

Maja Stańko

Zakład Psychologii Ogólnej i Psychodiagnostyki, Instytut Psychologii
Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Arteterapia z dziećmi i młodzieżą — perspektywa rozwojowa

Art therapy with children and adolescents — the developmental perspective

Abstract

*Art therapy is a form of psychological help which can support medical approach to treatment of mental disorders in children and adolescents. A selection of art therapy interventions for children and adolescents is presented from developmental psychopathology perspective. **Psychiatry 2009; 6, 2: 66–73***

key words: children, adolescents, development, psychotherapy, art therapy

Wstęp

Arteterapia jest formą oddziaływania psychoterapeutycznego, która może skutecznie wspomagać terapię farmakologiczną zaburzeń psychicznych na wszystkich etapach ich rozwoju [1]. Pełni ona różne funkcje, począwszy od diagnozy i terapii do aktywizacji, rehabilitacji, relaksacji, a nawet profilaktyki zaburzeń psychicznych [1, 2]. Arteterapia jest terminem niezwykle szerokim. Na potrzeby niniejszego artykułu przyjęto definicję arteterapii w jej węższym znaczeniu, w którym traktowana jest jako psychoterapia za pomocą sztuk plastycznych, polegająca na wykorzystaniu technik plastycznych do wyrażania i przepracowywania problemów oraz trudności pacjenta [3]. U podłoża praktyki arteterapeutycznej leżą teorie psychologiczne, takie jak na przykład psychoanaliza lub podejście poznawczo-behawioralne oraz przekonanie o tym, że proces twórczy może mieć właściwości terapeutyczne oraz rozwojowe. Osobą prowadzącą arteterapię jest profesjonalista, posiadający odpowiednie przygotowanie oraz gruntowną wiedzę z zakresu sztuk plastycz-

nych, a także psychologii i psychoterapii. Nazywany jest on „arteterapeutą” [2].

Arteterapia znajduje swoje zastosowanie zarówno w leczeniu osób dorosłych, jak i w psychiatrii dzieci i młodzieży. Praca terapeutyczna z dziećmi i nastolatkami różni się jednak od arteterapii z osobami dorosłymi. Aktywność plastyczna, która jest głównym narzędziem arteterapii, zazwyczaj przychodzi łatwiej dzieciom. Jak podaje Sikorski [4] rysunek tym lepiej spełnia swoją funkcję, im młodszy jest jego autor. Dorosłym (ale również młodzieży) często trudno jest pokonać opór przed aktywnością plastyczną, kojarzoną z dziecinną zabawą. Natomiast większość dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym chętnie podejmuje działania plastyczne. Spontaniczna ekspresja treści w formie obrazu, często oparta na zjawisku projekcji, jest dla nich łatwiejszym środkiem komunikacji niż wyrażanie swoich przeżyć i uczuć w sposób werbalny. W arteterapii z najmłodszymi pacjentami możliwe jest, a często wręcz konieczne, zastąpienie rozmowy ekspresją plastyczną [5]. Arteterapia ułatwia nawiązanie kontaktu oraz ustanowienie relacji z terapeutą i dlatego jest bardzo wartościowym narzędziem pracy diagnostycznej i terapeutycznej w ramach psychiatrii rozwojowej [5, 6]. Jednak ze względu na niejednorodność grupy dzieci i młodzieży, prowadzenie arteterapii wymaga zwrócenia uwagi nie tylko na cechy indywidualne danej

Adres do korespondencji:
mgr Maja Stańko
ul. Kosynierska 3/3 60–241 Poznań
tel.: 600 360 453

osoby oraz jej stan chorobowy, ale na to co najbardziej ogólne — cechy charakterystyczne dla danego etapu rozwoju pacjentów.

Celem niniejszego artykułu jest prezentacja wybranych działań arteterapeutycznych z dziećmi i młodzieżą w kontekście poszczególnych etapów rozwoju psychicznego i fizycznego, co umożliwi ukazanie ich w sposób szeroki i całościowy [7]. Orientacja na temat potrzeb, czynników ryzyka, deficytów i zasobów charakterystycznych dla danych faz rozwoju i związanych z nimi zaburzeń jest bowiem jednym z podstawowych wymagań skutecznej pomocy medycznej i psychologicznej [8]. Poszczególne etapy życia człowieka niosą ze sobą zmiany w różnych obszarach funkcjonowania. Ich świadomość łącznie z wiedzą na temat przebytych i aktualnych urazów psychicznych ma istotny wpływ na realizację procesu diagnostycznego i terapeutycznego [9]. Prezentowane rozważania mają charakter problemowy. Wybrane działania arteterapeutyczne zostały uporządkowane według kolejnych etapów rozwoju i omówione w kontekście związanych z nimi kwestii. Zgodnie z podziałem cyklu życia na poszczególne etapy rozwoju [10] refleksje na temat arteterapii z dziećmi i młodzieżą rozpoczęto od omówienia zjawisk dotyczących okresu niemowlęcego i poniemowlęcego. Następnie przedstawione zostały działania arteterapeutyczne z uczestnikami z fazy wieku przedszkolnego i szkolnego, a potem okresu dorastania.

