega wyjątkowa rola muzyki w tym typie podejścia do istoty ludzkiej. Tę zakładaną rolę można zbadać stawiając w pracy badawczej między innymi następujące pytania:

1) Czy muzykoterapia jest podejściem bardziej naukowym i szerokim, w porównaniu z technikami werbalnymi, dla oceny wewnętrznego życia pacjenta, cech jego osobowości, statusu społecznego i

biologicznego?

2) Jaki jest wpływ muzyki na biopsychospołeczne aspekty stresu i bólu (zmartwienie i cierpienie)?

3) W jaki sposób muzykoterapia zapobiega chorobie? Szczególnie, jakie są wzajemne relacje między biologicznymi, psychologicznymi, społecznymi i duchowymi aspektami muzykoterapii ujawniającymi się w procesie muzykoterapii?

4) Czy leczenie z wykorzystaniem muzykoterapii może wydłużyć życie ułatwiając ekspresję emocji, dostarczając wsparcia grupy i kształcąc umiejętności radzenia sobie samemu?

5) W jaki sposób muzykoterapia podnosi jakość życia?

6) Czy muzykoterapia może bardziej efektywnie pomagać osobie chorej poprzez “śpiewanie swojej własnej pieśni” zarówno w dosłownym jak i metaforycznym sensie i jakie to ma znaczenie dla zdrowia?

7) Czy całe spektrum emocji można łatwiej jest wyrażać poprzez muzykę, w porównaniu ze środkami werbalnymi i jakie są tego biopsychospołeczne konsekwencje?

8) Jakie aspekty wyjątkowego związku między terapeutą a pacjentem w procesie muzykoterapii ułatwiają zdrowienie? Czy proces angażujący pacjent i terapeutę wykazuje podobieństwo do wyjątkowej formy interwencji?

9) Czy muzyka może ułatwiać biologiczną stronę procesu nadawania znaczeń, który z kolei wpływa na proces uzdrawiania?

10) Jaka jest biopsychospołeczna, uzdrawiająca rola wyobraźni w procesie muzykoterapii?

Ta lista pytań to dopiero początek. Mamy wiele do nauczenia się. Wiem że wielu czytelników odpowiedziałoby „oczywiście” na wiele z nich jeśli nie na wszystkie. Jednakże nasza wiedza kliniczna i wgląd są jeszcze niedostateczne. Jest dla mnie oczywiste, że na wiele z tych pytań nie można odpowiedzieć stosując ilościową metodologię badań. Metody te są z pewnością potrzebne, podobnie jak i kombinacja metod (tłum.: w domyśle “jakościowych z ilościowymi”).

Na zakończenie chciałabym przytoczyć jeden z moich ulubionych cytatów z Barascha: „Z ciemnego labiryntu

życia nie ma prostej drogi ucieczki. Na każdym rozstaju w tej podróży jest wybór, punkt zwrotny; czy oderwać się od naszego własnego doświadczenia czy też włączyć to co się wydarza, niezależnie od tego jakie byłoby to okropne, jako część naszego szerszego procesu Stawania się. Bo jeśli w pełni ogarniemy życie gdy jest ono zarówno boleśnie ograniczone i paradoksalnie kryje w sobie potencjał – nawet jeśli nasze nogi prowadzą nas do labiryntu, możemy iść naprzód z oczami szeroko otwartymi, a nie kurczowo zamkniętymi – a wówczas z pewnością dostrzeżemy drogę twórczej odpowiedzi”.

Informacje o autorze:

Cheryl Dileo – doktor filozofii, Zarejestrowany muzykoterapeuta-bakalarz

Profesor muzykoterapii, Uniwersytet Temple, Filadelfia, Stany Zjednoczone AP

Prezydent Światowej Federacji Muzykoterapii

Uprzejmie dziękuję Pani Profesor Cheryl Dileo za wyrażenie zgody na umieszczenie tłumaczenia Jej tekstu na stronie internetowej „Arteterapia” - Wita Szulc.

Wokół podstawowych haseł teatroterapii – Część I. Próba ustaleń terminologicznych

Anita Stefańska

UAM Zakład Arteterapii WPA w Kaliszu

Charakter więzi w zespole działań teatralnych. Charakter więzi określa, jaki jest rodzaj emocjonalnych relacji wewnątrz grupowych i jest wyrazem wzajemnej atrakcyjności interpersonalnej, spełnienia wzajemnych oczekiwań, stopnia zaufania i chęci niesienia pomocy. Istotne są więzi osobowe skierowane na samopoczucie uczestników, bliskie relacje, twórczą atmosferę, realizację potrzeb uczestników oraz więzi formalne skierowane na zadania teatralne i terapeutyczne.

Dramaterapia. W literaturze odnajduje się dwa znaczenia pojęcia dramaterapii:

„jako teatr oparty na improwizacji, który sięga po osobiste problemy. Improwizacja w grupie ma nie tylko pomóc zanurzyć się w świecie wewnętrznym klienta/pacjenta, ale też znaleźć teatralny kształt dla jego wyrażenia; oraz jako gotowa propozycja teatralna (scenariusz), która ma pomóc ujawnić lub wyrazić własne uczucia, konflikty i zachowania. Celem jest także poznawanie siebie, poszerzanie świadomości „ja” oraz trenowanie ekspresji własnej”[1]. Celem terapeutycznym dramaterapii, bez względu na sposób jej realizacji, jest poprawa rozumienia siebie i innych, emocjonalna i fizyczna integracja osoby, polepszenie istniejących relacji interpersonalnych, wspomaganie rozwoju osobistego.

Dramaterapia a psychodrama. Dramaterapię, często utożsamia się z psychodramą, ponieważ, stosuje się w nich podobne procedury: po pierwsze – podobne procedury spontanicznej dramatyzacji (improwizacje), po drugie – w jednej i drugiej efekcie chodzi, aby dzięki samopoznaniu (diagnoza), spontanicznej grze (ekspresja emocji i uczuć, kreaturgia) oraz działaniom korygującym (edukacja) stymulować autointegrację dającą dobre przystosowanie i efektywną aktywność. Różnica istnieje jednak wyraźna.

„Dramatyczna akcja w dramaterapii odbywa się w umownej rzeczywistości wyobraźni. W swojej podstawowej, treściowej, warstwie wydarzenia konstytuujące dramaterapeutyczną grę są zdarzeniami istniejącymi umownie, fikcyjnymi, zdarzeniami, których związku z osobistym światem pacjenta dla potrzeb gry bezpośrednio nie postuluje się i nie orzeka. Gra stwarza rzeczywistość, do której realna rzeczywistość przenika. Tworzy warunki dla mieszania się świata wyobraźni i fikcji i świata realnego. Bez niezbędnej dozy dystansu umożliwiającego świadomość różnicy między realnym a umownym (udawanym), działanie pacjenta przestaje być grą, z całymi tego terapeutycznymi i etycznymi konsekwencjami”.[2]

Drama kliniczna – rodzaj psychoterapii wykorzystujący elementy dramatyczne jako narzędzia terapeutyczne redukujące poprzez działanie sceniczne, napięcia u osób zaburzonych psychosomatycznie i chorych psychicznie. Głównym rodzajem: psychodrama. To też te działania bazujące na technikach teatralnych, wykorzystywane w psychoterapii w celu stymulacji indywidualnej kreatywności i spontaniczności u uczestników, którzy mają zaburzoną czy utrudnioną swobodę w wyrażaniu siebie samego, a co za tym idzie trudności z integracją emocjonalno-fizyczną i rozwojem osobowości.

Głównym rodzajem dramaterapia.

Drama rozwojowa – rodzaj terapii pedagogicznej i socjalizacyjnej, której uczestnikami są osoby potrzebujące pomocy pedagogicznej i psychologicznej w zakresie korygowania postaw społecznych, samorealizacji, osiągnięcia dojrzałości emocjonalnej, samopoznania, kompensacji, przystosowania. Do realizacji powyższych celów służy drama edukacyjna oraz teatroterapia .

Etapy przygotowania spektaklu to kolejne fazy realizacji spektaklu podzielone na ćwiczenia ogólnej kreatywności teatralnej: trening fizyczny, zajęcia z elementami dramy, analiza treści realizowanych zadań, improwizacje

przygotowujące do tworzenia poszczególnych scen, wykonywanie zadań aktorskich: praca nad budowaniem scenicznych kreacji, gest psychologiczny, budowanie konkretnych scen, opracowywanie cech charakterystycznych roli z integralnie związanym z nią procesem wyzwania emocji i ekspresji, próby realizacji całości, występ. Kolejne etapy wpływają na porządkowanie doświadczeń typu : przeżycie, poznanie, doznanie , wiedza, umiejętność i jej wykorzystanie w życiu codziennym .

Etapy pracy warsztatowej . Etapy te, to droga od ustalenia celu terapii i wyboru konwencji scenicznej przez podjęcie rodzaju działań dramatycznych (sytuacji teatralnej) oraz określenia możliwej rozpiętości eksperymentowania, aż do sposobu pracy w konkretnym nurcie gry aktorskiej. Wybrane bloki ćwiczeń np. ćwiczenia wyobraźni zmysłowej, ćwiczenia w orientacji przestrzennej, improwizacje, świadomości ciała, koordynacji ruchu, prawidłowego wykorzystania energii, ćwiczenia partnerskie, prace z wyobrażonym ciałem i wyobrażonym centrum, ćwiczenie kompetencji dialogowej- wszystkie one służą do zdobyciu przez aktora umiejętności ważnych w momencie przekroczenia progu sali prób.

Ewaluacja w procesie teatroterapii: umieć wykorzystać warsztat teatralny, aktorski w procesie poprawy jakości życia osób z zaburzeniami czy utrudnieniami rozwoju (np. niepełnosprawnych intelektualnie, społecznie), rozumieć teatr jako medium działań terapeutycznych bez wykluczenia waloru sztuki, stosować wybrane elementy teatroterapii w pracy rewalidacyjnej zgodnie z przyjętym modelem działań teatralno –terapeutycznych. Formy pracy: trening ciała, praca z ciałem w tym „ruch czterech jakości” , praca z głosem w tym eksperymentowanie paralingwistyczne, kreacje przestrzeni, rekwizytem, działania plastyczne, muzykowanie, indywidualne i zespołowe zadania aktorskie, etiudy i scenki rodzajowe, wprawki pantomimiczne.

Granie ról. Granie ról w procesie teatroterapii błędnie mogłoby sugerować, iż metoda ta dotyczy powinna osób o zdolnościach aktorskich. Taki pogląd może wynikać z potocznego przekonania, że aktorzy potrafią odegrać każdą rolę w zgodzie z wewnętrznym autentyzmem. Odnajdywanie i osiągnięcie stanu pierwotnej spontaniczności, która pomaga uwolnić się od ograniczeń czy lęków, nie wymaga tego, co określane jest warsztatem aktora. Ekspresja sceny w procesie gry wymaga autentyczności wewnętrznej jaką jest odegranie roli pozostającej w ścisłym związku z osobistym

problemem w sposób przekonywujący emocjonalnie, nie wyuczony poprzez warsztat aktorski. W celu osiągnięcia owej ekspresji wykorzystuje się jako stymulatory określone działania teatralne. Do nich należałoby zaliczyć: skupienie, metaforę, napięcie, kontrasty, symboliczne przedmioty, czas i przestrzeń w wyobraźni, gest psychologiczny, charakterystyczność.[3]

Improwizowana dramatyzacja. Improwizacje w dramaterapii to nie impulsywne, szybko rozpraszalne dziania się. Szczegółowo opracowana struktura – Akcja – jest kluczem; jeśli brakuje struktury, wszystko się rozplywa[4]. Improwizowana dramatyzacja musi zostać „świadomie zainspirowana, ukierunkowana i potraktowana jako środek służący do osiągnięcia projektowanych stanów”.[5] Poruszanie się między dwiema rzeczywistościami: realnym życiem a odtwarzaniem czyli grą to swoiste uczenie samoświadomości, szukanie odpowiedzi dotyczących własnej tożsamości, budzenie i rozwijanie samokontroli. Np. zbudowanie z improwizowanych dramatyzacji kompozycji spektaklu - to proces działań teatralnych, gdzie uczestnik wykorzystując różne poznane wcześniej środki wyrazu artystycznego(ćwiczenie, poszukiwanie, doznanie) => dokonuje samodzielnej prezentacji swojej postawy wobec sytuacji problemowej, (satysfakcja, produktywność) => przedstawia osobiste poglądy na daną sytuację, poznaje własne i cudze opinie na daną sytuację, ujawnia subiektywne nastawienia wobec prezentowanych wartości (integracja ,rozumienie) => a w końcowej fazie poszukuje uzasadnień dla swoich ważnych wyborów (działanie)[6].

Kontrakt terapeutyczny .To swoista umowa teatroterapeuty z aktorami dotycząca celów terapii, zadań służących realizacji tych celów oraz więzi między uczestnikami i terapeutą.

Metody teatroterapii. Metody warsztatu teatralnego stosowane w działaniach teatralnych z osobami o specjalnych potrzebach edukacyjnych, niepełnosprawnych intelektualnie, fizycznie, niedostosowanych społecznie szczególnie z zaburzeniami zachowania oraz osób z utrudnieniami ekspresji emocji i uczuć. To sposoby działania ukierunkowane na maksymalne pobudzenie i rozwijanie naturalnej wrażliwości dramatycznej jednostki w celu wywołania pożądanych zmian. Metody oparte są na praktycznym działaniu zgodnie z zasadą aktywności uczestników czyli byciu i działaniu w grupie oraz systematyczności i stopniowania trudności. Występuje różnorodność metod, m.in: improwizacja (jako sposób prowadzenia próby), stylizacja , happening, drama, gra

ustrukturowana.

Wybór metody zależy od celu terapii np. metoda kreacji zbiorowej to metoda aktywizująca sferę emocjonalną i społeczną członków zespołu, umożliwiającą „przeżycie” sytuacji scenicznej i wartościowanie problemów w nich rozwiązywanych. Aktorzy na drodze improwizacji, nie korzystając z gotowego tekstu dochodzą stopniowo do kreacji postaci, którą są gotowi przyjąć, bo właśnie ona jest dla nich najbardziej interesująca. W każdej z metod zastosowanie określonych technik aktorskich buduje związki psychofizyczne postaci zgodnie z wybraną filozofią roli jak np. Aleksandra, Czechowa, Stanisławskiego czy Suzuki. Wybranie filozofii roli (np. teatru źródeł Grotowskiego) staje się optyką określonego narzędzia dialogu, którego uhonorowaniem jest przechodzenie uczestnika w stan „bycia aktywnym”, a co teatralnie można by nazwać odkrywaniem siebie w innym wymiarze.

Nieuustrukturowany kontekst grania roli. Jest to taki rodzaj prowokacji różnych form i technik ekspresji aktorskiej, które pełnią funkcję komunikatów z perspektywy określonej teorii i praktyki arteterapeutycznej np. z perspektywy teorii relacji z obiektem, głównie założeń koncepcji Winnicotta. Może pozwalać na wyłonienie się wielu aspektów osobowości zarówno tych kontrolowanych przez osobę, jak i tych pozostających poza jej kontrolą czyli na ekspresję tych aspektów siebie, które w życiu zazwyczaj są silnie ograniczane, nadmiernie kontrolowane lub nieświadome.[7]

Pozycja w zespole działań teatralnych. Tym terminem określa się pozycję uczestnika określoną przez innych uczestników, na podstawie oceny działalności danego uczestnika jako członka zespołu. Uwzględnia się ocenę takich elementów działalności w zespole jak: umiejętność współpracy, odpowiedzialność za rolę, odpowiedzialność za zespół, systematyczność w pracy. Uczestnik realizując cele grupy – realizuje potrzeby własne, akceptując normy zespołu- jest akceptowany, poznając strukturę grupy – przyjmuje i akceptuje określoną rolę społeczną.

Rola w psychodramie. Rola w psychodramie rozumiana jest jako swoisty kształt jednostki, przejawiający się w czynnościach i cechujący ją w specyficznym momencie reagowania na jakąś sytuację. To prawdziwe wydarzenia stają się niejako „bazą”, która „umożliwia doprowadzenie do ponownego przeżycia patogenicznej sytuacji w <metarealności> stwarzanej przez spontaniczną grę odtwarzającą zaszłe wydarzenia. Budzące się w czasie takiej gry wspomnienia często ułatwiają odtworzenie

traumatycznych sytuacji, towarzyszących im odczuć, także odreagowanie ich”.[8] Rola w psychodramie jest więc rolą psychologiczną, dzięki której wykonawca jednoczy się ze światem i wyraża to, co indywidualne i spontaniczne, zbiorowe czy schematyczne.

Rola w dramaterapii. Tutaj rola pojmowana jest jako rola teatralna, choć i w tym przypadku w rezultacie chodzi o to, by graniu roli teatralnej stało się okazją do przejścia jej jako swej roli psychologicznej. Przyjmowane przez aktorów role odgrywanych postaci wynikają z sytuacji określonej przez toczącą się akcję i są podstawą rzeczywistości tworzonej podczas widowiska. Rola traktowana jest więc tu umownie.

Struktura spektaklu. Przez strukturę spektaklu rozumie się wyróżnienie modelu dramatycznego czyli kierunku i kształtu działań scenicznych, będącego ucieleśnieniem (konkretyzacją) doświadczeń nabytych przez grupę: zachowań werbalnych, niewerbalnych, fizycznych i emocjonalnych przetworzonych, „przefiltrowanych” przez medium dramatyczne. Doświadczenia odczuwane i postrzegane najsilniej potencjalnie stanowić mogą o akcji dramatycznej (bohater, fabuła, przedstawienie).

Teatr terapeutyczny. Teatr, który w swoich działaniach twórczych, postrzega człowieka przez pryzmat jego rozwoju osobistego, to znaczy może pokazywać jak człowiek widzi samego siebie w marzeniach, w przyszłości, w specjalnie tworzonych na użytek procesu gry sytuacjach zagrożenia, dokonywania wyborów czy podejmowania samodzielnych decyzji. To teatr o wyjątkowej estetyce i formie, w którym – zgodnie z tym, co postulował Grotowski – istotną rolę odgrywa aktor. Praca aktora nad rolą pełni funkcje komunikatów. W kontekście tego doświadczenia aktor spotyka się często z tematami trudnymi poznawczo czy emocjonalnie, które w sprzyjającej przestrzeni teatralnego działania się, na drodze jego aktywności twórczej, mogą zostać bezpiecznie rozpoznane, bez przepracowywania ich w sposób otwarty. Reżyser porównywalnie przyjmuje albo własny zamysł scenariuszowy albo dokonuje wyboru tematu z listy adaptacji w kategorii odpowiedniej struktury i formy, ważnej dla uczestnika i jego poziomu rozumienia czy możliwości wykonawczych. Powstały układ z założenia stworzyć ma dramaturgiczny ciąg noszący znamiona spektaklu, gdzie końcowa jego prezentacja powinna, zaświadczać o tym, na ile wykonawcy zawierzili określonemu językowi komunikacji, a w przypadku uczestnika z psychiczną czy intelektualną dysfunkcją szczególnie obrazować, w jakim stopniu uznali oni za własny, nowy dla siebie teatralny język. Dla wykonawcy gra sceniczna musi budować dostępną i

bezpieczną formę manifestacji swojego „ja.” Odmienne styl porozumiewania się wykonawców, stanowić może jednocześnie pole obserwacji i doświadczeń dla poszczególnych aktorów, grupy i trenera dlatego tak ważne jest celowe prowokowanie do wypowiedzania się na temat wrażeń z gry.

Teatroterapeuta. To osoba, która jest profesjonalnie przygotowana do pracy terapeutycznej i artystycznej. Podobnie jak pedagoga-terapeutę, cechuje go wykształcenie pedagogiczne - kierunkowe (oligofrenopedagogika, rewalidacja, resocjalizacja, itp.) oraz przygotowanie psychologiczne z poszerzonym o wymiar duchowy zakresem pojęć – różni komponent jakimi jest obszar profesjonalnie wybranej dziedziny sztuki w tym doświadczenie i fachowość praktyki artystycznej. Teatroterapeuta posiadać ma umiejętność świadomego łączenia technik teatralnych i aktorskich z wyborem odpowiedniej strategii terapeutycznej. Ponadto musi być artystą, aby móc uprawiać sztukę w wymiarze pozaartystycznym, gdzie praca nad spektaklem nie kończy się na reżyserii. Prymarna funkcja teatroterapeuty polega na bezpiecznym wprowadzaniu i odpowiedzialnym przeprowadzaniu uczestnika przez proces twórczy, tak by w efekcie rozumiał: co i dlaczego robi na scenie, co musi jeszcze wykonać w grze z partnerem, a czego nie może robić. Taki rodzaj informacji w optymalnym stopniu prowokować ma uczestnika do zaangażowania się we własny, potencjalny rozwój.

Teatroterapia to metoda arteterapii, której uczestnikami są osoby potrzebujące pomocy pedagogicznej i psychologicznej w zakresie korygowania postaw społecznych, samorealizacji, osiągnięcia dojrzałości emocjonalnej, samopoznania, kompensacji, przystosowania. W procesie teatroterapii jednocześnie koncentruje się na twórczym kreowaniu roli w spektaklu teatralnym i na wewnętrznych procesach zaangażowanych w grę. Poprzez proces gry, w swobodnym przepływie impulsów, obrazów, uczuć oraz identyfikacji wyrażonych w rolach odbywa się proces transformacji, czyli przemiany. W takim ujęciu gra powinna mieć charakter terapeutyczny czyli umożliwiający twórczość wedle wyobrażeń o osobie ludzkiej i jej relacjach. Ważnym stać się musi również artystyczny efekt finalny gry czyli powstanie spektaklu o wysokiej jakości estetycznej.

