

Iwona Bielawska

PSYCHORYSUNEK FORMĄ TERAPII PACJENTÓW CHORYCH PSYCHICZNIE

W terapii sztuką rysunek jest techniką, której celem jest pobudzenie do autoekspresji, do twórczego przetransponowania swoich przeżyć na papier, na którym kompozycja kreski i koloru pełni funkcję „języka”. Ten sposób wyrażania siebie dla wielu pacjentów bywa łatwiejszy niż werbalizowanie swoich przeżyć, nie wymaga zdolności artystycznych, nie wzbudza niepokoju i postawy obronnej. Jest sposobem na uaktywnianie nawet tych pacjentów, którzy są niechętni innym formom terapii.

Psychorysunek¹ prowadzono grupowo pozwala na udział pacjentów z różnymi typami choroby psychicznej, jak i w różnym jej zaawansowaniu. Bywa elementem wstępnym w terapii i pretekstem do dalszych rozmów, co sprzyja polepszaniu komunikacji z innymi. Jest sposobem na oczyszczanie z negatywnych emocji i poprawę funkcjonowania społecznego.

Dla wielu pacjentów, szczególnie starszych², ten sposób wypowiedzania się jest czymś nowym. Bywają pacjenci, którzy mają opory przed uczestniczeniem w zajęciach, co tłumaczą brakiem zdolności do rysowania lub tym, że wyrosli z tego typu zabaw. Wyjaśnienie celu zajęć, a przede wszystkim utwierdzenie w przekonaniu, że rysunki nie będą oceniane, wystarczało, aby opory zniknęły. Ważnym zadaniem prowadzącego jest stworzenie atmosfery sprzyjającej spontanicznej i twórczej ekspresji przeżyć pacjentów. Poczucie bezpieczeństwa daje zapewnienie, że zajęcia z psychorysunku nie są podobne do lekcji w szkole, na których stawia się stopnie, i nie wymagają uzdolnień plastycznych; nie jest ważna strona graficzna rysunku, ale treść odpowiadająca autentycznym przeżyciom jednostki.

¹ Psychorysunek jest jedną z metod projekcyjnych stosowanych w psychologii; jego cechą charakterystyczną jest „niedookreśloność” proponowanych tematów, pozwalająca na swobodę wypowiedzi jednostki. Terminów *psychorysunek* oraz *rysunek w terapii* będę używała zamiennie.

² Psychorysunek stosowałam w ramach terapii pacjentów z różnymi typami zaburzeń (nerwice, psychozy, uzależnienia, zaburzenia osobowości) na oddziale dla dorosłych w Szpitalu Psychiatrycznym w Olsztynie.

Atmosfera akceptacji i zwracanie uwagi na możliwości rozwojowe jednostki oraz koncentrowanie się na jej przeżyciach jest zgodne z nurtem humanistycznym w psychoterapii (Czabała 1997). Sprzyja to akceptacji siebie i wytwarzaniu się postawy otwartej wobec własnych problemów. Pacjent w rysunku ujawnia swoje pragnienia i potrzeby, o których – jeżeli ma na to ochotę – może opowiedzieć w trakcie drugiej części zajęć, tj. podczas interpretacji. Opowiadanie wszystkim uczestniczącym w zajęciach o tym, co przedstawia rysunek, było dowolne i często ograniczało się do kilku zdań. Dawało to jednak okazję do (na tym etapie już dużo łatwiejszego) zwerbalizowania swoich przeżyć i usłyszenia, o jakich pragnieniach i przeżyciach mówią inni, co sprzyjało polepszaniu wzajemnego zrozumienia i poprawiało komunikację z innymi.

Zdarza się, że niektórzy pacjenci podejmują rysowanie spontanicznie, a nawet impulsywnie, poza zajęciami z psychorysunku. Tak podjęty proces twórczy ma wówczas znaczenie autoterapeutyczne, jest sposobem nie tylko na przedstawienie aktualnego stanu wewnętrznego, a w tym własnego stosunku do świata i siebie samego, ale także na uwolnienie się od napięć i lęków (Janicki 1998).