Wiek niemowlęcy i poniemowlęcy

Wiek niemowlęcy i poniemowlęcy są określane jako odrębne fazy rozwoju, które charakteryzują się odmiennymi zjawiskami i procesami. Dlatego też każdy z nich wymaga indywidualnej charakterystyki.

Wiek niemowlęcy rozpoczyna się w momencie narodzin i trwa do 1. roku życia. Jest to okres bardzo intensywnych przemian w każdej z czterech głównych sfer funkcjonowania: fizycznej, emocjonalnej, społecznej i poznawczej. Rozwój dziecka jest uzależniony od otoczenia społecznego, które stanowi podstawowe źródło zaspokajania potrzeb noworodka [9]. Jakość interakcji pomiędzy opiekunami (którymi najczęściej są rodzice) a niemowlęciem, warunkuje jego funkcjonowanie. Według Barbary i Philipa Newmanna [11], do głównych zmian, jakie zachodzą w tym okresie, należą rozwój inteligencji sensoryczno-motorycznej, prymitywnej przyczynowości oraz stałości przedmiotu. Na tym etapie tworzą się też fundamenty relacji przywiązania oraz kompetencji komunikacyjnych i emocjonalnych. Ich prawidłowe ukształtowanie uzależnione jest nie tylko od zaspokojenia po-

trzeb fizjologicznych dziecka, ale również od możliwości nawiązania bliskiej więzi w jedną osobą. Zaburzenia więzi w dzieciństwie (oznaczone w ICD-10 [International Classification of Diseases] kodami F94.1, F94.2) należą do zaburzeń psychicznych mających swój początek w tym właśnie okresie rozwoju [12]. Problematyka prawidłowego i zaburzonego rozwoju więzi przywiązaniowej należy do wiodących koncepcji będących podłożem arteterapii [3].

Przywiązanie traktowane jest jako „swoista więź, pomiędzy dzieckiem a jego najważniejszym opiekunem, długotrwały, emocjonalny związek z konkretną osobą” [11]. Przywiązanie kształtuje się od momentu narodzin do około 2,5 roku życia, w interakcji z opiekunem. Rozwija się dzięki sygnałom wysyłanym przez dziecko, takim jak uśmiech lub płacz, które są wyrazem jego stanu psychofizycznego, i reakcjom opiekuna, który na przykład podaje dziecku pokarm. Jeśli rodzic wielokrotnie odpowiada w sposób adekwatny i trafnie zaspokaja potrzeby noworodka, w dziecku wykształca się poczucie bezpieczeństwa. Rodzaj sprawowania opieki przez opiekuna (np. dostępność v. odrzucenie) determinuje charakter przekonań dziecka na temat świata i siebie oraz kształtuje zdolność do regulacji emocji, które utrzymują się we względnie stałej formie na późniejszych etapach życia [8, 11]. Ainsworth wyróżnia podstawowe typy przywiązania i dokonuje opisu funkcjonowania dzieci prezentujących każdy z nich [11]. Dziecko o bezpiecznym wzorcu przywiązania będzie zdolne do niezależnego funkcjonowania w przyszłości, przy jednoczesnej umiejętności tworzenia bliskich relacji z innymi. W przeciwieństwie do niego jest wzorzec unikający wpływa na wytworzenie się postawy nieufności i poczucia niskiej wartości w życiu dorosłym. Podobnie, pozostałe dwa pozabezpieczne wzorce: ambiwalentny i zdeorganizowany mogą prowadzić między innymi do silnych lęków w kontaktach z innymi, poczucia zagrożenia ze strony otoczenia oraz poważnych trudnościach w funkcjonowaniu emocjonalnym. Ustanowienie bezpiecznej relacji, dzięki której dziecko może przeżyć, a następnie wzrastać i rozwijać się jest wspólnym zadaniem matki i dziecka będącego w okresie niemowlęcym. Gdy na drodze do utworzenia i podtrzymania więzi pojawiają się przeszkody, w postaci lekceważenia podstawowych potrzeb psychofizycznych dziecka lub celowych urazów, które prowadzą do zaburzeń psychicznych, potrzebna jest profesjonalna interwencja z zewnątrz. Jedną z form pomocy w takich sytuacjach jest arteterapia [7]. Powszechne jest przekonanie, że niemowlęta są zbyt słabo rozwinięte, żeby korzystać z arteterapii [13].

