

Margot Zylicz

Opleiding Creatieve Therapie. Utrechtse Hooge School, Vestiging Amersfoort, The Netherlands

Czy terapia obrazowa mogłaby być przydatna także w opiece paliatywnej?

Streszczenie

Terapia obrazowa jest formą terapii sztuką, którą powinno się traktować jako technikę inną niż terapia zajęciowa. Terapia obrazowa pozwala chorym na inny sposób ekspresji niż tylko werbalny. Rysowanie, malowanie, lepienie z gliny czy inne sposoby wyrażania się nie są przez terapeutę w żaden sposób interpretowane w kategoriach „dobre–złe”, „ładne–brzydkie” itp. Produkty terapii obrazowej nie stają się nigdy dziełami sztuki i zwykle są niszczone po zakończonej terapii. Obrazy przywołane przez chorego są punktem wyjściowym do dalszej rozmowy, do uświadomienia mu procesów, które wokół niego zachodzą. W tym ujęciu terapia obrazowa kwalifikuje się do zastosowania w opiece paliatywnej.

Słowa kluczowe: psychoterapia, terapia sztuką, opieka paliatywna

Terapię obrazową, jedną z form terapii sztuką, kojarzy się najczęściej z techniką, której celem jest odwrócenie uwagi chorego od jego codziennych problemów. Tego rodzaju metodę nazywa się jednak terapią zajęciową. Jest ona czymś zupełnie innym od terapii sztuką. Terapia obrazowa nie jest formą odwracania uwagi, ale umożliwia choremu ekspresję w inny niż tylko werbalny sposób. Najważniejszy jest tu sam proces wyrażania się, a nie produkt końcowy. Ten niewerbalny sposób wyrażania się pozwala na inne spojrzenie na rzeczywistość i problemy chorego. W ten sposób terapia obrazowa staje się alternatywą dla innych form psychoterapii, zwłaszcza gdy chory ma problemy z abstrakcyjnymi, trudnymi do wystowienia zagadnieniami, a także, gdy język chorego jest zbyt ubogi i „brakuje mu słów”. Większa część terapii obrazowej polega więc na bezsłownym porozumiewaniu się między chorym a terapeutą. Inne formy terapii sztuką to muzykoterapia, terapia ruchowa (nie należy jej

mylić z fizykoterapią), czy nawet terapia za pomocą dramatu i sztuki aktorskiej (dramaterapia). Te formy terapii posługują się podobnymi pojęciami i metodami, czy angażują inne zmysły chorego [1]. W tym artykule autorka skupi się jednak na terapii obrazowej.

W terapii obrazowej chory wykorzystuje do wyrażania swoich uczuć lub przeżyć skomponowane przez siebie obrazy. Dobór materiałów do takiego wyrażania się należy do terapeuty. W zasadzie do tego celu mogą być użyte wszystkie rodzaje materiałów. Do najprostszych należą kredki czy ołówki i papier, farby, ale także glina lub plastelina, różne materiały odpadowe, metal, drzewo i inne [2]. Najczęściej jednak wybiera się materiały pochodzenia naturalnego, które można łatwo formować i przetwarzać. Tematy poruszane w terapiach werbalnych wyrażane są w tej technice w sposób obrazowy. Przy tym wrażenie estetyczne, że coś jest ładne czy brzydkie, coś się „udało” bądź nie, nie odgrywa

Adres do korespondencji: Margot Zylicz

Opleiding Creatieve Therapie. Utrechtse Hooge School, Vestiging Amersfoort, The Netherlands

Hooglandseweg Noord 140, Amersfoort

e-mail: margooootje@hotmail.com



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2007, 1, 1, 35–38

Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

tutaj żadnej roli. Chory nie musi mieć uzdolnień artystycznych, żeby brać udział i korzystać z tej formy terapii.

