

Anna Wolska

MUZYKA I RYSUNEK W PROCESACH PSYCHOTERAPEUTYCZNYCH

Celem tego opracowania jest dokonanie przeglądu możliwości zastosowania rysunku i muzyki jako czynnika wspomagającego psychoterapię zaburzeń i chorób psychicznych, tj. w obszarze psychoterapii medycznej (Aleksandrowicz 1994). W takim przypadku zarówno rysunek, jak też muzyka stają się technikami, narzędziami wkomponowanymi w szerszy proces oddziaływań i procedur psychoterapeutycznych stosowanych w celach leczniczych.

Zastosowanie tych technik w psychoterapii wiąże się przede wszystkim z tym, że ekspresja za pomocą tych środków wyrazu jest z jednej strony bardziej symboliczna i mniej specyficzna niż słowo, z drugiej zaś w rozwoju człowieka pojawia się wcześniej, co daje możliwości pobudzania wspomnień i fantazji związanych z nieuświadomionymi treściami. Jednocześnie środki te dają możliwość mniej sprecyzowanej komunikacji, co stanowi ochronę przed bezpośrednią konfrontacją z emocjonalnymi obciążeniami i pozwala dzięki temu na wyrażanie i przedstawianie uczuć związanych z tymi obciążeniami w sposób mniej lękowy i obronny (Oster, Gould 1999; Galińska 1989; Natanson 1992; Schwabe 1972).

W najbardziej uniwersalnym podejściu do psychoterapii, a więc niezależnie od nurtu teoretycznego, istotne jest uzyskanie w procesie psychoterapeutycznym jak najwyższego poziomu czynników leczących. Przyjmuje się, że są to:

1. Relacja, związek terapeutyczny, przymierze terapeutyczne lub sprzymierzenie w pracy terapeutycznej. Psychoterapia jest udana, gdy w relacji między pacjentem a terapeutą istnieje gotowość pacjenta do współpracy, pozytywne spostrzeżenie terapeuty, poczucie związania się z nim, zdolność do współpracy i zaangażowanie w niej. Pacjenci podkreślają (Lambert 1991) znaczenie bycia rozumianymi i wspieranymi przez psychoterapeutę, jego uczciwość, troskę i zainteresowanie problemami pacjenta.

2. Korekcyjne doświadczenie emocjonalne sprzyjające uczeniu się nowych form zachowania, reagowania i przeżywania w związku emocjonalnym z terapeutą. Jest to czynnik wsparcia przebiegający w możliwości przeżywania *katharsis*, poczucia identyfikacji, zaufania, empatii, akceptacji i szczerości.

3. Uczenie się – zmiana w psychoterapii zachodzi dzięki tym procesom, pozwalając na nowe sposoby funkcjonowania wewnętrznego i społecznego.

4. Nowe zachowania będące wyrazem zmiany terapeutycznej. Uzyskanie tych zmian odbywa się w różnych szkołach psychoterapeutycznych za pomocą odmiennych technik (Czabała 1997).

Patrząc uniwersalnie, tym razem na strukturę formalną procesu psychoterapeutycznego, w którym tworzy się warunki do zaistnienia czynników leczących, można stwierdzić, że każdy proces przebiega w następujących fazach:

1. Nawiązanie kontaktu z pacjentem – ważne jest, by spełnione zostały warunki emocjonalne (zapewnienie bezpieczeństwa i obopólnego zaangażowania), poznawcze (przekazanie wiedzy na temat przebiegu, celów psychoterapii, ustosunkowanie się do oczekiwań i przewidywań pacjenta) oraz społeczne (podobieństwa, różnice społecznych atrybutów pacjenta i psychoterapeuty, nastawienia i stereotypy społeczne).

2. Diagnoza – rejestrowanie i rozumienie zmian funkcjonowania pacjenta w zależności od teoretycznego rozumienia psychopatologii i psychoterapii, zaczynające się diagnozą wstępną, by rozpocząć bądź zaniechać psychoterapię i opracować strategię leczenia. Dalsza diagnoza zawiera rozpoznanie źródeł i rodzaj zaburzenia oraz motywacji pacjenta do pracy psychoterapeutycznej.

3. Kontrakt – umowa co do celu i formy psychoterapii.

4. Swoiste fazy psychoterapii uzyskiwania zmiany – praca nad problemami pacjenta zgodnie z nurtem teoretycznym psychoterapii, w której swoiście organizuje się procesy zmiany technikami uznawanymi za najkorzystniejsze dla niej oraz organizujące maksymalizację czynników leczących.

5. Utrwalenie zmiany, przepracowanie zmiany, kiedy to nowe zachowania pacjent włącza w swoje życiowe, zdrowe funkcjonowanie (*Psychoterapia...* 1994).

Na tak ogólnie zarysowanym tle przebiegu i warunków skuteczności psychoterapii warto umieścić znaczenie rysunku i muzyki. Za pomocą tych środków wyrazu pacjent ma większe szanse do wyrażenia siebie i swoich problemów. Często ważne jest rozpoznanie problemu, gdyż gdyby osoba wiedziała, dlaczego wystąpiły u niej zaburzenia, często wiedziałaby też, jak swoje problemy rozwiązać. W początkowej fazie psychoterapii istotne jest nawiązanie kontaktu psychoterapeutycznego. Niemal w każdym przypadku jest to dla pacjentów trudne – dlatego, że nie wiedzą bądź nie rozumieją, co się z nimi dzieje, gdyż dostępne są im jedynie objawy i ich konsekwencje, czy też dlatego, że w nowej relacji trudno im dzielić się swoimi najwyższymi i najważniejszymi problemami. Wprowadzenie bezpieczeństwa, życzliwości i wsparcia poprzez muzykę podkreśla zarówno szacunek dla pacjenta, jak i – dzięki właściwemu doborowi – zmniejsza i łagodzi napięcie emocjonalne. Poprzez rysunek osoba pozawerbalnie i z mniejszym niepokojem może przedsta-