Mimo tego, że może się to wydawać niewykonalne, prowadzenie arteterapii z udziałem niemowląt i dzieci poniżej 3. roku życia jest prężnie rozwijającym się obszarem arteterapii. Ponieważ funkcjonowanie niemowląt zachodzi w diadzie dziecko–rodzic, w sesjach arteterapeutycznych skierowanych na poprawę warunków funkcjonowania małych dzieci biorą udział również opiekunowie, przeważnie matki. W związku z trudnościami psychicznymi występującymi na tym etapie rozwoju działania terapeutyczne koncentrują się najbardziej wokół poprawy relacji matka–dziecko [13]. Najczęściej przyjmują one formę zajęć grupowych, opartych na działaniach plastycznych [5]. Taka forma arteterapii jest korzystna zarówno dla dzieci, które, kontaktując się ze sobą, mają okazję do naturalnego ćwiczenia kompetencji społecznych, jak i dla matek, które mogą się wzajemnie wspierać się i dzielić doświadczeniami macierzyńskimi. Poczucie zrozumienia i wsparcia u opiekunów w sposób pośredni kształtuje zmiany w relacji z dzieckiem. Hall [13] opisuje arteterapię prowadzoną dla matek cierpiących na depresję poporodową, niebędących w stanie ostrego kryzysu. Jak podaje autorka, wspólna aktywność plastyczna w bezpiecznych warunkach arteterapii budzi zainteresowanie oraz wzmacnia więzi pomiędzy członkami rodziny. Dzieci w sposób automatyczny są zainteresowane działaniem razem z matkami, na co te zwykle odpowiadają z entuzjazmem. Wspólne tworzenie sprzyja budowaniu granic, rozwojowi tożsamości oraz szacunku dla indywidualizmu drugiej osoby, na przykład poprzez doświadczenie przynależności. Jednocześnie wzmacnia się więź matki z dzieckiem, oddzielając związek od reszty świata. Powstałe prace plastyczne pozwalają na „zatrzymanie” dobrych chwil w czasie i przywołują pozytywne doświadczenia jeszcze przez długi czas po spotkaniu.

W odniesieniu do koncepcji przywiązania, arteterapia jest okazją do częstych i bezpiecznych interakcji niezbędnych do ustanowienia relacji, co sprzyja wzrostowi kompetencji w zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych i psychologicznych dziecka. Na przykład wspólne malowanie pozwala na ekspresję emocji i lepsze wzajemne zrozumienie, nawet bez użycia słów. Zajęcia stwarzają wiele okazji do bliskości fizycznej, z którą może wiązać się więź duchowa. Aktywność twórcza ma również wpływ na przemiany o charakterze neurologicznym [13]. Od momentu narodzenia część struktur mózgowych niemowlęcia kształtuje się w toku interakcji z otoczeniem. Jeśli noworodek doświadcza czulej opieki i miłości w kontaktach z otoczeniem, jego „mózg społeczny” rozwija

się, kładąc fundamenty pod rozwój wszystkich kompetencji. Natomiast u dziecka przebywającego w środowisku zdeprawowanym, w którym dominują przemoc i napięcie, rozwój mózgu jest zahamowany lub podlega zniekształceniu, prowadząc do zaburzeń w funkcjonowaniu [13]. Stymulacja poprzez aktywność twórczą oraz bliski kontakt z opiekunem, które mają miejsce w arteterapii pełni funkcję wzmacniającą, a nawet naprawczą wobec uszkodzonych struktur mózgowych i redukuje ryzyko powstania zaburzeń psychicznych [13].

W arteterapii biorą udział również dzieci w wieku poniemowlęcym, czyli od 1. do 3. roku życia. W tym okresie następuje dynamiczny rozwój lokomocji i funkcji motorycznych oraz posługiwania się językiem. Zdobyte kompetencje umożliwiają wzrost samokontroli w zakresie emocji oraz kontroli otoczenia. Jednocześnie następuje silny rozwój fantazji, naturalna skłonność do tworzenia i zabawy [11]. Wszystkie te „zdobycze” leżą u źródeł tendencji do aktywnej eksploracji otoczenia [14], która przyczynia się do spontanicznego angażowania w działanie podczas sesji arteterapeutycznych. Arteterapia jest źródłem stymulacji oraz doskonałą okazją do eksploracji w bezpiecznych warunkach. Sprzyja rozwojowi więzi z opiekunem, poczucia bezpieczeństwa, poczucia sprawstwa (posiadania kontroli nad własnymi działaniami) oraz wszystkich wymienionych wcześniej funkcji. Ma to szczególne znaczenie w pracy z dziećmi pochodzącymi ze środowisk, w których na co dzień doświadczają różnego rodzaju deficytów i patologii, będących jedną z przyczyn zaburzeń psychicznych. Podsumowując, arteterapia sprzyja budowaniu twórczego porozumienia pomiędzy małymi dziećmi oraz ich opiekunami oraz tworzeniu zasobów potrzebnych do prawidłowego funkcjonowania i rozwoju.

Wiek przedszkolny

Konieczność spędzenia określonego czasu w ciągu dnia poza domem przez dzieci w wieku przedszkolnym (4–5 lat) stanowi pierwszą poważną próbę oddzielenia się od rodziców i samodzielnego wejścia w szerszy krąg kontaktów społecznych [15]. Ta zmiana pociąga za sobą rozwój w wielu obszarach. Rodzice małego przedszkolaka często obserwują u niego wzrost śmiałości w kontakcie, rozwój komunikacji i żywotności. W tym okresie kształtuje się pojęcie płci oraz identyfikacja z rolą płciową [11]. Pojawiają się pierwsze oznaki rozwoju moralnego, takie jak wykazywanie się empatią i umiejętnością przyjęcia perspektywy innej osoby, a co za tym idzie — rozwój sumienia. Zwiększony kontakt społeczny przyczynia

się w tym okresie do wzrostu intensywności zabaw grupowych, często opartych na współpracy i fantazji. Wraz ze zwiększonym doświadczeniem społeczno-emocjonalnym rozwija się również sfera poznawcza maluchów. Dochodzi do odkrycia zasady stałości, umiejętności klasyfikacji i kombinatoryki, czyli wykształcenia operacji konkretnych [11].

