

## Wita Szulc

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Witelona w Legnicy  
e-mail: wszulc@amu.edu.pl

# Arteterapia w poszukiwaniu tożsamości naukowej

## STRESZCZENIE

Autorka podejmuje, po raz kolejny, problem tożsamości arteterapii jako dyscypliny naukowej. O uznaniu naukowości danej dyscypliny decyduje stosowana w niej metodologia badań naukowych. W odniesieniu do arteterapii zastosowanie mają dwa podstawowe modele badań: pozytywistyczny, inaczej ilościowy, i model jakościowy. Badania jakościowe są zgodne z holistyczną naturą terapii przez sztukę i najlepiej się nadają do badania sztuki, piękna i tego, co jest sednem pracy arteterapeutów. Naukowcy z obszaru nauk medycznych, którzy decydują o dopuszczeniu poszczególnych procedur do stosowania w instytucjach medycznych, z których opinią arteterapeuci muszą się liczyć, pracując w zespołach terapeutycznych, domagają się jednak „twardych” dowodów skuteczności terapii z udziałem sztuki; stąd pojawienie się, najpierw w obszarze muzykoterapii, metody badań pod nazwą *evidence based music therapy* („muzykoterapia oparta na dowodzie”), a później „arteterapia oparta na dowodzie”, analogicznej do „medycyny opartej na dowodach” (*evidence based medicine*).

**Słowa kluczowe:** tożsamość naukowa, medycyna oparta na dowodzie, arteterapia, modele badań naukowych, standardy edukacji w arteterapii.

## Wstęp

Praktyczna strona arteterapii, której istotą jest pomaganie ludziom mającym różnego rodzaju deficyty rozwojowe i problemy natury psychofizycznej przy wykorzystaniu sztuki jako narzędzia terapeutycznego oraz procesu twórczej aktywności pacjenta/podopiecznego, znana jest od dawna. Dopiero jednak od lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku cztery podstawowe dziedziny arteterapii, to jest terapia przez sztuki plastyczne, czyli arteterapia w ścisłym znaczeniu tego słowa, muzykoterapia, dramoterapia i terapia tańcem (choreoterapia), stały się przedmiotem regularnych studiów w krajach europejskich; takie same studia zaczęły wprowadzać dekadę wcześniej Stany Zjednoczone.

Arteterapię w Europie, podobnie jak w Polsce, uprawiają przedstawiciele bardzo różnych zawodów: lekarze, psychiatry, psychologowie, nauczyciele specjalni (reedukatorzy). Używają też różnych określeń na nazwanie swego zawodu i różnice te występują nawet w obrębie jednego kraju. W Wielkiej Brytanii, w której *nota bene* za sprawą Adriana Hilla w latach czterdziestych, tj. w czasie II wojny światowej, kiedy pojawił się problem traumy wojennej wymagającej psychicznej rehabilitacji, narodził się zawód arteterapeuty, odróżnia się

„arteterapeutów” od „artepsychoterapeutów” i „analitycznych artepsychoterapeutów”. Podobnie w Niemczech zauważalna jest różnica w nazewnictwie między „artepsychoterapeutami”, „terapeutami kreatywnymi” i „arteterapeutami”, wynikająca z odmiennego podejścia do roli sztuki w terapii.

W Holandii spotkać się można z następującą nomenklaturą: „terapeuta kreatywny w sztuce wizualnej” i „arteterapeuta” bez przymiotnika „kreatywny” – tak siebie określają ci, którzy w teorii odrzucają podejście multimodalne. Są też „terapeuci artystyczni” stosujący podejście antroposoficzne i „kreatywni psychoterapeuci”, czyli psychiatrzy i psychologowie posługujący się w swej pracy sztuką.