Teatroterapia osób niepełnosprawnych intelektualnie - forma warsztatów. Jest to metoda pracy zdeterminowana założeniem, iż są to przede wszystkim autorskie programy rozwoju uczestnika poprzez działania teatralne

i parateatralne skoncentrowane na osobie działające. Stąd prymarna wartość osobistego wysiłku i osobistych zmian (rozwój psychiczny) przy wyraźnych założeniach artystyczno – estetyczny (rozwój twórczy), wynikających z jasności widzenia ogromnej mocy terapeutycznego potencjału w samym działaniu artystycznego produktu, jakim jest opracowywanie roli teatralnej (proces twórczy) czy jej pełna realizacja (dzieło, wytwór). Stąd równoprawne stają się metody improwizacji, gry ustrukturuwanej oraz formy naprzemienne, które spełniają swoją rolę w odniesieniu do zadań terapii przygotowanych do realnego wykonania w krótkim okresie czasu działań warsztatowych (np. warsztaty 3-dniowe, tygodniowe, cykl warsztatów). Tak przygotowane działania dając okazję do ekspresji tworzą obszar międzyludzkiego obcowania[9] w sytuacjach specjalnych w których to od początku ramy relacji wyznaczać się powinno w odniesieniu do przyjętej koncepcja psychologicznej np. w odniesieniu do osób z utrudnieniami rozwojowymi koncepcja relacji w psychologii spotkania,[10] wyznacza ramy w triadzie dialog – relacja – spotkanie. Cechą charakterystyczną jest tutaj w pełni włączenie się każdego uczestnika do pracy grupowej: sens uczestnictwa zawarty jest w pracy i uczeniu się na podstawie praktycznych doświadczeń wyznaczanych ową triadą.

Wskaźnik zachowań twórczych w teatroterapii - to częstość ujawniania się określonej tendencji kreatywnej w zachowaniu wykonawców, przejawiającej się w formie i treści podawanych rozwiązań zadań aktorskich (bez warunku odwagi w mówieniu i oryginalności wytworu), gdzie na wcześniej określonych scenicznie typach gestów, odzewów czy reakcji wykonawca nakłada odmienne, co nie znaczy oryginalne, ale udoskonalone na swój własny sposób zachowania.

Zadanie aktorskie. Zadanie, które stawia aktorowi reżyser w formie pytań: co robisz?, po co to robisz? (te dwa komponenty określa lub dookreśla reżyser) jak robisz? (praca aktora nad rolą, własna propozycja wykonani). Emocje aktora związane są z teatralnym działaniem się, natomiast jego ciało z działaniem scenicznym. Pytania mają wywołać twórcze reakcje i dotyczą kwestii bliskich wszystkim uczestnikom.

[1] Cyt.za: A. Bielańska, Teatr, który leczy, Kraków 2001, s. 23

[2] M. Nowakowska, Dramaterapia i gra „Czasopismo

Psychologiczne”, Tom 12, Nr 1, 2006, s.9-10

[3] Więcej: M.A.Czechow, O technice aktora, Kraków 1995

[4] J.Grotowski, za: D. R. Johnson , Forrester A., Dintino C., Miller J., Schnee G. (1996): Towards a poor drama therapy, “The Arts in Psychotherapy”, 1996 Vol 23, nr 4

[5] K. Pankowska, Funkcje dramy na gruncie psychiatrii, psychologii i pedagogiki. „Kwartalnik Pedagogiczny”, 1984 nr 8, s.128

[6] Więcej: A.Stefańska, Zadania reżysera w pracy terapeutyczno – teatralnej z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie, [w:] K.Krasoń, B.Domagała (red.) W kręgu sztuki i ekspresji dziecka, rozważania inspirujące, Katowice 2006

[7] Więcej: D.R. Johnson, 1982, za: A. Kuczyńska, H. Makowska, Drama, która leczy. Materiały konferencyjne „Sztuka i terapia”. Zielona Góra 1-2. II. 2002

[8] J. W. Aleksandrowicz, Psychoterapia medyczna, Warszawa 1994, s.143

[9] w świetle rogerowskiej koncepcji terapii niedyrektywnej „ zamiast pytać o to jak można postępować z drugim człowiekiem, czy też jak go zmieniać – lepiej jest pytać o to jak można tworzyć wzajemne interakcje, które człowiek mógłby wykorzystać do rozwoju swojej osobowości , a zatem lepszej funkcjonalności” cyt. za: B. Śliwerski, Pedagogika niedyrektywna „Edukacja i Dialog” 2001, nr 9-10

[10] zob. A. Gałdowa, Psychologia spotkania, [w:] Psychologia osobowości i antropologia filozoficzna, red. A. Gałdowa, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego, prace psychologiczne. Zeszyt 1, Kraków 1993, s.38

Informacje o autorze:

Dr Anita Stefańska – adiunkt w Zakładzie Arteterapii - Wydział Pedagogiczno Artystyczny UAM w Poznaniu , członek Zarządu Stowarzyszenia Arteterapeutów Polskich KAJROS, interesuje się zagadnieniem szeroko rozumianej kreatywności ludzi z niepełnosprawnością intelektualną, poszukiwaniem nowych narzędzi i nośników twórczej komunikacji oraz nowatorskiego podejścia do empirycznych działań w tym obszarze teorii i praktyki. Autorka ponad 20 publikacji dotyczących

teatroterapii oraz projektów z zakresu wspomagania rozwoju metodami arteterapii, prowadzi w Polsce warsztaty teatroterapii zgodnie z autorskim modelem działań teatralno - terapeutycznych. W zakresie sztuki teatru wychowanka prof.Waldemara Wilhelma.

Teatr Tańca Anny Halprin-na pograniczu sztuki, rytuału i terapii i jego polska adaptacja

Mateusz Wiszniewski

Streszczenie:

Artykuł przedstawia historyczne korzenie terapeutycznego teatru tańca. Opisuje zanik i odrodzenie się w kulturze europejskiej tańca rozumianego jako forma terapii. Prezentuje działalność Anny Halprin jako najwybitniejszego współczesnego przedstawiciela terapeutycznego teatru tańca. Omawia korzenie i ewolucję jej poglądów i praktyki artystyczno-terapeutycznej. Przedstawia podstawowe zasady terapeutycznego teatru tańca, metody, która powstała, na polskim gruncie, dzięki inspiracji pracą Anny Halprin. Prezentuje wybrane teorie, które wyjaśniają terapeutyczne działanie teatru tańca.

Rytualny teatr tańca - rys historyczny.

Taniec i teatr tańca były istotnym elementem najstarszych w historii ludzkości pierwotnych form terapii-praktyk uzdrawiania i rytuałów inicjacyjnych. Praktyki takie swymi początkami sięgają czasów archaicznych. Malowidła skalne z okresu neolitu przedstawiają tańczące postacie. Można przypuszczać, że są to malowidła przedstawiające rytualne tańce przed polowaniem lub obrzędy uzdrawiania, które można traktować jako pierwotne formy terapii. Wiadomo, że taniec i teatr tańca był ważnym elementem życia społecznego i duchowego ludzi pierwotnych. Ludy pierwotne przeprowadzały szamańskie rytuały taneczno-teatralne przed wyruszeniem na polowanie lub wojnę. Taniec jako element rytów przejścia, był wykonywany przy okazji narodzin, ślubów, pogrzebów, czy świąt związanych ze zmianami pór roku, rozpoczęciem prac polowych, zakończeniem zbiorów oraz jako forma uzdrawiania w przypadku, gdy jakiś członek społeczności zachorował. Pierwotne tańce były ściśle związane z rytuałami szamańskimi i rytami przejścia, zawierały w sobie wiele elementów kultury szamańskiej. W niezmienionej formie są stosowane w wielu kulturach pierwotnych aż do dzisiaj (kultura plemion afrykańskich, zwyczaje i obrzędy Indian Ameryki Północnej i Południowej, plemion syberyjskich, czy rdzennych mieszkańców Hawajów itd). W sanskrycie

słowo tancerz, aktor i szaman wywodzą się z podobnego źródłosłowa, co wskazywałoby na wspólny rodowód tych różnych zawodów. Prawdopodobnie kiedyś jedna i ta sama osoba pełniła funkcje aktora, szamana, tancerza i prowadziła terapeutyczne rytuały teatralno-taneczne i rytów przejścia. Z czasem, w miarę rozwoju kultury, funkcje tańca stały się bardziej zróżnicowane i wyspecjalizowane i pełnienie tych funkcji tych zostało przydzielone przedstawicielom różnych zawodów.

Taniec i teatr tańca był elementem greckich misteriów religijnych oraz nabożeństw pierwszych chrześcijan. O terapeutycznych właściwościach chorei wspominał w swoich pismach Planton. W platońskim ideale edukacji i rozwoju człowieka sztuka-taniec, poezja-kształcenie duszy zajmowały równie ważne miejsce co filozofia i matematyka-kształcenie umysłu, na równi z doskonaleniem ciała poprzez sporty.

Jak widać taniec odgrywał istotną rolę w wielu tradycjach medycyny archaicznej. Wśród ludów pierwotnych uzdrawiające rytuały związane z teatrem lub tańcem były i są powszechną praktyką. Obrzędy taneczne występują powszechnie jako jeden z podstawowych elementów archaicznej edukacji-rytów przejścia. Poprzez udział w rytuałach i obrzędach tanecznych jednostka była wprowadzana i wtajemniczana w zwyczaje, obrzędy i kulturę tradycji w, której wyrastała. Udział w rytuałach tanecznych był formą uczenia i przekazywania tradycyjnych wartości i postaw uosabiających mądrość przodków i zapewniających ciągłość kultury. Taniec i teatr tańca były także powszechnie stosowane w archaicznej medycynie-jako ważny element ceremonii uzdrawiania. Terapeutyczne i edukacyjne zastosowanie tańca i teatru tańca było znane i praktykowane w niemal wszystkich kulturach świata.

Można przypuszczać, że popularność tańca jako formy wspierającej proces leczenia i edukacji wynikała bezpośrednio z jego terapeutycznych i aktywizujących właściwości.

Ruch taneczny poprawia krążenie, stymuluje system odpornościowy, uczy koordynacji ruchów, może wzbudzać stan radości i odczucie wysokiego poziomu energii (wpływa na zwiększenie wydzielania endorfin). Taniec w grupie doskonale spełnia funkcje integracyjne, sprzyja tworzeniu więzi i nawiązywaniu bliskich relacji. Tańce rytualne i transowe mogą łatwo doprowadzić do katharsis rozumianego jako odreagowanie i uwolnienie napięć. W tego typu tańcach łatwo może zająć zjawisko zbiorowego transu, co zwiększa podatność na sugestie i co może skutecznie wspierać proces leczenia i terapii. Z kolei teatr, poprzez praktykę odgrywania ról i możliwość zmiany ról oraz związanych z nimi scenariuszy umożliwia pracę nad uświadamianiem sobie, przeżywaniem i zmianą wzorców życiowych i ról. Połączenie razem elementów tańca i teatru tworzy niezwykle skuteczną i niepowtarzalną metodę. Ze względu na powyższe, nic dziwnego, że taniec i jego teatralne formy związane z odgrywaniem ról i mitów, są istotnym elementem archaicznej medycyny i edukacji w większości kultur świata.

W Europie tradycja uzdrawiającego tańca stopniowo zanikała, aż została całkowicie utracona w połowie średniowiecza. Wraz z nastaniem chrześcijaństwa i umacnianiem się pozycji kościoła, zanikły rozmaite pogańskie rytuały taneczne, które zawierały wiele elementów słowiańskich praktyk uzdrawiających oraz obrzędów szamańskich. Tańce rytualne zostały zakazane, gdyż zawierały zbyt wiele relikwów kultury pogańskiej, a zmysłowy charakter tańca jako misterium ciała nie pasował do rozwijającej się ascetycznej ideologii.

W kulturze zachodniej, przez wiele stuleci rozwijały się głównie tańce dworskie i ludowe. W miarę upływu czasu jako osobna forma tańca zaczął rozwijać się wyspecjalizowany taniec artystyczny (począwszy od powstania i rozwoju baletu). Praktyki stosowania tańca jako formy uzdrawiania, terapii i rozwoju osobistego przez wiele wieków pozostawały w zapomnieniu. Idea, że taniec może leczyć i wspierać w rozwoju osobistym zaczęła powracać dopiero na początku XX wieku.

Pionierzy terapii tańcem.

Wraz ze zmianami obyczajowymi i społecznymi, rewolucją przemysłową w końcu XIX i na początku XX wieku nastąpiła zmiana wielu konwencji artystycznych. Sztuka odzyskiwała swobodę wyrazu, zanikała surowa ocena moralna. W tym czasie coraz bardziej rozwijała się psychologia przynosząc nowe możliwości spojrzenia na człowieka i jego potrzeby oraz otwierając możliwości

tworzenia nowych form terapii i edukacji.

Jako pierwsze, w kulturze zachodniej, terapeutyczną i rozwojową funkcje tańca ponownie zaczęły popularyzować Ruth St Denis i Isadora Duncan. Obie były znanymi i wybitnymi tancerkami, które w swoim życiu były równocześnie niezależnymi i wyzwolonymi kobietami. Można je także nazwać filozofami tańca. W swoich pismach i wypowiedziach dzieliły się wpływającymi z ich doświadczeń poglądami, że taniec może korzystnie wpływać na zdrowie, wspierać rozwój psychologiczny i społeczny człowieka oraz prowadzić do duchowych doświadczeń.

Było to powrót do idei tańca duchowego i terapeutycznego, który w kulturze europejskiej zanikł prawie całkowicie przez wiele stuleci. Ich pionierska działalność otworzyła drogę wielu następnym pokoleniom mistrzów i praktyków terapii tańcem, oraz tańców duchowych. Jedną z uczennic Ruth St Denis-Mary Chace założyła, w latach 60-tych, Amerykańskie Towarzystwo Terapii Tańcem, a inny jej uczeń, Samuel Lewis, który był uczniem mistrzów sufickich, stworzył Tańce Światowego Pokoju, będące twórczym połączeniem zasad sufickich tańców ekstazy i zasad duchowego tańca Ruth St Denis.

W okresie, związanego z wojną w Wietnamie, kryzysu moralnego i upadku tradycyjnych autorytetów, wielu młodych ludzi szukało nowych dróg rozwoju. Był to podatny grunt dla rozwoju wielu form psychoterapii, w tym terapii tańcem.

W latach 60-tych w Stanach Zjednoczonych równocześnie rozwijało się wiele kierunków terapii tańcem, do najważniejszych można zaliczyć działalność: Mary Chace, która założyła Amerykańskie Towarzystwo Terapii Tańcem, Mary Whitehouse, które dała początek Ruchowi Autentycznemu i Anny Halprin, która była nowatorskim twórcą oryginalnego kierunku działań na pograniczu sztuki, terapii i rytuału.

Teatr Tańca Anny Halprin.

Anna Halprin uczyła się technik tanecznych od najwybitniejszych tancerzy jej czasów, takich jak: Martha Graham, Doris Humphrey, Charlie Weidman, Katya Holm. W trakcie studiów na University of Wisconsin spotkała Margaret H. Doubler, która była pionierem edukacji poprzez taniec i twórcą pierwszego wydziału tańca. Jej nowatorska praca Rola tańca w edukacji, 1940, podkreślała znaczenie tańca w rozwoju osobowości. Margaret H. Doubler postulowała stworzenie

powszechnie dostępnej edukacji tanecznej, aby rozwijać edukację ruchową, naukę ekspresywnego poruszania się, rozwijanie technik artystycznej ekspresji.

Spotkanie Margaret H. Doubler stało się dla Anny Halprin źródłem trwałej inspiracji. Nauczyła się postrzegać taniec nie tylko jako formę ekspresji artystycznej ale jako drogę rozwoju osobowości, rozwoju rozumianego holistycznie jako praca zarówno z ciałem, emocjami jak i umysłem. W późniejszym okresie pracy Halprin korzystała z tych inspiracji stosując w praktyce holistyczne podejście do ciała i tańca oraz zwracając uwagę na rozpoznawanie fizycznych, emocjonalnych, intelektualnych i duchowych komponentów tańca. W swojej działalności skupiała się na edukacyjnych i rozwojowych efektach treningu tańca, nie tylko na jego artystycznych owocach. Odmienne od wielu zawodowych tancerzy Halprin uważała, że proces uczenia się tańca jest ważniejszy od produktu-występu czy pokazu.

Inny, nowatorski na owe czasy element metody tanecznej Halprin polegał na nauce anatomii i struktury ciała aby zwiększyć świadomość kinestetyczną i poprawić własną ekspresję.

Inną ważną inspiracją była praca E. Todd Thinking Body 1937. Todd twierdził, że nie można oddzielić intelektu, czynników motorycznych, jakości ruchu i społecznych. Są one wzajemnie powiązane. Podkreślał wykorzystanie ruchu łącznie z wyobraźnią i wizualizacją. Co znalazło później wyraz w stworzonej przez A. Halprin metodzie psychokinetycznej wizualizacji.

Spotkanie Gropiusa i udział w jego wykładach w USA spowodowało trwałą inspirację założeniami Bauhausu. Wpłynęło to na ukształtowanie się jej podejścia do działań twórczych. Wynikiem inspiracji Bauhausem było: współdziałanie-łączenie różnych dziedzin sztuki-crossart collaboration, zbiorowe działania twórcze-collective creativity, integracja sztuki ze społeczeństwem i z codziennym życiem, podejście eksperymentalno-warsztatowe, demokratyczna praca w grupie, gdzie tworzono w oparciu o zbiorowe decyzje-twórczość była wynikiem grupowego współtworzenia.

Już na samym początku swojej pracy Anna Halprin stosowała opisane powyżej, nowatorskie na owe czasy założenia stosując holistyczne podejście do pracy z dziećmi. Dążyła do włączania szkoły i rodziny w proces edukacji tanecznej dzieci. Prowadziła tanie, otwarte dla wszystkich zajęcia. Skupiała się na nauce tańca przez osobiste badanie i doświadczanie, zamiast naśladowanie

danego stylu tańca. Zainteresowana była równoczesnym rozwijaniem fizycznych umiejętności tanecznych oraz emocjonalnej i intelektualnej sfery osobowości.

W roku 1955 uświadomiła sobie wyraźnie różnicę pomiędzy swoim stylem pracy, a tańcem współczesnym, którym zajmowała się większość ówczesnych tancerzy. Doświadczenie to było skutkiem udziału w festiwalu tańca i rozczarowania tym co wtedy zobaczyła. Wydawało się, że tancerze po prostu naśladowują styl ruchu najbardziej modnego choreografa. Mimo dobrych umiejętności technicznych tancerzy, nie miało się wrażenia, że wyrażają siebie i swoje życie w tańcu. Pojawiło się wtedy pytanie co jest własnym ruchem i ekspresją, a co jest imitacją mody ruchu. Doświadczenie to skłoniło Annę do poszukiwania własnej drogi

Wyrazem tych poszukiwań było rozpoczęcie, w latach 1955-65, cyklu warsztatów San Francisco Dancers Workshops, które skupiały się na pionierskich na owe czasy i ciągle nowoczesnych dzisiaj założeniach:

- zgoda doświadczanie, eksperymentowanie w sytuacji warsztatu,
- wolność by badać i poszukiwać zamiast nauczania,
- odrzucenie tańca współczesnego jako ograniczającej ortodoksji,
- wykorzystywanie improwizacji aby badać i doświadczać,
- anatomia jako podstawa ruchu,
- spotkanie się z sobą jako z ludźmi, nie jako z tancerzami,
- współpraca wielu dziedzin sztuki, muzyków, aktorów, tancerzy, malarzy,
- unikanie przewidywalności.

Wynikiem tych twórczych poszukiwań były ciekawe spektakle i performance. Anna Halprin stale poszukiwała formy artystycznej ekspresji która będzie nawiązywała do problemów codziennego życia, która oprócz samej formy estetycznej będzie posiadała znaczenie, zawartość i ducha (Halprin i Kaplan 1995:1). P. Zwracała się ku artystycznym rytuałom teatralno-tanecznym. Rytuał w rozumieniu Anny Halprin to proces artystyczny poprzez który ludzie zbierają się i jednoczą w celu konfrontacji z wyzwaniem w ich życiu.

W 1972 (w wieku 51 lat) odkryła u siebie raka. Rysując swoje ciało w trakcie warsztatu odkryła na rysunku ciemny kształt, który ją zaniepokoił. Udała się do lekarza z prośbą o zbadanie i diagnoza potwierdziła, że ma raka. Anna Halprin poddała się operacji. W roku 1975 nastąpił nawrót choroby, tym razem Halprin nie szukała już operacji ale zwróciła się ku pracy wewnętrznej i medycynie niekonwencjonalnej, ku uzdrawiającej sile teatru tańca. Tym razem rak uległ reemisji. Anna Halprin żyje do dziś i nadal, w wieku 87 lat jest aktywna zawodowo. Jak sama twierdzi

Przed rakiem poświęcałam życie w służbie tańca.

Po raku poświęcam taniec w służbie życia.

W roku 1981 Halprin rozpoczęła realizację projektu "Poszukiwanie żyjących mitów i rytuałów poprzez taniec w relacji z otoczeniem". Projekt był inspirowany pracą męża Anny, który sformułował założenie pracy z grupami ludzi nad problemami rozwoju społeczności w relacji z jej otoczeniem.

