

Grażyna E. KWIATKOWSKA

**Wykorzystanie różnych form aktywności twórczej w pracy z pacjentami oddziałów szpitalnych**

The Use of Different Forms of Creative Activity in the Work with Patients of Hospital Wards

WSTĘP

Burzliwy rozwój terapii jako empirii klinicznej spowodował, iż obecnie wyodrębnić można w jej ramach różne kierunki i metody. Powstała w związku z tym konieczność wprowadzenia klasyfikacji. Mamy ich obecnie wiele, a związane są one z faktem, że „psychoterapia nie istnieje jeszcze jako jednolita nauka mająca obowiązujące definicje pojęć, jednolity system terminologiczny i jednolitą teorię” (S. Kratochvil 1978, s. 26).

J. H. Watkins np. (za: L. Grzesiuk 1976, s. 207) zaproponował klasyfikację obejmującą dwie klasy: 1) metody podtrzymujące (wyodrębnił wśród nich 28 form terapii), 2) metody nastawione na przebudowę osobowości pacjentów. W tej grupie wyodrębnia się 24 formy psychoterapii.

Podejście Watkinsona „ogranicza się [...] niemal wyłącznie do wyliczania stosowanych w praktyce technik psychoterapeutycznych z uwzględnieniem nazwisk terapeutów, którzy je wprowadzili” (*ibid.*, s. 208).

Podobny typ klasyfikacji przedstawili m. in. w r. 1960 R. M. Mowbray i G. C. Timbury (*ibid.*, s. 208). H. J. Kaplan i B. J. Sadocka (za: L. Grzesiuk 1976, s. 209) są autorami klasyfikacji, u podłoża której znajdują się podstawy teoretyczne stosowanych metod, zaś T. Milton (za: *ibid.*, s. 209-210) wyróżnia cztery główne podejścia do problematyki mechanizmu kształtowania się zaburzeń w przygotowaniu do metod terapii. Klinicysta ma do swojej dyspozycji w trakcie badania 4 klasy danych, z których każda odnosi się do innego poziomu funkcjonowania człowieka. Są to: 1) poziom biofizyczny (koncentrują na nim uwagę nauki

medyczne), 2) poziom intrapsychoiczny (stanowiący główny przedmiot rozważań koncepcji psychoanalitycznych, kładących nacisk na procesy nieświadome), 3) poziom fenomenologiczny (odnoszący się do tego, co bezpośrednio dane, co jest dostępne świadomości), 4) poziom behawioralny (odpowiadający obserwowalnemu na zewnątrz zachowaniom wyznaczonym przez działające na człowieka bodźce pochodzące od otoczenia).

Wśród koncepcji na temat powstawania zaburzeń w przystosowaniu oraz ich terapii można wyodrębnić podejście zróżnicowane ze względu na to, który spośród wymienionych poziomów funkcjonowania człowieka jest głównym źródłem zainteresowań.

Z kolei przedstawiciele koncepcji interakcyjnych koncentrują swoją uwagę na procesach zachodzących w grupie. Szczególnie istotne są dla nich właściwości komunikowania się, sposoby przekazywania informacji. Zjawiska pojawiające się w toku interakcji stanowią — według nich — bezpośrednią przyczynę występujących u jednostki zaburzeń w przystosowaniu. Do zwolenników tej koncepcji zalicza się E. Berne'a, T. A. Harrisa, N. W. Ackermana (*ibid.*, s. 220).

Inny podział przedstawił S. Kratochvil, który współczesne kierunki psychoterapii dzieli na:

1. Klasyczną psychoterapię głębinową. Za jej twórcę uznaje się Z. Freuda. W nurcie tym wymienia się także: neopsychoanalizę H. Schultza-Henckego, psychologię indywidualną A. Adlera i psychologię analityczną C. G. Junga.

2. Psychoterapię dynamiczną. Obejmuje ona kierunki, które w sposób nieortodoksyjny nawiązują do psychoanalizy, przełamały zwłaszcza jej instynktywizm i panseksualizm. Zorientowana jest ona na reorganizację osobowości pacjenta, zwracając szczególną uwagę na stosunki interpersonalne, aktualne sytuacje konfliktowe, w których szuka się przyczyn nie przystosowanego zachowania pacjenta (S. Kratochvil 1978, s. 58). Uwzględnia się tu: psychoanalizę kulturową w ujęciu K. Hornej, E. Fromma, H. S. Sullivana; szkołę chicagowską, m. in. F. Aleksander, J. Massermann, szkołę z Palo Alto, do której należeli m. in.: J. Haley, G. Bateson, D. Jackson.

3. Psychoterapię C. R. Rogersa (1991).

4. Psychoterapię pawłowską m. in. A. M. Swiadeszcz, M. S. Lebiedenski, K. I. Płatow, B. N. Birman, A. P. Słobodanik.

5. Psychoterapię behawioralną, opierającą się na psychologicznych teoriach uczenia. Jego czołowymi przedstawicielami są: H. J. Eysenck, J. Wolpe.

6. Psychoterapię antropologiczną. Stawia ona sobie pytanie dotyczące samej istoty człowieka. Rozpatruje zagadnienie ludzkiego istnienia i jego sensu, zagadnienie ducha, sumienia, odpowiedzialności człowieka. Chodzi jej o zrozumienie ludzkiej egzystencji (*ibid.*, s. 108). Wyróżnia się tu: daseinsanalizę (m. in. L. Binswanger, M. Boss, R. Kuhn, W. Brautigem, P. Christian, A. Storch, R. May, R. Straus, E. V. von Gebattel), — analizę egzystencjalną i logoterapię (V. E. Frankl 1975), — psychologię humanistyczną, która stara się zrozumieć

wewnętrzne przeżycia jednostki i nauczyć ją opanowywać swoje przeżycia. Przedstawicielami tego kierunku są: A. H. Maslow, Ch. Bühner, J. Bugental, S. Jourard, A. Sutich (*ibid.*, s. 119).