Pacjenci psychiatryczni, w tym głównie z rozpoznaną schizofrenią, bardzo często niezależnie od tematu zajęć rysują powtarzające się motywy (por. rysunki Grażyny S. lat 21 i Jarosława K. lat 23). Do cech charakterystycznych dla twórczości rysunkowej i malarskiej w schizofrenii zalicza się m.in. tendencje do wybierania tematów magicznych i alegorycznych, przedstawianie fragmentów ciała ludzkiego, częste rysowanie oczu i ust oraz symboli religijnych, a także elementów pisma i liczb (Mitarski 1979; Syristova 1982; Tyszkiewicz 1986).

Rysunki niektórych osób uzależnionych od narkotyków zawierają pewne podobieństwo do wytworów plastycznych chorych na schizofrenię. Może to sugerować, że wizje narkotyczne i halucynacje chorych psychicznie mają cechy wspólne. Przy okazji należy dodać, że obraz choroby ujawniany przez uzależnionych sprawia niejednokrotnie trudności diagnostyczne psychiatrom, którzy muszą rozstrzygnąć, czy jest to „jedynie” uzależnienie, czy także rozpoczynający się proces psychotyczny. Rysunki narkomana Adama P. (lat 27) zawierają pewne cechy podobne do przedstawień rysunkowych chorych na schizofrenię, m.in. ograniczenie postaci do głowy z wyraźnie zaznaczonymi oczami (szczególnie u kota), wypełnienie przestrzeni różnymi detalami, rysowanie figur geometrycznych i symboli, pisanie liczb. Jeden z rysunków, o znamienym tytule „Potem”, zawiera motyw śmierci i przedstawia dwie głowy na postumencie przedzielone krzyżem, co można uważać za nagrobek (Adam P. swoje rysunki określał jako wizje, których nie chciał komentować). Jeżeli pierwszy rysunek „Bez tytułu” potraktujemy jako symboliczne przedstawienie produkcji narkotyków, a drugi jako efekt końcowy ich nadużywania, to mamy pewną

całość logicznie ujętą. Rysunki te nie dają jednoznacznej odpowiedzi na temat stanu psychicznego pacjenta, co ułatwiłoby postawienie diagnozy.

Wprawdzie Magdalena Tyszkiewicz (1981, 49-59) pisze, że objawy psychopatologiczne ujawnione w rysunku mogą znacznie wyprzedzić ubytki w sferze osobowości, to jednak rysunek nie jest wystarczającym dowodem do postawienia diagnozy psychiatrycznej. Zalewski (1981) wręcz twierdzi, że nie istnieje tzw. malarstwo psychopatologiczne. Podobnie wypowiada się Janicki (1998), pisząc, że twórczość malarska zdrowych i chorych psychicznie jest bardzo zbliżona morfologicznie. Zauważa nawet, że malarstwo – szczególnie współczesne – zawiera dużo cech charakterystycznych dla twórczości chorych na schizofrenię, co pozwala potraktować chorych psychicznie jako prekursorów malarstwa współczesnego. Natomiast to, co odróżnia twórców zdrowych od chorych psychicznie, dotyczy – zdaniem Janickiego – świadomości i możliwości kontroli procesu twórczego. Rysowanie w drugiej grupie twórców jest niejako przymusem, nie jest w pełni świadomie podejmowane i kontrolowane. Różnice te możemy więc stwierdzić obserwując proces tworzenia, a nie jego wytwory. Mimo wielu uwag krytycznych psychiatrzy jednak wykorzystują właśnie wytwory plastyczne chorych (w tym głównie rysunki) w celach diagnostycznych (por. Janicki 1998). Wspomniana zaś wcześniej autorka (Tyszkiewicz 1986) uważa, że rysunek należy potraktować jako element tzw. obserwacji rozszerzonej bądź jako wypowiedź niewerbalną wspomagającą ustalenie diagnozy i ocenę efektów leczenia.

