

Bernadeta Szczupał

PROJEKCJA RODZINY W RYSUNKU DZIECKA PRZEWLEKLE CHOREGO

Twórczość rysunkowa jest dla dziecka – zwłaszcza przewlekle chorego – środkiem wyrazu jego spostrzeżeń, wyobrażeń, myśli, a także stosunku emocjonalnego do rysowanych postaci. Dla dzieci rysowanie jest zajęciem naturalnym, lubianym, łączącym w sobie elementy zabawy, pracy i nauki. Jest specyficzną formą poznania rzeczywistości przez twórczość. Dzieci przewlekle chore mają duże problemy w uzewnętrznianiu swoich myśli i wyobrażeń za pomocą słów, łatwym natomiast sposobem wyrażania siebie i tego, co czują, jest dla nich rysunek, który zawiera w sobie wiele informacji dla otoczenia.

Spontaniczna ekspresja plastyczna dziecka stanowi odbicie jego przeżyć na tle otaczającego świata. Swobodna ekspresja poza wartościami poznawczymi i kształtującymi ma duże znaczenie diagnostyczne i terapeutyczne. W swobodnym wyrażaniu poprzez rysunek przeżyć wewnętrznych dziecko ukazuje swoje emocje, wyraża nadzieje i plany po wyzdrowieniu. Według B. Hornowskiego (1982) rysunek – tak samo jak mowa – może wskazywać na głęboko ukryte przeżycia dziecka. Wiąże się to ze szczególnie przykrymi przeżyciami, często nieuświadomianymi sobie przez dziecko, które mogą ujawniać się w postaci symbolicznych obrazów. Radość tworzenia pomaga w utrzymaniu wewnętrznego ładu, harmonii ze środowiskiem, ufności w możliwość działania mimo schorzenia.

Procesy projekcji mogą występować u dzieci we wszystkich przejawach ich działalności. Ujawniają się one także w sytuacjach zabawowych, wszelkich sytuacjach ekspresji twórczej, jak np. rysunki. Boutonier ([za:] Rembowski 1986, 293) stwierdza, że „rysunek na dowolny lub określony temat jest projekcją całej osobowości i daje możliwość szczególnie wielostronnej analizy psychologicznej. Pozwala bowiem uchwycić mechanizmy osobowości, np. motywacyjne, ukierunkowania świadomości na różnym poziomie”. Techniki graficzne (rysunkowe) wymagają od dzieci przedstawienia ich przeżyć, doświadczeń, życzeń w postaci rysunku. Techniki te są dla nich łatwiejsze niż inne formy ekspresji.

Warto zauważyć, że łatwość ekspresji poprzez rysunek wynika z naturalności takiej czynności dla dziecka. Dzieci na ogół chętnie rysują czy malują. Rysunek

jest symbolem rysowanego przedmiotu i jednocześnie symbolem rysującego, jest śladem jego gestu, myśli, wnętrza. Czynność rysowania i rysunek jako jej produkt są częścią systemu komunikacji między podmiotem a światem zewnętrznym. Twórczości plastycznej przypisuje się więc wartości prognostyczne, diagnostyczne i terapeutyczne. Na podstawie rysunku, jego dysharmonii, kompozycji łatwiej jest często uchwycić stan chorego dziecka niż na podstawie tylko jego wypowiedzi. Często rozmawiając na temat rysunku z dzieckiem chorym łatwiej z nim nawiązać kontakt, wzbudzić w nim zainteresowanie otaczającym je środowiskiem, wywołać uśmiech.

Jednym z czynników decydujących o prawidłowym rozwoju dziecka jest umiejętność przystosowania się do zmian zachodzących w otaczającym je środowisku. Dziecko chore, przebywające w szpitalu, znajduje się w szczególnie trudnych warunkach. Zmiana środowiska, strach przed leczeniem i jego skutkami, zwłaszcza w pierwszym okresie pobytu w szpitalu, bardzo mocno oddziałują na zachowanie się dzieci. Przebieg leczenia, który wymaga umieszczenia w szpitalu, prowadzi do częściowej izolacji od rodziny, wywołuje poczucie zagrożenia, stanowi źródło lęków i frustracji. Pod wpływem zmieniającej się dynamiki choroby zakłóceniu ulega poziom wydolności wysiłkowej. Choroba może mieć ujemny wpływ na rozwój procesów poznawczych dziecka. Wynika to z ograniczenia doświadczeń, jakie dziecko mogłoby mieć w normalnym środowisku. Unieruchomienie w łóżku ogranicza zakres czynności poznawczych. Przebieg choroby zaburza lub uniemożliwia formy aktywności typowe dla zdrowych rówieśników.