7. Postawę eklektyczną reprezentowaną m. in. J. D. Franka, H. H. Struppa (por. J. Dollard, N. E. Miller 1967).

S. Kratochvil dokonuje także podziału metod psychoterapii według założeń teoretycznych, z których się wywodzą i w zależności od ich sposobu oddziaływania. Wyróżniono metody racjonalne, sugestywne, odreagowujące, psychoanalityczne oraz interpersonalnie korektywne (*ibid.*, s. 134).

Przedstawione tu przykładowe klasyfikacje wskazują na wielość kierunków psychoterapii i ogrom stosowanych w praktyce metod terapeutycznych. Powstaje zatem pytanie, co skłania terapeutów do poszukiwania wciąż nowych form oddziaływań korekcyjnych. A przecież, jak wskazuje analiza literatury przedmiotu, zakłada się *a priori*, że psychoterapia w każdym przypadku oddziałuje na podmiot pozytywnie.

Jednak praktyka terapeutyczna coraz częściej dostarcza zupełnie innych faktów. Otóż w trakcie i po zakończeniu procesu terapeutycznego pojawiają się negatywne zjawiska typu: przedwczesne przerwanie terapii przez pacjenta, jego opór, szukanie ponownego kontaktu z terapeutą wkrótce po zakończeniu terapii itd.

Już J. T. Landis (1978) w r. 1937 twierdził, że skutkiem terapeutycznego zmęczenia może być nerwica, zaś w r. 1952 H. J. Eysenck wątpił w ogóle w skuteczność terapii (H. J. Eysenck 1952). Z kolei T. Tenk (1988) stwierdził, że najczęstszym skutkiem terapii jest efekt przeciętności; psychoterapia może zarówno pomóc, jak i zaszkodzić. Badania S. Rachmana (1971), W. Schultza (1984) pozwoliły na wyodrębnienie tych czynników, które mogą pełnić rolę zakłócającą proces terapii. Należą do nich: 1) czynniki hamujące proces psychoterapii (np. wytworzone przez terapeutę u pacjenta w trakcie terapii neurotyczne mechanizmy obronne; przedwczesne przerwanie terapii przez pacjenta), 2) cechy osobowości terapeuty, 3) cechy osobowości pacjenta, 4) zmienne interakcyjne, 5) negatywne czynniki przeciwdziałające, które mogą pojawić się w terapii (formy oporu, jak: stałe unikanie określonych tematów, „uchylenia” pacjentów w stosunku do zasadniczych reguł, zwracające długie milczenie bez komentarza itd.) (por. G. E. Kwiatkowska 1991).

Badania te zwróciły ponadto uwagę na fakt coraz częstszego odchodzenia pacjentów od terapii. Wykazały także nieskuteczność konwencjonalnych form oddziaływań psychoterapeutycznych. Z tego też względu obserwuje się sięganie przez terapeutów po niekonwencjonalne formy terapii, takie jak: taniec, pantomima, teatr, muzyka itd. Ich wartość nie była — jak dotychczas — sprawdzana w metodycznie prowadzonych badaniach empirycznych. Niemniej pojawiające się doniesienia wskazują na duże możliwości praktyczne proponowanych form. Ponadto umożliwiają one pacjentom kreatywne działanie.

## FORMY AKTYWNOŚCI TWÓRCZEJ WYKORZYSTYWANEJ W PRACY Z PACJENTAMI

Wspólną cechą proponowanych niekonwencjonalnych form oddziaływań jest to, że pochodzą one z założeń, na których opierają się koncepcje teoretycznego znaczenia sztuki w ogóle, a szczególnie jej oddziaływania psychoterapeutycznego i psychokorekcyjnego. Podkreślają one, iż:

1. Sztuka oddziałuje na wszystkie sfery człowieka, kształtujące jego psychikę i wzbogaca życie wewnętrzne.

2. Ścisły związek pomiędzy doświadczeniem estetycznym a doświadczeniem ogólnym określa sztukę jako zdolną nie tylko do kształcenia wrażliwości estetycznej, ale wyznacza jej ważną funkcję w wychowaniu człowieka w zakresie ogólnego przygotowania do życia.

3. Komunikacyjna funkcja sztuki decyduje o tym, że jest ona istotnym elementem w życiu nie tylko jednostki, ale i społeczeństwa.

4. Sztuka wzbogaca wewnętrzne życie człowieka; pogłębia nie tylko treść jego życia emocjonalnego (przez ukazanie nowych wartości), ale działa także w kierunku kształcenia intelektu.

W tezach tych mówi się o działaniu sztuki na bierny podmiot. Jednak w chwili gdy dojdzie do zaktywizowania jednostki, będziemy mieć do czynienia z podmiotem działającym, a sztuka uzyskuje dodatkowy aspekt. Staje się wówczas niewyczerpanym źródłem dla tworzenia niekonwencjonalnych form oddziaływań korekcyjnych. Toteż, jeżeli założymy, że: podmiot jest aktywny w trakcie terapii, a twórczość rozumiana jest jako dyspozycja lub własność podmiotowa, która może zostać spotencjalizowana w działaniu przez jednostkę, możemy spojrzeć na sztukę z punktu widzenia działającego podmiotu. Ten aspekt był już rozpatrywany przez badaczy, którzy zauważali m. in., że:

1. Tworzenie jest sposobem rozładowywania istniejących napięć wewnętrznych. Nie jest to pogląd nowy. Od Arystotelesa przetrwało przekonanie odnoszące się do tragedii (później uogólnione na całą sztukę), iż uwalnia ona nasze napięcia i oczyszcza duszę. Sztuka dostarcza bowiem okazji do kontrolowanego wyładowania emocji w procesie działania artystycznego, napięć i niepokojów stanowiących zagrożenie dla równowagi wewnętrznej; rozładowuje lub osłabia konflikty wewnętrzne, a także dzięki specyficznym własnościom swej treści i formy, dysponuje możliwością jednoczesnego oddziaływania na wszystkie sfery życia psychicznego (B. Dziemidok 1974, s. 14-15).