Przyjmuje się najczęściej, że psychorysunek w pracy z chorymi psychicznie oprócz wymienionej funkcji diagnostycznej spełnia także drugą – terapeutyczną (Tyszkiewicz 1987; Oster, Gould 2000). Wydaje się, że funkcja terapeutyczna jest o wiele ważniejsza i wyraża się w uaktywnianiu pacjentów, w wyzwalaniu postawy twórczej wobec siebie i pobudzaniu do ekspresji emocji, potrzeb, doznań, pragnień, obaw, fantazji itp. Istotny jest sam proces tworzenia – rysowania, a nie poziom artystyczny wytworu plastycznego.

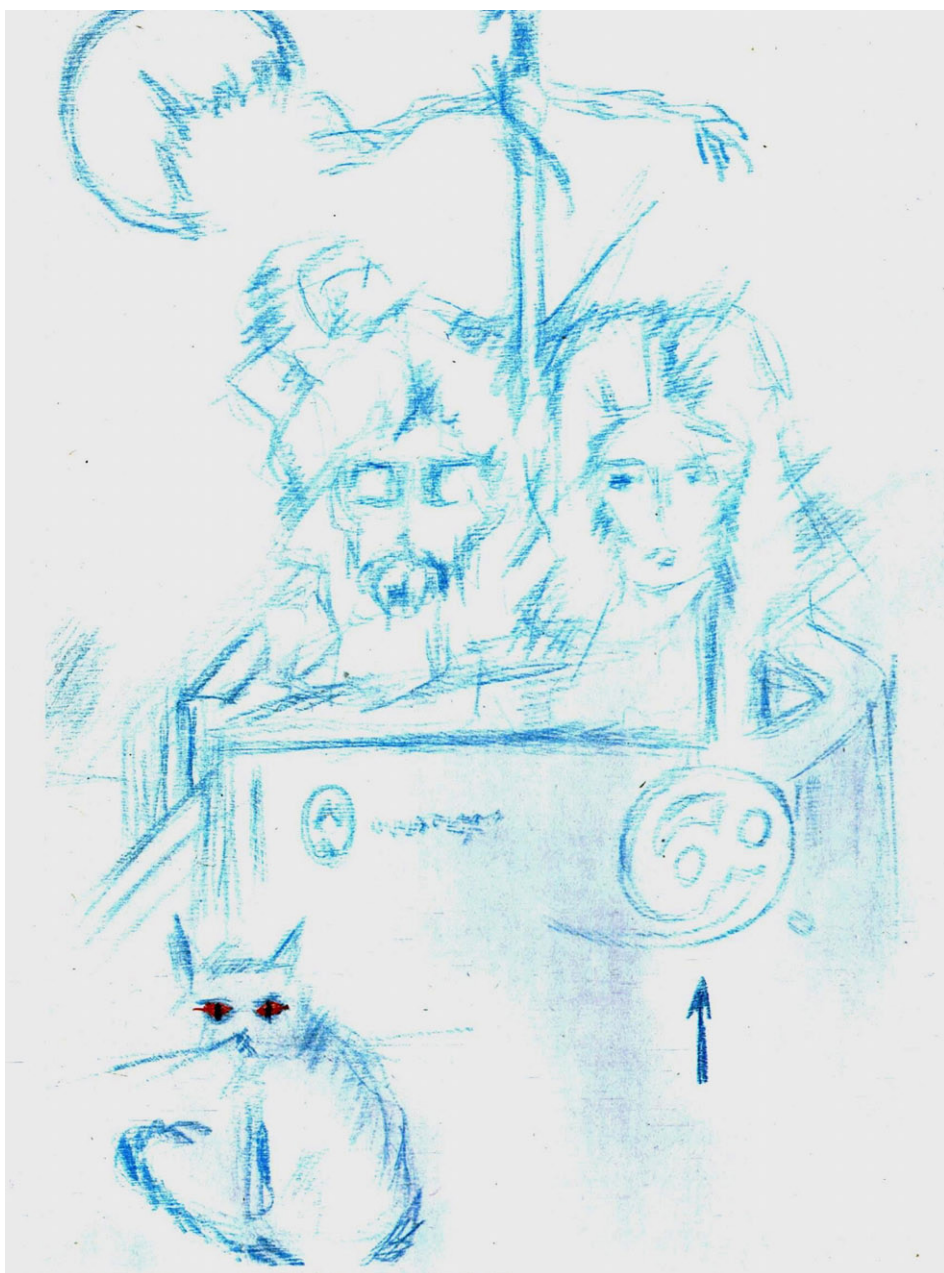
Niektórzy z pacjentów ujawniają artyzm i zdolności, u innych zaś poziom graficzny rysunku bywa niski, a treść uboga. Częściowo może to być tłumaczone brakiem zdolności i wprawy w rysowaniu. W przypadku chorych psychicznie wskazuje to raczej na pogłębiający się defekt, szczególnie jeżeli wcześniejsze rysunki bywały bogatsze treściowo i graficznie (Tyszkiewicz 1986). Ważne jednak, aby pacjent uczestniczył w zajęciach i – niezależnie od poziomu graficznego rysunku – prezentował swój sposób przeżywania i postrzegania świata.