Obiektywne kryteria choroby i subiektywny sposób postrzegania jej przez dziecko chore są bardzo różne. Poszczególne dzieci znacznie różnią się w postrzeganiu zdrowia, ocenie i reakcjach na chorobę. Różnice te wynikają często z relacji pomiędzy chorobą i codzienną aktywnością życiową, a także z doświadczeń wynikających z korzystania z pomocy medycznej i współpracy z lekarzami. Pośród różnych typów reakcji na chorobę można wyróżnić: zaprzeczenie, pomniejszenie, racjonalizację, przyjęcie diagnozy lekarskiej i wyolbrzymienie (*Psychologia lekarska...* 1983; Sitkiewicz 1998).

Choroba dziecka, a zwłaszcza taka, która wymaga hospitalizacji, zawsze wywiera wpływ na jego psychikę. Dokonuje się to poprzez wiele czynników, jak chociażby osamotnienie będące następstwem rozdzielenia z matką i rodziną, ból i obawy dotyczące nieznanego przyszłości zaburzonej przez chorobę. Poprzez twórczość plastyczną dziecko przewlekłe chore ma możliwość zaspokojenia ukrytych potrzeb twórczych; staje się ona środkiem przywrócenia zachwianej równowagi psychicznej. Prace plastyczne mają ważne miejsce wśród różnych form nauki i zabawy dostępnych dla dzieci hospitalizowanych; przeciwdziałają one monotonii dnia codziennego, która wpływa na dzieci przewlekłe chore przygnębiająco. Poprzez

twórczość plastyczną porozumienie z dzieckiem hospitalizowanym staje się głębsze. Potrafi ono opowiedzieć formami graficznymi, co myśli o sobie, swojej chorobie, rodzinie. W sytuacjach, kiedy trudno jest uzyskać od dziecka informacje o jego samopoczuciu, czy to na skutek ubóstwa jego słownika, czy też niechęci do udzielenia wyczerpującej wypowiedzi, rysunek jest ważnym elementem jego poznania. Dzieci przewlekle chore chętnie wypowiadają się plastycznie, przedstawiają to, czego przeważnie nie potrafią wyrazić słowami. W związku z powyższym zostały przeprowadzone badania.

Celem ich było poznanie poprzez rysunki obrazu rodziny, życia rodzinnego i miejsca w rodzinie dzieci hospitalizowanych. W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego oraz technikę projekcyjną. Stosując rysunek projekcyjny można uzyskać informacje o relacjach zachodzących w rodzinie dziecka przewlekle chorego. Rysunek rodziny dziecka ma wartość ekspresyjną i projekcyjną. Ujawniają się w nim cechy osobowości dziecka, a jednocześnie mobilizuje on do tworzenia własnej wizji rzeczywistości. Technikami uzupełniającymi były wywiady nieskategoryzowane z rodzicami oraz z dzieckiem i obserwacja podczas wykonywania rysunków.

Prace nt. „Narysuj swoją rodzinę” dzieci wykonywały indywidualnie w latach 1998-2000. Czas wykonania rysunku i przeprowadzenia wywiadu wynosił od 15 do 45 min. Wielu autorów (Fleck-Bangert 2001; Frydrychowicz 1996; Szczupał 1998; Wojtasiak 1997) zwraca uwagę, iż wskazówek do interpretacji rysunków dzieci nie należy traktować dosłownie, ale należy je uzupełniać innymi metodami, np. rozmową i wywiadem.

Badaniami objęto grupę 86 dzieci w wieku 7-9 lat hospitalizowanych w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie. Zbadano 41 chłopców i 45 dziewcząt leczonych z powodu chorób układu oddechowego, krążenia i narządu ruchu. Badane dzieci były już wielokrotnie hospitalizowane. Pochodziły z rodzin pełnych i były regularnie odwiedzane przez rodziców.