Projekt ten stopniowo, w ciągu 20-u lat rozwijał się doprowadzając do powstania warsztatów Circle The Earth, z którego wywodzi się The Planetary Dance. W tym okresie Halprin rozwijała w praktyce swoje idee dotyczące pracy z wywodzących się z performance rytuałów i pracy ze społecznością. Szukała odpowiedzi na pytanie, czy mit i rytuał mają sens we współczesnym świecie? Rezultaty jej pracy poszerzają potoczne rozumienie tańca, który w pracy Halprin staje się środkiem transformacji jednostki i społeczności, metodą uzdrawiania na skalę indywidualną, społeczną i globalną oraz skutecznym narzędziem działania społecznego.

Praca z grupą tancerzy miała zaowocować przedstawieniem. Z czasem jednak przedstawienie stawało się coraz mniej ważne i działanie przerodziło się w rytuał w, którym widzowie są równocześnie uczestnikami.

Aby umożliwić wyłonienie grupowego mitu, wykorzystywano sztukę ruchu i pracę z otoczeniem. Nie było wcześniejszego założenia co miało się z tej pracy wyłonić.

Praca ta rozpoczęła się od poszukiwania poprzez zbiorową twórczość wspólnotowej wizji, która miała być źródłem współczesnego mitu. W wyobrażeniach uczestników ciągle powracał obraz góry, która wznosi się nad zatoką San Francisco. Od jakiegoś czasu szlaki turystyczne na górze były zamknięte, ponieważ grasował na nich zboczeniec-morderca, który rytualnie mordował

kobiety. Było już siedem ofiar. Uczestnicy warsztatu poczuli, że to jest problem, który nurtuje społeczność i zdecydowali, że tematem ich warsztatu i przedstawienia będzie odzyskanie góry. Wielu ludzi, w różnym wieku, ubranych na biało udało się na górę gdzie tworzyli wspólnie parateatralne ceremonie i rytuały w celu odzyskania góry dla lokalnej społeczności. Tworzyli rytuały indywidualnie i w grupach. Odbyli milczący, rytualny marsz w dół po szlakach na górze, po drodze, w miejscach tragedii, w formie pieśni, poezji, śpiewu, medytacji składano różne ofiary w celu odzyskania góry dla społeczności. których kulminacją była ceremonia wschodu słońca.

Tak się złożyło że po trzech tygodniach ujęto sprawcę morderstw, którego nie można było złapać w ciągu kilku lat. Można myśleć, że to przypadek ale wielu ludzi, razem z Anną Halprin uważało, że ich modlitwy zostały wysłuchane.

W roku 1982 powtórzono podobne działania jako wyraz wdzięczności za odzyskanie góry. W kolejnych latach Halprin podejmowała jako tematy swoich działań z pogranicza tańca, teatru i rytuału inne ważne społecznie tematy. Prowadziła warsztaty z chorymi na AIDS, których celem było przełamanie społecznego piętna odrzucenia, które wtedy dotykało chorych. Pracowała też z ludźmi chorymi na raka.

W 1980 zaczęła prowadzić warsztaty wsparcia dla chorych na raka w Creighton Height Institute Californii. W 1986 stworzyła program samopomocy dla chorych na raka: Ruch w kierunku życia. W programie rozwija koncepcje ciała jako uzdrowiciela, ćwiczenia świadomości ciała, integracje ciała, umysłu i emocji, modlitwy w ruchu, poszukiwanie zwierzęcego sprzymierzeńca, kontaktu z naturą. W swojej pracy z chorymi na raka wyjaśnia ze ruch ciała w tańcu, czy rytualnym teatrze tańca dodany do np samej wizualizacji zwiększa skuteczność działania pozytywnej sugestii, poprzez dodanie do niej i włączenie całego wymiaru ciała. Poprzez to zwiększa jej efekty lecznicze, które są mocniejsze niż sama wizualizacja ponieważ są pełniej przeżyte i odczute w ciele.

Jak twierdzi lekarz medycyny, który pod wpływem warsztatów Anny Halprin zaczął stosować jej metodę w pracy ze swoimi pacjentami: taniec połączony z pozytywnymi, uzdrawiającymi wyobrażeniami, silnie wpływa na fizjologię i aktywizuje neurotransmitery w całym ciele, które mogą uwolnić od bólu i mobilizować cały system odpornościowy.

W wyniku swoich doświadczeń rozwinęła własną metodę-pięć częściowy proces terapeutyczny, który pozwala na pracę zarówno z chorobami psychosomatycznymi jak i problemami życia codziennego.

Proces w Pięciu Częściach składa się z etapów, które porządkują i ułatwiają pomyślne przeprowadzenie procesu terapeutycznego. Są nimi:

- 1) Identyfikacja-nazwanie tematu.
- 2) Konfrontacja-fizyczne ucieleśnienie i odegranie uczuć i obrazów związanych z tematem.
- 3) Uwolnienie (release)-fizyczne, emocjonalne i mentalne wyzwolenie na skutek konfrontacji (letting go). Otwiera drogę do następnego etapu.
- 4) Zmiana-integracja tego co się stało. Przejście do następnego etapu, widzenie siebie i świata w nowy sposób.
- 5) Asymilacja-zastosowanie wiedzy i doświadczenia w codziennym życiu.

Rozwinięte przez Anne Halprin rytualny terapeutyczny teatr tańca zainspirował wielu tancerzy i terapeutów tańcem na całym świecie. W uproszczonej wersji, w formie zwanej The Planetary Dance, podobne działania teatralno taneczne odbywają się każdej wiosny w wielu krajach na świecie. (W 2000 roku The Planetary Dance był prowadzony w 37 krajach na świecie).

Bogaty dorobek artystyczny, pedagogiczny i terapeutyczny Anny Halprin stał się podstawą założenia Instytutu Tamalpy, który rozwija i uczy metody stworzonej przez Annę Halprin. Instytut prowadzi jej córka Daria Halprin.

Instytut Tamalpa został założony w celu badania rezultatów tego podejścia (wykorzystywania tańca i teatru do konfrontacji z osobistymi i społecznymi problemami) i szkolić innych w procesie twórczym, który integruje psychologię, terapie zorientowane na ciało oraz edukację w zakresie tańca, sztuki i dramy.

Daria Halprin wyjaśniając założenia teoretyczne, które leżą u podstaw pracy terapeutycznej poprzez taniec, prowadzonej w Instytucie Tamalpy, wspomina o: psychologii humanistycznej, terapii gestalt, psychologii jungowskiej i psychosyntezie jako głównych inspiracjach terapeutycznych tego nurtu terapii przez sztukę.

Zastosowanie Terapeutycznego Teatru Tańca dla grup zainteresowanych rozwojem osobistym-własne doświadczenia.

Pomysł Terapeutycznego Teatru Tańca rozumianego jako trzy odgrywane jeden po drugim akty:

- 1) odreagowanie,
 - 2) zdrowienie,
 - 3) afirmacja,
- narodził się w na warsztatach w Częstochowie na wiosnę roku 2004. Jeszcze przed moją wizytą w Instytucie Tamalpy i spotkaniem Anny Halprin i udziałem w jej warsztatach. Pod wpływem lektury książek opisujących ten rodzaj pracy zacząłem się zastanawiać jak mogę zastosować podobne idee we własnej pracy arteterapeutycznej. Struktura terapeutycznego teatru tańca jest stosunkowo prosta.

Rozgrzewka i Integracja Grupy.

Zanim przystąpi się do pracy z terapeutycznym teatrem tańca, bardzo istotną fazą wstępną jest rozgrzewka i integracja grupy. Bez prawidłowej rozgrzewki i integracji grupy bardzo trudne będzie wprowadzenie w grupie klimatu zaufania i otwartości oraz przygotowania ciała, emocji i umysłu uczestników do pracy w teatrze tańca, która wymaga otwartości i improwizacji. Faza rozgrzewki i integracji grupy, składająca się głównie z ćwiczeń opartych na improwizacji jest istotnym wstępem, którego prawidłowe wykonanie decyduje jakości i głębokości doświadczenia uczestników w trakcie teatru tańca. Jeżeli w grupie są osoby, które nie miały wcześniej do czynienia z improwizacją tańca, w fazie wstępnej stosuje się także ćwiczenia uczące zasad improwizacji tańca, takie jak na przykład taniec żywiołów-taniec ognia i wody, które pozwalają uczestnikom zrozumieć i doświadczyć czym jest improwizacja tańca z tematem.

Wybór tematu.

W kolejnej fazie następuje wybór tematu, którego dokonuje grupa. Uważam, że najbardziej efektywne prace wychodzą wtedy, gdy temat żywo dotyczy członków grupy i budzi w nich głęboki rezonans. Członkowie grupy zgłaszają temat i następnie wybieramy ten temat, który zbierze najwięcej głosów. Na przykład tematem mogą być relacje partnerskie, złość i agresja, zmęczenie w pracy itd. Następnie wyjaśniam uczestnikom grupy koncepcje trzy aktowego teatru tańca i przystępuje z nimi do pracy.

Część I-Odreagowanie.

W pierwszej części tańczymy symboliczne bądź

dosłowne przedstawienie problemu lub wyzwania. Pierwsza część jest formą odreagowania i uwolnienia napięć. W pierwszej części odgrywamy tą postać wewnętrzną lub emocję, która została wybrana jako temat pracy. Odgrywamy w tańcu lęk, ból, rolę ofiary, czy agresora, kogoś kto jest pomieszany, zagubiony, czy przesadnie pewny siebie itd. Na przykład jeżeli wybranym tematem jest zmęczenie w pracy to w pierwszym akcie można odtańczyć taniec zmęczonej postaci, jeżeli tematem jest agresja można wejść w rolę postaci agresywnej i odtańczyć ją. Odegranie tego aspektu siebie pozwala go bardziej poczuć, przeżyć, wyrazić w ruchu, a jednocześnie uwolnić związane z nim napięcia i emocje. Przeżycie danej postaci, odtańczenie jej tańca pozwala zwiększyć świadomość siebie w obszarze życia i doświadczenia związanym z daną postacią. Możliwość wytańczenia emocji, odreagowania napięć i zwiększenia świadomości siebie, stwarza większą przestrzeń na dokonanie zmiany. Pierwszą część można porównać do fazy odreagowania emocji i napięć lub katharsis, w której uwalniamy się od tego co nas ogranicza i powoduje napięcie.

Część II-Uzdrowienie.

W drugiej części tańczymy improwizację na temat uzdrowienia, czy znalezienia rozwiązania problemu. Ta część nawiązuje do pracy z ruchem na poziomie symbolicznym. Ruch jest traktowany jako żywa metafora, której odtańczenie umożliwia znalezienie rozwiązania problemu. Na przykład, jeżeli tematem jest zmęczenie w pracy, tańczymy improwizację na temat tego jak znajdujemy odpoczynek, lepiej organizujemy sobie pracę, czy uwalniamy się od nadmiaru obowiązków. Jeżeli tematem jest radzenie sobie z własną agresją, dana osoba tańczy taniec na ten temat, jak radzić sobie z agresją. Być może w tym tańcu nawiąże kontakt z tą częścią siebie, która wie, potrafi i rozumie jak to zrobić. Być może poprawi jej się nastrój i zyska większy dystans i perspektywę. Każdy sam, w twórczy i płynący z jego wnętrza sposób ma stworzyć własny taniec na ten temat. Rozwiązanie nie jest narzucane z góry ma wypływać z wnętrza danej osoby, może wypłynąć z ciała i z ruchu lub z wyobraźni. Odtańczenie i przeżycie uczuć związanych ze znalezieniem rozwiązania pomaga poprawić nastrój, sięgnąć do własnych zasobów, odnaleźć kontakt z własnymi twórczymi rozwiązaniami, zwiększyć poczucie pewności siebie i zaufania do siebie, poprawia kontakt z intuicją. Według Mary Chace symboliczne odtańczenie rozwiązania danego problemu może doprowadzić do jego rozwiązania, bez potrzeby omawiania tego.

Część III-Afirmacja.

W trzeciej fazie tańczymy afirmację rozwiązania, która ma pomóc danej osobie przenieść rozwiązanie i zdobyty w drugiej części kontakt ze swoimi zasobami do swego życia codziennego. Jeżeli tematem jest zmęczenie w pracy można tańczyć taniec na temat swojego dnia w pracy, w trakcie, którego działamy w sposób dobrze zorganizowany i nie odczuwamy zmęczenia. Jeżeli tematem jest agresja, można zatańczyć taniec na temat siebie w przyszłości, kiedy dobrze radzimy sobie z agresją własną i cudzą, jesteśmy asertywni. Kiedy tematem jest rozstanie z partnerem, taniec afirmacja może polegać na przykład na otworzeniu się na nowy lepszy związek i zatańczeniu spotkania z idealnym partnerem. Taka improwizacja taneczna może nie tylko poprawić nastrój i pomóc zaleczyć rany z przeszłości. Pokazuje, że możliwe są rozwiązania i pokazuje naszej podświadomości, że można je znaleźć. Jak twierdzi jeden ze znanych trenerów rozwoju osobistego Tony Robbins, skupienie na wizji celu, rozwiązaniu, ułatwia jego osiągnięcie. Taką funkcję właśnie pełni ta faza teatru tańca.

Zakończenie i podsumowanie.

Po odtańczeniu tańca będącego afirmacją rozwiązania, ważne jest zakończenie i podsumowanie całej sesji. W zależności od nastroju grupy i jej poziomu energii zakończenie może przybrać wiele różnych form. Zakończeniem może być relaks i wizualizacja, rysowanie mandali, automasaż, czy pełen energii i ekspresji taniec. Na koniec zajęć siadamy w kręgu i każdy uczestnik dzieli się swoimi doświadczeniami.

Przykłady zastosowania terapeutycznego teatru tańca.

Ta stosunkowo prosta w strukturze forma zajęć może mieć wiele praktycznych zastosowań. Po pierwsze nadaje się dobrze do pracy z tematami zgłaszanymi w przez uczestników grupy. Takie podejście dobrze się sprawdza w pracy z osobami dorosłymi zainteresowanymi rozwojem osobistym. Możliwe jest aby cała grupa tańczyła jeden temat albo wszyscy równocześnie tańczyli uzdrowienie swoich indywidualnych tematów. Podobną strukturę teatru tańca można zastosować w pracy z dziećmi z tą różnicą, że podejście powinno być zabawowe. Na przykład w pierwszym akcie bawimy się i tańczymy złe postacie, które powodują problemy. W drugim akcie bawimy się i tańczymy w dobre postacie, które je rozwiązują. W trzecim akcie bawimy się i tańczymy jak będzie wyglądało życie po szczęśliwym rozwiązaniu problemów. Nie chodzi tu tylko o użycie

innego słowa ale używając określenia zabawa mam na myśli stworzenie innej atmosfery na zajęciach, używanie innego stylu osoby prowadzącej i innego języka dostosowanego do potrzeb dzieci. Dzieci podobnie jak dorośli mogą przechodzić podobny proces: odreagowanie, rozwiązanie, afirmacja ale w sposób bardziej zabawowy. Ponadto pracując z dziećmi możemy wybierać tematy z bajek lub filmów dla dzieci. Na przykład w pierwszym akcie tańczymy taniec, który pokazuje jak wilk zjada czerwonego kapturka. W drugim jak myśliwy zabija wilka i wydobywa zeń czerwonego kapturka i babcie. W trzecim akcie taniec ukazujący szczęśliwe życie babci i kapturka. Taka zabawa taneczna może pozwolić dzieciom bezpiecznie przeżywać i wyrażać w tańcu różne uczucia (gniew, agresję, lęk, radość) postacie-dobre i złe oraz uczyć się poprzez odgrywanie ról i mądrość życiową zawartą w bajkach.

Można też zastosować trzy aktową strukturę terapeutycznego teatru tańca w pracy indywidualnej. W takim przypadku osoba, która zgłosi swój temat pełni rolę reżysera. Opowiada swój temat, wybiera aktorów, którzy mają odegrać poszczególne role i określa co się ma dzieć w pierwszym akcie oraz może sugerować co się ma dzieć w drugim akcie. Aktorzy w trakcie odgrywania scen z życia reżysera nie mówią tylko tańczą przy muzyce. Ich praca jest improwizowana i rodzi się z ich spontanicznego twórczego procesu. Często aktorzy w sposób bardzo dokładny odgrywają nawet te części czy postacie z życia reżysera o których on nikomu nie opowiadał. Tu nasuwa się pewne podobieństwo do metody Hellingera z tą różnicą, że aktorzy nie używają słów i spontanicznie tworzą w tańcu rozwiązanie. Nie obowiązują też reguły stworzone przez Hellingera w jego terapii. To aktorzy i reżyser spontanicznie kreują nowe rozwiązanie. Terapeutyczny teatr tańca powstał niezależnie od metody Hellingera (której gdy powstawał ten teatr-nie znałem). Podobieństwo do metody Hellingera wynika z tego, że w obu metodach odtwarza się i transformuje pole wokół danej osoby, rodziny, czy sprawy, którą się odgrywa.

Przykłady:

Pamiętam kilka poruszających przedstawień, które chyba na zawsze pozostaną w mojej pamięci. Na przykład niesamowite wrażenie zrobiło na mnie odgrywanie uzdrowienia rodziny alkoholików. Rodzinę grali uczestnicy grupy. Kobieta, która miała męża alkoholika, mężczyzna, który był anonimowym alkoholikiem i młody chłopak, który dopiero co ukończył kurację odwykową. W pierwszym akcie odgrywali zaburzoną rodzinę alkoholików. Był to poruszający taniec przedstawiający

zrozpaczoną kobietę, pijanego ojca i porzucone dziecko, które samo zaczyna pić. W drugim akcie nastąpiło uzdrowienie. Grupa wyobraziła sobie i odtńczyła postacie aniołów, które ich uzdrawiały. Było to bardzo wzruszające. W trzecim akcie, spontanicznie, wszyscy po kolei włączali się do tańca, aż w końcu wszyscy razem tańczyliśmy we wspólnym kręgu, afirmującym życie i uzdrowienie.

Kolejny wariant zastosowania tej metody powstaje na skutek zwiększenia ilości i czasu poszczególnych aktów. Powoduje to powstanie prawdziwego teatralnego rytuału. Każda z części: odreagowanie, uzdrowienie, afirmacja składa się z kilku aktów w, których łączy się taniec, rysowanie mandal, śpiew itd. Jedna praca może trwać wtedy kilka godzin i przypomina to trochę wielkie prace terapeutycznego teatru tańca Anny Halprin.

Kolejnym przykładem zastosowania terapeutycznego teatru tańca jest praca z polem społecznym lub świata kiedy wybieramy tematy z życia społecznego lub świata i uzdrawiamy je w tańcu. Stosując tą samą strukturę jako temat teatru wybieramy problem społeczny lub światowy, który chcą podjąć uczestnicy i który odgrywamy przechodząc przez trzy kolejne fazy.

Na przykład wybranymi poprzez uczestników tematami były: żeby było więcej porozumienia i miłości w relacjach na świecie oraz żeby na świecie było mniej agresji. W pierwszym przypadku tańczyliśmy najpierw postacie które powodują problemy i nieporozumienia w relacjach, każdy improwizował taniec na temat takiej postaci we własny sposób. W drugim akcie tańczyliśmy improwizacje na temat uzdrowienia tych postaci. Taniec w trzecim akcie był afirmacją na temat życia w szczęśliwej i dobrze komunikującej się relacji. W wypadku pracy z gniewem, pierwszy akt był odtętnieniem improwizacji na temat gniewnych i agresywnych postaci, drugi akt był improwizacją na temat ich uzdrowienia, a trzeci akt afirmacją życia w świecie pełnym pokoju.

Bardzo poruszająca praca powstała, gdy odgrywaliśmy teatr na temat tego aby na świecie i w Polsce było więcej radości i szczęścia. Kiedy grupa odgrywała tłum smutnych, zmęczonych, pokrzywdzonych i nieszczęśliwych ludzi (w pierwszym akcie) atmosfera na sali zrobiła się bardzo ciężką i gęstą. Poczuliśmy, że dotknęliśmy czegoś bardzo mocnego i istotnego. Być może poczuliśmy rezonans z polem zbiorowej nieświadomości Polski, gdzie na skutek wielu wojen, zdławionych powstań i nieszczęść, cierpienia i ból naszych przodków są ciągle żywe w polu i wpływają na

współcześnie żyjących ludzi. Jeżeli to prawda, to szczególnie ważne jest uzdrowienie tej części pola. W drugim i trzecim akcie uzdrawialiśmy pole cierpienia i afirmowaliśmy życie w szczęściu i radości. Kiedy pracujemy z polem świata, kończymy trzy akty mandał-afirmacją, która ma afirmować pozytywne rozwiązanie. Na przykład rysujemy mandalę symbolizującą miłość w związkach lub rozwiązanie problemu agresji.

Czy to działa?

Jaki mamy dowód, że taka metoda działa i w jaki sposób? Z pewnością dobrze było by przeprowadzić na ten temat bardziej szczegółowe badania. Z moich doświadczeń wynika, że odtączenie trzy aktowego terapeutycznego teatru tańca z pewnością może prowadzić do uwolnienia się od napięć, redukcji stresu i poprawy nastroju. To już jest warty zachodu efekt terapeutyczny. Czy można jednak mówić o głębszych efektach i jak je mierzyć? Być może jest to dobry temat dla stworzenia szerszego projektu badawczego. Z własnej praktyki mogę powiedzieć, że najbardziej niezwykle skutki terapeutycznego teatru tańca widziałem po obozie w Bieszczadach, gdzie odegranie trzech aktów, było jednym z istotnych czynników, który w ciągu trzech miesięcy doprowadził do scalenia rodziny, której groził rozpad. W trakcie tego obozu dziennikarka robiła wywiady z uczestnikami. W życiu wielu z nich, w ciągu kilku miesięcy po obozie zachodziły korzystne zmiany. Oprócz typowych dla terapii tańcem efektów jak poprawa krążenia, odreagowanie napięć, uwolnienie od stresu itd, cały teatr można porównać do, poprzedzonej fazą katharsis-odreagowania afirmacji albo odgrywanej w ruchu żywej metafory, która może doprowadzić do odkrycia w sobie rozwiązania i znalezienia zasobów, które potrzebne są do rozwiązania problemu będącego tematem danej pracy.