wić siebie i swoje problemy. Są to alternatywne sposoby wyładowania trudnych do opowiedzenia uczuć, tych, które osoba uświadamia sobie, i tych, które tkwią w nieświadomości. Po usłyszeniu lub zobaczeniu własnego wytworu możliwe jest uświadomienie sobie tych uczuć, nazwanie ich i poszukanie sposobów, jak sobie z nimi poradzić. W tym sensie obie techniki są bardziej bezpiecznymi sposobami nawiązywania dobrego kontaktu terapeutycznego. Dają także możliwości – poprzez aktywność własną pacjenta – do brania większej odpowiedzialności i zaangażowania w proces leczenia. Również psychoterapeuta wyraźniej i bardziej konkretnie może wyrażać swoją akceptację i uwagę. Szczególnego znaczenia nabierają te kwestie wówczas, gdy osoby mają z różnych powodów kłopoty z wypowiedaniem się w ogóle, a o sobie w szczególności. Nieocenione wprost są w przypadkach pracy z dziećmi i młodzieżą.

W procesach diagnozy większego znaczenia nabiera praca z rysunkiem niż z muzyką. Rysunek ze względu na swoje projekcyjne funkcje umożliwiające badanie wewnętrznego, indywidualnego świata osoby badanej, często pozostającego poza zasięgiem jego samowiedzy, jest szeroko stosowany we wszystkich procesach diagnostycznych w psychologii i naukach pokrewnych. Rysunki są „rentgenem osobowości i rzeczywiście spełniają podobną funkcję, ujawniając struktury nieosiągalne gołym okiem” (Obuchowski 1974, 95). Rysunkowe próby projekcyjne opracowane są szczegółowo teoretycznie i praktycznie. W zagadnieniach diagnozy psychologicznej obowiązują określone, naukowo zbadane zasady interpretacyjne stosowane w tych testach. Są one z powodzeniem, chociaż nie w sposób bezsporny, stosowane przez psychologów na całym świecie (Brzezińska 1984; *Wybrane...* 1989; Stasiakiewicz 1994; Sęk 1981, 1983; *Metody...* 1984; Paluchowski 1991, 1995; Wolska 2000).

Szeroko rozumiane (nie tylko testowe) techniki projekcyjne szczególnie wykorzystywane są do diagnozy osobowości, jej specyficznych właściwości lub wybranych elementów oraz predykcji określonych typów społecznego i psychologicznego funkcjonowania człowieka. Pozwalają na holistyczne ujęcie osobowości, a także służą do badania agresywności, frustracji czy innych interesujących badacza elementów. Stosowana w nich diagnoza osobowości jest typem diagnozy klinicznej. Jej „kliniczno-projekcyjny” charakter można ująć w następujący sposób (Stasiakiewicz 1994, 42):

1. Przesłanką diagnozy jest psychologiczne znaczenie danego zachowania.
2. Diagnoza ma charakter studium przypadku, polegający na interpretacji psychologicznej zachowań testowych osoby badanej, a nie na stwierdzeniu istnienia danej cechy na podstawie zachowania.
3. Celem diagnozy jest zrozumienie osoby badanej, tzn. określenie wewnętrznej dynamiki jej osobowości i wiążących ją z zachowaniem relacji.
4. Formalne aspekty zachowania testowego osoby badanej są projekcją cha-

rakterystycznego dla niej, stałego sposobu, w jaki organizuje ona bodźce świata zewnętrznego w swym doświadczeniu, projekcją jej podstawowych wzorów reagowania społecznego.

5. Treściowe aspekty zachowania testowego osoby badanej są projekcją znaczeń, jakie nadaje ona bodźcom świata zewnętrznego.

Próby projekcyjne mogą być stosowane do badania zarówno dzieci, jak też dorosłych. W przypadku badania dzieci Murphy (1956) rozważała różne sytuacje projekcyjne i wniosła wiele do badań nad wykorzystaniem technik projekcyjnych. Sytuacje projekcyjne łączą w sobie cechy technik zabawowych i odgrywania ról. Są to zaplanowane i częściowo zorganizowane sytuacje eksperymentalne służące do badania osobowości dziecka i jego cech. Mają także charakter terapeutyczny, pedagogiczny.

W pracy psychologicznej z dziećmi szczególnie wielostronne zastosowanie mają techniki rysunkowe (Hornowski 1982; Harrower 1989). We wszystkich etapach rozwojowych mogą być wykorzystywane w różnych procesach terapeutycznych (np. w postaci różnych technik psychodramy).

Dla potrzeb diagnozy w psychoterapii prócz psychologicznie opracowanych testów projekcyjnych (Rorschach, TAT, test Luschera, test barwnych piramid i in.) w swojej praktyce najchętniej stosuję próby rysunkowe: „Postać ludzka”, „Dom-drzewo-człowiek” w wersji kinetycznej, „Drzewo”, „Człowiek w deszczu”, „Moja rodzina”.

Z punktu widzenia procesu badawczego techniki projekcyjne mogą być stosowane zarówno w fazie formułowania hipotez (pozwalają na zebranie informacji, szerszą eksplorację problemu), jak też przy ich weryfikacji (przybierają charakter wyjaśniający).