Produkt końcowy, obraz, stanowi w pewnym sensie odzwierciedlenie doświadczanej przez chorego rzeczywistości, jego uczuć czy problemów. Konkretny produkt stwarza niepowtarzalną możliwość, aby rozmawiać na ten temat z chorym i wniknąć w świat jego przeżyć. Często właśnie takie niebezpośrednie podejście jest łatwiejsze niż bezpośrednia rozmowa o uczuciach czy abstrakcyjnych pojęciach. Przy tym terapeuta powinien naprowadzać chorego na odpowiednie tematy, tak aby terapia miała początek, a także koniec.

Terapia obrazowa, jak każda inna, musi mieć swoje cele terapeutyczne [3]. Terapia nie może być chaosem. Cele te są różne dla każdego pacjenta i dla każdej problematyki. Ogólne przykłady takich celów to wyrażenie własnych myśli, uczuć czy problemów, rozróżnianie uczuć i sposób ich ekspresji. Zrozumienie swoich problemów umożliwia ich akceptację, nauczenie się innego sposobu ich wyrażania, uświadomienie sobie procesów zachodzących w codziennym życiu chorego.

Do tych celów terapeutycznych można dążyć na dwa różne sposoby. Terapeuta może choremu zadawać zadania, proponując użycie wielu różnych materiałów, lub może się starać o nasilenie form ekspresji wybranej już przez chorego, bliskiej mu lub już znanej. Wybór należy do terapeuty i musi być zgodny ze sporządzonym przez niego planem leczenia. Na przykład, jeżeli celem leczenia jest uzyskanie większej niezależności chorego od otoczenia, pewności siebie, zwiększenie jego stopnia kontroli nad procesami, dobrze jest, gdy chory sam wybiera odpowiednią metodę wyrażania się. Naturalnie nie każdy jest w stanie dokonać takich wyborów i wtedy musi pomóc terapeuta. Samo dokonywanie takiego wyboru to już wstęp do leczenia. Jak już wspomniano, najważniejsze są tu proces i interakcja pomiędzy chorym a terapeutą, a nie produkt końcowy.

Jeżeli terapia obrazowa odbywa się w grupie, to reakcja grupy terapeutycznej na to, co chory wyraża, również należy do całego procesu.

Terapię obrazową można stosować w różnych okolicznościach. Najczęściej technikę tę wykorzystuje się w psychiatrii, na oddziałach szpitalnych, w szkołach (dla niepełnosprawnych), więzieniach i w hospicjach [4]. Proces terapeutyczny jest dostępny dla chorych z różnorodnymi problemami, w różnym wieku i o różnych zdolnościach. Mylą się ci, którzy sądzą, że terapia obrazowa nadaje się głównie do leczenia dzieci. Prawdą jest natomiast, że dzieci o wiele łatwiej wyrażają się w grze i zabawie, łatwiej posługują się

symbolami i mają własne spojrzenie na sztukę. Jest to spowodowane tym, że dzieci nie mają jeszcze dobrze wykształconego słownika dla wyrażenia swoich uczuć i dlatego łatwiej posługują się obrazami. Młodzi, dojrzewający ludzie zaczynają powoli się oddalać od świata obrazów, potrafią już wszystko odpowiednio nazwać, umieją opisywać zjawiska abstrakcyjne. To nie znaczy jednak, że tracą zdolności do ekspresji niewerbalnej. Wielu ludzi jednak nie wierzy już we własne zdolności tego typu i trzeba je od nowa odkryć. Najczęściej chorzy myślą, że nie są w stanie stworzyć nic ładnego czy estetycznego. Należy pamiętać, że produkty końcowe terapii obrazowej najczęściej lądują w śmietniku, a nie w muzeach. Pozostają wrażenia, uczucia i przeżycia.

Kształcenie terapeutów obrazowych przebiega odmiennie w różnych krajach. W Anglii wiele uniwersytetów daje możliwości studiów czteroletnich („*master degree*”). W Holandii studia są na poziomie „*bachelor*”, ale już na niektórych uniwersytetach, jak na przykład w Amsterdamie, rozpoczęto studia na poziomie „*master*”. W Polsce całociowe studia tego rodzaju nie są jeszcze możliwe. Jedynie w Poznaniu istnieje podyplomowe studium dla psychologów zajmujące się terapią obrazową. Na zagadnienie to przeznaczono 12 dni, które są rozproszone w programie rocznym.