2. Aktywność twórcza pomaga w odzyskaniu kontroli nad wewnętrznymi konfliktami przez ukształtowanie bardziej obiektywnego widzenia rzeczywistości; wyzwala tym samym z nadmiaru egocentryzmu, który może skłaniać do wyolbrzymiania własnych kłopotów, niepowodzeń, trosk (*ibid.*, s. 14-15). A dzieje się to dzięki temu, że stwarza warunki do projekcji i częściowego wyładowania własnych niepokojów i kompleksów oraz impulsów, które nie wyładowane mogłyby stać się destrukcyjne dla jednostki, a ujawnione w bardziej

bezpośredniej postaci byłyby niebezpieczne i szkodliwe dla społeczeństwa (Z. Rosińska 1976).

3. Podstawową potrzebą leżącą u podstaw tworzenia jest imperatyw komunikowania. „Potrzeba komunikowania jest tą siłą popychającą artystę do przekształcania jego fantazji w wytwór, do rezygnowania z satysfakcji uzyskiwanej tylko w marzeniach i wyobraźni, a szukania jej na drodze twórczości” (Z. Rosińska 1973). I. Wojnar tak podsumowała dotychczasowe doświadczenia badaczy dotyczące komunikacyjnej roli sztuki:

Obecnie jesteśmy coraz głębiej przekonani o społecznych i intelektualnych wartościach ekspresji. Jest ona — oczywiście — sposobem przeżyć jednostki dla wyrażania skierowanego ku ludziom, związana w sposób konieczny z potrzebą komunikowania, a więc stworzenia wspólnoty. W ten sposób ekspresja staje się również narzędziem wychowania społecznego, podstawą wytwarzania przeżyć wspólnotowych, rozumienia i porozumienia, dzięki uniwersalnemu charakterowi języka sztuki: języka obrazów i uczuć przedstawionych za pomocą różnych środków wyrazowych. Staje się także narzędziem wychowania intelektualnego w tym sensie, że uczestniczy w osobistym pojmowaniu świata, osobistym jego przyswajaniu (I. Wojnar 1976, s. 333-334).

4. Twórczość kompensuje braki codziennego życia psychicznego, jak bezczynność lub niedostateczna aktywność poszczególnych sfer psychiki. Rozszerza granice jednostkowego istnienia przez zastępcze zaspokojenie nie zrealizowanych pragnień, marzeń i ambicji (por. B. Dziemidok 1976, s. 95).

Te walory sztuki mają istotne znaczenie dla koncepcji wykorzystania jej w terapii. Sztuka może być przecież środkiem służącym skutecznie przeciwstawianiu się chorobie, szczególnie gdy dotyczy to schorzeń psychicznych i zaburzeń emocjonalnych; pomaga w ogólnym przygotowaniu do życia, co ma szczególne znaczenie dla osób, którym choroba stwarza utrudnienia w normalnym funkcjonowaniu:

Spółeczny charakter sztuki pomaga w korygowaniu zaburzeń w zakresie stosunków interpersonalnych, ułatwia choremu nawiązywanie kontaktu z otoczeniem, a terapeutę z pacjentem; wspomagając rozwój intelektualny człowieka, sztuka pozwala mu na wzmocnienie poczucia własnej wartości, na pełniejsze zrozumienie wartości życia, jego celu i sensu (T. Natanson 1979, s. 22-23).

Wszystkie te wartości sztuki dostrzeżone przez badaczy, a także możliwości wykorzystania jej w terapii jako różnorakie formy oddziaływań psychokorekcyjnych sprawiły, że obecnie mamy do czynienia z wieloma niekonwencjonalnymi sposobami pracy z pacjentami. Należą do nich m. in. ergoterapia, arteterapia, muzykoterapia, choreoterapia, biblioterapia, teatr lalek, teatr improwizowany. Nowoczesne wydaje się pouczenie Sorana z Efezu (100 n. e.), który zalecał czytanie „lekkiej literatury”, podejmowanie podróży, zwiedzanie nowych krajów, rozmowy z życzliwymi słuchaczami, wreszcie grę w sztukach teatralnych. Ten ideał aktywnego życia wyeksponowany został przez romantyzm. W tym też okresie wprowadza się do programu leczenia umysłowo chorych zajęcia i pracę.

Od tego czasu terapia zajęciowa zdobywa coraz szersze zastosowanie jako środek leczniczy na oddziałach psychiatrycznych.

W wieku XX terapię zajęciową wprowadza się w domach starców, na oddziałach dla chroników. [...] Po drugiej wojnie światowej, łącznie z rehabilitacją, ma ona coraz większe znaczenie i zastosowanie (K. Milanowska 1982, s. 14).