### Arteterapia jako przedmiot studiów wyższych

Kraje europejskie w większości dopiero od kilkunastu lat ubiegają się o uznanie przez państwo arteterapii jako odrębnej profesji zawodowej, w przeciwieństwie do Stanów Zjednoczonych, gdzie zawód arteterapeuty znany jest od lat trzydziestych ubiegłego wieku, a przygotowują do niego liczne kolegia i uniwersytety, prowadzące studia na poziomie w większości licencjackim, ale też magisterskim i – choć rzadko – doktorskim. Pierwsze szkoły np. terapii przez taniec (*Dance Therapy*) powstały w USA w latach sześćdziesiątych XX wieku. Pierwsze dyplomy magisterskie w tej dziedzinie w Europie zaczęło wydawać Centrum Taneczne Labana w Londynie w roku 1985<sup>1</sup>.

Większość uczelni kształcących arteterapeutów wydaje prospekty szczegółowo informujące o treści i formie prowadzonych studiów oraz podaje nazwiska wykładowców wraz z opisem ich kwalifikacji i kompetencji. Uniwersytety, reklamując swoje studia, powołują się czasem na osoby, które kiedyś tam pracowały i wniosły znaczący wkład w rozwój arteterapii, i tak np. Springfield College nastawiony na arteterapię wizualną w swojej ofercie podaje, że w tej uczelni pracowała w latach trzydziestych ubiegłego wieku Margaret Naumberg – pionierka arteterapii amerykańskiej, cytowana we wszystkich poważnych podręcznikach amerykańskich i europejskich. Drugą ważną marketingowo informacją jest podanie do wiadomości faktu, że standardy wykształcenia w tym kolegium ustaliło w roku 1969 AATS (Stowarzyszenie Amerykańskich Arteterapeutów), a to oznacza, że opinia krajowego stowarzyszenia arteterapeutów decyduje o marce danego kursu (studiów).

W Polsce tylko bardzo nieliczne kierunki studiów o profilu arteterapeutycznym na poziomie licencjackim i magisterskim prowadzone przez uczelnie wyższe, państwowe i prywatne posiadają ministerialną akredytację, zdecydowana większość opiera się na programach zatwierdzonych przez senat danej uczelni. Opinia krajowego stowarzyszenia arteterapeutów – odmiennie niż w krajach zachodnich – nie jest potrzebna. Posiadanie akredytacji wydanej przez odpowiednie ministerstwo w danym kraju jest natomiast warunkiem przynależności

---

<sup>1</sup> L. Higgens, J. Blatt, *Stepping out The Laban Centre Dance Movement Therapy Training Program* [w:] *Third European Arts Therapies Conference, Ferrara*; H. Smitskamp, Z. Fibert (ed.), (1995), *The Arts Therapist, Conference Proceedings*. Vol. 1, University of Hertfordshire-Hatfield, s. 22–28. Więcej informacji o programach studiów w różnych dziedzinach terapii przez sztukę w: *Arteterapia jako dyscyplina akademicka w krajach europejskich. Uniwersytet Wrocławski w ECArTE*, red. W. Szulc przy współpracy M. Furmanowskiej i J. Gładyszewskiej- Cylulko, Wrocław 2010; J. Edwards, *Can Music Therapy in Medical Context Ever be Evidence-based?* „Music Therapy Today” 2004, <http://www.musictherapyworld.de>; R. Pratt, *Hospital Arts. A Sound Approach*, St. Luis 1997.

uczelnii kształcącej arteterapeutów do ECARTE (European Consortium for Arts Therapies Education), tj. Europejskiego Konsorcjum Edukacji w Arteterapii. Jediną polską uczelnią, która posiadała akredytację ECARTE dla studiów doktorskich z arteterapii, realizowanych w formie modułu na Studium Doktoranckim Pedagogiki, był Uniwersytet Wrocławski (lata 2004–2011); do tej pory cztery osoby otrzymały stopień doktora nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki, przyznany przez Radę Wydziału Nauk Historycznych i Pedagogicznych Uniwersytetu Wrocławskiego na podstawie rozpraw poświęconych arteterapii. Prace te prezentowane były na Zgromadzeniu Ogólnym ECARTE, które miało miejsce we Wrocławiu 17 kwietnia 2007 roku.