Terapię obrazową zainicjowali w latach 40. ubiegłego wieku artyści plastycy — pacjenci. Jednym z najbardziej znanych był Adrian Hill. Sam był chory na gruźlicę, a kiedy się z niej wyleczył, zdał sobie sprawę, że pomocne w tym procesie były właśnie sztuka i obraz. To osobiste doświadczenie spowodowało, że Hill zaczął pomagać innym chorym, wykorzystując sztukę. Metoda ta powoli zaczęła się przyjmować i rozwijać. Najczęściej jednak terapię obrazową stosowano na oddziałach psychiatrycznych. W 1964 roku w Wielkiej Brytanii powstało pierwsze Zrzeszenie Terapeutów Obrazowych (BAAT, *British Association of Art Therapist*). Dopiero w 1980 roku terapeuci obrazowi zaczęli się zajmować problematyką chorych niepsychiatrycznych. W tym okresie rozwinęła się także opieka paliatywna. Obecnie dostępnych jest wiele kursów doszkalających dla terapeutów obrazowych w zakresie problematyki dotyczącej przewlekłych chorych i umierających. Terapię obrazową stosuje się w wielu hospicjach na całym świecie [4].

Czego pacjent poddany opiece paliatywnej może oczekiwać od terapii obrazowej? Czego może się spodziewać terapeuta? Terapia obrazowa umożliwia dopasowanie się do trudnej sytuacji, a także jej zaakceptowanie. Chodzi tu zwykle o rozpoznanie, w jaki sposób choroba i nadchodzący proces umie-

rania zmieniają życie człowieka i jego zachowanie. Do szczegółowych tematów poruszanych w rozmowach z chorymi można zaliczyć akceptację zmiany wyglądu (np. po amputacji piersi lub w przypadku utraty włosów czy zmniejszenia masy ciała). Terapia obrazowa polega w tych przypadkach na stworzeniu bezpiecznego środowiska dla codziennej konfrontacji z rzeczywistością i codziennych obserwacji.

Terapia obrazowa może wspomagać leczenie przeciwbólowe. W 1995 roku Thomas [5] udowodnił, że człowiek cierpiący z powodu nagromadzonych i nieprzepracowanych emocji ma obniżony próg bólowy i często niepotrzebnie cierpi z tego powodu. W tym samym badaniu autor ten wykazał, że terapia obrazowa jest w stanie zmniejszyć cierpienie emocjonalne poprzez umożliwienie upustu tych emocji. Tego rodzaju działanie może zapoczątkować proces rehabilitacji chorego i podwyższa próg bólowy pacjenta, przez co zmniejsza jego cierpienie.

Interesującym aspektem terapii niewerbalnej jest możliwość zmiany pozycji z pasywnej i otrzymującej na aktywną i dającą. Chorzy, którzy ponoszą coraz większe straty w swoim życiu, mogą bardzo skorzystać na tym procesie aktywacji. Odzyskują oni wtedy poczucie własnej wartości, mają wrażenie, że są ważnymi i niepowtarzalnymi osobami. Ważne jest, żeby ten proces postrzegać na różnych poziomach, w sposób relatywny. Siedzenie na łóżku i rysowanie stanowi już pewien rodzaj aktywności, w przeciwieństwie do leżenia w łóżku i nierobienia niczego. Zwiększenie aktywności chorego daje mu przyjemne uczucie, że coś jeszcze potrafi zrobić, że jest potrzebny. I właśnie na tym polega największa różnica pomiędzy terapiami werbalnymi (w zasadzie pasywnymi) a terapią obrazową i innymi rodzajami terapii sztuką [4].