Terapia zajęciowa to pewne określone czynności o charakterze zajęć fizycznych lub umysłowych w danej dziedzinie, które mają na celu przywrócenie choremu sprawności fizycznej i psychicznej. Wykorzystuje się tu takie formy działalności, jak: tkactwo, pracę w drzewie, wykonanie galanterii skórzanej, metaloplastykę, koszykarstwo, haft, dziewiarstwo, koronkarstwo, siatkarstwo, garncarstwo i ceramikę, krawiectwo, introligatorstwo, zajęcia kulturalno-rozrywkowe oraz gry i zabawy. Zajęcia kulturalno-rozrywkowe np. mają duże zastosowanie w zakładach leczniczych, szczególnie tam, gdzie pobyt pacjenta jest stosunkowo długi. Racjonalne wypełnienie czasu zapobiega ujemnemu wpływowi bezczynności, destrukcyjnemu działaniu nudy, apatii, zdenerwowania, tęsknoty. Zajęcia te to przede wszystkim wypełnienie codziennego życia, ubożego we wrażenia na skutek braku kontaktu z otoczeniem. Należy jednak podkreślić, że zajęcia tego typu mają szczególną wartość terapeutyczną wówczas, gdy formy zajęć są starannie dobrane i dostosowane do możliwości pacjenta. Wśród realizowanych form zajęć kulturalno-rozrywkowych, wyróżnia się m. in. czytelnictwo, film, audycje radiowe i telewizyjne, gry i zabawy (por. K. Morawska 1982, s. 379-386). I tak np. gry i zabawy są niewyczerpanym źródłem swobody. Mają duży wpływ na sprawność fizyczną i psychiczną, koordynację i estetykę ruchów. Rozwijają szybkość orientacji, umiejętność podejmowania decyzji, odwagę i opanowanie; pobudzają pomysłowość, uzupełniają wiadomości. Terapia zajęciowa (praca) jako zatrudnienie, które skierowuje pacjenta na samoćwiczenie (samopomoc), powinna także rozwijać twórczo oraz umożliwiać ponowne tworzenie swego obrazu. Ma ona jednak także aspekt praktyczny. Powinna umożliwiać pacjentom przekwalifikowanie zawodowe, nabycie nowych sprawności.

Z kolei arteterapia wykorzystuje w sposób twórczy aktywność typu: rysowanie, malowanie, modelowanie. Operujący tą techniką ma możliwość posłużenia się zarówno linią, jak i kolorem w postaci barwnej plamy.

Dotychczasowe badania nad arteterapią przyniosły już pierwsze klasyfikacje. L. Joanidis (S. Kratochvil 1981, s. 223) wyróżnił arteterapię o charakterze kreacyjnym, integrującym, czynnościowym, sublimacyjnym, projekcyjnym.

Arteterapia o charakterze kreacyjnym i integrującym eksponuje samą twórczą aktywność. Wytworzona produkcja jest jednym ze sposobów wyzwolenia latentnych sił: artystyczna działalność aktywizuje zatem drzemiące zdolności, wzmacnia tendencje pacjenta do własnej realizacji, scala jego osobo-

wość. Z kolei arteterapia czynnościowa wykonuje twórczą produkcję jako jedną z form działalności, która wyzwala chorego z jego patologicznych myśli i stanu, odrywa od koncentracji na chorobie, wzmacnia zdrowe strony jego osobowości. Natomiast sublimacyjna arteterapia umożliwia wentylowanie różnych popędowych impulsów oraz emocjonalnych stanów (obaw, lęków, depresji, niepokoju itp.) dzięki działalności twórczej, przez co obniża się niebezpieczne zewnętrzne przejawy tego impulsu, tak jak np. agresja, dewiacje seksualne, próby samobójcze itp. Arteterapia projekcyjna pobudza do rzutowania uczuć, postaw i motywów na wytwory twórczości w tym celu, aby mogły one lepiej być poznawane, przetracowane, skomentowane. Przy stosowaniu tego typu arteterapii nie jest istotna artystyczna wartość dzieła, nawet jeśli w innych formach arteterapii nieraz próbuje się podnieść artystyczną wartość wytworu i rozwijanie zdolności artystycznej pacjentów. W projekcyjnej arteterapii istota rzeczy tkwi w tym, aby dostarczyć pacjentom pomocniczych środków do wyrażania swojej problematyki.

Jak dotychczas w literaturze przedmiotu można znaleźć szczegółowe opracowania dotyczące jedynie psychorysunku i malarstwa. Niewiele opracowań doczekały się takie techniki plastyczne, jak: modelowanie, wydzieranie, wycinanie itp. J. Pawlik (1981, s. 207) podnosi praktyczną wartość rysunku:

Stosując psychorysunek udawało nam się dotrzeć do ważnych przeżyć, doświadczeń życiowych naszych pacjentów, które to doświadczenia dotychczas były zamknięte i niedostępne dla innych. Wyrażone w rysunku i nazwane słowami dawały możliwość innego i pełniejszego na nie spojrzenia, a także stanowiły materiał do dalszej pracy w grupie psychoterapeutycznej.

Podobne zapatrywania na „wszechstronność” psychorysunku spowodowały ogromne zainteresowanie tą formą terapeutyczną oraz przyczyniły się do jej technicznego opracowania. Obecnie, działanie arteterapii dzieli się przeważnie na dwie zasadnicze części: działaniową (wykonanie rysunku lub innej pracy plastycznej) oraz dyskusyjną (po zakończeniu malowania).

W części działaniowej stosuje się takie formy aktywności, jak: 1) swobodne mazanie każdy rysuje co chce, 2) rysunek jako forma konwersacji: członkowie grupy pracują z wybranymi partnerami, parami; mają oni przed sobą jeden rysunek i wspólnie na nim komunikują się za pomocą kresek i barw, 3) rysowanie dopełniające: posyła się w kole rysunek, jeden pacjent zaczyna, a każdy następny coś dodaje, 4) wspólne rysunki: większość osób lub cała grupa rysuje wspólnie na jednym kartonie bądź wielkim papierze, np. grupę, jej nastrój itp.

Po zakończeniu malowania odbywa się część dyskusyjna. Wymienia się dwa podstawowe sposoby pracy z gotowymi rysunkami: wystawienie wszystkich jednocześnie, aby można było porównać, co kto namalował oraz omawianie pojedynczych rysunków po kolei. Dyskusja nad rysunkiem może dotyczyć tego, co pacjent chciał pokazać lub tego, co w rysunku dostrzegają pozostali bez względu na własną koncepcję autora.

Arteterapię coraz częściej łączy się z czytelnictwem. Pacjentom podaje się

określone formy literackie (wiersz, fragment prozy), które pełnią rolę bodźca, oni zaś próbują własne doznania zobrazować. W pediatrii stosuje się bajki, które zwykle obrazują nie tylko konflikty, ale i sposoby przeżywania i rozwiązywania problemów (H. von Beit 1952). Dzieci graficznie obrazują to, co według nich jest najważniejsze, najtrudniejsze.