Wszystkie nowo zdobyte umiejętności zwiększają obszar możliwości oddziaływania poprzez arteterapię. Cztero- i pięcioletki zwykle z dużym entuzjazmem przyjmują propozycję podjęcia aktywności plastycznej. Ponieważ arteterapia z perspektywy dzieci w tym wieku jest postrzegana w kategoriach zabawy, stanowi atrakcyjne narzędzie pracy terapeutycznej i diagnostycznej [5]. Dzięki przyrostowi różnorodnych kompetencji są w stanie objąć zachowanie własne oraz zachowanie innych osób pewną refleksją i podjąć rozmowę z terapeutą na temat kwestii, które mogą być przedmiotem sesji. Rozwój we wszystkich opisanych obszarach może przebiegać u różnych dzieci w odmiennym tempie w zależności od czynników biologicznych i środowiskowych. W przypadku dzieci, które doświadczają trudności w różnych sferach, przejawiają zaburzenia emocjonalne, zaburzenia funkcjonowania społecznego (oznaczone w ICD-10 kodami F93.0–F94.0) lub pochodzą z grup ryzyka, arteterapia poprzez aktywność plastyczną, połączoną z częściową komunikacją werbalną w ramach relacji terapeutycznej, wspomaga rozwój lub koryguje nieprawidłowości, przyczyniając się na przykład do wzrostu poczucia bezpieczeństwa i redukcji lęku.

Wiek szkolny

Okres szkolny obejmuje dzieci w wieku 6–12 lat. Jest ostatnim etapem dzieciństwa w życiu człowieka, a zarazem pierwszym krokiem ku dorosłości [15]. Ten etap wiąże się z przyjęciem roli ucznia i dominacją nowego rodzaju aktywności jaką jest nauka szkolna. Z nowymi zadaniami rodzą się liczne zmiany w sferze poznawczej, emocjonalnej, społecznej oraz moralnej [11]. Większa ilość czasu w towarzystwie rówieśników prowadzi do wzrostu wrażliwości na normy, zasady społeczne, naciski i oczekiwania grupy. Stopniowo rozwija się też zdolność do dostrzegania różnych punktów widzenia. W tym okresie odmiennie sposoby w poziomie funkcjonowania różnych dzieci zaczynają być szczególnie widoczne. Dziecko przebywa w nowym środowisku, w którym jego zachowanie jest obserwowane przez liczne osoby: nauczycieli, innych uczniów czy rodziców. Odbieganie od powszechnie uznanej normy jest względnie szyb-

ko zauważane przez społeczne otoczenie dziecka, przez co po ustaleniu wstępnej diagnozy może się ono stać uczestnikiem arteterapii.

Praca arteterapeutyczna z dziećmi w wieku szkolnym może przyjmować rozmaite formy, w zależności od trudności, zaburzeń i potrzeb dziecka. Najczęściej opisywane w literaturze przypadki arteterapii z dziećmi będącymi w tym okresie dotyczą: specyficznych zaburzeń w rozwoju umiejętności szkolnych (oznaczone w ICD-10 kodami F.81.0–F81.2) zaburzeń w relacjach społecznych, problemów rodzinnych (czyli przemoc domowa, wykorzystywanie seksualne, rozwody, śmierć w rodzinie), zaburzeń zachowania i opozycyjno-buntowniczych (oznaczone w ICD-10 kodami F91.0–F91.3), zaburzeń odżywiania (oznaczone w ICD-10 kodami F50.0, F50.2), fobii szkolnych, autyzmu, zespołu Aspergera, zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD, *attention deficit hyperactivity disorder*), niepełnosprawności oraz psychicznych konsekwencji przewlekłych chorób somatycznych (w tym tych nieuleczalnych) [7, 16]. Ponieważ często problemy te współwystępują, stosowane interwencje arteterapeutyczne mogą przebiegać w podobny sposób oraz wykorzystywać te same metody.

W tym okresie poziom rozwoju w sferze poznawczej, emocjonalnej, społecznej oraz moralnej, wpływa tak silnie jak nigdy wcześniej na poczucie kompetencji dziecka. Szczególny wpływ na samoocenę ma zdolność do opanowania sprawności szkolnych (intelektualnych i motorycznych), które są zaliczane do jednego z głównych obszarów rozwoju w tym czasie [11]. Arteterapeuta pracujący z dzieckiem powinien więc zwrócić uwagę nie tylko na objawy zaburzenia, ale również na ich związek z innymi sferami funkcjonowania. Na przykład trudności w nauce mogą mieć wpływ na zaniżenie ogólnej samooceny, wzrost agresywności, powstawanie zaburzeń afektywnych, które z kolei wpływają na trudności szkolne.