### Standardy nauczania i badań naukowych w arteterapii

ECARTE podczas Walnego Zgromadzenia w dniu 20 maja 2010 roku w Helsinkach zainicjowało badania nad określeniem standardów nauczania arteterapii na uniwersytetach europejskich oraz standardów badań naukowych w tej dziedzinie. Ustalono, że edukacja w arteterapii na poziomie wyższym, w uczelniach typu uniwersyteckiego musi być powiązana z badaniami naukowymi. Argumentem przemawiającym za celowością wprowadzenia na polskie uniwersytety arteterapii jako odrębnego kierunku studiów, prowadzonych wg procesu bolońskiego, a nie tylko jako przedmiotu o nazwie „arteterapia” o nieokreślonej dokładnie treści będzie wykazanie, że arteterapia jest nauką, a nie tylko działalnością praktyczną. Argumenty te znane są w innych krajach, np. w Anglii, Rosji i na Łotwie<sup>2</sup>, i stanowią podstawę prowadzonych tam studiów z zakresu terapii przez sztukę, z rozbiem na muzykoterapię, dramaterapię, terapię tańcem i terapię przez sztuki wizualne (plastyczne). W Polsce jedną z przyczyn trudności w ujednoczeniu programów nauczania terapii przez sztukę jest fakt, iż nazwa „arteterapia”, w przeciwieństwie np. do Anglii, nie jest prawnie zastrzeżona i oznaczać może bardzo zróżnicowaną wiedzę i praktykę<sup>3</sup>.

### Arteterapia w praktyce akademickiej

Arteterapia kliniczna, stosowana w szpitalach i innych wyspecjalizowanych instytucjach medycznych i opiekuńczych, analogicznie do *medycyny opartej na dowodzie* (EBM – *evidence based medicine*) posługuje się metodami naukowymi w celu zbadania skuteczności podejmowanych działań. W instytucjach tych jednak stosowane są także pewne relaksujące formy arteterapii, których zadaniem jest po prostu umilenie pacjentom pobytu w szpitalu, sanatorium czy domu opieki. W Polsce od kilkunastu lat na określenie tych form używa się czasem nazwy „kulturoterapia”, choć ten termin, wcześniej opisany w piśmiennictwie polskim niż „arteterapia”<sup>4</sup> i od niego szerszy, jak wynika z jego definicji, oznacza „działanie

---

<sup>2</sup> Por. m.in. V. Karkou, K. Martinsone, N. Nazarova, I. Vaverniece, *Art therapy in post-modern world. Findings from a comparative study across the UK, Russia and Latvia*, „The Arts in Psychotherapy” 2011, nr 2 (38), s. 86–95.

<sup>3</sup> Więcej na ten temat w: W. Szulc, *Arteterapia oparta na wiedzy*, PWSZ im. Witelona w Legnicy, Legnica 2014.

<sup>4</sup> W. Szulc, *Kulturoterapia. Skrypt dla studentów Wydziału Pielęgniarskiego*, Poznań 1988, s. 31, 34.

ukierunkowane na człowieka i jego środowisko, podejmowane w celu przywrócenia, poprawy lub utrzymania zdrowia i jakości życia, a specyfika tego działania polega na tym, że do osiągnięcia tego celu wykorzystuje środki kulturowe, przede wszystkim sztukę<sup>5</sup>. Ten rodzaj aktywności jest formą rekreacji i animacji kulturalnej prowadzonej w szczególnych warunkach, w środowisku zamkniętym, zgodnie z wyjaśniającą to teorią<sup>6</sup>.