Wyjaśnienie teoretyczne:

Jakie koncepcje teoretyczne mogą wyjaśnić i opisać co dzieje się w trakcie sesji terapeutycznego teatru tańca? Oczywiście nie jest to łatwe do jednoznacznego określenia ponieważ procesy zachodzące w trakcie tańca mogą być bardzo indywidualne i zależne od charakteru i stanu danej jednostki, grupy i stylu prowadzącego. Można jednak opisać pewne charakterystyczne zjawiska jakie zachodzą w trakcie takich działań terapii poprzez teatr tańca.

Wkraczanie w alternatywność.

Zgodnie z teorią decentering, którą dalej będę nazywał po polsku teorią alternatywności działania kreatywne

umożliwiają wyjście poza "logikę schematycznego myślenia" w pole kreatywności i nowych możliwości, wkroczenie w sferę alternatywności. Takie doświadczenie jest analogiczne do "pozycji nowości", wymienianej jako jedną z pozycji terapeutycznych przez Enrighta (przypis). Pozycja nowości albo stan umysłu otwartego na nowe spojrzenie i doświadczanie z nowej perspektywy umożliwia bycie bardziej kreatywnym i wyjście poza swoje dotychczasowe schematy. W tym stanie zmiana staje się możliwa i prawdopodobna. Wejście w alternatywność staje się możliwe poprzez rozmaite działania twórcze. W praktyce terapeutycznego teatru tańca wchodzenie w doświadczenie decentering zaczyna się od rozpoczęcia rozgrzewki. Rozgrzewka pełni funkcje wprowadzania w stan alternatywności w, którym istnieje większa otwartość na twórcze eksperymenty i nowe rozwiązania

Proces krystalizacji.

Zgodnie z teorią krystalizacji w trakcie wyrażania tematu z życia jednostki w formie twórczej ekspresji, czy to będzie teatr tańca, czy rysowanie mandali, czy ekspresja poprzez inną formę sztuki, zachodzi zjawisko krystalizacji, w wyniku którego postrzega się materiał psychiczny w sposób bardziej jasny i uporządkowany. Krystalizacja odnosi się do podstawowej ludzkiej potrzeby by krystalizować materiał psychiczny, to znaczy zmierzać ku optymalnej jasności i precyzji uczucia oraz myślenia. Kiedy wewnętrzny materiał jest wykrystalizowany, doświadczamy go jako pasujący, jasny, właściwy i odpowiadający. Sztuka doskonale nadaje się do wzbudzania procesu krystalizacji jako celu terapeutycznego. Taniec, teatr tańca pomagają w krystalizacji wewnętrznych doświadczeń jednostki, czego rezultatem jest klarowność uczuć i większa świadomość stanów wewnętrznych-samoświadomość. Znaczenie, które w procesie terapeutycznym wylania się w relacji klienta z terapeutą, wylania się tu w także w wyniku relacji człowieka z medium twórczej ekspresji-wylania się w ruchu tanecznym, czy w rysowanej mandali. Proces artystyczny pomaga w wyłonieniu tego znaczenia.

Teoria intermodalności.

Zgodnie z teorią intermodalności zastosowanie różnych form twórczej ekspresji i przechodzenie z jednej formy do drugiej, wzmacnia zarówno doświadczenie decentering, jak i proces krystalizacji. Powoduje to bardziej wszechstronny rozwój. Na przykład muzyk biorący udział w dramie lub czytający poezję będzie lepiej rozumiał dramatyczne, czy poetyckie aspekty muzyki. Pisarz, który weźmie udział w zajęciach terapii

tańcem może doświadczyć czegoś co wzbogaci jego twórczy rozwój i pomoże mu w pisaniu. Różne formy sztuki mogą się nawzajem uzupełniać i wzmacniać powodując wszechstronny rozwój mózgu, osobowości, ciała, poruszając różne aspekty osobowości i relacji z otoczeniem. Działanie intermodalne jest charakterystyczne dla terapeutycznego teatru tańca Anny Halprin. W swojej pracy również od wielu lat stosuje podejście intermodalne w którym działania taneczne przeplatane są pracą z rysunkiem, kreatywnym pisaniem, czy pracą z dźwiękiem. Stosowanie podejścia intermodalnego umożliwia doświadczenie siebie poprzez różne formy twórczej ekspresji i zapewnia bardziej wszechstronny rozwój.

Teatr tańca jako zabawa-próbowanie nowych zachowań i ról.

Obserwując uczestników terapeutycznego teatru tańca szukałem teorii, która mogłaby wyjaśnić, przynajmniej niektóre mechanizmy uczenia i rozwoju jakie zachodzą w trakcie improwizacji teatru tańca. Nasunęło mi się porównanie do uczenia się przez grę i zabawę podobnie jak robią to baraszkujące zwierzęta. W trakcie teatru próbujemy nowe role i zachowania. Ponieważ teatr tańca jest oparty na improwizacji, jest to działanie kreatywne, ruchy partnera są improwizowane, tworzone z chwili na chwilę. W związku z tym trzeba być obecnym i świadomym tego co się dzieje, przygotowanym na nieznaną i nieoczekiwane doświadczenie. Możemy tu dojrzeć analogiczne mechanizmy jak w przypadku zabawy i uczenia się zwierząt. W swoim artykule autorzy M. Spinka, R. Newberry, M. Bekoff opisują zabawę ssaków jako naukę radzenia sobie w sytuacji zaskoczenia. Użycie tego sformułowania dobrze pasuje do opisu jednego z aspektów terapeutycznego teatru tańca, który polega na stwarzaniu nieoczekiwanych sytuacji poprzez improwizację tańca, które przygotowują do radzenia sobie ze zmiennymi sytuacjami w życiu. Zabawa, odgrywanie ról w improwizacji teatru tańca są podobne do zabawy zwierząt jako formy uczenia się radzenia sobie z nieoczekiwanymi sytuacjami i zmianą. Zwierzęta rozwijają w wyniku zabawy elastyczność emocjonalną poprzez konfrontację z emocjami w sytuacji zaskoczenia, dezorientacji lub ograniczenia swobody ruchów. Czy ludzie w trakcie teatru improwizacji tańca doświadczą czegoś podobnego-moim zdaniem tak. Doświadczenie w trakcie zabawy, wpływa na zdolność fizycznego i emocjonalnego radzenia sobie z nieoczekiwanymi sytuacjami i trudnościami. Zwiększa elastyczność ciała i sprawność motoryczną, co według Emily Conrad, twórcy Continuum, wpływa na usprawnianie i lepszą kondycję systemu nerwowego oraz uczy radzenia sobie z emocjami ponieważ doświadczenie

różnych emocji w sytuacji zabawy ułatwia radzenie sobie z nimi w życiu.

Kinestetyczna teoria uczenia się.

W trakcie pisania pracy doktorskiej na temat terapii tańcem bardzo wyraźnie uświadomiłem sobie, że taniec w wielu kulturach świata, jest istotnym elementem procesu uczenia się i socjalizacji. Jak możemy to wyjaśnić skoro w trakcie wielu rytuałów tanecznych nie pada zbyt wiele słów, jest tylko muzyka i taniec. Uświadomiłem sobie, że najprawdopodobniej transmisja kulturowych zasad i zachowań odbywa się w sposób pozawerbalny-kinestetyczny. Jak wiemy z psychologii dzieci naśladują swoich rodziców. Naśladują nie to co rodzice mówią ale naśladują to co rodzice robią. Nie słowa ale ton głosu i gesty są prawdziwym nośnikiem informacji. Potwierdzone to zostało przez teorie i praktykę niewerbalnej komunikacji.

Możemy zatem założyć, że wiedza kulturowa, doświadczenie ludzi, charakterystyczny w danej kulturze lub subkulturze sposób podchodzenia do życia i istotnych kwestii społecznych może być przekazywany bezsłownie, niewerbalnie, tylko poprzez ruch i związane z nim uczucia.

Na przykład, jeżeli ktoś widząc szefa, staje na baczność i kłania się komunikuje inne wzorce postaw niż ten kto na widok szefa uśmiecha się, wkłada ręce do kieszeni i gwizdże. Ruch przekazuje kinestetyczne odczucia wpływające na przyswajanie wiedzy w szczególności pozaintelektualnej: emocji, postaw i zachowań. Taniec jako kinestetyczna forma przekazu kultury-łączy postawy i zachowania z emocjami wywoływanymi kinestetycznie przez ruch. Na przykład tysiące chińskich tancerek, wykonujących te same, jak wojsko na defiladzie, ruchy tańczących w trakcie chińskich uroczystości, podkreśla i przekazuje w sposób niewerbalny znaczenie władzy i posłuszeństwa. W kontraście do tego występy zespołów rockowych, nawet gdyby nie towarzyszyły im żadne słowa piosenek, poprzez sam sposób ruchu, gesty, mimikę, przekazują wśród wielu młodych ludzi postawy i uczucia niezadowolenia i kontestacji wobec obowiązującego systemu władzy, kultu pieniądza itd.

Udział w zajęciach terapii tańcem jest formą kinestetycznego treningu ciała, który wzbudza i przekazuje uczucia i postawy (nawet gdyby temu nie towarzyszyły im żadne słowa) które wpływają na kształtowanie postaw i zachowań społecznych. W kontekście terapii tańcem możemy założyć, że są to postawy wspierające indywidualną ekspresję i możliwość samookreślenia się, a zatem wspierające proces

indywidualnego rozwoju. W trakcie zajęć poprzez odpowiednie zachowania i komunikaty ruchowe (każdy ma prawo wyrażać siebie i swoje postawy w ruchu, szanując przy tym to co chcą wyrazić w ruchu inni) tworzy się przestrzeń szacunku dla własnych odczuć i twórczej ekspresji oraz relacji z innymi. Poprzez to uczy się szacunku i wartości jednostki jej doświadczeń i potrzeb oraz ukazują się znaczenie komunikacji z innymi.

Podsumowanie:

Terapeutyczny teatr tańca nawiązuje do bardzo starej tradycji rytualnych tańców i uzdrawiających przedstawień. Jednym z najbardziej wybitnych i uznanych współczesnych przedstawicieli tego nurtu jest Anna Halprin. Jej bogaty dorobek artystyczny, terapeutyczny i pedagogiczny może być wzorem dla wielu następnych pokoleń i inspiracją dla różnych kierunków tańca i terapii przez sztukę. Przedstawiony powyżej terapeutyczny teatr tańca jest przykładem inspiracji pracą Anny Halprin, która korzysta z jej dorobku ale zachowuje własny i oryginalny charakter.

Bibliografia:

Adams D., Apostolos-Cappadona D., (1993), *Dance as Religious Studies*, Crossroad Publishing Co., New York

Brodrick A.H., (1948), *Prehistoric Painting*, London

Chaiklin H, Schmais C. , (1979) *The Chace Approach to Dance Therapy*, [w:] *Eight Theoretical Approaches in Dance Movement Therapy*, (ed.) P. Bernstein, Kendall-Hunt, Iowa

Daly A., (1995), *Done into Dance: Isadora Duncan in America*, Indiana University Press, Bloomington

Frobenius L., (1937), *Prehistoric Rock Pictures in Europe*, New York

Gropius W., (ed.) (1961) *The Theater of Bauhaus*, Wesleyan University Press, Middletown

Halprin A. (2002), *Returning to Health with Dance, Movement and Imagery*, Lfe Rhythm, Endocino

Halprin D., (2003), *The Expressive Body in Life, Art and Therapy*, Jessica Kingsley Publishers, London and New York

Kampenhout D., (2006), *Rytuály Szamańskie a*

Ustawienia Rodzinne, Kos, Katowice

Kaplan R. (ed.), (1995), *Anna Halprin, Moving Toward Life, Five Decades of Transformational Dance*, Wesleyan University Press, Hanover

Knill P., Barba H., Fuchs M., 2003, *Minstrells of The Soul*, E.G.S. Press, Toronto

Koziełło D., (2002), *Taniec i psychoterapia*, KMK Promotions, Poznań

Kurth P., (2003), *Isadora Duncan, Świat Książki*, Warszawa

Lange R., (1998), *O istocie tańca i jego przejawach w kulturze*, PWM, Kraków

Miller K. A., (1997), *Wisdom Comes Dancing, Selected Writings of Ruth St. Denis on Dance, Spirituality, and the Body*, Peace Works, Seattle.

Spinka M., Newberry R., Bekoff M., (2001), *Mammalian Play: Training for the Unexpected*, *Quarterly Review of Biology*, t. 76, nr 2, June, 141-168

Todd, M. E., (1968), *Thinking Body, Dance Horizons*, New York

Wiszniewski M., (2000), *Potęga Wizualizacji*, Studio Astropsychologii, Białystok

Wiszniewski M., (2003), *Uzdrawiający Taniec*, Studio Astropsychologii, Białystok

Wiszniewski M., (2001), *Zrelaksuj Się I Żyj Twórczo*, Studio Astropsychologii, Białystok

Worth L., Poynor H. , (2004), *Anna Halprin*, Routledge, New York

Informacje o autorze:

Dr Mateusz Wiszniewski, arteterapeuta. Zawodowo od wielu lat zajmuje się prowadzeniem warsztatów z zakresu terapii ekspresyjnych-tańca, rysunku (od 2000 roku) oraz ćwiczeń relaksacyjnych (od roku 1994). Jest także nauczycielem Kinomana-hawajskiej pracy z ciałem masażu: Lomilomi, Kahiloa, tańca Hula oraz instruktorem Czi Kung Healing Dao. W swojej pracy łączy terapię przez sztukę (taniec, mandale, teatr tańca, terapię poezją) z ćwiczeniami relaksacyjnymi i wizualizacją. Jest twórcą autorskiego programu cyklu

warsztatów rozwoju osobistego Akademia Terapii Ekspresyjnych., gdzie uczy m.in. terapeutycznego teatru tańca, pracy z wizualizacją, mandalą itd. Jest autorem książek: Potęga Wizualizacji, Zrelaksuj się i Żyj Twórczo, Samuzdrawianie i Praca ze Snami, Uzdrawiający Taniec, Huna w Samouzdrawianiu i Autoterapii. Pracę doktorską z socjologii tańca pt Terapia Tańcem, opis i analiza zjawiska, obronił w czerwcu 2006 na Uniwersytecie Łódzkim.

Kontakt z dr Mateuszem Wiszniewskim:
mateuszwiszniewski@poczta.onet.pl

Artykuł pierwszy raz ukazał się w “Arteterapia w Medycynie i Edukacji”, Wyd. WSHE, 2008.

Rzeźbiarska projekcja świata osób głuchoniewidomych

dr Ewa Niestorowicz

Zakład Wiedzy Wizualnej, Wydział Artystyczny, UMCS

Od roku 1990 w Centrum Rzeźby Polskiej w Orońsku prowadzone są plenery rzeźbiarskie dla osób z jednoczesnym uszkodzeniem wzroku i słuchu. Plenery te są wydarzeniem niezwykłym. Nigdzie nie udało mi się znaleźć żadnej wzmianki na temat drugiej takiej inicjatywy ani w Europie, ani w świecie. Dzięki tym plenerom głuchoniewidomi stają się ludźmi radosnymi, naładowanymi energią i pasją tworzenia. Rzeźba przywraca im radość życia, szacunek i zaufanie do siebie, buduje pozytywny stosunek do rzeczywistości.

W plenerach orońskich głuchoniewidomi artyści rzeźbią wyłącznie z gliny. Tworzą duże formy metodą ceramiczną, tj. formują tylko skorupę zewnętrzną, mającą grubość kilku lub kilkadziesiąt milimetrów.

Uczestnicząc wielokrotnie w Orońskich plenerach, najpierw jako opiekun, potem także jako instruktor rzeźby, przeżywałam twórcze fascynacje razem z głuchoniewidomymi rzeźbiarzami i obserwowałam ich metamorfozę.

Artykuł niniejszy ukazuje najważniejsze wnioski z mojej rozprawy doktorskiej dotyczącej zawartych w rzeźbie twórczych możliwości człowieka głuchoniewidomego, zawiera również moje wieloletnie obserwacje aktu twórczego człowieka dalece niepełnosprawnego, bo pozbawionego dwóch najważniejszych zmysłów, pozwalających ze swobodą orientować się w rzeczywistości – zmysłów wzroku i słuchu. Brak zmysłu wzroku wyłącza z doznań ludzkich przestrzeń, uniemożliwia percepcję barw, wyklucza postrzeganie kształtów zjawisk, znajdujących się poza zasięgiem ręki. Brak słuchu natomiast zamyka człowieka w świecie ciszy i co najważniejsze pozbawia go języka etnicznego.

Jeśli nawet język etniczny zdołał się ukształtować w pierwszych latach życia jednostki, to i tak następująca po tym okresie głuchota prowadzi do wyłuskania języka z umysłu.

Przyjmuję obecną od dawna w teorii poznania i w lingwistyce tezę, że to właśnie język etniczny, naturalny dla człowieka i łatwo dostępny osobie słyszącej, buduje w umysłach ludzkich obraz rzeczywistości i umożliwia przekazywanie wiedzy o sobie i o świecie innym uczestnikom życia społecznego[1]. Człowiek pozbawiony języka etnicznego pozostaje we własnym, zamkniętym dla innych świecie. Jest on budowany na miarę zmysłowych możliwości jednostki (dla osób głuchoniewidomych są to w skrajnych wypadkach doznania dotyku, smaku i zapachu) i zindywidualizowanego w stopniu niezwykłym procesu socjalizacji. Głuchoniewidomym socjalizacja przynosi strzępy wiedzy kulturowej zdobywane za pomocą wielorakich kodów, zdobywanych zawsze z wielkim mozołem: języka migowego, alfabetu do dłoni, samorzutnych zachowań mimiczno-gestowych.

Zakładam, że akt twórczy jest kreacją, w której uczestniczą przynajmniej następujące komponenty: a) subiektywne doświadczenia twórców zdobywane na miarę ich indywidualnych możliwości poznawczych (umysłowych i intelektualnych); b) wiedza intersubiektywna, wynikająca z uczestnictwa w kulturze (wiedza ta zdobywana jest zwykle poprzez język etniczny); c) emocje pozostające w ścisłym związku z systemem wartości, w jakim twórca ukształtował swoje postawy wobec siebie i wobec świata; d) wreszcie sposób wykonania dzieła, który wynika z techniki działań artystycznych właściwej danemu twórcy[2]. Jasne jest, że czynność artystycznego tworzenia może się dokonywać tylko wówczas, kiedy w zachowaniach twórców ujawni się postawa czynna – akt wolicjonalny lub nawet nieświadomiona siła nakazująca podjęcie działania, które potocznie nazywa się rozmaicie, najczęściej „iskrą twórczą” lub „iskrą Bożą”.

Wydaje się, że człowiek pozbawiony wzroku i słuchu, tkwiący w subiektywnym świecie przeżyć, po swojemu projektuje zjawiska rzeczywistości, nadaje im swoiste formy i obdarza znanymi mu przeżyciami i emocjami.

Zadaniem osoby badającej rzeźby głuchoniewidomych jest więc najpierw dotarcie do wiedzy rzeźbiarza na temat określonych zjawisk rzeczywistości, a następnie odkrycie sposobu formowania tej wiedzy w rzeźbę oraz wydobyć i opisać przeżyć i stanów emocjonalnych twórców. Takiemu właśnie postępowaniu podporządkowane były metody moich badań, których wynikiem jest prezentowana rozprawa.

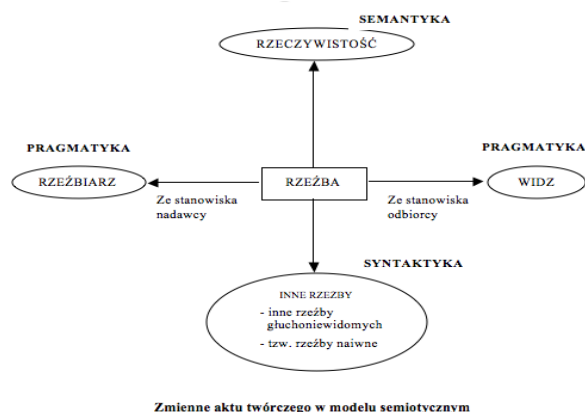
Materiał badawczy stanowiły rzeźby powstałe na pięciu plenerach głuchoniewidomych twórców w Orońsku. Przedmiotem mojej obserwacji były rzeźby jako efekt procesu twórczego, a także sam proces twórczy. Będąc bowiem uczestnikiem wszystkich pięciu plenerów, a na niektórych także instruktorem rzeźby, miałam możliwość obserwowania procesu twórczego od intuicyjnego zamysłu, aż do końcowej konstatacji dzieła przez jego twórcę. Śledziłam cały ten proces i dokumentowałam jego etapy poprzez zapisy rozmów oraz utrwalanie rzeźb na pojedynczych zdjęciach, niekiedy także za pomocą kamery filmowej.

Podstawową metodą badania procesu twórczego była rozmowa z głuchoniewidomymi twórcami na temat świata i pojedynczych zjawisk rzeczywistości, na temat rzeźbiarskiego aktu twórczego i na temat ich przeżyć w czasie rzeźbienia i po jego zakończeniu, gdy przychodził czas na ocenę rzeźby.