W prezentowanych badaniach dokonano analizy całkowitej powierzchni rysunku, wielkości rysunku własnej rodziny, kolejności rysowania oraz poziomu graficznego rysunku, czasu jego wykonania, usytuowania postaci względem siebie i ich ozdobienia, dokładności wykonania rysunku. Analiza rysunków przedstawiających rodzinę ze względu na inne czynniki (np. płeć, rodzaj i przyczyny choroby, liczbę wcześniejszych hospitalizacji, wiek) z uwagi na szerokość podjętej problematyki została tylko zasygnalizowana.

Badane dzieci przewlekle chore przedstawiają najczęściej (67,3%) swoją rodzinę w sytuacji statycznej. Osoby są nieruchome, często tylko wymienione. Rysunki mają raczej nastrój pogodny, co potwierdzają ciepłe barwy użyte do wykonania rysunków.

Pierwszoplanową rysowaną postacią jest dziecko i jego najbliżsi. Osobą najczęściej (66,9%) rysowaną jako pierwsza była matka, następnie ojciec, a potem rodzeństwo. Osoby te są bardzo często (57,8%) powiększane i ozdabiane. Zdaniem R. Fleck-Bangert (2001) w pierwszej kolejności rysowana jest osoba z rodziny, która jest oceniana przez dziecko jako najważniejsza. Kolejność rysowania może być również związana z identyfikacją. Dziewczynki częściej rysują jako pierwszą postać matki, chłopcy zaś ojca. Ponadto zaobserwowano, że badane dzieci najczęściej (78,1%) umieszczają swoją postać obok rodziców i są to postacie połączone rękami. Może to świadczyć o silnej więzi emocjonalnej między połączonymi postaciami (Frydrychowicz 1996). Tylko 9,2% badanych dzieci pomija swoją postać na rysunku własnej rodziny. Pominięcie to może być źródłem lęku i może świadczyć o zaburzeniu emocjonalnych więzi dziecka z rodziną, o nieakceptowaniu przez nie sytuacji istniejącej obecnie w rodzinie. Dzieci przedstawiają również swoich kuzynów, koleżanki, a także innych członków rodziny (babcia, dziadek). Są to osoby bliskie emocjonalnie. Potwierdza to potrzebę rozszerzenia kontaktów społecznych i chęć przebywania wśród lubianych osób.

Dobierając kolory do rysowania, większość kierowała się rzeczywistością, prawdziwą barwą. Ponadto zaobserwowano, że dzieci niepełnosprawne ruchowo przejawiają tendencję do zaburzeń proporcji lub nadmiernego wyolbrzymienia niektórych części ciała. Rysują linią cienką, niewyraźną, przerywaną, świadczącą o ich niepewności i tłumieniu uczuć. Tylko 25,3% badanych dzieci rysuje linią grubą, zdecydowaną, długą, świadczącą o pewności siebie i otwartych reakcjach emocjonalnych. U dzieci tych przeważa tematyka baśniowa. Przedstawiają też często swoje ulubione zabawki. Przedmioty i postacie bywają często ujęte skrótowo. Nieoznaczona przestrzeń, drobne postacie, często pozbawione podstawy sugerują brak zainteresowania, poczucie zubożenia, pustkę życiową, nieśmiałość lub zamknięcie się w sobie.

Temat „Narysuj swoją rodzinę” jest dla dzieci hospitalizowanych bardzo trudny. Jest to wynikiem napięcia emocjonalnego związanego z chorobą, jej doświadczaniem bezpośrednim oraz przebywaniem w nowym środowisku. Sytuacja ta znajduje odbicie w rysunku dziecka. Rysując zadany temat na kartce papieru formatu A 4, dzieci wykorzystują różną część jej powierzchni. R. Fleck-Bangert (2001) stwierdza, że całkowita powierzchnia rysunku odzwierciedla poczucie siły lub bezradności oraz poczucie bezpieczeństwa lub jego brak w czasie hospitalizacji.

Dzieci, których rysunek zajmuje 0-5% powierzchni kartki, jest 32,1%. Są to dzieci silnie odczuwające swoją bezradność wobec choroby i otoczenia oraz niską samoocenę. Rysunki 15,8% dzieci, które zajęły 76-100% powierzchni kartki, mają dużą dynamikę, są ekspansyjne. Ukazują połączenie postaci z otaczającym światem. Zawsze przedstawiają chociaż część słońca na niebie.

Analiza zgromadzonego materiału empirycznego pozwala stwierdzić, że każde dziecko wymaga indywidualnej oceny jego obrazowania siebie i swojej choroby. Na podstawie tej oceny można ustalić dalszą pracę pedagogiczną z dzieckiem. Dzięki rysunkowi przedstawiającemu dziecko i jego rodzinę można także określić jego przystosowanie do warunków szpitalnych.