Podstawowy jednak problem tkwi w naukowej weryfikacji metod terapii przez sztukę, z czym mają pewne kłopoty nie tylko polscy praktycy arteterapii szukający wspólnego języka z przedstawicielami innych dyscyplin naukowych, w pierwszym rzędzie medycznych. Przyśpieszając do próby sformułowania bardziej ogólnych wniosków pozwalających na stwierdzenie, że arteterapia już jest nauką, przyjmujemy za A. Gilroy, że nauka to jest:

- pewien stan wiedzy – wiedza zaś jest przeciwieństwem ignorancji i błędnego rozumowania,
- dział usystematyzowanej wiedzy, która jest przedmiotem studiów,
- coś, co można studiować i czego można się uczyć jako usystematyzowanej wiedzy<sup>7</sup>.

Na czym więc polega paradygmat arteterapii?

### Paradygmat arteterapii

Paradygmat, jak wynika z epokowego dzieła Thomasa Kuhna *Struktura rewolucji naukowych*, stanowi zbiór pojęć i teorii tworzących podstawy danej nauki, a podstawową cechą nauki jest posługiwanie się metodą naukową<sup>8</sup>. Paradygmatem metody naukowej jest kryterium uznania jakiejś działalności za naukową, przy czym należy zaznaczyć, że paradygmat jest przyjmowany na zasadzie konsensusu większości badaczy i nie jest czymś danym raz na zawsze. Kuhn sugerował, że na pytanie o to, czy dana dyscyplina jest, czy też nie jest nauką, może być dana odpowiedź tylko wtedy, gdy członkowie społeczności naukowej, powątpiewający o swoim statusie, osiągną konsensus co do oceny swoich przeszłych i obecnych osiągnięć. Odnosząc tę opinię do arteterapii, należy stwierdzić, że na gruncie polskim takiej zgody nie ma, przede wszystkim dlatego, że nie prowadzi się dyskusji nad metodologią badań prowadzonych przez różnych arteterapeutów.

Od kilku lat obserwujemy dynamiczny rozwój poszczególnych form terapii z udziałem sztuki. Mimo braku szczegółowych analiz możemy jednak stwierdzić, chociażby na podstawie przeglądu publikacji z ostatnich kilku lat, że coraz częściej poruszana jest w nich problematyka teoretyczna. Zagranicznym doniesieniom z praktyki arteterapeutycznej niemal zawsze towarzyszy refleksja nad filozofią i metodologią badań naukowych. Najbardziej widoczna jest ona w dziedzinie muzykoterapii<sup>9</sup>, ale refleksje takich badaczy muzykoterapii jak Kenneth Bruscia,

<sup>5</sup> W. Szulc, *Kulturoterapia. Wykorzystanie sztuki i działalności kulturalno-oświatowej w lecznictwie*, Poznań 1994, s. 8.

<sup>6</sup> W. Szulc, *Arteterapia. Narodziny idei, ewolucja teorii, rozwój praktyki*, Warszawa 2011, s. 29.

<sup>7</sup> A. Gilroy, *Art Therapy, Research and Evidence-based Practice*, London 2006, s. 80. Interesujące wyjaśnienie istoty wiedzy, jej uwarunkowań i związków z praktyką, przydatne również dla arteterapii, przedstawia J. Fałgał, *Innowacyjne zarządzanie wiedzą*, Difin, Warszawa 2014.

<sup>8</sup> Podaję za: <http://pl.wikipedia.org/wiki/Paradygmat>, dostęp: 20.01.2014 r.

<sup>9</sup> Por. między innymi: *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*, red. K. Stachyra, UMCS, Lublin 2012.

Dawid Aldridge, Even Ruud, Brynjulf Stige, Dorit Amir<sup>10</sup> śmiało można przenieść na grunt innych form terapii przez sztukę, które w Polsce od lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku ogólnie nazywamy arteterapią.