W zależności od problemów dziecka arteterapia przyjmuje różne formy. Do najbardziej powszechnych sposobów pracy należą terapia indywidualna oraz terapia grupowa. Możliwe są również sesje, w których bierze udział kilkoro dzieci, jednak terapeuta pracuje z każdym z nich indywidualnie. Dużą wartością takiego rozwiązania jest możliwość obserwacji nie tylko zachowania pojedynczych uczestników w relacji z terapeutą, ale również stylu wzajemnych interakcji dzieci. Zachowanie w kontakcie z rówieśnikami może być źródłem cennych informacji na temat społecznego sposobu funkcjonowania każdego z pacjentów. Bardzo ciekawym, aczkolwiek jeszcze mało znanym w Polsce sposobem prowadzenia

arteterapii, jest włączanie do niej rodzeństwa [17] oraz terapia rodzinna, w której oprócz dzieci biorą udział również ich rodzice [18].

Jak wskazuje Boronska, pionierka terapii rodzeństw, siostry i bracia są bardzo ważnymi postaciami dla większości osób. Już sama informacja o tym, że w rodzinie ma się pojawić kolejne dziecko kształtuje psychikę starszego rodzeństwa [17]. Siostry i bracia są dla siebie towarzyszami, przyjaciółmi, a nawet rywalami [17]. Zazwyczaj doświadczają również poczucia wzajemnej odpowiedzialności. Patologiczne relacje pomiędzy rodzeństwem, których przejawem jest między innymi zaburzenie związane z rywalizacją w rodzeństwie (F93.3), mogą mieć destrukcyjny wpływ na funkcjonowanie dzieci [19]. Zdaniem Boronskiej arteterapia z rodzeństwem pomaga w kształtowaniu samoregulacji emocjonalnej pacjentów oraz ustanowieniu pełniejszych i zarazem łatwiejszych relacji między braćmi i siostrami. Ma to szczególne znaczenie dla małych pacjentów, którzy borykają się z doświadczeniami bólu i straty, spowodowanymi rozpadem życia rodzinnego i rodzinnymi patologiami. Arteterapia może pomóc w zmianie szkodliwych wzorców odczuwania, myślenia i zachowania, prowadzących do cierpienia psychicznego pacjentów [17].

Prowadzenie arteterapii z rodzeństwem oraz przy udziale rodziców znajduje powszechne zastosowanie w przypadku zaburzeń okresu dzieciństwa i dorastania, takich jak zaburzenia odżywiania oraz zaburzenia psychotyczne [18]. U podłoża obydwu sposobów przeprowadzania terapii leży systemowy sposób rozpatrywania pojawiających się u dziecka zaburzeń. Zgodnie z nim, zaburzenie nie powstaje w próżni, ale jest wynikiem problemów w relacjach między członkami rodziny, w środowisku, w którym wszystkie osoby wzajemnie na siebie wpływają. W związku z tym zmiany w relacjach rodzinnych są podstawą poprawy funkcjonowania tego członka rodziny, którego stan jest powodem udziału w terapii. Odmianą tego sposobu prowadzenia terapii jest arteterapia multirodzinna, w której uczestniczy jednocześnie kilka rodzin borykających się z podobnymi trudnościami. Taka forma pozwala na wzajemne uczenie się i wsparcie, co może redukować poczucie izolacji u każdej z rodzin [18]. Okazja do interakcji pomiędzy poszczególnymi członkami grup (matek z matkami, ojców z ojcami, córek z córkami itd.), jest okazją do dzielenia się doświadczeniem, udzielania sobie pomocy i porad co do pozytywnych zmian w życiu każdego z nich.

Ostatnią z prezentowanych form arteterapii z dziećmi w wieku szkolnym jest arteterapia prowadzona

w klasie szkolnej z udziałem wszystkich uczniów oraz nauczyciela/wychowawcy [20]. Ta forma zajęć nie jest tożsama z terapią grupową czy zajęciami rozwojowymi. Posiada ono swoją własną dynamikę oraz specyficzny typ relacji między uczestnikami [20]. Klasa szkolna może być miejscem bezpiecznym i lubianym przez uczniów, ale może stać się również źródłem lęków i konfliktów. Arteterapia prowadzona w klasie szkolnej skupia się na zaburzonych relacjach pomiędzy uczniami, które często prowadzą do pojawienia się trudności psychicznych pojedynczych osób. Najważniejszym elementem w tej formie arteterapii jest koncentracja na tak zwanym „tu i teraz”, czyli obserwacja i analiza relacji i zachowań w danej chwili. Podczas sesji część czasu poświęcona jest na twórczość, lecz równie dużo energii przeznaczają się na dyskusję. Aktywność plastyczna dostarcza dzieciom możliwości odstąpienia się, uwolnienia od napięcia i doświadczenia zrozumienia w komunikacji z innymi [21]. Dyskusja nad pracami w odniesieniu ich do relacji między uczniami jest o wiele bardziej rozwinięta niż to miało miejsce w terapii z dziećmi na wcześniejszych etapach rozwojowych. Warto zwrócić uwagę na to, że postęp w rozwoju logicznego myślenia w tym okresie [15] umożliwia przeprowadzenie pogłębionej dyskusji z terapeutą, ale jednocześnie niesie ze sobą koszty w postaci obniżenia dziecięcej spontaniczności podczas tworzenia, co jest szczególnie widoczne u dzieci bliższych wiekiem okresowi dorastania. W tej formie arteterapii (podobnie jak w opisywanych wcześniej) może brać udział również młodzież w wieku dorastania, o której mowa będzie w części ostatniej.