Innym aspektem różniącym terapię werbalną i obrazową jest efekt — powstaje coś materialnego, świadectwo, opowiadanie o czymś konkretnym. Produkt ten odzwierciedla w pewnym zakresie wnętrza chorego, które staje się w jakiś sposób namacalne, rzeczywiste. Sprawia to, że chory może łatwiej i bardziej konkretnie rozmawiać o swoich problemach. Terapia obrazowa daje choremu możliwość rozmowy na podstawie konkretnego wytworu o własnych głębokich odczuciach i przeżyciach. Pacjent może wytłumaczyć swoje emocje i zachowania wobec partnera czy dzieci — jest to dla wielu ludzi bardzo trudne. Naturalnie, dzieje się to tylko wtedy, kiedy pacjent wyrazi na to zgodę, w jego własnym tempie. Chory ma przez cały czas możliwość kontrolowania tego procesu. Może go zatrzymać lub przyspieszyć [6].

Od terapeutów obrazowych w opiece paliatywnej oczekuje się bardzo dynamicznego podejścia do leczenia i tego, że będą w stanie zarówno cele, jak i metody dopasować do potrzeb chorego, do jego zamiłowań, przeżyć, a także inteligencji i ufności. Terapeuta musi mieć możliwość wolnego wyboru materiałów i metod, tak aby móc choremu zasugerować ciekawe, aktywne działania. Oprócz tego pacjent powinien się czuć w środowisku terapeutycznym „jak u siebie w domu” — na przykład powinno być wystarczająco dużo miejsca dla jego wózka inwalidzkiego, a wysokość stołu powinna być dopasowana do wzrostu chorego. W opiece paliatywnej terapię obrazową stosuje się w bardzo różnych miejscach, na przykład w centrum dziennym hospicjum, w pokoju chorego, w jego domu lub w specjalnie umeblowanym pomieszczeniu terapeutycznym. Najważniejsze przy tym jest to, żeby chory czuł się bezpiecznie, a uwolnione poprzez obrazy i sztukę emocje były w odpowiedni sposób skanalizowane, odebrane i zrozumiane. W miejscu, w którym odbywa się terapia, nie powinny się znajdować osoby trzecie niezwiązane z terapią. Czasem bardzo trudno to wytłumaczyć osobom postronnym, które chcą podziwiać rysunki chorego, aby wesprzeć go duchowo [7]. Dlatego w fazie przygotowywania terapeuta musi uprzedzić wszystkie obecne w okolicy osoby, że nie powinny przeszkadzać w zajęciach.

Terapeuta musi podkreślić to, że pacjent sam kontroluje proces, nadaje mu znaczenie i interpretuje go. Terapeuta tylko umożliwi ten proces, ale pacjent kontroluje go samodzielnie.

Chorzy odczuwają to często inaczej. Obawiają się, że terapeuta „wyczyta” coś z namalowanego obrazka, czego pacjent nie miał na myśli, co mu się mimo woli „wymknęło”. Ale to pacjent interpretuje to, co namalował, a terapeuta słucha. Terapeuta nie nadaje wartości dziełu chorego („ładne”, „brzydkie”, „wartościowe”, „bez wartości”). Gdyby tak się działo, terapeuta nadużywałby swojej pozycji, a porozumienie terapeutyczne między nim a chorym mogłoby być zagrożone. Tak więc w postępowaniu terapeuty nie może być niczego normatywnego, ograniczającego, rażącego. Powinien on wsłuchać się w przekaz werbalny i niewerbalny, zastanowić, zadawać dodatkowe pytania, wyjaśniać to, co pacjent mówi, a także zachęcać go do otwartości.

Nie do przyjęcia jest sytuacja, gdy chory zostanie poproszony o jakąś osobistą refleksję, a terapeuta podda tę refleksję wartościowaniu. To wartościowanie zwykle unicestwia cały proces terapeutyczny, zamyka drogę do ekspresji i do otwartości.

Terapeuta nie zawsze od razu rozumie, co dana ekspresja oznacza. Może to zobrazować następujący

przykład. Terapia obrazowa odbywała się w Sierra Leone (Afryka). Terapeuta, Europejczyk, zdecydował, że pacjent nie powinien używać koloru czarnego, ponieważ barwa ta kojarzy się ze złem i negatywnymi emocjami. Mieszkańcy Sierra Leone mają na ten temat inne zdanie i takie postępowanie wzbudziło w nich poczucie dyskryminacji [8]. Koloru (a także wielu innych cech) nie można zatem oceniać według jakiejś skali wartości, jego znaczenie nie jest z góry ustalone, określa je sam chory.