Rysunek i muzyka w procesach uczenia się, niezależnie od rodzaju psychoterapii, pozwalają, poprzez sięganie do symbolicznego uchwycenia przeżyć, emocji, nastawień, planów, na poszerzenie pola świadomości o samym sobie, własnych problemach, relacjach interpersonalnych. Ważne jest, że późniejsze omawianie, nazywanie tych stanów umożliwia zdystansowanie się i pracę z nimi, np. kontrolowanie swoich uczuć i zachowań. Najpierw jednak muszą być rozpoznane, potem dopiero można coś z nimi zrobić. W takim rozumieniu zarówno rysunek, jak i muzyka mogą przygotowywać do zmiany, tj. do pojawienia się nowych zachowań. Techniki te można także skutecznie włączać w utrwalanie wypracowanej zmiany. Uzyskując formę symbolicznego zapisu, pozwalają na wielopłaszczyznowe omawianie zalet i wad zmiany, możliwości wielostronnego używania zmiany, selekcjonowania czynników wyzwalających, procesów kontroli itp.

Analizując przebieg procesu terapeutycznego w poszczególnych nurtach psychoterapii, stwierdza się, że w zależności od rodzaju swoistej fazy uzyskiwa-

nia zmiany oraz rozumienia pacjenta i jego procesu chorobowego zastosowania zarówno rysunku, jak i muzyki będą podporządkowane innym celom oraz będą przebiegały w zupełnie inny sposób.

W psychoterapii analitycznej i nurtach pochodzących od psychoanalizy zakłada się, że działanie człowieka sterowane jest głównie procesami nieświadomymi, warunkowane doświadczeniami przeszłości zepchniętymi do podświadomości, a zatem jednostka nie potrafi wytłumaczyć większości motywów swojego zachowania. W relacji terapeutycznej tu i teraz następują procesy przeniesieniowe uczuć z przeszłości oraz procesy przeciwprzeniesieniowe jako wyraz „odpowiedzi” analityka na przeniesienie pacjenta. Zadaniem analityka jest rozpoznanie przeniesienia i przeciwprzeniesienia, zinterpretowanie ich, dzięki czemu wytwarza się wzorzec relacji przeniesieniowej gwarantującej skuteczną terapię (nerwica przeniesieniowa).

Specyficznymi dla niej czynnikami leczniczymi są interwencje:

- 1) pełnych, nieselektywnych przeniesień przez ich interpretowanie,
- 2) możliwie szerokie uświadamianie nieświadomych myśli i emocji,
- 3) usuwanie obron przez ich interpretowanie.

Z punktu widzenia przebiegu terapii analitycznej odbywa się ona według faz, różnych – w zależności od rodzaju terapii, indywidualnej lub grupowej. W analizie o charakterze indywidualnym pierwszą fazą jest faza wstępna (ok. dziesięciu sesji) – faza adaptacji do terapii, tj. więź, diagnoza za pomocą wywiadu, w której analityk myśli jedynie w kategoriach diagnostycznych. Dysponując analityczną teorią osobowości i psychopatologią, odtwarza się psychodynamikę symptomów. Diagnoza ta ma trzy poziomy: informacji obiektywnych, subiektywnych, sytuacyjnych i scenicznych, rozumienie pacjenta. Drugą fazą jest słuchanie pacjenta i interpretowanie ukrytych w wypowiedziach symboli. Charakterystyczny jest opór, który można zdefiniować jako wszelkie działania i słowa pacjenta przeszkadzające mu w osiągnięciu dostępu do nieświadomości, czego przejawem może być m.in.:

- 1) dobry humor, poczucie „cudownego uzdrowienia”; terapia przynosi same sukcesy i jest dla pacjenta bardzo przyjemna;
- 2) pustka w głowie – nie wie, co ma powiedzieć, nie potrafi udzielić żadnych informacji;
- 3) mówienie o sprawach nieistotnych w celu odciążenia uwagi terapeuty od rzeczywistego problemu;
- 4) brak jakiegokolwiek zmiany;
- 5) zasypianie,
- 6) nieprzychodzenie,
- 7) spóźnianie się,
- 8) zerwanie terapii.

Istotne jest, że w tej orientacji, jeśli nie ma pracy z oporem, z jego przezwyciężaniem – nie ma leczenia.

Trzecim etapem jest faza kończenia terapii, która charakteryzuje się aktywizacją pozycji depresyjnej i pojawianiem się lęku separacyjnego, złości na terapeutę. Czynnych jest wiele obron, np. reaktywacja problemu, zaprzeczenie zależności, próby kontrolowania, negatywny obraz terapeuty (*Psychoterapia...* 1994; Czabała 1997).

W przebiegu analitycznej psychoterapii w każdej fazie niezwykle przydatne mogą być zarówno rysunek, jak też muzyka. W fazie pierwszej te formy pracy dostarczają bardzo istotnych informacji o pacjencie poprzez swoją wartość projekcyjną. W drugiej fazie, w której odbywa się słuchanie pacjenta i interpretowanie ukrytych symboli, rysunki o uczuciach, problemach, trudnych sytuacjach czy też muzyczne utwory dobierane według tych treści przez pacjenta lub psychoterapeutę dostarczają wiele informacji wcześniej niedostępnych pacjentowi. Kiedy pojawia się opór, okazuje się, że poprzez stosowanie rysunku i muzyki można go przepracować znacznie skuteczniej i jeśli to potrzebne – łagodniej dla pacjenta. Uruchomienie tych form aktywności skutecznie na ogół dyskontuje podane powyżej pięć pierwszych przejawów oporu. Aktywność własna ze względu na dostarczony pacjentowi lub wytworzony przez pacjenta materiał dotyczy zawsze jego spraw. Również w rysunku lub muzyce można zawierać treści związane z istniejącym w danej części procesu psychoterapeutycznego oporem. W ostatnim etapie leczenia następuje podsumowanie zaistniałej pracy. Najczęściej w pracy z rysunkiem pacjent rysuje serię „przed, w trakcie, po”, a w pracy z muzyką następuje porównanie utworów odzwierciedlających stany i problemy pacjenta w takiej samej kolejności. Pozwala to ocenić zaistniałą dzięki psychoterapii zmianę. Ponieważ w etapie tym uaktywniają się niepokoje związane z zakończeniem pracy, niezbędne jest również opracowanie i przepracowanie. Istotna jest też praca nad przyszłością pacjenta, jego zamierzeniami, postawami, radzeniem sobie z trudnościami, co ułatwi mu uniezależnienie się od psychoterapeuty, dostarczy też dowartościowania i pewności siebie.