Inną formą oddziaływania jest muzykoterapia. Wywiera ona leczniczy wpływ na pacjenta przez różne elementy i rodzaje muzyki, jak również zróżnicowane formy jej odbierania i uprawiania. Muzyka jako środek oddziaływania posiada bardzo szeroki zasięg. Wynika to z jej wielofunkcyjności i możliwości dostosowania działania do różnorodnych potrzeb, a także minimalnych ograniczeń w jej zastosowaniu (T. Natanson 1979, s. 23-24). Muzyka stosowana jako metoda lecznicza w odpowiedni sposób wpływa dodatkowo na samopoczucie chorych w lecznicach ogólnych i klinikach różnych specjalności. Przez oddziaływanie na psychikę podnosi atmosferę leczniczą i wpływa na poprawę zdrowia somatycznego. Obecnie muzykoterapię wykorzystuje się w wielu ośrodkach leczniczych jako (często) samodzielną formę oddziaływań korekcyjnych. Stan badań na temat muzykoterapii przedstawił m. in. T. Natanson (1979, s. 39-50), który skonkludował je w następujących punktach (s. 49): 1) pewne utwory muzyczne, a nawet pewne fazy ich przebiegu zdolne są do wywierania określonego, jednakowego u większości badanych wpływu na zachowanie się obserwowalnych wskaźników biomedycznych, 2) subiektywna ocena percypowanej muzyki, uwarunkowana licznymi czynnikami, może wpływać w dość znaczący sposób na rodzaj i jakość wzbudzanych przez nią reakcji, 3) silne zabarwienie subiektywizmem wszelkich form kontaktu człowieka z muzyką wskazuje na konieczną ostrożność w ocenie roli obiektywnych cech muzyki w procesie oddziaływania nią na psychosomatyczny ustrój człowieka.

Pamiętać należy o tym, że percepcja nie jest biernym odbiorem muzyki, lecz zawiera w sobie w sposób konieczny pierwiastek aktywności, aktywne zaś uprawianie muzyki łączy się nieodzownie z jej percypowaniem. Ta specyfika spowodowała wyróżnienie dwu technik: biernej (receptywnej) oraz aktywnej; obie formy znalazły swe szerokie zastosowanie. Formy aktywne mają specjalne znaczenie dla osób, których choroba pozbawiła możliwości stykania się z formami piękną, dostępnymi dla ludzi zdrowych. Wśród nich wyróżnia się: śpiewanie pieśni, naukę gry na instrumencie, organizowanie zespołów orkiestrowych. Wykorzystuje się je w pracy zarówno z dziećmi, jak i dorosłymi. Z kolei formy bierne (receptywne) preferują odbiór muzyki przez pacjentów, a więc: słuchanie muzyki żywej, transmitowanej przez radio, odtwarzanej z taśmy magnetofonowej, korzystanie z koncertów. A. Demianowski podkreśla, że:

Muzyka powinna wywoływać pogodny nastrój i odprężenie i uzupełniać to, co niedomówione, utrzymywać w równowadze, kształtować całość, nadawać przeżyciom odpowiedni kolor i wyrazistość. Przeżycia kuracjuszy stają się dopiero dzięki muzyce pełne i celowe (za: T. Natanson 1979, s. 36).



Forma receptywna więc nakierowana jest na oddziaływanie na nastrój leczonych. Muzyka odpowiednio podana powinna zmienić i rozładowywać napięcia emocjonalne. „Słuchanie muzyki może prowadzić tym samym do konfrontacji z własnymi przeżyciami. Dotychczas nieświadome lub tylko częściowo uświadomione konflikty przenosi się w ten sposób w krąg konkretnych wyobrażeń myślowych. Transformacja ta oznacza emocjonalnie nacechowany wstęp do werbalnego wyjaśnienia w rozmowie psychoterapeutycznej, w przeciwieństwie do „racjonalnie — kompensacyjnej pozornej walki nie doprowadzającej do długotrwałego efektu leczniczego” (Ch. Schwabe 1971, s. 56).

Z muzyką łączy się obecnie także inne formy aktywności twórczej. Jest nią słuchanie muzyki i wykonanie określonych wytworów plastycznych. Muzyka i plastyka angażują różnorodne zmysły i różnorodne materiały. Pozwala to z jednej strony na emocjonalne pobudzenie słuchacza (muzyka), z drugiej zaś umożliwia mu adekwatne wyrażenie swych doznań, przeżyć. Wiele obrazów powstało po wysłuchaniu muzyki — akustyczny impuls został przedstawiony optycznie. Realizowane są następujące formy pracy: 1) malarskie przedstawienia piosenek; są to chętnie chwywane przez pacjentów ćwiczenia koncentracji, 2) tworzenie optycznych obrazów do muzyki poważnej. „Przypomnijmy, że silniej angażuje ona pacjentów, wywołuje więcej katatonicznych wyobrażeń wzrokowych o charakterze projekcyjnym oraz daje więcej przeżyć estetycznych. Badania Brömse i Kottera prowadzone na młodzieży zachodnioniemieckiej wykazały, że percepcja przebojów bitowych nie jest bardzo zróżnicowana, efekty są takie same, jakby słuchano tego samego utworu. Nieco bardziej zróżnicowany okazał się odbiór przebojów sentymentalnych. Ponadto muzyka „poważna” jest mniej znana pacjentom, co eliminuje przy jej percepcji wpływ niekorzystnych nerwicowych sposobów przeżywania, nabytych przez pacjentów w dotychczasowym doświadczeniu muzycznym” (E. Galińska 1977, s. 23).

Z muzyką łączy się także ruch. Lecznicza wartość tańca, na którym opiera się choreoterapia polega na regulującym działaniu ruchu tanecznego. Działanie choreoterapii jest wielozakresowe i wielozmysłowe (por. G. Gollnitz, G. Schultz-Wulf 1973).