Podobnie, terapeuta nie może chorego zobowiązać do otwartości, on musi na to „zapracować”. Naturalny jest fakt, że chory odpowiada na osobiste pytania tak, jak chce. To on ustala, co chce, a czego nie chce powiedzieć. Terapeuta nie może tego wyegzekwować.

Kiedyś, na początku terapii chorej z rakiem piersi poprosiłam ją o narysowanie autoportretu. Myślałam, że dobrze by było gdyby mi się w ten sposób przedstawiła. Dałam jej możliwość wyboru metody i sposobu przedstawienia się. Narysowała się nago, z tylko jedną piersią. Przy rysowaniu widziałam jej głębokie emocje i napięcie. Ta autoprezentacja musiała ją wiele kosztować. Od razu została skonfrontowana ze swoim zmienionym obrazem ciała, ze swoją ułomnością i utratą. Mimo to postanowiła skończyć ten rysunek i w ten sposób pokonała jakiś ważny próg w terapii. Według mnie miała do wyboru na przykład narysowanie tylko swojej twarzy, ukrycie ułomności, nagości. Mogła siebie narysować w swojej ulubionej sukience, w pełni, tak jakby chciała, żeby ludzie ją spostrzegali. Było dla mnie dużym przeżyciem, że chora chciała pokazać się nago, tak samo jak sama siebie widzi w lustrze, w postaci, którą jej tak trudno zaakceptować. Jednak takie posunięcie może być niebezpieczne, może wywołać wiele emocji, a nawet rozpacz. Terapeuta musi być na to przygotowany, musi dysponować czasem i umieć łagodzić trudne sytuacje, zawsze mając świa-

domość swojej roli i celów terapeutycznych. Rysunek „samej siebie” nadał pierwszy kierunek terapii. Dzięki rozmowom na temat jej własnego pojęcia swojej osoby i roli w otoczeniu pacjentka była w stanie uporządkować sobie wszystko i zastanowić się nad swoim własnym obrazem oraz nad swoją rolą w otoczeniu. Okazało się, że po takim uporządkowaniu chora była w stanie o wiele lepiej porozumiewać się ze swoją rodziną. Tak więc terapia obrazowa to rodzaj „lustra” dla własnej (pod)świadomości. Terapeuta nie występuje tutaj w roli nauczyciela (wartości dobre czy złe), ale jako tłumacz obrazów wywołanych („czy dobrze cię rozumiem?...”). Myślę, że rola terapii obrazowej w opiece paliatywnej mogłaby być duża, szczególnie w opiece nad osobami, które straciły najbliższych, i ludźmi, którzy doświadczyli wielu strat w swoim otoczeniu. Aby tę rolę dobrze ustalić i opisać, potrzeba wielu badań, a na nie musimy jeszcze trochę poczekać.

Serdecznie dziękuję mojemu ojcu Dr. Zbigniewowi Żyliczowi za przetłumaczenie mojego artykułu na język polski. Bez Jego inspiracji praca ta by nie powstała.

Piśmiennictwo

1. Smeijsters H. Handbook creative therapie. Bussum, Coutinho 2000.
2. Malchiodi C.A. Handbook of art therapy. Guilford Press Psychology, New York 2003.
3. Luzatto P., Gabriel G. Art psychotherapy. W: Holland J. i wsp. red. Psychooncology. Oxford University Press, Oxford 1998.
4. Pratt M., Wood M. Art therapy in Palliative care. The creative response. Routledge, London 1998.
5. Thomas G. Art therapy and practice in palliative care. Eur. J. Pall. Care 1995; 2: 120–121.
6. Taal J. Van angst naar kracht. De waarde van innerlijke beelden bij kanker. The Practitioner 1994; 16: 1083–1088.
7. Case C., Dalley T. The handbook of art therapy. Routledge, London and New York 1992.
8. Berghoef K. Een bed in Afrika. Arena, Amsterdam 2004.