W czasie badań, w zależności od sytuacji i od możliwości moich rozmówców, posługiwałam się językiem migowym, alfabetem palcowym i gestami (osobom całkowicie głuchoniewidomym przekazywałam treść „migając” do ich rąk, albo wykonując migi ich rękami), czasami alfabetem Braille’a, a także językiem etnicznym (z osobami słabosłyszącymi).

Proponowana metoda mieści się w narzędziach badań kognitywnych. Usiłowałam bowiem dotrzeć do umysłów głuchoniewidomych twórców, ustalić zasady konceptualizacji dzieła, wreszcie odkryć motywy jego powstania i ujawnić ocenę rzeźby przez jej twórcę.

Łatwo zauważyć, że kluczem do proponowanego modelu analizy aktu twórczego jest pojęcie znaku wypracowane przez semiotykę (Ch. Morris i E. Peirce).



Zmienne aktu twórczego w modelu semiotycznym

Jeśli bowiem uznamy rzeźbę za „znak”, to winniśmy, jak w każdym znaku semiotycznym, dostrzegać jej semantykę (wynika z relacji jaka zachodzi między rzeźbą, a odpowiadającym jej zjawiskiem rzeczywistości), syntaktykę (wynika między rzeźbą, a innymi rzeźbami; w wypadku rzeźbiarzy głuchoniewidomych polem porównań winna być tzw. rzeźba „naiwna”) i pragmatykę (wynika z relacji jakie zachodzą między rzeźbą a jej twórcą i między rzeźbą a odbiorcami dzieła)[3].

Całość proponowanego procesu badawczego miała dopełnić zobiektywizowana ocena rzeźb dokonana przez kompetentnych, przygotowanych do interpretacji sztuki odbiorców. Odbiorcami tymi byli studenci Wydziału Artystycznego UMCS, a narzędziem ankieta porządkująca opinie na temat cech dzieła artystycznego, jakie przypisuje mu teoria sztuki. Studenci oceniali kompetencję artystyczną twórców. Ankieta przyniosła także próbę odpowiedzi na pytanie na ile niepełnosprawność twórców wpływa na ocenę ich rzeźb.

Badaniami objęłam piętnaście osób (dwunastu mężczyzn i trzy kobiety) oraz dwadzieścia cztery wykonane przez nich rzeźby. Osoby te dotknięte brakiem wzroku, w różnym stopniu posługiwały się językiem etnicznym. Pierwszą dla moich celów niezwykle istotną grupę badanych stanowiły osoby, u których język etniczny w ogóle nie zdołał się wykształcić. Ponieważ uszkodzenie narządu słuchu u tych osób nastąpiło przed opanowaniem języka (do drugiego roku życia), zaliczam je do grupy osób z głuchotą prelingwalną. Kontakt z rzeźbiarzami tej grupy mógł dokonać się tylko w jakimś pozawerbalnym języku: w klasycznym migowym (migany do dłoni, lub za pomocą rąk osoby głuchoniewidomej). Kontakt z osobami, które nie znały żadnego uspołecznionego sposobu porozumiewania mógł się dokonywać tylko za pomocą tworzonych doraźnie gestów.

Drugą grupę stanowiły osoby, które utraciły słuch w

okresie od drugiego do szóstego roku życia. Kontakt z tymi twórcami odbywał się za pomocą języka migowego (miganego do dłoni, lub za pomocą rąk osoby głuchoniewidomej), alfabetu palcowego, alfabetu Braille'a, a także niekiedy elementów języka etnicznego. Trzecią wreszcie grupę stanowiły osoby, które utraciły wzrok i słuch po opanowaniu języka po szóstym roku życia (głuchoniewidomi postlingwalni). U tych osób język w różnym stopniu uczestniczył w poznaniu i kreowaniu rzeczywistości. Łatwo dało się nawiązać z nimi interakcję poprzez język etniczny.

Na ten prymarny podział wynikający ze stanu języka nałożył się podział związany ze stopniem utraty wzroku i słuchu. Uwzględniałam więc osoby: głuche i niewidome, niewidome i słabosłyszące, głuche i słabowidzące, słabowidzące i słabosłyszące.

Powstało więc sześć grup badawczych uwzględniających jednocześnie obie perspektywy: stopień opanowania języka oraz stopień utraty słuchu i wzroku. Grupa osób całkowicie głuchoniewidomych prelingwalnie, osoby całkowicie głuchoniewidome perilingwalnie, osoby całkowicie głuchoniewidome postlingwalnie, osoby niewidome i słabosłyszące postlingwalnie, osoby słabowidzące i głuche prelingwalnie, osoby słabowidzące i słabosłyszące postlingwalnie.

Założenia przyjęte w rozprawie oraz zastosowana metodologia badawcza, pozwoliły mi na wyeksplikowanie następujących wniosków:

Sposób ujmowania rzeczywistości w rzeźbie (semantyka znaku) pozwala wyraźnie podzielić głuchoniewidomych twórców na dwie grupy:

a) Pierwszą stanowiły osoby całkowicie pozbawione wzroku i słuchu, głusi prelingwalnie, którzy ze względu na okres utraty słuchu nie opanowali języka etnicznego. Osoby te budowały swój świat za pomocą doznań dotykowych, także smaku i zapachu oraz za pomocą wielorakich kodów bardziej lub mniej odległych od języka etnicznego: język migowy, naturalne migi powstające w trakcie okazjonalnych kontaktów, czy wreszcie indywidualne kody, budowane na własny użytek, jakie są np. udziałem rodzeństwa Wawrzyńczaków (oboje głuchoniewidomi prelingwalnie). Zdobywana zatem na różne sposoby wiedza o sobie i o świecie, jednak bez języka etnicznego i bez udziału uspołecznionej wiedzy kulturowej, prowadziła do swoistych, dalece subiektywnych kreacji rzeźbiarskich. Rzeźby głuchoniewidomych twórców prelingwalnie odznaczają się oryginalnością, są

niepowtarzalne i w formie i w treści. Twórcy ci, całkowicie pozbawieni wiedzy z zakresu historii sztuki, tworzyli z całkowitą swobodą, projektując w rzeźbie cały swój świat wewnętrzny.

Wszelkim rzeźbom głuchoniewidomych prelingwalnie z łatwością można przypisać brak jakiejkolwiek poprawności anatomicznej, deformację szczegółu i mimo deformujących komponentów harmonię całości dzieła.

b) Grupa twórców słabosłyszących i słabowidzących oraz te osoby, które kiedyś widziały i słyszały dążą do realizmu. Starają się budować poprawnie anatomicznie elementy postaci, wiernie odtwarzając wszelkie detale. Twórcy ci, w realizmie przedstawienia chcą sprostać sztuce profesjonalnej, co jednak bez codziennej wieloletniej nauki i wnikliwych studiów warsztatowych skazane jest na niepowodzenie. Dopiero prace niefiguralne (nieprzedstawiające) dają taką samą swobodę rzeźbiarską wszystkim grupom osób głuchoniewidomych. W tej formie rzeźbiarskiej ci, którzy kiedyś słyszeli lub widzieli, mogą odrzucić „piętno” stylów i kierunków.

Docierając do wiedzy głuchoniewidomego twórcy dowiadujemy się, że rzeźba, dla nas, pełnosprawnych, posiadających ogromny bagaż kulturowy, operujących znajomością stylów, prezentuje się w odbiorze zupełnie inaczej niż w intencji głuchoniewidomego artysty.

Całkowicie głuchoniewidomy Henryk Kowalczyk jest autorem ponad dwumetrowej rzeźby, którą nazwał Wieża Babel. Sięga ona nieba, jak twierdzi autor, a zakończona jest ręką samego Stwórcy. Płatanina schodów to ścieżki człowieka, którymi usiłuje on dojść do Boga. Do dłoni Boga sięgają tylko święci. Dla osób pełnosprawnych Wieża Babel jest symbolem przypowieści biblijnej. Twórca natomiast wyrzeźbił wieżę do nieba, która ma łączyć ludzi z Bogiem. Słowo Babel usłyszał od kolegów z pleneru. Nie znał historii biblijnej. Nie wiedział nawet, co to jest Biblia. Znał natomiast modlitwę „Wierzę w Boga...”. Wieża do Boga skojarzyła się autorowi ze słowami modlitwy „Wierzę w Boga”. Autor rzeźby zinterpretował formę czasownika „wierzę” (wiara) jako rzeczownik „wieża”. Zakończenie rzeźby – motyw prawicy Boga, ma swoje źródło również w tej modlitwie „Wierzę w Boga Ojca Wszechmogącego i Jezusa Chrystusa, Syna Jego Jedyne, który siedzi po prawicy Ojca...”. W ten sposób ujawniła się w rzeźbie dosłowna interpretacja tekstu modlitwy, zgodna ze sposobem rozumienia tego tekstu.

Wieża Babel jest formą podziękowania dla Najwyższego, bo jak twierdzi autor tej rzeźby, chociaż Bóg nie obdarzył go zmysłami wzroku i słuchu, dał mu za to możliwość rzeźbienia. Na dodatek pozwolił mu rzeźbić w glinie, materiale, od którego Stwórca sam zaczynał (artysta zna biblijną historię stworzenia człowieka).

Warto przez chwilę zastanowić się nad znaczeniem dłoni w tej rzeźbie, która w przekonaniu autora jest „dłonią Stwórcy”. Dłoń dla osoby głuchoniewidomej jest narzędziem poznania. Niezastąpiona niczym ścieżka, poprzez którą rzeczywistość dostaje się do umysłu. Jej rola w poznaniu świata i istnieniu człowieka głuchoniewidomego jest najważniejsza. I taką właśnie rangę najważniejszego akcentu, przyjęła dłoń w rzeźbie. Ponadto w interpretacji rzeźbiarza jest ona symbolem bezpieczeństwa. „Otwarta dłoń Boga – mówi H. Kowalczyk – ma przyjąć ludzi, aby już się nie bali”.

Inny całkowicie głuchoniewidomy twórca, Franciszek Wielgus, tworząc prawdziwy autoportret zaczął od wyrzeźbienia kręgosłupa, a potem dobudowywał kolejno żebra, jelita, żołądek, w końcu i tak te elementy zakrył gliną imitującą skórę ludzką. Bo jak twierdził, „człowiek przecież musi być prawdziwy”. Afrykańscy twórcy uważają, że nad ukończonym dziełem artysta traci władzę, bo zaczyna ono własne życie. Być może o to właśnie chodziło autorowi autoportretu, który także postawił się w roli „Stwórcy”.

Pragmatyczna interpretacja procesu twórczego głuchoniewidomych artystów ujawnia specyficzną postawę, zawierającą się w przekonaniu każdego twórcy, że jego propozycja rzeźbiarska jest najlepsza i jedynie możliwa. Osoby całkowicie głuchoniewidome, po raz pierwszy oglądające rzeźby kolegów z tego samego pleneru, są zawsze zadziwione, że inni wyrzeźbili inaczej. Pojawia się wówczas gwałtowny brak akceptacji, przerażający się niekiedy w lęk, którego przyczyną jest inność. Na tym etapie świadomości artystycznej wszyscy autorzy uważają, że ich własne dzieła są najlepsze. Tolerancja rośnie wraz z wiedzą i świadomością. Na kolejnym plenerze są już w stanie zaakceptować fakt, że inni inaczej realizują swoją koncepcję, a czasem potrafią nawet przyznać, że prace kolegów nie są gorsze od ich własnych.

Twórcy, którzy kiedyś słyszeli i widzieli reagują mniej emocjonalnie. Osoby te zetknęły się już wcześniej ze sztuką i odnoszą się do twórczości z pokorą, zawsze jednak oceniają inne rzeźby poprzez akceptację swoich. Ani jedna ze znanych mi osób nie stwierdziła, że jej

rzeźba jest pod jakimś względem gorsza od innych. Czasami udawało się w rozmowach uzyskać akceptację rzeźb kolegów. Towarzyszyła jej wówczas opinia generalizująca, że wszystkie rzeźby są jednakowo dobre i nie ma gorszych ani lepszych.

Wszyscy głuchoniewidomi twórcy są niezwykle emocjonalnie przywiązani do swoich dzieł.

Analogicznym uproszczeniem odznacza się cały system wartości osób głuchoniewidomych. Przedmioty, zjawiska, osoby są albo dobre albo złe, ładne lub brzydkie, mądre lub głupie.

Wartości dzieł świat głuchoniewidomych prelingwalnie „na czarne lub białe”, bez „światłocienia” jak pisał C.K. Norwid. „Światłocienie” pojawiały się natomiast u osób, które kiedyś widziały i słyszały. Ich dzieła miały często cechy zarówno pozytywne jak i negatywne.

Postrzeganie badanych rzeźb osób głuchoniewidomych na tle innych rzeźb, (w moim modelu – relacja syntaktyczna) szczególnie rzeźb zaliczanych do kręgu dzieł sztuki naiwnej, pozwala stwierdzić, że niezależnie od tego, czy dzieła te odwzorowują rzeczywistość (rzeźby ikoniczne), czy też są rzeźbami symbolicznymi, to posiadają najważniejsze cechy przypisywane właśnie rzeźbom naiwnym. Cech naiwności można doszukać się zarówno w kompozycji rzeźb przedstawiających (harmonia bryły, symetria rozmieszczonych elementów, ich rytmiczność, statyka granicząca z bezruchem), jak i w kształcie bryły (uproszczenia kształtu, niezamierzone deformacje). Może tylko faktura gliny wynikająca ze sposobu jej lepienia wskazuje na pewne odstępstwa od kanonu naiwności. Cechą dzieł naiwnych jest jednolitość fakturalna. W sposobie wykonania rzeźb głuchoniewidomych obserwuje jednak różnicowanie fakturalne, które częściowo jest zamierzone, a częściowo wynika z nieporadności w lepieniu przez tych głuchoniewidomych, którzy znaleźli się na plenerze po raz pierwszy.

Abstrakcje – rzeźby nieprzedstawiające – z trudem poddają się opisom w kategoriach sztuki naiwnej. Artyści ludowi bowiem na całym świecie tworzą sztukę figuratywną, przedstawiającą. Dzieła głuchoniewidomych twórców, szczególnie tych, którzy utracili wzrok i słuch w okresie prelingwalnym, odbieramy jako dzieła abstrakcyjne. Interpretacja nasza może wynikać z faktu, że nie jesteśmy w stanie dotrzeć wystarczająco jasno do świata ich przeżyć i wyobrażeń. Tak, czy inaczej głuchoniewidomi rzeźbiący na plenerach w Orońsku po mistrzowsku tworzą rzeźby abstrakcyjne.

Czasami rzeźby abstrakcyjne są konstruowane z pełną świadomością. Dorównują pod każdym względem rzeźbom profesjonalnym. Podsumowując można śmiało stwierdzić, iż pomimo ograniczeń funkcjonalnych, głuchoniewidomi twórcy rzeźbią co najmniej tak dobrze jak artyści tworzący sztukę „naiwną”, a w przedstawieniach niefiguralnych dorównują często profesjonalistom.

Niepełnosprawność głuchoniewidomych twórców nie ma z pewnością negatywnego wpływu na artystyczny poziom ich dzieł.

Druga część rozprawy była próbą interpretacji społecznego procesu odbioru interesujących mnie rzeźb i uspołecznionej ich oceny. W pierwszej części rozprawy zamieściłam wyniki mojej tylko interpretacji procesu twórczego i mojej oceny badanych rzeźb, czasami tylko potwierdzanej opiniami ich twórców. Interesująca wydała mi się opinia odbiorców niewtajemniczonych w zawłości twórczego procesu głuchoniewidomych lub zorientowanych w niewielkim tylko stopniu. Odbiorcami tymi uczyniłam studentów Wydziału Artystycznego UMCS w Lublinie. Studenci oceniali prezentowane im rzeźby na podstawie opracowanej przeze mnie ankiety oceny dzieła sztuki. Respondenci oceniali perspektywę treści i perspektywę formy badanego dzieła, oraz perspektywę wartości (aksjologię), a wyniki ich ocen podałam wyliczeniom statystycznym.

Połowa ankietowanej grupy (30 osób) była świadoma niepełnosprawności twórców, połowa zaś nie wiedziała, że twórcami rzeźb były osoby głuchoniewidome.

a) Pierwsza próba badań ankietowych dotyczyła oceny treści rzeźb, ich formy i kreatywności twórców.

Ze względu na sposób ujęcia treści istotny okazał się podział rzeźb na dwie grupy: takie rzeźby, które ujmowały rzeczywistość w sposób zintelektualizowany, zgodnie z naukowym obrazem świata i rzeźby, które ujmowały obiekty rzeczywistości w sposób potoczny – naiwny. Naiwność przypisali respondenci twórcom głuchoniewidomym prelingwalnie oraz innym twórcom nie posługującym się językiem etnicznym (w mojej trylogii była to grupa pierwsza i druga). Intelktualizowanie tematu właściwe było osobom, które posługiwały się językiem etnicznym.

Analogicznego podziału głuchoniewidomych twórców dokonali studenci ze względu na formę ocenianych rzeźb. W świetle kryteriów ilościowych także wyraźnie zarysował się podział na twórców głuchoniewidomych znających język etniczny i twórców, którym dostępne są tylko kody zastępcze: język migowy, język migany, subiektywne kody budowane na miarę własnych

możliwości (intelektualnych i fizycznych) w zindywidualizowanych kontaktach społecznych (np. system interakcyjny utworzony przez głuchoniewidome rodzeństwo Wawrzyńczaków).

W ten sposób badania ilościowe potwierdziły tezę o roli języka w postrzeganiu świata, którą za lingwistami postawiłam w pierwszej części rozprawy, budując interpretację jakościową. Teza ta, zwana tezą Herdera – Humboldta, w interpretacji S. Grabiasa brzmi: „Język buduje w umysłach ludzkich obraz rzeczywistości. Żyjemy w takim świecie, jaki nam język zaprojektuje. Różne języki budują różne obrazy świata”[4].

Studenci uczestniczący w badaniach ankietowych zauważyli, że osoby głuchoniewidome posługujące się subiektywnymi gestami i językiem migowym odznaczają się swoistym sposobem widzenia świata, innym niż osoby głuchoniewidome posługujące się językiem etnicznym.

Zastosowana w badaniach metodologia analizy rzeźb nie docierała do bardziej subtelnej oceny możliwości ludzkich. W grupie głuchoniewidomych osób nie znających języka etnicznego, nieistotny ilościowo okazał się podział na głuchoniewidomych posługujących się językiem migowym i głuchoniewidomych nie znających tego języka, a orientujących się w świecie za pomocą sposobów subiektywnych, budowanych na własny tylko użytek.

Kryteria kreatywności twórców (mierzone nowością i oryginalnością form rzeźbiarskich) oraz emocjonalność dzieł (mierzona akceptacją lub brakiem akceptacji) nie dzieliły badanej grupy głuchoniewidomych rzeźbiarzy. Moja interpretacja uwzględniająca wiele podziałów okazała się w świetle badań ilościowych mało znacząca.

b) Druga próba miała w badaniach ilościowych ustalić układ cech właściwych rzeźbom naiwnym, a potem ocenić prezentowane rzeźby przez pryzmat tych cech. Ilościowa hierarchia cech rzeźb naiwnych rysuje się następująco: 1. uproszczony kształt obiektu prezentowanego w rzeźbie prowadzący do deformacji, 2. statyka układu kompozycyjnego, 3. jednolita faktura bryły, 4. symetria, 5. harmonia, 6. rytmiczność kompozycji.

Cechy te zostały wydobyte z rzeźb figuratywnych i odnoszą się szczególnie do dzieł tych głuchoniewidomych twórców, którzy nie posługują się językiem etnicznym. Jest to również zestaw cech jakie teoretycy sztuki wyeksplikowali z dzieł stanowiących o sztuce „naiwnej”.

Wszystkie rzeźby niefiguratywne, bez względu na stan słuchu i wzroku twórców, w ocenie studentów były rzeźbami profesjonalnymi. Stwierdzenie to pokrywa się z wnioskami wynikającymi z badań jakościowych.

c) Trzecia próba była ilościową interpretacją tezy, że niepełnosprawność wpływa na ocenę zachowań ludzkich. Wydaje się, że szczególnie brak wzroku, wyzwala widoczne w reakcjach społecznych współczucie. Głuchota natomiast okrywa się większą tajemnicą (przeciętny uczestnik życia społecznego ma niewielką wiedzę na temat niesłyszących, zawiera się ona w stereotypie „głuchoniemy”) i wyzwala niepokój, czasami lęk. Osoby o szerokim doświadczeniu społecznym, a takie przecież uczestniczyły w eksperymencie, były znacznie wyzwolone od działania takich stereotypów, ujmowały sytuacje głuchoniewidomych racjonalnie i wykazywały zdziwienie, że mogą oni rzeźbić w glinie, pokonując przy tym niezmiernie trudności. Zrodziła się postawa, którą uznają za pewien rodzaj empatii.

Interesowało mnie, jak ta właśnie postawa wpływa na ocenę rzeźb głuchoniewidomych. Ankietowani studenci zostali podzieleni na dwie grupy. 30 osób wiedziało o tym, że autorzy rzeźb są głuchoniewidomymi amatorami, pozostałe 30 osób nie otrzymało żadnej wiedzy na temat twórców. Powszechnie wśród tej grupy studentów było przekonanie, że są to rzeźby profesjonalne.