O najwcześniejszych zastosowaniach muzyki jako leku można jedynie wnioskować na podstawie analogii wysnutych z doświadczeń żyjących jeszcze dziś ludów pierwotnych, które włączają muzykę jako bardzo istotny element magii — służący wespół z rytualnymi tańcami, zaklęciami i innymi magicznymi obrzędami różnym celom, jak np. leczenie chorych (T. Natanson 1979, s. 15).

Taniec działa niemal na wszystkie sfery odczuć człowieka. Są to: sfera kontaktów interpersonalnych, emocjonalna, motoryczna, fizjologiczna, poznawcza, wolicjonalna, estetyczna (Z. Aleszko 1989, s. 109). Choreoterapia jest niezwykle wdzięczną formą leczenia, gdyż uzyskiwane efekty dokonują się na tle emocji pozytywnych, zmniejszając niejako przez to psychiczny koszt leczenia.

Ponadto metoda ta pozwala na objęcie uwagą wszystkich członków grupy i umożliwia równomierny rozkład aktywności. Może być stosowana w kontekście psychoterapii — wtedy wzbogaca ją i uzupełnia, jak i w kontekście leczenia farmakologicznego (*ibid.*, s. 109).

Obecnie wyróżnia się następujące rodzaje choreoterapii (Z. Hora 1989, s. 48):

1. Ogólnotradycyjną — stosowaną do osób sprawnych fizycznie i przy dobrej wydolności krążeniowo-oddechowej. Ma ona na celu wzrost ogólnej kondycji i sprawności fizycznej. Ten rodzaj tańca stosuje się również do celów profilaktycznych zapobiegających przedwcześnie występującym procesom miażdżycowym, w profilaktyce nadciśnienia, otyłości i in. A także w oddziałach psychiatrycznych (M. R. Teembs 1968).

2. Sprawnościową — skierowaną do osób, które wykazują obniżoną sprawność motoryczną, obniżoną koordynację słuchowo-ruchową itd.

3. Specjalną — dla osób poszkodowanych fizycznie, dla których jedynym środkiem lokomocji jest wózek inwalidzki i osoby drugie.

Inną formą terapii związaną ze sztuką jest biblioterapia jako dział psychologii czytelnictwa. Zakłada wykorzystanie lektur książek i czasopism dla regeneracji systemu nerwowego i psychiki człowieka chorego. Bada ponadto możliwości profilaktycznego traktowania książki i czytelnictwa w szerszych zbiorowiskach społecznych. Obiektem działania biblioterapii są pacjenci szpitali i sanatoriów oraz chorzy indywidualni, stale przebywający w domu.

W zakres biblioterapii wchodzi działalność praktyczna w dziedzinie oddziaływania książki w różnych środowiskach społecznych przez odpowiedni dobór lektur oraz metod i form pracy z czytelnikami wymagającymi szczególnej opieki (por. W. Szulc 1989, s. 125). Według R. J. Rubina (1978) biblioterapia to program aktywności oparty na interakcyjnych procesach zastosowania drukowanych i niedrukowanych materiałów, zarówno wyobrażeniowych, jak i informacyjnych, ułatwiający przy pomocy bibliotekarza lub innego profesjonalisty osiągnięcie wglądu w normalny rozwój lub dokonywanie zmian w zaburzonym zachowaniu.

Wiele możliwości terapeutycznych daje zastosowanie w pracy z pacjentami teatru lalek (T. Dorst 1957; B. Baird 1965). Tę formę wykorzystuje się szczególnie w nowoczesnej pediatrii oraz rehabilitacji. Niemniej potrafi zainteresować także widzów dorosłych, od widza o ograniczonej percepcji doznań estetycznych teatru — do intelektualistów. W teatrze lalek przyjmuje się wymowę ruchu lub języka, a więc formę maski i lalek. Posiadają one wiele wspólnego z magią, zabawą. I właśnie tu upatruje się ich znaczenia terapeutycznego. Ta forma terapii umożliwia — w każdej chwili — powrót do realnej sytuacji, zdystansowanie jej. Pełnienie określonej roli (G. Elsasser 1959) w spektaklu zainscenizowanym lub w „wolnej” wymianie myśli umożliwia jednak pacjentowi uprzytomnienie sobie patologicznych przeżyć, swoich sposobów zachowania, a także na zobaczenie ich „z boku”. Pacjentom zdenerwowanym np. za pomocą gry lalki przedstawia się stan zdenerwowania. Lalki grają urojenia, mówią o ich halucynacjach.

Teatr lalek daje duże możliwości terapeutyczne już w pierwszym etapie przygotowania lalek. Wykonanie ich dostarcza wielu satysfakcji. Jeżeli lałkę wykonują pacjenci znajdujący się w fazie ostrego zachorowania, dokonują często wielu zniekształceń (np. pogrubienie ludzkiego oblicza, ich maskaronizacja itp.), od których się później dystansują. W trakcie inscenizacji lalki umożliwiają stworzenie bezpiecznej sytuacji pozwalającej na pokonanie niebezpiecznych — dla nich — problemów, aktywne ich rozwiązywanie, znalezienie pomocy i udzielenie jej innym.

Inną formą pracy wykorzystującą teatr to inscenizacje, w których pacjenci odgrywają bez masek swe role. Obecnie istnieje wiele jej odmian. Związane są one z leżącymi u podstaw koncepcjami teoretycznymi. Najbardziej rozpowszechnioną formą jest psychodrama, której twórcą jest J. L. Moreno. Jest to improwizowany teatr, uproszczony do celów terapeutycznych. Stoją tu wobec siebie pacjent (protagonista) i zespół psychodramatyczny, który składa się z kierownika (reżysera), i aktorów pomocniczych (*auxiliary ego*); funkcje aktorów pomocniczych mogą również spełniać współpacjenci. Są oni do dyspozycji pacjenta, który może zademonstrować dramatycznie swoje przeżycia i pragnienia, swoje realne postawy i marzenia (S. Kratochvil 1978, s. 303).