Psychorysunek w terapii jest okazją do bezsłownego opowiedzenia o swoim wnętrzu. Rysowanie na tematy niedookreślone pozwala na projekcję przeżyć związanych z przeszłością czy wyobrażeń dotyczących teraźniejszości i przyszłości. Przyczyniać się to może do rozładowywania napięć i konfliktów tkwiących we

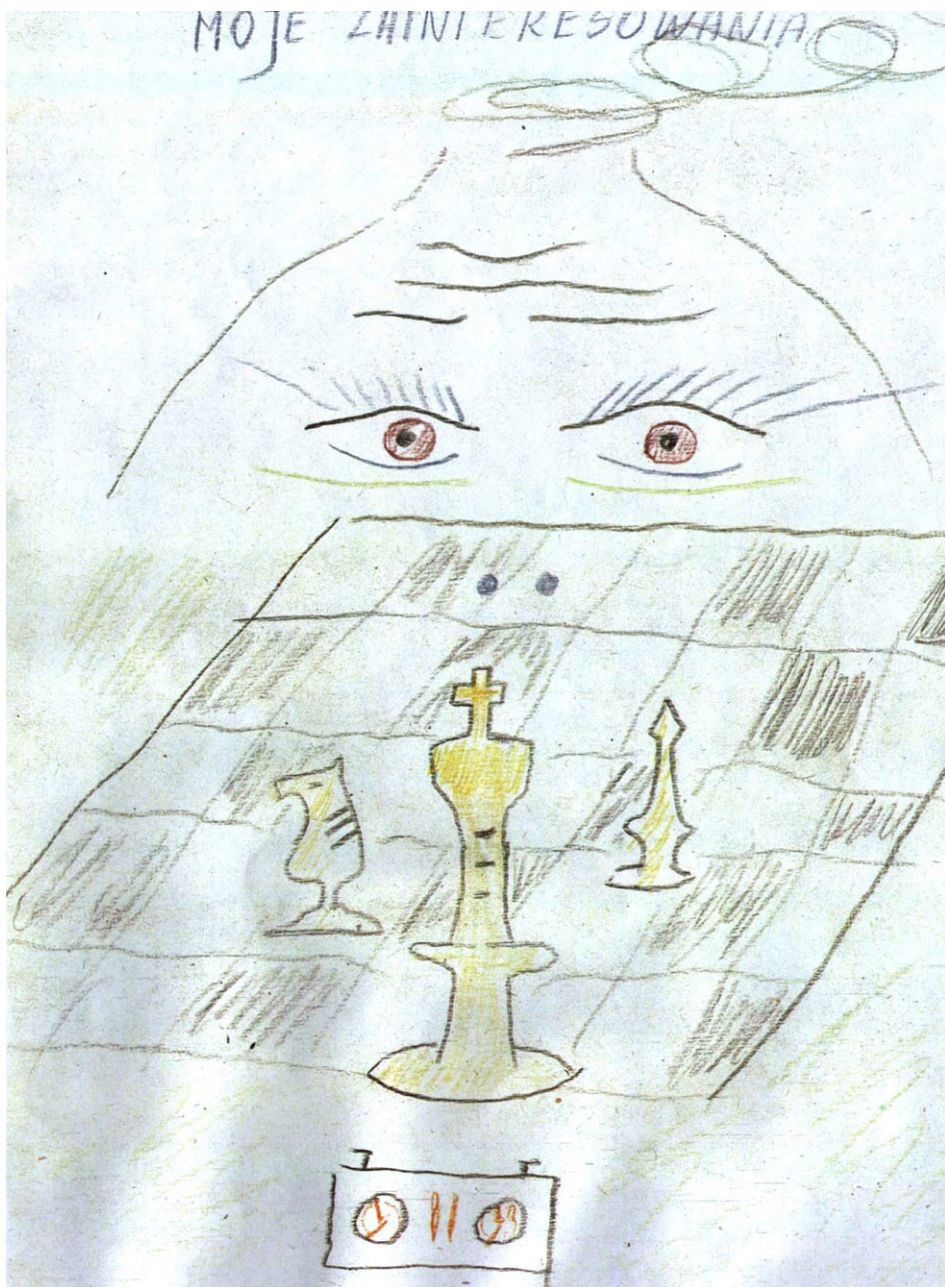
wnętrzu jednostki. Ten sposób wypowiedzi pobudza do refleksji nad sobą i sprzyja pogłębianiu wglądu. Rysunek w pracy z chorymi psychicznie spełnia więc istotne funkcje terapeutyczne.