Ocena treści i ocena formy nie przyniosły istotnych różnic. Różnice ujawniły się natomiast w ocenie kreatywności twórców i emocjonalności rzeźb. Studenci świadomi niepełnosprawności twórców przypisali ich rzeźbom więcej nowości i oryginalności. Różnice istotne dotyczyły również ogólnej akceptacji dzieła – akceptacja dzieł w tej grupie była znacznie większa, niż u studentów z grupy porównawczej – brak akceptacji wyraziło w grupie eksperymentalnej zaledwie 5,3% respondentów, podczas gdy w grupie kontrolnej odsetek ten wynosił 32,3%.

Warto dodać, iż pomimo różnic, ogólna ocena rzeźb w grupie kontrolnej także była pozytywna. Pojawiła się ona na tle przekonania, że autorami rzeźb są twórcy profesjonalni. Biorąc pod uwagę bardzo krytyczne nastawienie studentów I roku przy ocenach dzieł sztuki, taki odbiór rzeźb głuchoniewidomych napawa optymizmem i świadczy o tym, iż dzieła te mogą się podobać.

Grupa eksperymentalna – studenci świadomi niepełnosprawności, zdecydowanie ujawnili przekonanie, że mają do czynienia z rzeźbami naiwnymi.

Plenery rzeźbiarskie niewątpliwie mają działanie terapeutyczne, stwarzają także możliwości rozwoju artystycznego. Do Orońska zjeżdżają głuchoniewidomi z całej Polski. Każdy dźwiga własne brzemie niepełnosprawności i własne przykre doświadczenia składające się na jego biografię. Każdy człowiek to inna historia, inny świat. Są to ludzie zagubieni, samotni ze swym bólem, zamknięci w kalectwie, często odrzuceni nawet przez najbliższą rodzinę. Rzeźbienie pozwala im uwierzyć, iż mogą coś zrobić dobrze, nawet lepiej niż pełnosprawni. Na zazwyczaj smutnych twarzach rozkwita uśmiech, często po raz pierwszy od lat. Ci, którzy na co dzień z trwogą robią jeden samodzielny krok, pokonują w trakcie rzeźbienia lęk przestrzeni. Wchodzą na rusztowania, które często sami sobie budują. Przekraczają bariery, wykonują czynności, które wydają się niemożliwe.

Sztuka może być dla każdego człowieka drogą do szukania świata wolnego od kanonów i ograniczeń. Osoby głuchoniewidome znajdują tę wolność w rzeźbie. W takim właśnie akcie twórczym zawarta jest jakaś moc symboliczna. Gлина przywołuje scenę biblijną: Stwórca ulepił człowieka właśnie z gliny i tchnął weń życie. Ulepić – to dla nas, artystów pełnosprawnych, jest łatwo, ale tchnąć w rzeźbę życie – trochę gorzej. A oni to potrafią.

Mam nadzieję, że rozprawa uchyliła nieco tajemnej ciągle wiedzy o możliwościach twórczych osób głuchoniewidomych.

Bibliografia:

J. Cieszyńska: (2000), *Od słowa przeczytanego do wypowiedzianego. Droga nabywania systemu językowego przez dzieci niesłyszące w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym*, Kraków, Wydawnictwo Naukowe AP.

Z. Chlewiński (1999), *Umysł. Dynamiczna organizacja pojęć. Analiza psychologiczna*, Warszawa, PWN.

S. Grabias: (2003), *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin, UMCS.

S. Grabias: *Interakcja językowa i jej uwarunkowania. Perspektywa lingwistyczna*. [w:] *Bariery i pomosty komunikacji językowej Polaków*, red: J. Bartmiński, U. Majer-Baranowska, Lublin 2005.

H. Hohensee – Ciszewska (1976), *Podstawy wiedzy o*

sztukach plastycznych, Warszawa, WSiP.

Jan Paweł II (1999), List Ojca Świętego do Artystów, Watykan.

K. Krakowiak: (1995), Fonogesty jako narzędzie formowania języka dzieci z uszkodzonym słuchem, Lublin, UMCS.

T. Milewski (1965), Językoznawstwo, Warszawa, PWN.

S. Morawski (1960), O realizmie jako kategorii artystycznej, „Etyka” nr 2.

M. R. Mayenowa (1974), Poetyka teoretyczna. Zagadnienia języka, Wrocław, Zakład Narodowy im. Ossolińskich – Wydawnictwo.

E. Nęcka (2001), Psychologia twórczości, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

E. Niestorowicz (2007), Świat w umyśle i rzeźbie osób głuchoniewidomych, Lublin, wydawnictwo UMCS.

S. Popek (2001), Człowiek jako jednostka twórcza, Lublin, Wydawnictwo UMCS.

Z. Pietrański (1969), Myślenie twórcze, Warszawa, PZWS.

F. de Saussure (2002), Kurs językoznawstwa ogólnego, Warszawa, PWN.

M. Wallis (1968), Dzieje sztuki jako dzieje struktur semantycznych, „Kultura i Społeczeństwo” nr 2.

[1] Szczególną inspiracją w takim ujmowaniu sprawy były dla mnie rozprawy S. Grabiasa: Język w zachowaniach społecznych, UMCS, Lublin 2003, K. Krakowiakowej: Fonogesty jako narzędzie formowania języka dzieci z uszkodzonym słuchem, UMCS, Lublin 1995, J. Cieszyńskiej: Od słowa przeczytanego do wypowiedzianego. Droga nabywania systemu językowego przez dzieci niesłyszące w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym, Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków 2000.

[2] Analogiczną interpretację procesu twórczego odnajduję w najważniejszych w naszej literaturze pracach: S. Popek: Człowiek, op. cit., s. 101-120; H. Hohensee-Ciszewska: Podstawy, op. cit., s. 60-70; S.

Morawski: op. cit.; M. Wallis: op. cit.; E. Nęcka: op. cit., s. 11-14; Z. Pietrański: op. cit., s. 10-15.

[3] Omawiana koncepcja znaku pozostaje w związku z dwuwymiarową koncepcją znaku językowego w ujęciu twórcy strukturalizmu F. de Saussure'a Kurs językoznawstwa ogólnego, PWN, Warszawa 1961, według którego dźwięk ewentualnie zestaw dźwięków symbolizuje rzecz. W języku relacja między dźwiękiem a rzeczą jest relacją symboliczną. Znaki zdaniem F. de Saussure'a łączą się ze sobą na zasadzie styczności w zdania i na zasadzie podobieństwa w umyśle. Łączności na zasadzie styczności nazywa F. de Saussure syntagmatyką, łączności na zasadzie podobieństwa z paradygmatyką.

Koncepcję bliską semiotycznemu modelowi znaku przedstawił wcześniej twórca modelu funkcji języka, przedstawiciel lingwistycznego strukturalizmu, K. Bühler (Korzystam

z omówienia tego modelu w książce: T. Milewskiego, Językoznawstwo, PWN, Warszawa 1965).

Wypowiedź językowa zdaniem Bühlera odsyła do rzeczywistości i pełni w ten sposób funkcję reprezentatywną. W wypowiedzi obecny jest także nadawca i odbiorca. W relacji do nadawcy ujawnia się funkcja ekspresywna w stosunku do odbiorcy – funkcja impresywna.

[4] S. Grabias: Interakcja językowa i jej uwarunkowania. Perspektywa lingwistyczna. [w:] Bariery i pomosty komunikacji językowej Polaków, red: J. Bartmiński, U. Majer-Baranowska, Lublin 2005, s. 21.

Informacja o autorze:

Dr Ewa Niestorowicz jest adiunktem w Zakładzie Wiedzy Wizualnej na Wydziale Artystycznym UMCS w Lublinie. Ukończyła studia wyższe na Wydziale Pedagogiki i Psychologii a także na Wydziale Artystycznym, w pracowni malarstwa prof. Adama Styki. Jest autorką wielu artykułów i recenzji, także zagranicznych oraz jednej książki. Prezentowała swe prace na kilkudziesięciu indywidualnych i zbiorowych wystawach malarstwa. W obrębie jej działalności twórczej mieści się również projektowanie graficzne i rzeźba ceramiczna, co znajduje swe odzwierciedlenie w pracy z osobami głuchoniewidomymi na plenerach rzeźbiarskich w CRZP w Orońsku, gdzie pełni funkcję instruktora rzeźby i kierownika plenerów. W 2006 r. uzyskała tytuł doktora nauk humanistycznych na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim, broniąc rozprawy doktorskiej pt. „Świat w umyśle i rzeźbie osób głuchoniewidomych”, wyróżnionej pierwszą nagrodą w IV edycji ogólnopolskiego konkursu na najlepszą pracę

doktorską „Otwarte Drzwi 2007”, ogłoszonego przez PFRON.

Malarstwo Emocjonalne

Adam Plackowski

Stowarzyszenie Malarstwa Emocjonalnego

„Malarstwo Emocjonalne” to nowy kierunek współczesnego dwupoziomowego malarstwa wielkoformatowego. Polega ono na tworzeniu podobrazia, które jest wynikiem arteterapeutycznych zabaw z farbami na dowolnym, nieograniczonym podłożu (płótno, płyta pilśniowa, dowolny przedmiot, ciało ludzkie). Na takim emocjonalnym podobrazu budowany jest przez artystę obraz, jako jednorodne dzieło. ME jest okazją do znalezienia się w nowej stymulującej sytuacji, wyrażenia emocji, poznania swoich możliwości artystycznych i manualnych, a także znalezienia nowego sposobu pozawerbalnej komunikacji, poprzez aktywne malowanie z ludźmi z różnych grup społecznych i wiekowych np. dziećmi, niepełnosprawnymi, dorosłymi lub w przypadku spontanicznego happeningu – z przypadkowymi przechodniami.

Malarstwo Emocjonalne jest tworzone w trzech etapach:

Etap I

Tworzenie obrazu na tym etapie wg. formuły ME, to wspólne działania plastyczne grupy ludzi, w trakcie kontrolowanej przez artystę sesji z użyciem bezpiecznych dla zdrowia farb. W specjalnie przygotowanych do tego miejscach (pracowniach, gdzie zajęcia odbywają się regularnie, jak i podczas okazjonalnych imprez zbiorowych) uczestnicy wyrażają swoje emocje przy pomocy różnych środków malarskich takich jak: farby, mazie i inne substancje nakładane za pomocą pędzli, rąk, wałków, chłapięć, gestu itp. Mogą być oni inspirowani muzyką lub innymi rodzajami oddziaływania na emocje i zmysły. Wynikiem I Etapu jest powstanie Podobrazia Emocjonalnego. Jest to etap, w którym realizowane są główne cele terapeutyczne Malarstwa Emocjonalnego. ME jako działanie grupowe zmusza uczestników do pokonywania barier komunikacyjnych oraz poddawania się w pewnym stopniu zbiorowej woli grupy. Malarska wspólnota prowokuje do wymiany zachowań, do osobistych wypowiedzi myśli i emocji. W atmosferze zabawy poprzez stworzenie luźnej atmosfery oraz odpowiednich warunków nieskrępowanych czystym ubiorem,

otoczeniem, ilością zużywanych farb oraz tematem pracy uczestnik ma okazję do odblokowania „wyrażenia siebie”, pokonania barier i zbędnych zachowań pseudoestetycznych. Długotrwała praca tą metodą powoduje u malarzy wydłużenie czasu koncentracji oraz nabycie przekonania, że „dobra praca” jest zawsze wynikiem największego wysiłku. ME daje przekonanie, że każdy z nas może być artystą i jest zdolny do działań twórczych, jeśli tylko bardzo tego chce.

Etap II

Etap II i III jest pracą artysty, który dopracowuje, przebudowuje, scala, dopowiada, łączy i porządkuje obraz – Podkład Emocjonalny powstały w pierwszym etapie. Celem tej ingerencji nie jest przemalowywanie, ale próba odgadnięcia zamiarów i intencji uczestników fazy I. Artysta

wprowadza w przypadkowe i chaotyczne dotąd układy kolorowych plam i śladów takie zmiany, które ustanowią porządek przestrzenny i kompozycyjny, cechujący jednorodne dzieło. Dzieje się to na drodze luźnych skojarzeń. Artysta pokazuje co może wyniknąć z przypadkowej zabawy na płótnie. Udowadnia przydatność wszystkich uczestników i pokazuje możliwości pozornie bezsensownego układu plam poprzez uporządkowanie.

Etap III

Ostatnim krokiem zamykającym kompozycyjnie całość dzieła jest dodanie nowego, z reguły realistycznego i ogólnie znanego elementu (sytuacji, postaci, pejzażu, symbolu, znaku, itp., w sposób realistyczny, czytelny dla wymagającego odbiorcy). Ten „prawdziwy” fragment obrazu to drzwi do podświadomości zamkniętej przed mniej wyrafinowaną wyobraźnią. Artysta scalający dzieło posługuje się także swoistym filtrem kolorystycznym – paletą barw nawiązującą do kolorystyki dzieła Etapu I, poprzez którą uzyskuje odpowiedni wydźwięk całej pracy (pozytywny charakter).

Prace powstałe poprzez ME są prawdziwymi dziełami sztuki zdobiącymi ściany galerii, klubów, instytucji publicznych jak i prywatnych osób. Są sprzedawane na

aukcjach i darowane. Pomagają instytucjom, grupom i stowarzyszeniom w rozwoju wszelkich form edukacji artystycznej.

Dla uczestników Malarstwa Emocjonalnego są ich wizytówką i chlubą.

Więcej informacji o Malarstwie Emocjonalnym, Stowarzyszeniu PLACEK, autorze, akcjach i zdjęciach na stronie: www.me.art.pl

Informacja o autorze:

Adam Plackowski - twórca interdyscyplinarny. Malarz, kolorysta, grafik, od dziecka związany ze Śląskiem i rodzinnymi Mysłowicami. Jego twórczość malarska kształtuje się dwutorowo:

- malarstwo przedstawieniowe, stylistycznie jednorodne malarstwo typu portret, pejzaż, martwa natura.

- 'Malarstwo Emocjonalne', którego jest twórcą.

Artysta stale poszukujący, nie popada we współczesne "trendy". Siłą jego wypowiedzi jest syntetyczność i celnie kolorystycznie dobrana paleta. Na pewno też na cechy tzw. stylu, składają się i takie rzeczy jak preferencje optyki oczu. Najważniejszą cechą, która odróżnia dzisiaj powstałe obrazy, od tych namalowanych przed 20 laty, jest żywsza i cieplejsza paleta oraz większa ilość światła. Jest to na pewno zasługą wieloletniej pracy z dziećmi poprzez "Malarstwo emocjonalne". Twórca wspólnie z nimi maluje, jako współpartner a nie jako wychowawca. Rolę „wychowawcy” plastycznego spełnia poprzez bardzo rzeczową i profesjonalną rozmowę-korektę i analizę formalną, dokonywaną na bieżąco podczas malowania. Nie wyróżnia nikogo, traktując wszystkich uczestników małych i dużych z jednakową starannością i szacunkiem. W trakcie tych wspólnych sesji malowania, dokańcza i interpretuje ich wizje (tylko za obopólną zgodą) i sam sugeruje pewne rozwiązania plastyczne. Oczywiście, taki współdział, poza efektami malarskimi rodzi specyficzną więź i zaufanie rodząc solidarność i wzajemne współistnienie świadomości konkretnej artystycznej grupy. Stara się jak mówi, malować i tłumaczyć prosto, bez zbędnej filozofii”.

Różne okresy w życiu, odcisnęły na twórcy piętno i z pozoru odległe od siebie spojrzenia:

- pobyt i nauka malarstwa w pracowni Olgierda

Bierwiaczonka,
 - studia w Akademii Sztuk Pięknych - Grafika Katowice (uk. 1984 r.),
 - rysowanie portretów ulicznych (Londyn),
 - praca w biurze projektów służby zdrowia (projektowanie "małej architektury"),
 - praca w charakterze plastyka zakładowego Kopalni "Wieczorek",
 - prowadzenie grupy malarzy nieprofesjonalnych "Grupy Janowskiej",
 - współpraca z innymi ośrodkami twórczości naiwnej/organizacja plenerów i wystaw,
 - wspólna pracownia z innymi artystami (Tomasz Pałasz, Wojciech Smolarski),
 - ukończenie kursów ceramicznych (COMUK – Warszawa),
 - utworzenie i prowadzenie pracowni ceramiki, (kopalnia, MOKiS "Trójkąt"),
 - pobyt i praca w USA (portrety, wystawa Fair Lawn-st. New Jersey),
 - tworzenie nowego nurtu – "Malarstwa Emocjonalnego"/pogranicze sztuki i arteterapii,
 - praca z niepełnosprawnymi,
 - nauczanie rzeźby w Liceum Sztuk Plastycznych w Katowicach,
 - prowadzenie własnej agencji reklamowej,
 - projektowanie graficzne,
 - projektowanie i wykonanie wystroju kilku kultowych klubów muzycznych w Katowicach, ("Hobbit", "Amsterdam", "Pinky-Ponkey")
 - tworzenie pracowni Ministudium Plastyczno-Rysunkowego,
 - tworzenie pracowni Ciach-O-Show w Szkole Katolickiej,
 - tworzenie pracowni i współpraca z klubem "Wysoki Zamek" w Katowicach-Załężu,
 - praca nad stworzeniem nowoczesnego Muzeum,
 - kierownictwo i rozwój placówki muzeum (stan obecny),
 - praca z dziećmi i młodzieżą poprzez nauczanie oraz współtworzenie obrazu (stan obecny),
 - rodzina (wspaniała żona, dwie artystycznie uzdolnione córki i niepełnosprawny syn).

Wprowadzając muzykoterapię do nowej placówki – korzyści i ryzyka

Ludwika Konieczna

Każdy świeżo upieczony muzykoterapeuta, tuż po ukończeniu studiów, zadaje sobie pytania: co teraz? gdzie znajdę pracę? jak jej szukać? czy dam sobie radę? W tym krótkim artykule chciałam podzielić się moimi doświadczeniami z początków zawodowej działalności – mam nadzieję, że ten tekst okaże się choć trochę pomocny dla innych początkujących, a przede wszystkim, że natchnie ich optymizmem!

Poszukiwania rozpoczęłam typowo – wpisując w wyszukiwarkę internetową nazwy ośrodków, w których muzykoterapia mogłaby się przydać. Pierwszy na liście ukazał się specjalny ośrodek wychowawczy prowadzony przez zgromadzenie zakonne – instytucja działająca na zasadach identycznych jak domy dziecka, z tym, że przeznaczona głównie dla dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami, zaburzeniami zachowania i emocji. Umówiłam się na spotkanie i po krótkiej, bardzo miłej rozmowie... dostałam pracę! Ucieszyłam się oczywiście ogromnie, jednak, obok radości, poczułam niepokój – czy dam sobie radę? Tydzień później siedziałam już w ładnej, dużej sali, mając do dyspozycji keyboard i zestaw instrumentów perkusyjnych. Pierwsze spotkania z kolejnymi małymi klientami były niezwykle ekscytujące – czy się dogadamy? czy będę w stanie zainteresować dzieciaki tym, co chcę im zaproponować? jakie będą reakcje? Mimo praktyk, jakie odbyłam podczas studiów, bez opieki superwizora czułam się chwilami zagubiona. Na szczęście dzieci, siostry prowadzące i pracownicy ośrodka okazali się wspaniali. Mimo, że nie do końca zdawali sobie sprawę z tego, czym właściwie jest muzykoterapia, dali mi kredyt zaufania. Czułam wdzięczność i jednocześnie ogromną odpowiedzialność, by tego zaufania nie nadwyrężyć. Nie zawiodła mnie także – znów

na szczęście – muzykoterapia. To naprawdę wyjątkowe mieć terapeutyczne narzędzie, które jest nie dość, że skuteczne, to jeszcze sprawia tak wiele przyjemności.

Pracę rozpoczęłam od sesji indywidualnych, po miesiącu podjęłam się prowadzenia zajęć dla grupy nastolatków. Przedtem nie miałam okazji zetknąć się z młodzieżą, znów więc pierwsza sesja była dla mnie wyzwaniem...

Ale wszelki niepokój mijał zawsze w momencie kontaktu z klientem – kiedy wchodzi się w interakcję z drugim człowiekiem nie ma czasu i miejsca na lęk, jest tu i teraz, a cała uwaga i zaangażowanie kieruje się na osobę, z którą dzieli się czas, i na cel, jaki ma spotkanie.

Na te wydarzenia patrzę dziś z półtorarocznej perspektywy. Z radością mogę stwierdzić, że udało się nam – moim klientom i mnie – muzyczne „dogadać”. Cotygodniowe sesje są źródłem frajdy, a ich efekty – ogromnej satysfakcji. Muzykoterapia stała się stałym elementem codzienności ośrodka, nikogo już nie dziwi. Na podstawie opisanych doświadczeń chciałabym zwrócić uwagę na dwie sprawy, które rozważałam podczas ostatnich kilkunastu miesięcy. Wydaje mi się, że są one nieodłącznym elementem pracy młodego muzykoterapeuty, który jako pierwszy w historii danej placówki tworzy w niej, rozpoczyna program muzykoterapeutyczny. Zagadnienia te to niebezpieczeństwa i korzyści związane właśnie z byciem muzykoterapeutycznym „pionierem”.

Rozpocznę od korzyści: główną z nich jest wolność. Pozwala ona na swobodę w dokonywaniu wyborów, samodzielne kreślenie kierunku i celu terapii, stosowanie technik, które sami uznajemy za najskuteczniejsze i w realizacji których czujemy się najpewniej.

Jednak tym, co nieodłącznie wiąże się z wolnością jest odpowiedzialność. W tym przypadku – odpowiedzialność za każdą sesję, za każdego pacjenta.

Kolejną korzyścią jest wyjątkowo satysfakcjonujący wymiar takiej pracy. Będąc pierwszym i jedynym muzykoterapeutą, każdy sukces przeżywa się inaczej, jako bardziej „swoją”.