We wszystkich fazach procesu analitycznego charakterystyczne jest to, że rysunki stanowią graficzny zapis przeżyć i fantazji pacjenta, dzięki czemu ułatwiają interpretację. Stosując muzykę, posługujemy się zapisem – wybrany portret muzyczny lub wspólnie z pacjentem zanalizowany utwór muzyczny dobrany tak, by najbardziej odpowiadał uczuciom i fantazjom pacjenta (Galińska 1989; Natanson 1992). W obu formach ważne jest, by traktować dzieło metaforycznie i posługiwać się w rozmowie użytymi przez pacjenta symbolami. Takie postępowanie jest pomocne przy interpretacji, gdyż zapisy są trwałe i trudno im zaprzeczyć czy zastosować inną formę obrony. Zdarza się, że interpretacja psychoterapeuty ma mniejsze znaczenie, gdyż sam zapis jest na tyle wyraźny, że ułatwia wgląd. Uwagi te dotyczą również interwencji w postaci klaryfikacji i konfrontacji.

W nurcie behawioralno-poznawczym przyjmuje się, że zaburzenia powstają poprzez tworzenie się nawyków dezadaptacyjnych oraz nieprawidłowy sposób tworzenia się i funkcjonowania schematów poznawczych obejmujących obraz siebie i świata. Procesy psychoterapeutyczne w tej opcji pracy psychoterapeutycznej przebiegają w czterech fazach mających na celu zmianę zachowań poprzez procesy uczenia się, tj. likwidowania zachowań dezadaptacyjnych i uczenia się prawidłowych. Są to następujące fazy:

- diagnostyczna;
- wzbudzania motywacji pacjenta do zmiany;
- procedura terapeutyczna (techniki oparte na uczeniu się – desensytyzacji, implozywne, drama, wzmacnianie, hamowanie, przewarunkowanie, modelowanie itp.);
- utrwalenie zmiany.

Zmiana w psychoterapii ma dotyczyć utworzenia adaptacyjnych form zachowań, a w orientacjach poznawczych ma na celu zidentyfikowanie irracjonalnych sądów i przekonań i zastąpienie ich racjonalnymi. Ponieważ występuje wiele różnych teoretycznych podejść i systemów pracy psychoterapeutycznej w ramach omawianego nurtu psychoterapii, dokonano jego integracji i na poziomie operacyjnym można przyjąć, że koncentrują się one na następujących aspektach zachowania jednostki:

- usunięciu nieadekwatnych reakcji na bodźce;
- uczeniu pożądanych reakcji i nawyków zachowania;
- restrukturalizowaniu poznawczym, tj. zmianie niewłaściwych wzorów myślowych;
- rozwijaniu umiejętności, które mają ułatwić przystosowywanie się do różnych sytuacji życiowych;
- integrowaniu wszystkich elementów ludzkiego funkcjonowania: poznawania, przeżywania, działania i wpływów środowiska;
- rozwijaniu w pacjencie umiejętności rozwiązywania problemów, z podkreśleniem, że percepcja pacjenta jest jednym z ważniejszych wyznaczników sposobów rozwiązywania problemów (Czabała 1997, 33).

W tym nurcie psychoterapii artystyczne środki wyrazu, jakimi są rysunki i muzyka, mają największe zastosowanie. Możliwości stosowania omawianych technik są nieograniczone we wszystkich etapach pracy. Omówiono już walory szeroko rozumianej diagnozy. Wzbudzanie motywacji do zmiany za pomocą muzyki i rysunku wymaga przede wszystkim akceptacji tych technik przez pacjenta i uruchomienia własnej aktywności. Jeśli tak się stanie, to jest to samo przez się działanie umotywowane i aktywne. W procedurze terapeutycznej w technikach nastawionych na wzmocnienia pozytywne (desensytyzacja), negatywne (techniki awersyjne) zastoso-

wanie rysunku pomaga wyraźniej zastosować wzmocnienie z uwagi na konkretność stosowanych bodźców – obraz, dźwięk można lepiej wyostrzyć, można też je dowolnie powtarzać i rozszerzać. Ważne jest, by w systemie znaczeń pacjenta odbierany był jako wzmocniający. W technikach restrukturalizowania poznawczego, uczenia się asertywności, umiejętności ułatwiających radzenie sobie z sytuacjami trudnymi za pomocą rysunku można osiągnąć łatwiejsze dystansowanie się pacjentów do własnych braków czy błędów, co znacznie obniża lęk i pozwala bezpieczniej opanować nowe umiejętności. W przypadku muzyki w ramach tych oddziaływań, stosując uważnie materiał muzyczny, można osiągać większe zaangażowanie emocjonalne pacjentów w nabywanie nowych umiejętności. W technikach nastawionych na uczenie się rozwiązywania problemów poprzez stosowanie artystycznych środków wyrazu pacjenci uzyskują bezpieczną samoobserwację, planują własne działania przez sformułowanie celów i sposobów ich osiągnięcia. Pacjent sam dookreśla temat rysowania lub muzyki. Daje to też dobrą podstawę do pracy nad przewidywaniem konsekwencji swoich wyborów, stymulowania do tworzenia i wyszukiwania alternatywnych rozwiązań, umiejętności oceny skuteczności dokonanych wyborów oraz – co ważne – umiejętności trwania w działaniu lub zmianie, gdy uznane będzie za nieskuteczne. W tych przypadkach, kiedy stosowane są materiały rysunkowe lub muzyczne, jest to jednocześnie działanie indywidualne osoby, a nie tylko mówienie na te tematy. Psychologicznie realizuje się slogan, że gdy się coś robi – jest łatwe, gdy się o tym myśli (mówi) – jest trudne.