### Pozytywistyczny (ilościowy) model badań naukowych w arteterapii

Od wielu lat większość badań z różnych dziedzin terapii przez sztukę opiera się na modelu pozytywistycznym, który kładzie nacisk na bodźce wymierne i zachowania obserwowalne. Yvonna Lincoln i Egon Guba<sup>11</sup> zauważyli, że pozytywizm opiera się przynajmniej na pięciu założeniach:

1. *Założenie ontologiczne.* Istnieje jedna jedyna namacalna rzeczywistość poza nami, którą można rozbić na wiele kawałków, a następnie można badać każdy jej kawałek oddzielnie, niezależnie od siebie. Oznacza to, że całość jest prostą sumą swoich części, a obiekt badań musi być obserwowalny, nadający się do pomiarów, a zgromadzone dane muszą być skwantyfikowane.

2. *Założenie epistemologiczne.* Obserwator jest oddzielony od obiektu obserwowanego; ten, który poznaje (czyli poznający), jest odseparowany od tego, co poznaje, co jest przedmiotem poznania.

3. *Założenie przewidywalności i generalizacji.* To, co jest prawdą w określonym miejscu i czasie, może być prawdą także w innym miejscu i czasie. Nacisk kładzie się na przewidywanie, a nie na rozumienie.

4. *Założenie przyczynowości liniowej.* Nie ma skutku bez przyczyny i nie ma przyczyny bez skutku.

5. *Aksjologiczne założenie wartości wolności.* Ta metodologia gwarantuje, że rezultaty poszukiwań naukowych są wolne od wpływów jakichkolwiek systemów wartości. Co więcej, badacz posługuje się kontrolowanymi procedurami, aby uniknąć ich wpływu na wyniki badań.

Mimo że naukowcy muzykoterapeuci jako pierwsi zakwestionowali adekwatność tego podejścia do terapii przez sztukę, z racji na jej humanistyczny i artystyczny charakter, który wyklucza stosowanie algorytmów, to sami czują się związani z tym tradycyjnym modelem badań naukowych. W efekcie niemal wszyscy badacze muzykoterapii publikujący swoje prace naukowe z tej dziedziny bazują na modelu pozytywistycznym. Najnowszym przykładem dostosowania własnych badań do tych stosowanych w medycynie jest model pod nazwą: „muzykoterapia oparta na dowodzie” (*evidence based music therapy*). Ta sama metoda została wprowadzona do obszaru arteterapii wizualnej przez cytowaną wyżej Andree Gilroy.

Podstawy „praktyki opartej na dowodzie” (*evidence based practice*) wprowadzone zostały także do pielęgniarstwa pod nazwą „opieka zdrowotna oparta na dowodzie” (*evidence based health care*), o czym warto wiedzieć, bo droga pielęgniarek do uznania ich działalności zawodowej za naukę jest podobna do starań arteterapeutów. Ten „sztywny” sposób podejścia do czynności pielęgniarzkich podważyła ongiś dr Di Marks-Maran, dyrektor Instytutu Nauk

<sup>10</sup> Zob.: W. Szulc, *Muzykoterapia jako przedmiot badań i edukacji*, Lublin 2005, passim.

<sup>11</sup> Y. S. L i n c o l n, E. G. G u b a, *Naturalistic Inquiry*, Beverly Hills 1985, podaje za: D. A m i r, *Research in Music Therapy: Quantitative or Qualitative?*, „Nordic Journal of Music Therapy” 1993, v. 2 (2), s. 3–10. Na tych autorów powołuje się również inny europejski badacz muzykoterapii D. A l d r i d g e, *Music Therapy research and practice in medicine*, London–Bristol–Pensylwania 1996, s. 124, 126.

o Zdrowiu Uniwersytetu w Durham (Anglia), dowodząc, że jest to „produkt modernistycznego paradygmatu dominującego w medycynie”<sup>12</sup> i że decyzje w pielęgniarstwie powinno się wyprowadzać z badań jakościowych i ilościowych, biorąc pod uwagę wartości uznawane przez pacjenta, refleksyjną wiedzę pochodzącą z uczenia się, intuicję i milczącą wiedzę. To samo jak najbardziej powiedzieć można o arteterapii.