Psychodrama dąży do stworzenia modelu rzeczywistości, w którym z powodzeniem znajduje zastosowanie element odreagowania; rozszerza też rozumienie własnych reakcji, umożliwia nowe spojrzenie na własną sytuację oraz intensywną korektę emocjonalną zarówno u protagonisty, jak i nierzadko u publiczności. Może być również z powodzeniem użyty do ćwiczenia nowych, adekwatnych reakcji interpersonalnych (*ibid.*, s. 310).

Inną formę teatru improwizowanego może stanowić tzw. teatr pierwotnościowy, którego założycielem jest Alec Rubin, a rozwinął go Arthur Janov (1976). Jest to teatr uczuć, którego podstawową przesłanką jest przeświadczenie, że nie można być prawdziwym na scenie, nie będąc prawdziwym jako istota ludzka. Dlatego w teatrze tym najważniejsze jest odsłonięcie prawdziwego „ja”. Istotą teatru jest głębokie, uczuciowe doświadczenie. Doświadczamy chwil podniecenia i wzbogacenia, ilekroć coś głęboko porusza tam nas na poziomie osobistym i ożywia uczuciowo. Na warsztatach i podczas prób członkowie teatru pierwotnościowego pracują nad sobą, żeby osiąść umiejętność akceptacji tego dziecka i dorosłego zawartego w każdym z nich, żeby otwarcie wyrażać swoje uczucia, żeby przez zwrotne czy wsteczne doświadczenie własnego bólu uwolnić się z posiadanie własnej twórczości, swego naturalnego „ja” (A. Janov 1976).

#### ZAKOŃCZENIE

Przedstawiona wcześniej — jedynie w zarysie i wybiórczo — możliwość wykorzystania różnych form aktywności twórczej w pracy z pacjentami ukazuje

— w zasadzie — nieograniczone możliwości w tym zakresie. Toteż wydawać by się mogło, iż przesądzają one o niezwyklej ich przydatności w każdym przypadku.

Jak wykazały dotychczasowe badania nad wykorzystaniem poszczególnych technik terapeutycznych, nie są one niezawodne w każdym przypadku. Istnieją grupy chorych, dla których te lub podobne techniki, w wielu innych przypadkach niezwykle przydatne, okazują się być nieskuteczne, czy wręcz szkodliwe. Tym bardziej, jeżeli uwzględnimy pewne ograniczenia, w jakie uwikłana jest technika oddziaływania sztuką, a które zostały dostrzeżone przez badaczy zajmujących się tą problematyką. Należy zauważyć, m. in., że:

1) Stosunek, jaki zachodzi między powstającym wytworem a tworzącym jest w każdym przypadku relacją indywidualną.

2) Sztuka niemal zawsze jest ekspresją, lecz nigdy nie jest nią wyłącznie, „[...] zawiera ona nieskończoną ilość elementów tradycyjnych, konwencjonalnych, które artysta może sobie w pełni przyswoić, ale które nie wywodzą się z jego subiektywnych potrzeb czy osobistych celów” (A. Hauser 1970, s. 81).

3) Przegląd literatury przedmiotu może budzić poważne wątpliwości, czy wiedzę na temat wpływu sztuki na życie wewnętrzne człowieka można uznać za wystarczającą. Ma ona głównie charakter introspekcyjny i tylko częściowo opiera się na szerszych metodycznie prowadzonych obserwacjach psychologicznych. Koncepcja ta wymaga więc jeszcze systematycznej i empirycznej weryfikacji.

Rozważania te pozwalają ponadto na wyprowadzenie refleksji o charakterze bardziej szczegółowym. A mianowicie:

1. Tylko sztuka, terapia sztuką, jeśli prezentowana jest pod nadzorem i przewodnictwem profesjonalnych terapeutów może stanowić okazję dla tkwiących w niej możliwości podtrzymywania zdrowia, sił pacjenta i jego zdolności integracji (por. J. M. Erikson 1989, s. 29, która pisze m. in. „Jeśli takie doświadczenie zdrowotne jest możliwe, aby pacjent przeniósł wiedzę i siły uzyskane poprzez twórcze doświadczenie do życia, które będzie wiódł po opuszczeniu szpitala, to twórcza aktywność może pozostać na całe życie źródłem rozwoju i wzrostu”).

2. Zapomina się, że często czynnikiem zakłócającym przebieg terapii może być właśnie terapeuta, jak również jego osobowość i niekompetencja (lub wręcz brak wykształcenia terapeutycznego). Jest to szczególnie istotne w trakcie posługiwania się metodami zaczerpniętymi ze sztuki.

3. W tego typu terapii istnieje niebezpieczeństwo, że to pacjent będzie „dopasowany” do programu terapeutycznego, a nie program do pacjenta. Należy pamiętać bowiem o tym, że pacjenci którzy są pensjonariuszami instytucji (szpitala psychiatrycznego) ponoszą ryzyko, gdyż są stale otoczeni przez rozmaitych, o różnej orientacji profesjonalistów. Dlatego program oddziaływań musi być zawsze opracowany dla pacjenta, gdzie wszystkie metody tworzyć będą jednolitą, bezpieczną całość.

4. W tego typu terapii udział powinni brać tylko ci pacjenci, którzy są zainteresowani taką formą działalności.

5. Należy ponadto pamiętać o tym, że każdy wybór powinien „sam w sobie” stanowić efekt terapeutyczny. Jeżeli pacjent chce nawiązać kontakt werbalny (opowiedzieć o nim), to wówczas możemy traktować go jako dodatkowe źródło informacji o pacjencie. W każdym innym przypadku udział pacjenta w terapii lub rozmowa o wytworze będzie sytuacją przymusu, w której pacjent nie może uciec od atmosfery inwigilacji, gdzie każda jego czynność jest stale obserwowana, rejestrowana, diagnozowana. W tym przypadku na pewno nie mamy do czynienia z terapią czy sytuacją leczniczą, lecz ze zniewoleniem pacjenta przez program leczniczy i terapeutę.