W podejściu humanistyczno-egzystencjalnym (psychoterapia Rogersa, Pearlsa, Frankla, Lainga, psychoterapia rodzinna bazująca na doświadczeniu) wspólną cechą jest założenie, że leczenie to w gruncie rzeczy umożliwienie jednostce dojrzenia, „uwalnianie jej możliwości”, tj. potencjalnie obecnych, ale niewykorzystanych sił i talentów. Zaburzenie jest traktowane w kategorii deficytów rozwoju osobowości (Ja) powstałych na skutek niezaspokojenia ważnych psychologicznych potrzeb jednostki: miłości, akceptacji, autonomii, realizacji znaczących indywidualnie wartości. Różne nurty w ramach tego podejścia wysuwają na pierwszy plan nieco inne aspekty tych założeń, zwłaszcza dotyczących paradygmatu o pozytywnych i podstawowych cechach natury człowieka. Rogers (1961, 1978, 1983, 1984) mówi o bezwarunkowej potrzebie akceptacji samego siebie, Perls (1973) i Zinker (1991) – o autentycznym „Ja”, Frankl (1984) – o pustce egzystencjalnej i braku sensu życia na skutek braku intencjonalności własnych poczynań i wartości życia (transcendencja samego siebie). Laing (1987), pracujący z osobami chorymi na schizofrenię, rozumie chorobę jako sposób radzenia sobie z sytuacją, z którą przy użyciu innych środków pacjent nie potrafi się uporać i tworzy się fałszywe „Ja” (maska, fasada).

W egzystencjalnych odnogach tego nurtu głównym założeniem jest to, że zrozumienie istnienia człowieka jest zrozumieniem jego osobistego doświadczenia

istnienia, a nie dopasowywaniem jego doświadczeń do jakichkolwiek zewnętrznych prawidłowości. Tak rozumiane doświadczenie istnienia jest uwikłane w podstawowe własności ludzkiej egzystencji: świadomość skończoności istnienia; lęk związany z poczuciem samotności; poczucie odpowiedzialności za własne istnienie; poczucie braku sensu istnienia. Są one zagrażające i wywołują lęk egzystencjalny. Patologią jest zaprzeczanie i tworzenie systemu kłamstw w celu uniknięcia świadomego doświadczania lęków egzystencjalnych. Celem psychoterapii jest praca nad rezygnacją z kłamstwa i zaprzeczania (Prochaska, Norcross 1994; Czabała 1997; *Psychoterapia...* 1994).

Integracyjnie ten nurt psychoterapii przyjmuje zasadnicze cele, w których realizowana jest zmiana osobowości lub poczucia sensu życia pacjenta, co wyraża się operacyjnie:

- w uwolnieniu naturalnych tendencji do samorozwoju;
- w zwiększeniu samoświadomości;
- w uwolnieniu możliwości przeżywania;
- we wzroście samoakceptacji, zrozumienia i akceptacji innych;
- w odstąpieniu od systemów zaprzeczeń i w nabyciu zdolności do konfrontowania się z problemami egzystencjalnymi;
- w poszukiwaniu sensu życia, którego najpełniejszym wyrazem jest realizacja takich wartości, jak odpowiedzialność i miłość;
- w poszukiwaniu wzorców idealnego człowieka (Czabała 1997, 43).

Wśród technik psychoterapeutycznych, specyficznych dla każdego ujęcia, najczęściej stosuje się odzwierciedlenie (pokazywanie uczuć przeżywanych przez pacjenta), dialog pustego lub podwójnego krzesła, dyskurs w różnych formach, lecz najważniejszym elementem jest rodzaj akceptującego, uważnego kontaktu/przymierza terapeutycznego.

Podobnie jak w poprzednich szkołach psychoterapii, tak i tutaj stosowanie rysunku i muzyki może podnosić efektywność interwencji psychoterapeutycznych i przyczyniać się do skuteczniejszego osiągania celów oddziaływań psychoterapeutycznych. Już w głównym założeniu tego nurtu uwalniania potencjalnych możliwości osoby, stosując te środki wyrazu, wymaga się jednocześnie od niej kreatywności. Nawet gdy podawany jest temat rysunku czy rodzaj dzieła muzycznego lub jakiejś wybranej jego frazy, klient posługując się nim, wyzwala swoje emocjonalne i poznawcze możliwości, często dawno zapomniane albo niedoceniane lub wcześniej nieuświadomiane. Najbardziej cenne są jednak własne wybory tematów, prace zgodne z instrukcją „rysuj, jak ręka poniesie”, „wybierz muzykę, jaką chcesz”.

Zwiększanie świadomości siebie, najbardziej uniwersalna zaleta rysowania i muzykoterapii, może być osiągnięta, gdy terapeuta poleca temat lub dobiera dźwięki lub utwory, z których osoba uczy się rozpoznawać i nazywać swoje stany psychicz-

ne, najczęściej emocjonalne. Dzieje się też tak wtedy, gdy wyborów dokonuje sam klient i z reguły ze zdziwieniem poznaje głębiej samego siebie. Wielokrotnie okazuje się, że pozostając w dystansie do zapisów swoich stanów psychicznych, odkrywa, że nie są tak zagrażające, wrogie, straszne, jak to przeżywał, gdy np. bał się bać, bał się siebie czy pojawienia się objawów. Łatwiej też wówczas próbować sobie z nimi poradzić czy szukać sposobów, by je kontrolować. Osoba sama od siebie otrzymuje odzwierciedlenie poprzez artystyczne środki wyrazu, które zostały zastosowane. Dodatkowe odzwierciedlenie psychoterapeuty jest wówczas lepiej zrozumiałe i łatwiejsze do przyjęcia.