A niebezpieczeństwa, zagrożenia? Głównym z nich jest chyba pokusa ulegnięcia własnemu lenistwu. Skoro nie ma żadnej kontroli, łatwo o niedbałość w prowadzeniu zajęć – niesolidne przygotowanie, nieściśle prowadzoną dokumentację. Niezwykle istotne jest zachowanie profesjonalnego podejścia do wykonywanej pracy i

narzucenie sobie odpowiedniej samodyscypliny. Wspominałam o odpowiedzialności za klientów i ich postępy. Ważne jest także poczucie odpowiedzialności za społeczne postrzeganie całej profesji oraz dyscypliny, jaką jest muzykoterapia.

Jak wspomniałam na początku, mam nadzieję, że ten tekst natchnie optymizmem wszystkim muzykoterapeutów-nowicjuszy. Szukanie pracy niekoniecznie jest trudne, a bycie rzuconym na głęboką wodę sprawia, że uczymy się najszybciej. Jestem przekonana, że w Polsce jest mnóstwo wspaniałych placówek różnego typu, które bardzo chętnie przyjmą kompetentnego muzykoterapeutę. Ważne, by ich nie zawieść!

(tekst oparty jest na artykule autorki, który ukazał się w Voices Journal, Vol. 9, No. 3, pod tytułem "Building the first music therapy programme...- a reflection on new music therapy in new place)

Informacje o autorze:

Ludwika Konieczna – muzykoterapeutka, pracuje w Specjalnym Ośrodku Wychowawczym z dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami emocji i zachowania. Absolwentka Akademii Muzycznej im. Karola Szymanowskiego w Katowicach (teoria muzyki). Ukończyła studia podyplomowe w zakresie muzykoterapii we wrocławskiej Akademii Muzycznej. Naukę w tej specjalności kontynuowała w School of Music, University of Louisville (USA). Posiada certyfikat Neurologic Music Therapist. Jest asystentem w Akademii Muzycznej w Katowicach.

Od emocji po fizjologię czyli o oddziaływaniu muzyki na organizm człowieka

Anna Bukowska

Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

Nie ulega wątpliwości, że zarówno wykonywanie, jak i słuchanie muzyki ma wpływ na emocje. Nie zawsze zdajemy sobie sprawę z tego, że w wyniku swojego oddziaływania muzyka znacząco wpływa również na przebieg procesów fizjologicznych w naszym organizmie. Jest to pewnego rodzaju reakcja łańcuchowa, ponieważ muzyka wywołuje u nas konkretne emocje, które następnie powodują reakcje biochemiczne.

Badania na całym świecie, zarówno z dziedziny medycyny, jak i psychologii muzyki, a w ostatnich kilkudziesięcioleciach również z muzykoterapii dowodzą, że odpowiednio dobrana muzyka wywołuje określone reakcje emocjonalne. Badania te zwykle opisują zmiany samopoczucia osoby w czasie jej aktywności muzycznej, czy to grania czy słuchania utworów. Najczęściej jest to rozluźnienie, uspokojenie lub podekscytowanie, aktywizacja do działania, czy też zmiany nastrojów. Reakcje emocjonalne na odbiór muzyki występują w równym stopniu u osób wykształconych, jak i niewykształconych muzycznie (Janiszewski 1993, s. 42-43). Istnieje wiele utworów muzycznych, które w podobny sposób oddziałują na odczucia słuchających, wywołując zbliżone reakcje emocjonalne. Potwierdzone zostało to badaniami przeprowadzonymi w Stanach Zjednoczonych. Udział w nich wzięło kilka tysięcy osób reprezentujących różne płcie, wiek i zawody. Ich odczucia, co do wysłuchanych fragmentów muzycznych pozostawały w dużej zgodności ze sobą (Janiszewski 1993, s. 45).

Badania, które prowadził w Polsce T. Natanson, także wykazywały zgodność osób badanych w ocenie charakteru słuchanej muzyki, gdyż nie pojawiały się zasadnicze różnice w interpretacji utworów. Zaznaczyć należy, że chodzi tu o badania u odbiorców zdrowych psychicznie. Badania wśród osób z

problemami psychicznymi dawały odmienne wyniki. Zagadnienia te opisywane są szeroko przez muzykoterapeutów zajmujących się leczeniem zaburzeń psychicznych (Natanson 1978, s. 47-50).

Wcześniejsze badania przeprowadzone przez H. Helmholtz'a i S. Gurney'a, dotyczyły emocji wywoływanych przez konkretne elementy dzieła muzycznego, to jest: tonację dur i moll, wysokość dźwięku, tempo, melodię, harmonię i rytm. Ogólne wnioski z przeprowadzonych tego typu eksperymentów mówią, że: tonacja majorowa wzbudza u słuchaczy reakcje szczęścia, radości, rzeźkości, natomiast tonacja minorowa uznawana jest za smutną, marzycielską, sentymentalną; emocje, takie jak podniecenie, godność, pogodność nie są determinowane przez czynniki tonacyjne;

dźwięki wysokie mają oddziaływanie poprawiające humor, radosne, z kolei dźwięki niskie budzą odczucie majestatyczności, godności, powagi; tempo wolniejsze wywołuje najczęściej nastroje o charakterze spokoju, godności, odprężenia, natomiast tempa szybkie wzbudzają reakcje rzeźkości i aktywności; nie można precyzyjnie ustalić, jakie kierunki linii melodycznej są odpowiedzialne za powstawanie określonych nastrojów, istnieją

jedynie pewne tendencje w kierunku odczuwania odprężenia i pogody przy zstępującej linii melodycznej, a godności i tajemniczości przy linii melodycznej wstępującej; harmonia dysonansowa jest czynnikiem pobudzającym, aktywizującym; prosta, konsonansowa harmonia daje odczucie szczęścia, pogody ducha, wdzięku i liryczności; rytmy mocne, zdecydowane, o powtarzającej się strukturze dają odczucie energiczności i powagi; rytmy spokojne uważane są za miękkie, szczęśliwe, marzycielskie, wdzięczne; nie znaleziono charakterystycznych struktur rytmicznych wywołujących odczucia podniecenia, satysfakcji, pogody (Janiszewski 1993, s. 46).

Od wielu już lat muzykoterapeuci tworzą klasyfikacje utworów muzycznych pod względem wywoływanych stanów emocjonalnych i przeżyć. Są one potrzebne, gdyż pozwalają na świadomy i skuteczny dobór materiału muzycznego w terapii. Warto wspomnieć tu o opracowanym przez S. Ertla i J. A. Hartleya profilu biegunowości cech dzieła muzycznego. Umożliwia on badanie związku, jaki zachodzi między muzyką, a jej oddziaływaniem terapeutycznym w sferze emocjonalnej, co pozwala na pomiar jakości przeżyć muzycznych, ich analizowanie i porównywanie, zarówno u pojedynczych osób, jak i badanych grup. Jakość przeżyć muzycznych analizowana jest w następujących trzech podstawowych wymiarach:

I – ocena (zawiera w sobie ocenę pozytywnych i negatywnych właściwości muzyki, jest również znakiem odpowiednich emocji);

II – aktywność (dotyczy odbioru muzyki w sferze psychomotorycznej);

III – moc (jest wyrazem siły i mocy działającej muzyki oraz intensywności emocji).

Pozwalają one badanemu określić swój stosunek do przedstawianego mu materiału muzycznego. Każdy z trzech wymiarów opisany jest przez sześć przeciwstawnych cech. W przeprowadzonych badaniach zastosowano omawiany profil dla dzieła muzycznego o charakterze uspokajającym.

Analizie poddane zostały utwory z epoki baroku i klasycyzmu: J.S. Bach – „Koncert d-moll na dwoje skrzypiec”, cz. II; J.S. Bach – „V Koncert brandenburski D-dur”, cz. II; L. van Beethoven – „uwertura Egmont”. Celem tej analizy było określenie, jakiego rodzaju i jakiej intensywności przeżycia muzyczne powstają pod wpływem wysłuchania powyższych utworów. Wyniki uzyskane dla obydwu utworów J. S. Bacha świadczą o niskiej intensywności reakcji emocjonalnej powstałej w czasie ich słuchania, a cecha z wymiaru „aktywności” w podpunkcie „uspokajający – pobudzający” wskazuje na ich uspokajający charakter. Inaczej przedstawiają się wyniki dla utworu L. von Beethovena. Mamy tu do czynienia z wysoką intensywnością reakcji psychomotorycznej i emocjonalnej powstałej po wysłuchaniu tego dzieła, a cecha „uspokajający – pobudzający” wskazuje na jego aktywizujący emocjonalnie (pobudzający) charakter. Stosowne miejsce w terapii mogą zatem znaleźć dzieła obydwu twórców, przy czym utwory J. S. Bacha powinny być wykorzystywane w technikach relaksacyjnych, natomiast

uwertura L. von Beethovena może być podstawą technik projekcyjno-wyobrażeniowych, w których aktywizacja emocjonalna warunkuje powstanie procesu wyobrażeniowego (Kukiełczyńska-Krawczyk 2003, s. 47-51).

Należy jednak pamiętać, że u niektórych osób fragment muzyki może wywołać całkiem niespodziewaną reakcję emocjonalną, zupełnie inną niż u osób także uczestniczących w terapii. Emocje stanowią bowiem stany złożone i trudne do zdefiniowania, gdyż nie zawsze uwarunkowane są bodźcami zewnętrznymi, czasem wypływają one z czynników wewnętrznych. Wciąż nie jesteśmy w stanie dokładnie określić stopnia natężenia emocji, jedynie ich treść, opierając się na subiektywnym odczuciu badanego. Drogą do zobiektywizowania przebiegu emocji w trakcie słuchania muzyki są, prowadzone coraz intensywniej, badania nad fizjologicznymi przejawami jej oddziaływania emocjonalnego, polegające na pomiarach ilościowych poszczególnych parametrów, dających informacje o stanie wegetatywnym ustroju.

Przyjrzyjmy się zatem im dokładniej.

Wpływ muzyki na stany emocjonalne tłumaczy się stymulacją sekrecji (wydzielania) endorfin, pobudzeniem układu endorfin i oddziaływaniem na twór siatkowaty (Kierył 1996, s. 27). Endorfiny należą do grupy hormonów peptydowych, które wywołują doskonałe samopoczucie i zadowolenie z siebie oraz generalnie wszelkie inne stany euforyczne. Tłumią również odczuwanie drętwienia i bólu.

Prześledźmy teraz drogę dźwięku po przejściu przez ucho zewnętrzne i środkowe, gdzie rozpoczyna się proces oddziaływania muzyki na organizm. Droga ta prowadzi do receptora nerwu słuchowego (n. VIII), gdzie dźwięk ulega transformacji na bodziec elektryczny. Następnie dźwięk w postaci impulsu jest modulowany przez różnorodne czynniki, między innymi przez czynnik hormonalny w postaci adrenaliny. Dzięki takiemu przygotowaniu możliwa jest percepcja w pniu mózgu, międzymózgowiu i korze mózgu (poprzez twór siatkowaty). Dalszy etap przetwarzania dźwięku odbywa się w podwzgórzu, wzgórzu, układzie limbicznym (odpowiedzialnym na emocje) i mózdzku. Pod wpływem muzyki, poprzez ośrodki podkorowe dochodzi do zmian w przemianie materii, napięciu mięśniowym, oddychaniu, układzie krążenia czy innych czynnościach wegetatywnych (Kierył 1996, s. 27-28).

Badanie zmian funkcji ustroju człowieka ma już swoją obszerną literaturę. Były one od dawna przedmiotem zainteresowań zarówno psychologów, jak i fizjologów

(Metera 2006, s. 122). Badania prowadzone w celu sprawdzenia i potwierdzenia reakcji organizmu na działanie muzyki obejmują najczęściej pomiar parametrów określających funkcjonowanie układu krążenia, czyli pomiar tętna, ciśnienia tętniczego krwi, EKG. Przyczyną dokonywania tych pomiarów jest to, że układ krążenia znajduje się pod kontrolą podwzgórza poprzez autonomiczny układ nerwowy. Zatem niektóre bodźce płynące z kory mózgowej mogą wpływać na regulację krążenia i odwrotnie (Metera 2006, s. 124).

Do innych pomiarów, których zmiany podczas słuchania muzyki były i są obiektem badań należą: EEG, reakcja skórno-galwaniczna, termometria, badanie wskaźników wentylacyjnych układu oddechowego oraz zmian poziomu hormonów (Janiszewski 1993, s. 50). Wiek XX obfitował w tego typu badania potwierdzające wpływ muzyki na zmiany parametrów fizjologicznych w organizmie.

Wielokrotnie badano oddziaływanie rytmu muzycznego na tętno w czasie słuchania muzyki. Na przykładzie „W grocie króla gór” E. Griega opisywano przyspieszenie tętna i oddechu w końcowej części utworu. Zauważono również stopniowe przyspieszenie tętna przy słuchaniu coraz szybszego rytmu werbla czy nawet coraz szybszej pracy metronomu (Metera 2006, s. 131).

Badania przeprowadzone przez Misbach'a, Phares'a, Ricci'ego, Naerebout'a i Stokvis'a polegały na przeprowadzeniu pomiarów ciśnienia krwi, tętna i elektrycznej oporności skóry w czasie recepcji muzyki. Zaobserwowano, że odbiór dźwięków „niedrażniących” nie wywołuje żadnych zmian w ciśnieniu krwi i oddechu oraz żadnych reakcji odruchu psychogalwanicznego. Intensywność zmian galwanometrycznych koreluje z intensywnością przeżycia muzycznego (Schwabe 1972, s. 29-30).

K. Steiner uważał muzykę za zjawisko fizyczne mogące oddziaływać na organizm ludzki swoją częstotliwością drgań lub natężeniem. Stwierdził on, że muzyka działa nie tylko przez analizator słuchowy, ale może działać na poszczególne narządy bądź układy. I tak, układ mięśniowy pobudzany jest przez rytm, układ krążeniowo-oddechowy reaguje na harmonię, z kolei układ nerwowy na melodię utworu muzycznego (za: Metera 2006, s. 127).

G. Destunis i R. Seebrandt przebadali 60 osób, chcąc sprawdzić czy działanie muzyki na czynności ustroju podległe sterownictwu międzymózgowia wywołuje obiektywne zmiany EKG, poziomu cukru we krwi oraz

podstawowej przemiany materii. Doszli oni do wniosku, że muzyka w większości przypadków wywiera wpływ na tętno i ciśnienie krwi (Schwabe 1972, s. 30).

Ma to związek z działaniem układu nerwowego, gdyż muzyka uspokajająca powoduje przewagę jego części przywspółczulnej, muzyka pobudzająca przewagę układu współczulnego (Metera 2006, s. 127).

B. Stokvis próbował ująć eksperymentalnie emocjonalne przeżycie muzyczne zdeterminowane somatycznie. Jako wskaźniki emocjonalnego przeżycia wegetatywnego badał ciśnienie, tętno, ukrwienie kończyn oraz reakcję gruczołów potowych (psychogalwaniczny aparat refleksyjny). We wnioskach wymienia on istnienie korelacji pomiędzy „przeżyciem muzycznym” osób badanych a zachowaniem się ciśnienia krwi, tętna i wydzielaniem gruczołów potowych (Schwabe 1972, s. 30).

W swojej pracy pt. „O pobudzającym i odprężającym działaniu muzyki” W. Tränkle pokazał trudności w obiektywizacji przeżycia muzycznego. Badał on zmiany zachodzące w czasie słuchania muzyki w napięciu mięśni za pomocą elektromiografii (EMG – elektryczna czynność mięśni), dochodząc do wniosku, że przewidywane podczas tych orientacyjnych doświadczeń wahania napięcia mięśniowego wydają się w przybliżeniu odpowiadać nieświadomemu przeżywaniu poszczególnych utworów. Ważne wydaje się być to, że bodźce powodujące aktywność mięśniową zdecydowanie zależne są od psychicznej postawy początkowej osób badanych, a wyniki eksperymentalnie badanego napięcia mięśni w równym stopniu zależą od charakteru muzyki oraz od osobistego nastawienia badanych (Schwabe 1972, s. 30-31). Istotne jest również to, że niektóre elementy muzyki mogą wywierać określony wpływ na nasz system nerwowy zawiadujący bezpośrednio napięciem mięśniowym. Wzrost napięcia lub rozluźnienie mięśni może zależeć od stosowania niskich lub wysokich dźwięków (Metera 2006, s. 133-134).

M. Diserens i B.J. Fine pisali o przyspieszeniu procesów metabolicznych przy słuchaniu muzyki, zwiększeniu lub zmniejszeniu energii mięśniowej oraz o zmianach w regularności i głębokości oddechów.

Trwalszy efekt dawała muzyka uspokajająca, natomiast efekt muzyki pobudzającej był mniej trwały (Metera 2006, s. 128).

T. Natanson i M. Janiszewski badali zmiany w zapisie EKG i w ciśnieniu tętniczym krwi pod wpływem muzyki u studentów Akademii Muzycznych. Zaobserwowali oni, że w czasie słuchania muzyki dawnej następowało

przeważnie niewielkie obniżenie ciśnienia krwi, zwolnienie akcji serca oraz zmiany w EKG (spłaszczenie załamka P, wydłużenie odstępu PQ, wzrost wysokości załamka T). Muzyka współczesna wywoływała u większości badanych zatokowe przyspieszenie akcji serca i zwyżkę ciśnienia tętniczego krwi. Analiza zmian elektrokardiograficznych przy słuchaniu wszystkich rodzajów muzyki wskazuje na wpływ emocji na układ krążenia. Natomiast muzyka oparta na tonalności funkcyjnej, o dużym stopniu konsonansowości, przejrzystej formie, daje pobudzenie układu cholinergicznego, a muzyka atonalna, silnie zróżnicowana dynamicznie, pobudzenie układu adrenergicznego (Janiszewski 1993, s. 57-62).

Ciekawe są doniesienia na temat zmiany temperatury ciała podczas słuchania muzyki. Temperatura ulega podwyższeniu w czasie słuchania muzyki o charakterze „drażniącym”, podobnie jest podczas słuchania muzyki rytmicznej.

W ciągu ostatnich kilku lat naukowcy zaczęli badać zmiany w mózgu powodowane słuchaniem muzyki. W tym celu wykorzystywana jest pozytronowa, emisyjna tomografia komputerowa (PET). W czasie jej wykonywania mierzone jest także tętno pacjenta, głębokość oddechu oraz EMG. Badania dowodzą, że w czasie słuchania muzyki zwiększa się przepływ krwi w niektórych obszarach mózgu. Ma to istotny wpływ na przebieg i leczenie niektórych schorzeń. PET pokazuje również, że podczas trwania utworu następuje aktywacja części limbicznej mózgu, odpowiedzialnej za emocje i motywację (Blond, Zatorre 2001).

Myślę, że kolejne lata przyniosą nowe badania i eksperymenty potwierdzające skuteczność działań muzycznych. Natomiast wszystkie dotychczas przeprowadzone badania i spostrzeżenia są cenną zdobyczą, dość młodej dyscypliny naukowej, jaką jest muzykoterapia.

Dzięki wiedzy o tym, że muzyka może redukować silne, negatywne emocje, obniżać poziom lęku, poziom bólu fizycznego i psychicznego, wpływać na poziom napięcia mięśniowego, ciśnienia krwi oraz hormonów stresu, może być ona z powodzeniem stosowana jako środek leczniczy, terapeutyczny w wielu dziedzinach medycyny. Zbadane reakcje organizmu zachodzące podczas słuchania poszczególnych utworów muzycznych pokazują jak konstruować sesje terapeutyczne, jak dobierać muzykę, aby terapia była skuteczna.

Bibliografia:

1. Blond A.J, Zatorre R.J.: Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. Washington University School of Medicine, St. Louis, July 16, 2001. (1)
2. Janiszewski M.: Muzykoterapia aktywna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa-Łódź 1993. (8)
3. Kierył M.: Elementy terapii muzycznej. Warszawa 1996. (11)
4. Kukielczyńska-Krawczyk K.: J.S. Bach czy L. van Beethoven – analiza metodą S. Ertla i J.A. Hartleya. Muzykoterapia Polska, nr 3/4 (7/8) 2003, s. 47-51. (13)
5. Matera A.: Muzykoterapia. Muzyka w medycynie i edukacji. Wydawnictwo Centrum Technik Nauki Metronom, Leszno 2006. (15)
6. Natanson T.: Wstęp do nauki o muzykoterapii. Zakład Narodowy Imienia Ossolińskich – Wydawnictwo, Wrocław 1978. (17)
7. Schwabe Ch.: Leczenie muzyką chorych chorych nerwicami i zaburzeniami czynnościowymi. PZWL Warszawa 1972. (19)

Informacje o autorze:

Mgr Anna Bukowska - fizjoterapeutka i muzykoterapeutka pracująca głównie z pacjentami neurologicznymi. Absolwentka fizjoterapii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie (2005) oraz studiów podyplomowych z muzykoterapii Akademii Muzycznej we Wrocławiu (2007). Obecnie uczestniczka studiów doktoranckich w Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie. Ukończone liczne szkolenia zakresu fizjoterapii neurologicznej oraz kurs neuromuzykoterapii (International Training Institute in Neurologic Music Therapy) – Londyn (2009).

Recenzja książki Diany Gulińskiej-Grzeluska „Muzykoterapia dzieci agresywnych” wydanej nakładem Wydawnictwa Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi w 2009 roku.

Krzysztof Stachyra

Muszę przyznać, że pojawienie się na rynku wydawniczym tytułu odnoszącego się do zastosowania muzykoterapii w pracy z osobami agresywnymi przyjąłem z wielką radością. Jest to tematyka istotna, a niestety niezwykle rzadko w Polsce poruszana.