Rysunki dzieci mogą mieć istotny wpływ na ustalenie odpowiedniej hierarchii pomiędzy chorobą a dzieckiem i ustalenie adekwatnej samooceny. Rysunek może też być równocześnie źródłem wielu informacji o dziecku, jego stanie psychicznym, gdyż obrazuje doświadczane przez nie poczucie zagrożenia. Dzięki takiemu poznaniu dziecka możliwa jest dalsza z nim praca, wspieranie go w chorobie przez rodziców oraz personel medyczny i pedagogiczny szpitala, a także pomoc w zmianie jego obrazu własnej choroby i samooceny.

Zakład leczniczy jest również środowiskiem wychowawczym, jest ośrodkiem zorganizowanego życia społecznego i kulturalnego, w którym kształtuje się osobowość dziecka, jego zainteresowania intelektualne, kulturalne i społeczne. Uzasadnia to potrzebę fachowej ingerencji pedagogicznej i podjęcia odpowiedniej pracy wychowawczej. Według E. Jutrzynej (2002) w pracy dydaktyczno-wychowawczej należy czas wolny dzieci chorych wypełniać zajęciami o charakterze twórczym i rozrywkowym. Takimi formami są m.in. sztuka i muzykoterapia. Wywierają one korzystny wpływ terapeutyczny na dziecko. Przyczyniają się do zmniejszenia napięcia emocjonalnego. Prezentację wielu utworów muzycznych można łączyć z dowolnymi technikami malarskimi.

Umiejętne i wnikliwe szukanie przyczyn trudności wychowawczych manifestujących się przez rysunek dzieci hospitalizowanych daje możliwość zastosowania właściwych metod postępowania z dzieckiem i przeprowadzenia zasadniczych zadań rewalidacji psychicznej. Zaspokajanie podstawowych potrzeb psychicznych dzieci pozwoli uzyskać poprawę ich samopoczucia i współdziałania w terapii.

LITERATURA

- FLECK-BANGERT R. (2001), *O czym mówią rysunki dzieci. Dostrzeganie i rozumienie zawartych w nich znaków. Poradnik dla rodziców*, Kielce.
- FRYDRYCHOWICZ A. (1996), *Rysunek rodziny. Projekcyjna metoda badania stosunków rodzinnych*, Warszawa.
- HORNOWSKI B. (1982), *Badanie nad rozwojem psychicznym dzieci i młodzieży na podstawie rysunku postaci ludzkiej*, Wrocław.
- JUTRZYNA E. (2002), *Edukacja muzyczna i muzykoterapia dzieci niepełnosprawnych w szkole zintegrowanej*, [w:] *Wybrane elementy terapii w procesie edukacji artystycznej*, red. L. Kataryńczuk-Mania, Zielona Góra.

- KOZŁOWSKA A. (2000), Znaczenie relacji rodzinnych dla pozytywnego rozwoju dziecka. Diagnostyka i terapia, Warszawa.
- PSYCHOLOGIA lekarska (1983), red. M. Jarosz, Warszawa.
- REMBOWSKI J. (1986), Metoda projekcyjna w psychologii dzieci i młodzieży, Warszawa.
- SITKIEWICZ K. (1998), Czynniki psychiczne jako wyznacznik subiektywnego obrazu choroby, [w:] Pedagogika wobec kryzysów życiowych, red. J. Stochmiałek, Warszawa-Radom.
- SOKOŁOWSKA M. (1986), Socjologia medycyny, Warszawa
- SZCZUPAŁ B. (1998), Praca pedagogiczna w zakładzie leczniczym, [w:] Pedagogika wobec kryzysów życiowych, red. J. Stochmiałek, Warszawa-Radom.
- TOBIASZ-ADAMCZYK B., SZAFRANIEC K., BAJKA J. (1999), Zachowania w chorobie. Opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta, Kraków.
- WALLON P., CAMBIER A., ENGELHART D. (1993), Rysunek dziecka, Warszawa.
- WOJTASIAK E. (1997), Rehabilitacja osób niepełnosprawnych – założenia teoretyczne i działalność praktyczna, „Roczniki Pedagogiki Specjalnej”, t. 8, red. J. Pańczyk.