Wiek dorastania

Okres dorastania obejmuje wiek od 10. do około 22. roku życia, z umowną granicą w wieku 16 lat, która dzieli ten czas na wczesne i późne dorastanie [22]. Ponieważ jest to okres przejściowy, w którym dziecko pod każdym względem stopniowo zamienia się w osobę dorosłą, zachodzą w nim przemiany we wszystkich sferach funkcjonowania [22]. Najbardziej widoczne dla młodego człowieka oraz jego otoczenia są przejawy dojrzewania fizycznego, takie jak wzrost i zwiększenie masy ciała, dojrzewanie seksualne i skok pokwitaniowy [11]. Zachodzi także rozwój emocjonalny, poznawczy (myślenie formalne) oraz moralny [11]. Pojawia się wzrost autonomii względem rodziców, która manifestuje się niezależnością emocjonalną, fizyczną oraz pierwszymi oznakami niezależności ekonomicznej [11]. Ze względu na liczne zmiany jest to okres, w którym młody czło-

wiek znajduje się w swojego rodzaju „próżni”. W tym okresie „stare wzorce i schematy ukształtowane w dzieciństwie przestają pełnić już swoje funkcje, a nowe jeszcze się nie pojawiły” [8]. Dorastający człowiek kroczy krętą drogą w poszukiwaniu tożsamości oraz poczucia własnej wartości [23].

Akceptacja siebie pod względem własnej fizyczności, płciowości oraz cech psychicznych należy do podstawowych wyznaczników sposobu funkcjonowania nastolatków. Jednym z determinantów ukształtowania się samoakceptacji jest akceptacja ze strony rówieśników obojga płci. Świadomość tego faktu pozwala spojrzeć szerzej na wiele z prezentowanych przez nastolatków problemów, takich jak trwała niepełnosprawność ruchowa [23]. W tym okresie rola rówieśników wysuwa się na pierwszy plan. Nastolatek spędza ponad połowę czasu w towarzystwie znajomych i przyjaciół, co jest ilością znaczącą w porównaniu z około 5% czasu spędzonego z rodzicami [22]. Dochodzi do aktywnego uczestniczenia w grupach rówieśniczych, w ramach których nawiązywane są bliskie związki: przyjaźnie, związki preintymne i intymne, często dochodzi również do inicjacji seksualnej [11]. Interakcje z rówieśnikami są podłożem kształtującej się tożsamości seksualnej, która powstaje na drodze internalizacji oczekiwań społecznych [11]. Do wielu wyborów, jakich musi dokonać młody człowiek w związku z powyższymi zmianami, dochodzą jeszcze decyzje związane z koniecznością określenia przyszłej drogi zawodowej oraz pracy.

Ribner, terapeuta nastolatków, twierdzi że praca terapeutyczna z nimi nie zawsze jest przyjemna i pozbawiona zakłóceń czy trudności [23]. Z reguły niechętnie odnoszą się oni do terapii jako takiej i arteterapia często jest jedyną formą oddziaływania, do którego można ich przekonać. W arteterapii z młodzieżą, tak jak w innych rodzajach terapii, bardzo ważne jest nawiązanie więzi terapeutycznej opartej na szacunku i zaufaniu. Jednak wiedza na temat norm rozwojowych, znajomość problemów i trudności charakterystycznych dla okresu dorastania jest jednym z głównych czynników umożliwiających prowadzenie skutecznych interwencji [23]. Zmiany zachodzące w każdej z opisanych sfer mogą być potencjalnym źródłem problemów, z którymi ma do czynienia arteterapeuta. Poza zaburzeniami, które zostały przywołane już podczas omawiania pracy z dzieckiem w okresie szkolnym, czyli anoreksji i bulimii, w znacznej ilości dochodzą tutaj również poważne zaburzenia zachowania, czyli trwały, powtarzający się wzorzec zachowania, polegający na łamaniu norm i reguł społecznych oraz pogwałceniu podstawowych praw

innych ludzi, często połączony z agresją wobec ludzi i zwierząt, wandalizmem, oszustwami i kradzieżami [24]. Może pojawiać się uzależnienie od alkoholu i substancji psychotycznych oraz zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenia dysocjacyjne i psychotyczne. Poczucie braku zrozumienia wynikające z różnic międzypokoleniowych oraz współczesnych, gwałtownych przemian społeczno-kulturowych (czyli globalizacja, rozwój nowych technologii itp.) dodatkowo mogą utrudniać prawidłowe funkcjonowanie wielu współczesnych nastolatków. Młodzież z zaburzeniami zachowania oraz zaburzeniami emocjonalnymi w okresie adolescencji szczególnie silnie przeżywa kryzys poczucia własnej tożsamości i doświadcza trudności związanych z obrazem własnej osoby. W arteterapii z młodzieżą dotkniętą problemami psychicznymi szczególnie ważną rolę odgrywają działania dotyczące tematu pozytywnych emocji i wartości, których źródłem jest sam nastolatek lub jego środowisko [19, 20]. Jackowska wskazuje na przydatność w pracy z nastolatkami techniki psychorysunku i autoportretu, które niosą korzyści zarówno terapeutyczne, jak i diagnostyczne [25]. W procesie arteterapii młodzi ludzie są zachęceni do wyrażania swoich przekonań poprzez szeroko rozumianą twórczość plastyczną, a ich wypowiedź jest szanowana, co przynosi pozytywne efekty [26]. Przykładem powszechnego stosowania arteterapii u młodzieży jest praca z osobami cierpiącymi na zaburzenia odżywiania. Bazuje ona na zaangażowaniu w proces, który z jednej strony odrywa od myśli silnie skoncentrowanych wokół jedzenia, a z drugiej umożliwia wyrażanie przeżyć i trudności chorych w sposób odbiegający od stosowanych wcześniej autodestrukcyjnych wzorców zachowań związanych z odżywianiem [27, 28]. W przypadku wielu nastolatków ta forma terapii może przynieść szersze spojrzenie oraz nowe, korektywne doświadczenia emocjonalne i kompetencje związane z kontrolą i samooceną w efekcie doprowadzić do zmian w obrazie własnej osoby [29].