W czasie pracy nad rysunkiem czy utworem muzycznym w kontekście relacji z klientami psychoterapeuta swoim komentarzem czy otwartością (przedstawieniem swojego odbioru i stanowiska) może bezpiecznie przyczynić się do wzrostu akceptacji klienta oraz jego akceptacji i rozumienia innych ludzi. Zbędne jest wyjaśnianie, pouczanie, moralizowanie, przekonywanie. Tworzone są tym samym warunki do dobrej relacji/przymierza terapeutycznego.

Zagadnienia zaprzeczeń, braku sensu życia, trudności w samorealizacji poprzez konstruktywne zaspokajanie potrzeb szczególnego znaczenia nabierają u osób szczególnie uzdolnionych, również muzycznie lub plastycznie. Osoby takie nie dość, że inaczej, w porównaniu z innymi osobami, przeżywają, spostrzegają i rozumieją siebie i świat, to znajdują w swoim otoczeniu w trakcie rozwoju mniej wskazówek do budowania strategii zaspokajania swoich potrzeb. Częściej też przeżywają poczucie niezrozumienia, odrzucenia, a w relacjach interpersonalnych spostrzegają częściej swoją „inność”. Szczególnie w okresie tworzenia tożsamości przeżywają negatywnie takie porównania siebie z innymi. Także zadania wynikające z konkursów, koncertów czy wystaw mają swój specyficzny, często trudny, bo rywalizacyjny charakter. Grać lub rysować/malować „sobą” spokojnym, opanowanym, optymistycznym, dowartościowanym – staje się ich samorealizacją. Praca ich i z nimi za pomocą sztuki staje się rzeczywiście sztuką.

Wiele osób szczególnie uzdolnionych cierpi na różnego typu zaburzenia wynikające z dysharmonii rozwojowych. Zdarza się wówczas, że skutki (najczęściej emocjonalne) tych dysharmonii blokują samorealizację. Pomoc w uaktywnieniu potrzeb samorealizacyjnych poprzez muzykę czy plastykę wiedzie do likwidacji blokad rozwojowych i jednocześnie ten indywidualny rozwój realizuje. Nie można w rozwoju tylko dobrze się zapowiadać – to się musi dziać. I muzyka, i rysunek są tymi środkami, które uaktywniają to działanie, co w tym systemie pracy psychoterapeutycznej ma fundamentalne znaczenie (Greenberg 1986; Elliot 1984; Czabała 1997). Idąc za tym, aktywna i samorealizująca się osoba naturalnie będzie dookreślała swój sens życia i szukała/tworzyła idealne wzorce. Poprzez sztukę następuje

sublimacja i jest to aktywność naturalnego sięgania po odpowiedzialność i własną aktywność. Freud pointował, że najlepszym terapeutą jest miłość i praca.

W nurcie systemowym, głównie dotyczącym terapii par i rodzin (można także w ten sposób prowadzić terapię indywidualną), za główny konstrukt teoretyczny przyjmuje się teorię systemów, przez co rozumie się zbiór elementów pozostających we wzajemnych relacjach o charakterze sprzężeń zwrotnych. Relacje są wyznaczone przez role i zasady ich pełnienia. Działanie systemu opiera się na komunikacji wewnątrz systemu i systemu z otoczeniem. Zakłócenia w strukturze i funkcjonowaniu systemu są podstawą zaburzeń zarówno systemu, jak też poszczególnych jego członków. W przypadku zaburzeń jednostki przyjmuje się, że następuje „delegowanie” członka rodziny do roli chorego celem utrzymania rodzinnej homeostazy i utrzymania systemu w całości. W podejściu tym wymienia się różne szkoły, jednak największe tradycje ma podejście komunikacyjne i strukturalne. Za czynniki odpowiedzialne za powstawanie i utrzymywanie się patologii systemu rodzinnego przyjmuje się:

1. zaburzenia struktury (w pełnieniu ról i granic): triady w rodzinie i między-pokoleniowe; sztywne lub rozmyte granice; zatarcie granic między pokoleniami (delegowanie dzieci do spełniania niezrealizowanych zadań rodziców);
2. zaburzenia komunikacji: podwójnie wiązanie (informacje o treści i o relacji są sprzeczne); fałszywe treści i dezinformacja; zafałszowana bliskość;
3. zaburzenia związane z zasadami regulującymi funkcjonowanie rodziny jako systemu (homeostazy w formach morfostatycznej i morfogenetycznej oraz funkcji ewolucyjnej).

Celem psychoterapii jest doprowadzenie do prawidłowego ustruktrowania i funkcjonowania rodziny, uzyskanie zmian w sposobach rozwiązywania problemów rodziny oraz zmian w relacjach emocjonalnych w niej panujących, co w dalszej konsekwencji zmieni na prawidłowe także funkcjonowanie poszczególnych „delegowanych” członków rodziny.

Wśród technik terapeutycznych najczęściej używanych w pracy systemowej wymienia się:

- przeformułowania polegające na wskazaniu funkcji objawu dla działania całego systemu rodzinnego;
- pytania cyrkularne mające na celu pokazanie członkom rodziny relacyjności zachowań i zróżnicowanie w spostrzeganiu tych zachowań;
- pytania reflektujące, poprzez które uzyskuje się zmiany w systemie przekonań rodzinnych dotyczących jej problemów;
- odtwarzanie interakcji rodzinnych, po to by rodzina mogła uświadomić sobie dysfunkcjonalność wzorców odtwarzanych;

- jasne określanie granic i zaburzanie równowagi rodzinnej, co prowadzi do natychmiastowych zmian w strukturze rodzinnej;
- techniki paradoksalne;
- genogram, poprzez który rodzina uzyskuje wgląd w przyczyny zaburzeń funkcjonowania, inaczej jest to zrozumienie transpokoleniowych przekazów i mitów rodzinnych.