### Model badań jakościowych

W badaniach jakościowych nie ma hipotez ani narzędzi pomiaru, bo nie ma ustalonego z góry projektu badań; przedmiotem badań jest proces, interakcje zachodzące między badaczem a kontekstem badań. Jeśli zaś jest interakcja, to będzie zmiana. Interakcja między badaczem a kontekstem jest częścią paradygmatu jakościowego. Prowadząc badania jakościowe, trzeba mieć świadomość, że powtarzając badania w taki sam sposób, nigdy nie da się odtworzyć dokładnie takiej samej sytuacji i interakcji zachodzącej między badaczem a badanym(i). Badacze posługujący się metodami jakościowymi chcą zidentyfikować pewne cechy charakterystyczne, odkryć wzory zachowań i śledzić proces, w którym ujawniają się różne możliwości.

W wypadku arteterapii są to możliwości działania, możliwe, czyli dostępny dla pacjenta, rodzaj aktywności. Faktem jest, że większość badań w dziedzinie terapii przez sztukę bazuje na modelu pozytywistycznym. Dzieje się tak niewątpliwie dlatego, że jest to model obowiązujący w medycynie, a terapeuci współpracujący z lekarzami chcą mieć z nimi wspólny język. Ten model jednak nie jest odpowiedni dla odkrycia znaczenia muzykoterapii. W związku z czym Dorit Amir – profesor muzykoterapii z Izraela – przedstawiła nowy paradygmat i model badań jakościowych opartych na tzw. teorii ugruntowanej, nb. stosowany w naukach o zdrowiu, konkretnie w etnopedagogice<sup>13</sup>. Opisując szczegółowo ten model, wskazała na jego odniesienia do muzykoterapii, wykazując, że holistyczne pojmowanie muzykoterapii jest niezbędne dla zrozumienia jej sensu, zarówno przez muzykoterapeutów, jak i ich klientów.

Wykorzystanie metodologii badań jakościowych pomoże ujrzeć w pełniejszym świetle sztukę, piękno i to, co jest istotą pracy muzykoterapeutów, arteterapeutów. Rozpatrując problem metodologii badań naukowych w arteterapii, można postawić pytania bardziej szczegółowe, zainspirowane zarówno rozważaniami Dorit Amir, jak i amerykańskiej arteterapeutki Joan Erikson<sup>14</sup>:

1. Jakie znaczenie dla pacjenta ma arteterapia, a dokładniej uczestnictwo w arteterapii, i jak najlepiej można je opisać?

---

<sup>12</sup> D. Marks - Maran, *Reconstructing Nursing: Evidence, Artistry and The Curriculum*, 9th Annual International Participative Conference, „Nurse Education Tomorrow”, Conference Core Papers. Grey College, University of Durham, September 1998, s. 2–17; tamże: W. Szulc, *From Culture Education to Culture Therapy*, Conference abstract papers, s. 118. Cytowany referat Di Marks-Marana, otwierający międzynarodową konferencję na temat przyszłości pielęgniarstwa w XXI wieku, Di Marks-Marana rozpoczęła od opowiedzenia bajki libańskiego poety Khalila Gibrana o „Szalonym królu”. Bajkę tę, mówiącą w sposób metaforyczny o względności naszych ocen w kwestii tego, co jest społeczną normą, a co szaleństwem, i o postawach konformistycznych przyjmowanych pod presją większości wykorzystującą otąd w zajęciach ze studentami. Ciekawsze interpretacje tej bajki w narracjach studentów zamieściłam w książce: W. Szulc, *Arteterapia oparta na wiedzy...*, dz. cyt.

<sup>13</sup> W. Szulc, *Etnopedagogia*, „Pielęgniarstwo 2000” 1999, nr 2 (43), s. 34–36.

<sup>14</sup> J. Erikson, *The Arts and Healing*, „American Journal of Arts Therapy” 1979, nr 3 (18), s. 75-90.

2. W jaki sposób należy badać doświadczanie arteterapii, czyli jej przebieg, wpływ na pacjenta i uzyskane wyniki, aby to znaczenie odkryć?