Młodzi ludzie często nie rozumieją, dlaczego zachowują się w sposób (auto)destrukcyjny. Nie są świadomi tego, że ich funkcjonowanie może być determinowane między innymi przez doświadczenia z wczesnego dzieciństwa, które mogą wpływać na proces kształtowania się struktur nerwowych będące podłożem procesów psychicznych. Jak podaje O'Brien [30], doświadczenia z okresu wczesnego dzieciństwa są trudne do zidentyfikowania i wydobycia, ponieważ nie wiążą się z językiem werbalnym, ze względu na okres życia, w którym się pojawiły. Arteterapia może odgrywać dużą rolę w rozumie-

niu własnego funkcjonowania, które jest pierwszym krokiem ku zmianie. Proces twórczy jest aktywnością, która wiąże się z dominacją prawej półkuli, dzięki czemu możliwa jest hipoteza, że dotyka on wczesnodziecięcych doświadczeń emocjonalnych, które nie zostały zwerbalizowane. Interpretacje słowne dokonywane przez arteterapeutę i samego uczestnika mogą umożliwić połączenie werbalizacji z doświadczeniem emocjonalnym wyrażanym poprzez twórczość [30] i w rezultacie prowadzić do zrozumienia siebie i swojego zachowania, a następnie terapeutycznej zmiany.

Wnioski

Na podstawie doniesień z literatury dokonano opisu specyfiki każdej z faz rozwoju dzieci i młodzieży oraz prezentacji niektórych działań w ramach arteterapii z młodymi pacjentami przejawiającymi trudności i zaburzenia psychiczne. Uwzględniono działania prowadzone z dziećmi, dotkniętymi problemami zdrowotnymi, charakterystycznymi dla okresu dzieciństwa i dorastania. Na początku ukazano możliwości i for-

my pracy arteterapeutycznej z dziećmi w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym (od urodzenia do 3. rż.), a następnie z dziećmi w wieku przedszkolnym. Kolejno zaprezentowano szeroką ofertę oddziaływań arteterapeutycznych skierowanych do dzieci w wieku szkolnym i młodzieży.

Prezentowany zespół norm rozwojowych stanowi jedynie pewien teoretyczny konstrukt opisujący ramy funkcjonowania człowieka w poszczególnych etapach rozwoju. Dzieci w tym samym okresie rozwojowym mogą się znacznie różnić ze względu na odmienne deficyty i trudności (zaburzenia) oraz różnice indywidualne o podłożu genetycznym i środowiskowym. Każdego uczestnika arteterapii powinno się więc traktować jako odrębną jednostkę i zwracać szczególną uwagę na jej indywidualne potrzeby i możliwości. Zawarte w tekście informacje mogą być przykładem oraz inspiracją dla praktyków i badaczy, którzy pragną rozwijać swoją wiedzę, umiejętności oraz doskonalić warsztat pracy, w celu jak najlepszej pomocy osobom należącym do tej grupy pacjentów.

Streszczenie

Arteterapia, rozumiana jako forma pomocy psychologicznej, może stanowić wsparcie dla medycznego podejścia w leczeniu zaburzeń psychicznych występujących u dzieci i młodzieży. W tekście przedstawiono propozycje oddziaływania metodami arteterapii w pracy z pacjentami na każdym etapie ich rozwoju na tle charakterystyki poszczególnych etapów rozwoju człowieka uwzględniającej występowanie możliwych trudności oraz zaburzeń psychicznych. Psychiatria 2009; 6, 2: 66–73