#### BIBLIOGRAFIA

- Aleszko Z., *Choreoterapia w psychiatrii* [w:] *Arteterapia*, Wrocław 1989.
- Baird B., *The art of the puppet*, New York 1965.
- Beit H. von, *Symbolik der Marchens*, Bern 1952.
- Dollard J., Miller N. E., *Osobowość i psychoterapia*, Warszawa 1967.
- Dorst T., *Geheimnis der Marionette*, München 1957.
- Dziemidok B., *Katartyczno-kompensacyjny efekt sztuki a przeżycie estetyczne*, 1974, t. XI, s. 13-17.
- Dziemidok B., *Katartyczno-kompensacyjna funkcja sztuki* [w:] A. Kuczyńska (red.) *Sztuka i społeczeństwo*, Warszawa 1976, s. 92-126.
- Elsässer G., *Das Rollenspiel mit Puppen in der Psychotherapie*, „Z. Psychother. Med. Psychol.” 1959, 9, s. 140.
- Erikson J. M., *Arteterapia czy uprawianie sztuki na użytek zdrowia?*, [w:] *Arteterapia...*, s. 27-34.
- Eysenck H. J., *The effects of psychotherapy: an evaluation*, „Journal Consult. Psychol.” 1952, 16, s. 319-324.
- Frankl V. E., *Theorie und Therapie der Neurosen. Einführung in Logotherapie und Existenanalyse*, München Basel 1975.
- Galińska E., *Psychoterapeutyczne założenia muzykoterapii i ich realizacja*, „Psychoterapia” 1977, XXII, s. 21-32.
- Gollnitz G., Schultz-Wulf G., *Rhythmisch-psychomotorische Musiktherapie*, Jena 1973.
- Grzesiuk L., *Zasady systematyzacji wiedzy dotyczącej form psychoterapii* [w:] M. Kościelska (red.), *Materiały do nauczania psychologii*, seria IV, t. 5, Warszawa 1976, s. 207-222.
- Hauser A., *Filozofia historii sztuki*, Warszawa 1970.
- Hora Z., *Niektóre aspekty arteterapii w kompleksowym leczeniu rehabilitacyjnym stosowanym w szpitalu rehabilitacyjnym ZOZ dla szkół wyższych we Wrocławiu* [w:] *Arteterapia...*, s. 43-52.
- Janov A., *Revolution der Psyche. Erfolge der Primär — Therapie*, Frankfurt am Main 1976.
- Kratochvil S., *Psychoterapia*, Warszawa 1978.
- Kratochvil S., *Zagadnienia grupowej psychoterapii nerwic*, Warszawa 1981.
- Kwiatkowska G. E., *Psychoterapia a pacjent*, „Psychiatria Polska” 1991, 1, s. 70-74.
- Landis J. T., *Social Living, Principles and Problems in Introductory Sociology* [w:] H. Strotzka (Hrsg.), *Psychotherapie: Grundlagen Verfahren, Indikationen*, München 1978.
- Milanowska K. (red.), *Techniki pracy w terapii zajęciowej*, Warszawa 1982.
- Morawska K., *Zajęcia kulturalno-rozrywkowe* [w:] K. Milanowska (red.), *Techniki...*, s. 378-386.
- Natanson T., *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Wrocław 1979.

- Pawlik J., *Psychoterapia analityczna*, Warszawa 1981.
- Rachman S., *Wirkungen der Psychotherapie*, Stuttgart 1971.
- Rogers C. R., *Terapia nastawiona na klienta. Grupy spotkaniowe*, Wrocław 1991.
- Rosińska Z., *Carl Gustaw Jung — wizja sztuki zaangażowanej* [w:] A. Kuczyńska (red.), *Sztuka i społeczeństwo*, t. 1, Warszawa 1973, s. 167-237.
- Rosińska Z., *Rola sztuki w kształtowaniu zachowań społecznych* [w:] A. Kuczyńska (red.), *Sztuka...*, t. 2, Warszawa 1976, s. 288-310.
- Rubin R. J., *Bibliotherapy Sourcebook*, London 1978.
- Schultz W., *Analyse negativer Therapieeffekt und Probleme der Kontradikation*, Juettemann (Hrsg.), Technische Universität Braunschweig 1984, s. 149-168.
- Schwabe Ch., *Leczenie muzyką chorych z nerwicami i zaburzeniami czynnościowymi*, Warszawa 1972.
- Szulc W., *Biblioterapia* [w:] *Arteterapia...*, 125-126.
- Teembs M. R., *Dance Therapy* [w:] *Music in Therapy*, New York, London 1968.
- Tenk T., *Neurose als Psychotherapieeffekt*, Münster 1988.
- Wojnar I., *Wychowanie estetyczne — stymulacją osobowości i przyswojeniem świata* [w:] A. Kuczyńska (red.), *Sztuka...*, t. 2, s. 313-340.

#### SUMMARY

The present paper attempts to show the presence of art in therapy and the role it plays.

So far, the investigations have drawn attention to the fact of more and more frequent withdrawal of the patients from therapy. Besides, they showed inefficiency of conventional forms of psychotherapeutic effects. Because of that reason, therapists reach for unconventional forms such as dance, pantomime, theatre, music, etc. Their common feature is that they come from the assumptions on which the theoretical concepts of the importance of art in general are based, and especially the latter's psychotherapeutic and psychocorrecting effects.

The considerations presented in the paper made it possible to state that the knowledge about the influence of art on man's inner life must still be regarded as requiring systematic and empirical verification. Nevertheless, the suggested forms of influence can provide a chance for its possibilities of keeping up a patient's health, strength and his ability of integration. But this is possible only under certain conditions which were enumerated in the final part of the paper.