Procesy psychoterapeutyczne prowadzone systemowo mimo swojej różnorodności najczęściej przebiegają w trzech fazach. W pierwszej, diagnostycznej, zbierane są informacje na temat rodziny, by sformułować hipotezy o istniejących relacjach rodzinnych. W drugiej fazie idzie o zmianę ocen tego, co dzieje się w rodzinie, uzyskiwaną najczęściej poprzez pozytywne przeformułowanie. Następną, najważniejszą fazą, to faza zmiany w systemie rodzinnym (Namysłowska 1997; *Psychoterapia...* 1994; Czabała 1997).

W pracy systemowej z rodziną czy parą małżeńską stosuje się głównie rysunek, rzadziej muzykę. Za jego pomocą terapeuta dodatkowo otrzymuje w sposób niewerbalny wiele informacji o relacjach w rodzinie. Praca taka sprzyja swobodnej ekspresji członków rodziny, umożliwia identyfikację przymierzy hamujących jej funkcjonowanie. Za pomocą rysunku i muzyki członkowie rodziny mogą bezpiecznie dzielić się doświadczeniami osobistymi, które wykraczają poza doświadczenia codzienne.

Rysowanie traktowane jako działanie nadaje się do korygowania nieadekwatnych sposobów komunikacji lub wzmacniania związków rodzinnych, skłania też do wyrażania uczuć bez napięć i lęku.

Wartościowe jest to, że rysowanie wyrównuje poziom komunikacji rodzinnej, gdyż dorośli z natury rzeczy lepiej komunikują się werbalnie, często nie dając dzieciom szans na równoprawne zaistnienie w rodzinie. Role te mają szansę się odwrócić, a potem wyrównać. Taka strategia pomaga też w zachowaniu równowagi podczas zachodzących zmian w rodzinie.

W treści rysunków, zastosowanych symbolach, rozmieszczeniu elementów, w sposobie wykonania przejawia się dynamika związków rodzinnych, role, modele komunikacji, trwałe przymierza i koalicje. Z całości prac łatwiej odczytać tajemnice rodziny, obszary tabu, przekazy i mity rodzinne (Landgarten 1981; Oster, Gould 1999). Warto zaznaczyć, że praca z genogramem jest zawsze pracą „rysowaną”.

W pracy terapeutycznej par małżeńskich wymienianych jest pięć korzyści płynących z zastosowania sztuki na sesjach:

- 1) konieczność wykonania wspólnego zadania;
- 2) „spontaniczność” nieoczekiwane wyprojektowanych treści ujawniających się w rysunkach podważy panujące w parze założenia lub przekonania, do których są przyzwyczajeni;

3) symboliczne odzwierciedlenie przestrzeni życiowej małżonków, tzw. przestrzenna ekspresja;

4) trwałość rysunku, będącego konkretnym obiektem, który się bada i wykorzystuje do zrozumienia problemu, na który się reaguje i do którego można wracać;

5) wspólne przeżywanie przyjemności, zabawa w rysowanie dla ludzi, którzy już zapomnieli, jak się bawić (Wadeson 1980; por. Oster, Gould 1999, 119).

Dla Sobol (1982, por. Oster, Gould 1999, 133) koncepcja metafory jako podstawy komunikacji w rodzinie stała się ogniwem łączącym model strategiczny i terapię sztuką. Przyjęła, że sztuka zawsze jest metaforyczna. Informacje uzyskane z rysunków służą do ustanowienia celów i planowania zaleceń. Wymienia ona trzy zadania terapeuty:

- zdobycie informacji metaforycznych, które mogą być wykorzystywane podczas planowania przyszłych interwencji;

- wprowadzanie zadań, które będą podważać hierarchiczny układ lub rodzinne koalicje;

- udzielenie pomocy danemu członkowi rodziny w wyrażaniu siebie przez rysunek, np. dziecku, którego reszta rodziny nie słucha.

W pracy z rodziną lub parą za pomocą rysunku istotne jest, by jednocześnie wszyscy mogli pracować niezależnie i mogli obserwować pracę i rysunki pozostałych członków rodziny (Kwiatkowska 1978). Istnieje kilka modeli postępowania stosowanych w pracy terapeutycznej za pomocą sztuki. W jednym z nich omawianie prac zachodzi według reguł obowiązujących w terapii grupowej. Aktywność terapeuty nastawiona jest na zachęcanie rodziny do komunikowania się i na pomoc w uzyskaniu wglądu. Prowadzi się także pracę opartą na modelu psychodynamicznym – metodą Kwiatkowskiej (1978; sześć rysunków: pierwszy dowolny; portret rodziny z uwzględnieniem autora; abstrakcyjny portret rodziny; gryzmoły, przerabiane potem na obrazek na podstawie projekcji lub skojarzeń na własnej pracy; innego członka rodziny oraz – wspólne, uzgodnione przez całą rodzinę – temat dowolny), czy metodą Rubina (1978; trzy rysunki: gryzmolenie bez odrywania ołówka od papieru; indywidualny rysunek wyprowadzony z bazgroły; wspólne malowidło ścienne). Landgarten (1981) opracowała model oparty na systemowym podejściu, w którym zachowanie rodziny obserwowane jest przy okazji zadań artystycznych skierowanych na rozwiązywanie problemów (narysowanie własnych inicjałów w możliwie największym wymiarze; znaleźć motyw, rozwinąć go i zatytuować; wspólny rysunek bez możliwości mówienia). W pracy z osobami chorymi lub zaburzonymi psychicznie wszelkie strategie podporządkowane być muszą jednak czynnikom leczącym ich procesy chorobowe.