słowa kluczowe: dzieci, młodzież, fazy rozwoju, psychoterapia, arteterapia

Piśmiennictwo

- Gmitrowicz A. Rola arteterapii w psychiatrii. W: Karolak W., Gmitrowicz A. (red.). Znaczenie arteterapii w psychiatrii polskiej. PK InSEA, Łódź 2000; 10–12.
- Janicki A. Arteterapia we współczesnym krajowym leczeniu psychiatrycznym. Uwagi o potrzebie i możliwościach rozwoju. W: Karolak W., Gmitrowicz A. (red.). Znaczenie arteterapii w psychiatrii polskiej. PK InSEA, Łódź 2000; 23–25.
- Case C., Dally T. The handbook of art therapy. Routledge, Nowy Jork 2006; 1–16; 89–112.
- Sikorski W. Rysunek jako pozawerbalna technika diagnostyczno-terapeutyczna. Gestalt 1999; 6: 3–9.
- Kornacka B., Laskowska A., Popek L. Arteterapia w Psychiatrycznym Oddziale Dziennym dla Dzieci — doświadczenia własne. W: Karolak W., Gmitrowicz A. (red.). Znaczenie arteterapii w psychiatrii polskiej. PK InSEA, Łódź 2000; 95–98.
- Fryze M., Lucka I., Stępnicka J. Arteterapia, użyteczność w psychiatrii dziecięcej. W: Karolak W., Gmitrowicz A. (red.). Znaczenie arteterapii w psychiatrii polskiej. PK InSEA, Łódź 2000; 92–94.
- Case C., Dally T. Art therapy with children. From infancy to adolescence. Routledge, Nowy Jork 2008; 1–19.
- Stańko M. Odbiorcy, metody i efekty arteterapii — synteza badań. W: Karolak W., Gmitrowicz A. (red.). Znaczenie arteterapii w psychiatrii polskiej. PK InSEA, Łódź 2000; 185–196.
- Czub M. Wiek niemowlęcy. Jak rozpoznać potencjał dziecka? W: Brzezińska A.I. (red.). Psychologiczne portrety człowieka. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004; 41–66.
- Brzezińska A.I. Jak myślimy o rozwoju człowieka? W: Brzezińska A.I. (red.). Psychologiczne portrety człowieka. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2004; 5–20.
- Brzezińska A.I., Appelt K., Ziółkowska K. Psychologia rozwoju człowieka. W: Strelau J., Doliński D. (red.). Psychologia. Podręcznik akademicki, tom II. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2008; 95–290.
- Popek L. Zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym. W: Namyśłowska I. (red.). Psychiatria dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007; 146–150.
- Hall P. Painting together — an art therapy approach to mother infant relationship. W: Case C., Dalley T. (red.). Art therapy with children. From infancy to adolescence. Routledge, Nowy Jork 2008; 20–23.
- Appelt K. Wiek poniemowlęcy. Jak rozpoznać potencjał dziecka? W: Brzezińska A.I. (red.). Psychologiczne portrety czło-

- wieka. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2004; 95–130.
15. Appelt K. Wiek szkolny. Jak rozpoznać potencjał dziecka? W: Brzezińska A.I. (red.). Psychologiczne portrety człowieka. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2004; 259–303.
 16. Rubin J.A. Child Art Therapy. 25th Anniversary Edition. John Wiley&Sons. Hoboken, New Jersey, Canada 2005; 263–277.
 17. Boronska T. I'm the king of the castle the sibling bond — art therapy groups with siblings in care. W: Case C., Dalley T. (red.). Art therapy with children. From infancy to adolescence. Routledge, Nowy Jork 2008; 54–68.
 18. Dalley T. 'I wonder if I exist?': a multi-family approach to the treatment of anorexia in adolescence. W: Case C., Dalley T. (red.). Art therapy with children. From infancy to adolescence. Routledge, Nowy Jork 2008; 69–85.
 19. Popek L. Zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się w dzieciństwie. W: Namysłowska I. (red.). Psychiatria dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007; 129–140.
 20. Reddick D. Working with the whole class in primary schools. W: Case C., Dalley T. (red.). Art therapy with children. From infancy to adolescence. Routledge, Nowy Jork 2008; 103–122.
 21. Kozłowski J. O potrzebie arteterapii zjawisk lękowych u dzieci. W: Popek S., Tarasiuk R. (red.). U podstaw edukacji plastycznej, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2000; 173–175.
 22. Bardziejewska M. Okres dorastania. Jak rozpoznać potencjał nastolatków? W: Brzezińska A.I. (red.). Psychologiczne portrety człowieka. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004; 345–378.
 23. Ribner N.G. Terapia nastolatków. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2005.
 24. Seligmann M.E.P., Walkner E.F., Rosenhan D.L. Psychopatologia. Wydawnictwo Zysk i Spółka, Poznań 2003.
 25. Jackowska E. Autoportret w grupowej i indywidualnej psychoterapii młodzieży. Psychoterapia 1997; 4: 37–44.
 26. Riley S. Contemporary Art therapy with adolescents. Jessica Kingsley Publishers. London, Philadelphia 1999.
 27. Hinz L.D. Drawing from within using art to treat eating disorders. Jessica Kingsley Publishers, London Philadelphia 2006; 7–20.
 28. Levens M. The eating disorders and magical control of the body. Treatment through art therapy. Routledge, London, Canada, 1995; 103–116.
 29. Jackowska E. Z doświadczeń w prowadzeniu psychoterapii grupowej na młodzieżowym oddziale psychiatrycznym, Psychoterapia 1996; 1: 31–38.
 30. O'Brien F. Attachment patterns through the generations: internal and external homes. W: Case C., Dalley T. (red.). Art therapy with children. From infancy to adolescence. Routledge, Nowy Jork 2008; 35–45.