Autorka oparła swój program muzykoterapii na metodzie Mobilnej Rekreacji Muzycznej (MRM) dr. Macieja Kieryła. Zajęcia prowadzone tą metodą są bardzo przystępne i relatywnie łatwe w realizacji nawet dla osoby bez większego doświadczenia w zakresie terapii muzycznych. Powoduje to, że stają się uniwersalne.

Publikacja składa się z 8 rozdziałów przybliżających zjawisko agresji, pokazujących rodzinę jako jeden z możliwych czynników sprzyjających powstawaniu zachowań agresywnych, charakterystykę dzieci w młodszym wieku szkolnym, muzykoterapię jako czynnik poprawy jakości życia, MRM jako oryginalna forma muzykoterapii wychowawczej, metodologiczne podstawy badań własnych oraz opis i analizę zachowań dzieci uczestniczących w eksperymencie.

Należy przyznać, że układ rozdziałów sprawia wrażenie przemyślanego i nie budzi zastrzeżeń. Niestety, gorzej jest z zawartością.

Już sam tytuł „Muzykoterapia dzieci agresywnych” wydaje się nieadekwatny do zawartości książki. Sugeruje bowiem, że Autorka dokonuje przeglądu różnych form muzykoterapii stosowanych w pracy dziećmi z takimi problemami, co nie jest w tym przypadku prawdą. Zdecydowanie bardziej uczciwe byłoby zatytułowanie jej np. „Metoda MRM w terapii dzieci agresywnych”.

Książka jest pierwszą w Polsce publikacją zwartą odnoszącą się do tematyki muzykoterapii w pracy z dziećmi agresywnymi, co jest w takim samym stopniu

zaszczytem, jak i braniem wielkiego ciężaru odpowiedzialności za kreowanie, kształtowanie wizji pracy z tak wymagającym rodzajem klienta. Powinna zatem sprostac roli wzorca, punktu odniesienia dla kolejnych osób podejmujących się takich działań. Wysokie wymagania merytoryczne odnośnie zawartości książki wynikają dodatkowo z faktu, że jest ona publikacją rozprawy doktorskiej Autorki, napisanej, a przede wszystkim obronionej na Uniwersytecie Wrocławskim pod kierownictwem prof. Wity Szulc (która tutaj występuje w roli recenzenta).

Zwykle sięgając po nową pozycję zaczynam od przejrzenia dwóch jej elementów: spisu treści (przedstawionego powyżej) oraz wykazu piśmiennictwa. I właśnie lista publikacji, do których Autorka sięgała w czasie pisania pracy od razu okazała się dla mnie wielkim zaskoczeniem. Otóż próżno tam szukać publikacji obcojęzycznych odnoszących się do problematyki podejmowanej przez Autorkę. A przecież jest co najmniej kilkanaście artykułów, do których sięgnięcie wydaje się być wręcz obligatoryjne dla osób poruszających tą problematykę. W bardzo interesujący sposób o działaniach muzykoterapeutycznych w pracy z osobami agresywnymi piszą przecież m.in. Giacobbe & Graham (1978); Stratton & Zalanowski (1997); Steele (1968); Thaut (1989); Duerksen (1967); Giles, Cogan, Cox (1991); Steele, Vaughan, Dolan (1976). Co więcej, niezwykle dziwi, że w bibliografii nie zaistniała – nagrodzona w 1997 roku przez redakcję Psychoterapii – publikacja autorstwa Małgorzaty Kopacz pt. „Wpływ muzykoterapii na obniżenie poziomu agresji u dorastającej młodzieży”. Dziwi tym bardziej, że jest to jeden z niewielu artykułów wydanych w Polsce, a odnoszących się stricte do problematyki stosowania muzykoterapii w redukcji agresji.

W części teoretycznej razi brak przestrzegania zasad poprawności naukowej. Jednym z najgorzej napisanych

fragmentów publikacji jest – co zupełnie zadziwia – rozdział, który powinien być najważniejszy (4.2 „Terapeutyczne zastosowanie muzyki w pracy z dziećmi przejawiającymi zachowania agresywne”). Autorka często wygłasza własne, niczym nie poparte poglądy, posługując się przy tym rażąco błędną argumentacją, która nie ma nic wspólnego z zasadami pisania prac naukowych.

Na poparcie swoich słów pozwolę sobie przytoczyć kilka fragmentów.

Na stronie 73 Autorka opisując różne możliwości wykorzystania różnych utworów muzycznych w rehabilitacji i terapii pisze: „‘łagodna’ muzyka (przy tym radosna) zmniejsza stany depresyjne”; „melodia o łagodnym, powolnym rytmie bez większych zmian w zakresie wysokości dźwięku czy struktury samego rytmu jest wielce pomocnicza w likwidowaniu stanów przewlekłej nerwicy (...)”. Takie uproszczenie nie może mieć miejsca w pracy, w której muzykoterapia jest punktem centralnym. Każdy muzykoterapeuta, który pracował z osobami będącymi w stanach depresyjnych wie, że radosna muzyka jest ostatnią, którą wykorzystuje się w takich sytuacjach, podobnie jak np. muzyka relaksacyjna w przypadku kontaktu z osobą silnie pobudzoną.

Kilka stron dalej czytelnik jest przekonywany, że „instrument wybrany przez dziecko jako pierwszy reprezentuje zwykle jego kontakt z rzeczywistością. (...) Można pokusić się o przypisanie rodzaju instrumentu różnym cechom osobowości pacjenta. Instrumenty ciche, delikatne (np. trójkąt) wybierają często osoby nieśmiałe, zahamowane psychoruchowe, instrumenty melodyczne (np. cymbalki) – osoby, które chcą jak najlepiej się zaprezentować, instrumenty neutralne (np. pudełka akustyczne) zaś osoby powściągliwe w zachowaniu, nie okazujące często swoich emocji” (s. 75). Osoba zasiadająca do pisania książki z muzykoterapii powinna wiedzieć, że wybór instrumentu, choć może mieć znaczenie diagnostyczne, absolutnie nie upoważnia nas do wypowiedzania się na temat osobowości pacjenta. Może się przecież wydarzyć, że pacjent sięga po dany instrument z ciekawości, dlatego, że spodobał mu się jego kształt. Dziecko na co dzień nieśmiałe może pod wpływem silnych emocji sięgnąć po bębenek, tak jak osoba o osobowości choleryka może wybrać np. trójkąt. Dlatego wybór instrumentu może świadczyć przede wszystkim o stanie pobudzenia pacjenta w chwili wyboru instrumentu, nie zaś jego osobowości.

Na stronie 79 znalazło się stwierdzenie, że „każdy etap MMRM obejmuje minimum kilka lub kilkadziesiąt

ćwiczeń, których wykonanie gwarantuje realizację określonego celu”. Trudno jest mówić w terapii o gwarantowaniu czegokolwiek...

Nieco dalej Autorka twierdzi, że korzyści widoczne są „dwuczasowo”, zaś po trzykrotnym treningu następuje „utrwalenie sprawności psychofizycznej”, „podwyższenie poczucia wartości” itp. (s. 82).

Kolejna uwaga odnosi się do opisu oddziaływania muzyki na człowieka. Autorka pisze, że „dla uczestnika zajęć największą przydatność spełnia różnorodna muzyka relaksacyjna (...) Jest to muzyka bezpieczna, którą możemy stosować dla każdego, nawet w ciężkim stanie uczestnika zajęć.” (s. 92). Jako muzykoterapeuta od lat stosujący muzykę relaksacyjną w terapii muszę stwierdzić, że dla osób z problemami natury psychologicznej stan Alfa, bardzo często wywoływany właśnie przy muzyce relaksacyjnej, może powodować silne reakcje lękowe i fizyczne, związane z działaniem mechanizmów obronnych. Dlatego jej stosowanie w pracy z osobami po ciężkich, traumatycznych przeżyciach musi być niezwykle ostrożne i rozważne.

Przejdźmy teraz do części badawczej. Należy przyznać, że żadnych zastrzeżeń nie budzi napisany logicznie i przejrzysto rozdział 6 „Metodologiczne podstawy badań własnych”. Tutaj Autorka zaprezentowała cele badań, problemy i hipotezy etc. Natomiast już diametralnie inaczej wygląda sytuacja z opisem wyników badań, przedstawianych w sposób nieczytelny. Również ich interpretacja może momentami budzić zdziwienie czytelnika.

Analiza uzyskanych wyników jest tak nieprzejrzysta, że trudno odnaleźć poszukiwane informacje – zebrane wyniki autorka zamieściła w 85 małych tabelkach, ukazujących jednak jedynie ilość osób i procentowy rozkład odpowiedzi. Przy tym wiele z pytań, na których odpowiedzi znalazły się we wspomnianych tabelkach, wydaje się być nieistotna dla pracy. Bo cóż istotnego wnosi do badań informacja, że największa liczba dzieci w grupie eksperymentalnej (a było ich zaledwie 10%) wskazało, że ich ulubioną wokalistką jest Kate Rayan? (s. 153).

W rozdziale 8 („Omówienie wyników badań”) Autorka przedstawiła weryfikację postawionych hipotez. Pierwsza z nich zakładała, że grupy eksperymentalna i kontrolna są porównywalne, co jest podstawowym kryterium umożliwiającym rzetelne przeprowadzenie badań z wykorzystaniem grup porównawczych. Niestety już przy interpretacji pierwszej hipotezy, kiedy współczynnik poziomu istotności różnic wyniósł 0,088 pojawia się

interpretacja, że jest on zbliżony do poziomu istotności statystycznej 0,05, co wskazuje – zdaniem Autorki – na istnienie trendu w kierunku różnicy pomiędzy grupami eksperymentalną i kontrolną w ogólnej częstości zachowań agresywnych (s. 173). Ta interpretacja przekreślałaby, a co najmniej stawiała pod znakiem zapytania możliwość porównywania obu grup. Celowo użyłem formy „przekreślałaby” ponieważ „konia z rżędem” temu, kto domyśli się czy prezentowane wyniki odnoszą się do różnic grupowych wychwyconych w badaniach przed czy po zakończeniu eksperymentu – nie ma na ten temat ani słowa. Zakładam jednak, że wyniki odnoszą się do badania przed rozpoczęciem działań terapeutycznych, gdyż w innym wypadku podawanie istotności różnic międzygrupowych po zakończeniu badań jako uzasadnienia skuteczności terapii, bez przedstawienia ich poziomu wyjściowego, nie miałyby sensu.

Podano, że zastosowanie MRM obniżyło częstość zachowań agresywnych w formie pośredniej. Poprawę w tym względzie zaobserwowano u 23,33 % (7 osób) w grupie eksperymentalnej, co byłoby dobrym wynikiem, gdyby nie fakt, że prawie identyczny spadek takich zachowań odnotowała także grupa kontrolna, która przecież nie uczestniczyła w zajęciach (spadek o 20% – 6 osób). Wynika z tego, że zajęcia miały prawie taką samą skuteczność w obniżaniu tego typu zachowań agresywnych, jak nie uczęszczanie na tę formę terapii... Autorka wydała się jednak nie zauważyć tego faktu i zbyła czytelnika stwierdzeniem, że przecież w porównaniu z grupą kontrolną w grupie eksperymentalnej u jednej osoby więcej nastąpił spadek częstości występowania tego typu zachowań (s. 125). Zabrakło jakiegokolwiek polemiki, choćby próby wyjaśnienia zaistniałej sytuacji.

Podobne niejasności pojawiają się w interpretacji innych wyników. Dla przykładu z opisu przypadku Krystiana (s. 155-156) wynika, że chłopiec od początku był ponury, zmienny i zahamowany, zaś po zajęciach, w których w większości nie brał aktywnego udziału, rzadko włączając się w ćwiczenia, nastąpiło wyciszenie chłopca.

Zamykając listę uwag pozwolę sobie zauważyć, że zastrzeżenia można mieć także do osób, które zajmowały się korektą tekstu. W książce jest dużo błędów w postaci zgubionych liter, czy przeinaczonych słów, czego efektem są dziwne „twory językowe”, jak np. „...kształcenie możliwości na barwę...” (s. 75).

Podsumowując muszę stwierdzić, że entuzjazm, który pojawił się przy zakupie tej książki został szybko

ostudzony po tym jak zabrałem się do jej czytania. Po raz kolejny podkreślę, że publikując pracę naukową z zakresu muzykoterapii musimy być świadomi, że ciąży na nas wielka odpowiedzialność wynikająca z faktu, że poprzez nią kształtujemy świadomość czytelnika, wizję tego czym właściwie jest muzykoterapia. Każdy błąd, każda nieścisłość lub przekłamanie mogą być później cytowane, powielane przez mniej doświadczonych adeptów muzykoterapii. A wtedy każdy opublikowany nonsens staje się dla wielu prawdą, co już nie raz miało miejsce w naszym kraju.

Bibliografia:

Giocobbe & Graham (1978), The Responses of Aggressive Emotionally Disturb and Normal Boys to Selected Music Stimuli, *Journal of Music Therapy*, nr 3.

Steel e(1968), Programmed use of music to alter uncooperative problem behavior, *Journal of Music Therapy*, nr 4.

Thaut (1989), Music Therapy, Affect Modification, and Therapeutic Change. *Music Therapy Perspectives*, nr 7.

Duerksen (1967), Some similarities between music education and music therapy, *Journal of Music Therapy*, nr 3.

Giles, Cogan, Cox (1991), A Music and Art Program to Promote Emotional Health in Elementary School Children, *Journal of Music Therapy*, nr 3.

Steele, Vaughan, Dolan (1976), The School Support Program: Music Therapy for Adjustment Problems in Elementary Schools, *Journal of Music Therapy*, nr 2.

Kopacz M. (1997), Wpływ muzykoterapii na obniżenie poziomu agresji u dorastającej młodzieży, *Psychoterapia* nr 4.

Muzykoterapia na rzecz zdrowia i edukacji społeczności europejskiej

Wita Szulc

Uniwersytet Wrocławski

Omówienie książki pt.: *Music Therapy in Health and Education*. Praca zbiorowa pod red. Margaret Heal i Tony Wigram'a. Przedmowa Anthony Storr. J. Kingsley Publ. London 1993.

Książka stanowi pokłosie pierwszej europejskiej konferencji o zasięgu światowym zorganizowanej w kwietniu 1992 roku w King's College w Cambridge (Anglia) przez Brytyjskie Towarzystwo Muzykoterapii (BSMT) oraz Stowarzyszenie Zawodowych Muzykoterapeutów (APMT) pod hasłem stanowiącym część tytułu omawianej publikacji: "Music Therapy in Health and Education in The European Community". Na konferencji wygłoszono 68 referatów i zaprezentowano 23 plakaty (o czym pisząca te słowa wie, ponieważ uczestniczyła w niej jako jedyny przedstawiciel krajów byłego obozu socjalistycznego, z tej racji zwolniony z kosztów uczestnictwa. Niestety, taka sytuacja już nigdy więcej nie powtórzyła się, a europejskie konferencje muzykoterapeutów z udziałem licznych reprezentantów krajów Europy wschodniej odbywają się co roku). Książka nie jest jednak zwykłym zbiorem materiałów konferencyjnych, choćby z tego względu, że zawiera prace tylko części autorów występujących na konferencji w Cambridge. Są one, podobnie jak hasło przewodnie konferencji, nadal aktualne i dlatego warte spopularyzowania. Autorzy należą do światowej czołówki muzykoterapeutów, co stwierdzić można z perspektywy ubiegłych 18 lat śledząc ich następne publikacje. Oto zawartość omawianej książki, która dzieli się na dwie części.

Część I: Praca kliniczna z dziećmi:

1. *Clive Robbins*, Uniwersalność procesu twórczego.
2. *Pier Luigi Postacchini (i wsp.)*, Przypadek ciężkiej regresji dziecięcej leczony muzykoterapią i zbadany w trakcie superwizji grupowej. Praca z młodzieżą.
3. *Jos de Backer*, Treść (co się dzieje podczas) muzykoterapii.
4. *Claire Flower*, Kontrola i twórczość – muzykoterapia z młodzieżą pod specjalnym nadzorem. Rodzina.
5. *Amelia Oldfield*, Muzykoterapia z rodzinami.
6. *Hanne Metter Kortegard*, Muzykoterapia w leczeniu psychodynamicznym schizofrenii.

Dorośli:

7. *G. Berruti (i wsp.)*, Opis działań muzykoterapeutycznych prowadzonych na Wydziale Psychiatrycznym Uniwersytetu w Genui.
8. *Esme Towse i Claire Flower*, Poziomy interakcji w improwizacji grupowej.
9. *Gianluigi di Franco*, Metodologia muzykoterapii w sferze zdrowia psychicznego.
10. *Fiona Ritchie*, Otwieranie drzwi -Muzykoterapia z osobami mającymi trudności w uczeniu się.
11. *Ann Sloboda*, Indywidualna terapia z mężczyzną, który miał zaburzenia związane z przyjmowaniem pokarmów.
12. *Denise Erdonmez*, Muzyka – mega witamina dla mózgu.
13. *J. Raijmackers*, Rola muzykoterapii w diagnozowaniu pacjentów psychogeriatrycznych.

Część II: Badania naukowe. Przegląd literatury.

14. *T. Wigram*, Badania naukowe w muzykoterapii, które spełniają wymagania służby zdrowia i edukacji – przegląd i analiza literatury.
15. *C.D. Maranto*, Zastosowanie muzyki w medycynie. Badania stosowane
16. *A. Agrotou*, Spontaniczna zrytualizowana zabawa w muzykoterapii: analiza techniczna i teoretyczna.
17. *R. Bright*, Kulturowe aspekty muzykoterapii.
18. *J. Hooper*, Rozwój interakcji podczas ćwiczeń muzycznych. Strategia mająca na celu uwydatnienie i walidację podejścia opisowego.
19. *P. Muller i A. Warwick*, Dzieci autystyczne: wpływ zaangażowania matek w terapię.
20. *H. Smeijsters i J. van den Hurk*, Badania nad praktycznym zastosowaniem muzykoterapii w leczeniu klienta z objawami anorexia nervosa.
21. *J. Sutton*, Gitara nie zna tej pieśni: badanie równoległego rozwoju mowy i muzykoterapii.
22. *Tony Wigram*, Techniki obserwacyjne w analizie muzykoterapii aktywnej i receptywnej prowadzonej z klientami niezrównoważonymi i samookaleczającymi się. Wśród wymienionych autorów warto przedstawić najważniejszych: prof. dr Tony Wigram, ówczesny przewodniczący WFMT czyli Światowej Federacji

Muzykoterapii pracuje jednocześnie w Danii na Uniwersytecie w Aalborgu i w Londynie. Prof. dr Jos de Backer – przewodniczący Europejskiego Komitetu Muzykoterapii, pracuje na Uniwersytecie w Leuven (Belgia). Clive Robbins, z wykształcenia pedagog specjalny, założyciel, wraz z Paulem Nordoffem, pianistą i kompozytorem Centrum Muzykoterapii przeznaczonego dla dzieci specjalnej troski. Jego film prezentujący stosowaną przez niego metodę był największym wydarzeniem Konferencji. Centrum stworzone przez Nordoffa i Robbinsa to powstało w Nowym Jorku i wkrótce powiększyło się o kilkanaście oddziałów na całym świecie, z których najsłynniejsze mie^o znalazła wielu naśladowców, także w Polsce.

Prof. Cheryl Dileo Maranto, poprzednia przewodnicząca Światowej Federacji muzykoterapii, autorka wielu książek o stosowaniu muzyki w medycynie (wyraziła zgodę na publikację jednego ze swoich tekstów na stronie internetowej „arteterapia”).

Podczas konferencji rozdawany był katalog wydawnictwa Jessica Kingsley Publishing z Londynu, specjalizującego się w wydawaniu książek na temat terapii przez sztukę. Oto jedna z nich, dostępna w Polsce:

Różnorodność badań naukowych w dziedzinie arteterapii. *Handbook of Inquiry in the Arts Therapies. One River, Many Currents.* Praca zbiorowa pod red. Helen Payne. Przedmowa John Rowan. J. Kingsley Publ. London 1993, 288 s.

Książkę tę, uważaną za najważniejszy podręcznik naukowej arteterapii rekomendował muzykoterapeutom *British Journal of Music Therapy*, a także periodyk o zasięgu światowym, wydawany równocześnie w Nowym Jorku, Londynie, Tokio i Seulu *The Arts in Psychotherapy*. Jej redaktorka, Helen Payne, jest starszym wykładowcą doradztwa (konsultingu) na Uniwersytecie w Hertfordshire w Angli, a poza tym ma praktykę prywatną jako psychoterapeuta. Omawiana książka jest pierwszym zbiorem prac naukowców brytyjskich zajmujących się problematyką badawczą w dziedzinie szeroko pojętej arteterapii, t.j. dramoterapii, arteterapii wizualnej, choreoterapii i muzykoterapii. Zawiera opisy badań prowadzonych metodami zarówno ilościowymi jak i jakościowymi. Zawiera wiele cennych refleksji na temat procesu badawczego jak i istoty terapii przez sztukę. Szczególnie interesujące wydają się być następujące opracowania: „Terapia dźwiękiem stosowana wobec osób z trudnościami w uczeniu się, mająca na celu redukcję lęku i zaburzenia w zachowaniu” (Tony Wigram), „Badania naukowe w dziedzinie muzykoterapii dzieci wykorzystywanych seksualnie” (Penny Rogers).

Książka choć liczy już 17 lat, zawiera wiele ważnych informacji, które mogą zainteresować polskiego czytelnika.