Podsumowując przedstawione możliwości stosowania rysunku i muzyki w procesach psychoterapeutycznych nastawionych na leczenie osób z zaburzeniami

i chorobami psychicznymi, warto podkreślić uniwersalność i efektywność tych technik, dzięki czemu mogą być stosowane w pracy w każdym nurcie teoretycznym psychoterapii. W związku z wielostronnymi zaletami leczenia z uwzględnieniem artystycznych środków wyrazu warto je powszechniej stosować w pracy klinicznej. Wymaga to jednak od psychoterapeutów dodatkowego wysiłku opanowania technik oddziaływania poprzez sztukę oraz teoretycznej szerszej integracji koncepcji psychoterapii medycznej z teoriami artterapii.

LITERATURA

- ALEKSANDROWICZ J.W. (1994), Psychoterapia medyczna, Warszawa.
- BRZEZIŃSKA A. (1984), Ekspresja twórcza a projekcja, [w:] Metody projekcyjne, tradycja i współczesność, red. H. Sęk, Poznań.
- CZABAŁA J.C. (1997), Czynniki leczące w psychoterapii, Warszawa.
- ELLIOT R. (1984), A discovery-oriented approach to significant events in psychotherapy, [w:] Patterns of change. An intensive analyses of psychotherapy process, red. L. Rice, L.S. Greenberg, New York.
- FRANKL V.E. (1984), Homo patiens, Warszawa.
- GALIŃSKA E. (1989), Muzykoterapia jako jedna z form terapii poprzez sztukę, Zeszyty Naukowe AM, Wrocław.
- GREENBERG L.S. (1986), Research strategies, [w:] The psychotherapeutic process. A research handbook, red. L.S. Greenberg, W.M. Pinsof, New York.
- HARROWER M. (1989), Projekcyjne aspekty rysunku, [w:] Wybrane zagadnienia testów projekcyjnych, red. M. Stasiakiewicz, Warszawa.
- HORNOWSKI B. (1982), Badania nad rozwojem psychicznym dzieci i młodzieży na podstawie rysunku postaci ludzkiej, Wrocław.
- KWIATKOWSKA H.Y. (1978), Family therapy and evaluation trough art., Springfield, Illinois.
- LAING R.D. (1987), The use of existential phenomenology in psychotherapy, [w:] The evolution of psychotherapy, red. J.K. Zeig, New York.
- LAMBERT M.J. (1991), Introduction to psychotherapy research, [w:] Psychotherapy research. An international review of programmatic studies, red. L.E. Beutler, M. Cargo, Washington.
- LANDGARTEN H.B. (1981), Clinical art therapy: A comprehensive guide, New York.
- METODY projekcyjne, tradycja i współczesność (1984), red. H. Sęk, Poznań.
- MURPHY L.(1956) Personality in young children, Basic Books, New York;
- NAMYSŁOWSKA I. (1997), Terapia rodzin, Warszawa.
- NATANSON T. (1992), Programowanie muzyki terapeutycznej, Wrocław.
- OBUCHOWSKI K. (1974), Metody diagnostyki psychologicznej w seksuologii, [w:] Seksuologia kliniczna, red. K. Imieliński, Warszawa.
- OSTER G.D., GOULD P. (1999), Rysunek w psychoterapii, Gdańsk.
- PALUCHOWSKI W.J. (1991), Diagnozowanie osobowości, Poznań.
- (1995), Diagnozowanie i wyjaśnianie w psychologii, [w:] Testowanie a ocena kliniczna, wybrane zagadnienia, red. W.J. Paluchowski, Warszawa.
- PERLS F.S. (1973), The Gestalt approach and eyewitness to therapy, New York.
- PROCHASKA J.O., NORCROSS J.C. (1994), Systems of psychotherapy. A transtheoretical

- analysis, Pacific Grove.
- PSYCHOTERAPIA. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy (1994), red. L. Grzesiuk, Warszawa.
- ROGERS C.R. (1961), *On becoming a person*, Boston.
- (1978), *Uczyć się jak być wolnym*, [w:] *Przełom w psychologii*, red. K. Jankowski, Warszawa.
- (1983), Zbiór artykułów, „*Nowiny Psychologiczne*” nr 6-7.
- (1984), Teoria terapii osobowości i relacji interpersonalnych rozwinięta w oparciu o podejście skoncentrowane na kliencie, „*Nowiny Psychologiczne*” nr 2-3.
- RUBIN J.A. (1987), *Child art therapy*, New York.
- SCHWABE Ch. (1972), *Leczenie muzyką chorych z nerwicami i zaburzeniami czynnościowymi*, Warszawa.
- SEK H. (1981), *Projekcja w świetle teorii procesów poznawczych a metody projekcyjne*, [w:] *Wybrane problemy z psychometrii i diagnostyki psychologicznej*, red. J. Brzeziński, Poznań.
- (1983), *Projekcja, procesy poznawcze i wybrane założenia metod projekcyjnych*, [w:] *Z zagadnień diagnostyki osobowości*, red. J. Paluchowski, Wrocław.
- SOBOL B. (1982), *Art therapy and strategic family therapy*, „*American Journal of Art Therapy*” nr 21.
- STASIAKIEWICZ M. (1994), *Podmiotowe i sytuacyjne wyznaczniki badania testem Rorschacha*, Poznań.
- WADESON H. (1980), *Art psychotherapy*, New York.
- WOLSKA A. (2000), *Metody projekcyjne w psychologii*, *Zeszyty Naukowe USz nr 303 „Studia Sociologica” nr 12*, Szczecin.
- WYBRANE zagadnienia testów projekcyjnych (1989), red. M. Stasiakiewicz, Warszawa.
- ZINKER J. (1991), *Proces twórczy w terapii Gestalt*, Warszawa.