LITERATURA

- CZABAŁA C. (1997), Czynniki leczące w psychoterapii, Warszawa.
- JANICKI A. (1998), „Inni”, czyli ci, którzy własną twórczość traktują jako autoterapię, [w:] Twórczość bez granic [katalog wystawy zorganizowanej z okazji XXXIX Zjazdu Psychiatrów Polskich Bydgoszcz – Toruń 3-6 czerwca 1998], red. A. Araszkiewicz, A. Bartczak, A. Janicki, A. Cholewiński, Bydgoszcz.
- MITARSKI J. (1979), Twórczość plastyczna w schizofrenii, [w:] Schizofrenia, red. A. Kępiński, Warszawa.
- OSTER G.D., GOULD P. (2000), Rysunek w psychoterapii, Gdańsk.
- SIRISTOVA E. (1982), Świat urojony, Kraków.
- TYSZKIEWICZ M. (1981), Wypowiedzi plastyczne młodocianych pacjentów psychiatrycznych. Analiza psychiatryczno-malarska, Gdańsk.
- (1986), Psychoterapia ekspresji w pracach plastycznych osób chorych na schizofrenię. Analiza psychiatryczno-estetyczna, [w:] Annales Academiae Medicae Silesiensis. Sympozjum „Psychoterapia w rehabilitacji chorych psychicznie”, Katowice.
- (1987), Psychopatologia ekspresji. Twórczość artystyczna chorych psychicznie, Warszawa.
- ZALEWSKI G. (1981), Czy istnieje malarstwo psychopatologiczne? „Zdrowie Psychiczne” nr 4.



Adam P. (lat 27), „Potem”



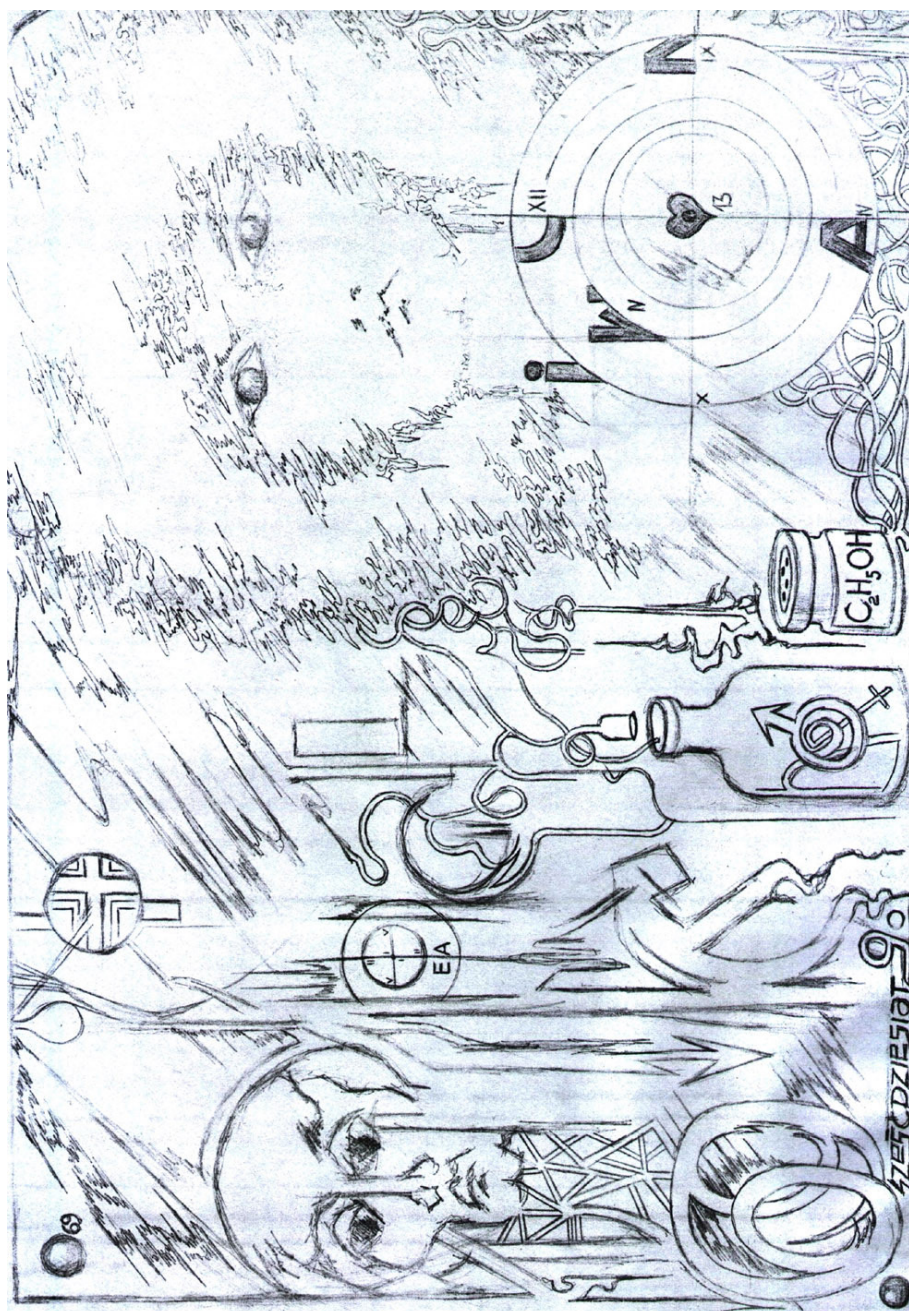
Jarosław K. (lat 23), „Moje zainteresowania”



Grażyna S. (lat 21), „Moje samopoczucie”



Grażyna S. (lat 21), „Powracająca myśl”



Adam P. (lat 27), „Bez tytułu”