Oba te pytania są ściśle ze sobą związane. Aby na nie odpowiedzieć, trzeba się zastanowić, jakiego paradygmatu badań, jakich modeli, metod i narzędzi badawczych należy użyć, aby zdobyć tę wiedzę i stworzyć własny język oraz teorię terapii przez sztukę.

### **Rola badacza w badaniach naukowych**

W modelu pozytywistycznym badacz zmierza do zrozumienia fenomenu, czyli interesującego go zjawiska, z obiektywnego punktu widzenia. Od początku wie, do czego zmierza i jak ma postępować. Projekt badań, hipotezy i narzędzia badawcze ustalone są wcześniej i nie zmieniają się podczas prowadzenia badań. Badacz zainteresowany jest raczej samymi wynikami, a nie procesem, bardziej zależy mu na wyjaśnianiu niż na opisie.

Osoba (uczestnik terapii) postrzegana jest raczej jako bierny obiekt badań, a nie jako czynny ich uczestnik. Badacz posługuje się metodami ilościowymi, które wymagają, aby badane zjawisko (fenomen) było obserwowalne i mierzalne, a zgromadzone dane nadawały się do kwantyfikacji. Badacz posługuje się kontrolowanymi procedurami tak, aby nie wpływać na rezultaty badań. Kwestią dyskusyjną jest to, kto może być badaczem w arteterapii: sam arteterapeuta czy ktoś z zewnątrz? Arteterapeuta może występować w roli badacza, ale lepiej, gdy badania prowadzone są w zespole, w którym te role są rozdzielone.

### **Badanie procesu arteterapii**

Doświadczanie arteterapii, czyli tego wszystkiego, co dzieje się z pacjentem podczas sesji arteterapeutycznej, jest zjawiskiem złożonym. Składają się na nie subiektywne przeżycia i odniesienia do związku, jaki zachodzi między pacjentem, sztuką i arteterapeutą na poziomie intrapersonalnym i interpersonalnym. Arteterapia jest procesem estetycznym, w którym zawiera się twórczość, intuicja, inspiracja, intencyjność i elementy duchowe. Wiążą się one z wewnętrznymi stanami człowieka.

Radykalna zmiana myślenia spowodowała wyłonienie się nowego paradygmatu. Wykazuje on tendencje przechodzenia:

- Od rzeczywistości prostej do złożonej. Nie można danej rzeczy oddzielić od jej interaktywnego środowiska. Systemy są czymś więcej niż sumą swoich części.
- Od porządku hierarchicznego w stronę wielości różnych porządków egzystujących obok siebie; a to, który porządek aktualnie dominuje, zależy od liczby czynników wchodzących ze sobą w interakcje i od szybkości, z jaką się one zmieniają.
- Od obrazów mechanicznych do holograficznych. Każda część systemu zawiera kompletną informację o całości i jest w stanie zreprodukować oryginalny obraz w jego pełnym kształcie. Tak więc, skoro całość jest czymś więcej niż sumą swoich części, każda część zawiera w sobie istotę całości.
- Od determinacji do braku zdeterminowania.
- Od linearności do wzajemnej przyczynowości. Przez cały czas czynniki wpływają na siebie wzajemnie. Nie ma sensu pytanie, który wpływa na który. Zarówno A, jak i B wynikają z siebie nawzajem i razem się zmieniają.
- Od obiektywnego do subiektywnego punktu widzenia.

- Od prawdy absolutnej odkrywanej przy pomocy „właściwych” metod do pluralizmu wiedzy eksplorowanej przy pomocy wielu różnych metod<sup>15</sup>.

### Badania jakościowe w arteterapii

Filozofia i zasady badań jakościowych opierają się właśnie na tym nowym paradygmacie. Są one jak najbardziej odpowiednie do badania arteterapii jako całości, a zwłaszcza są pomocne w naświetleniu jej ukrytych aspektów. Analiza danych następuje równolegle z procesem ich zbierania i w ten sposób powstaje obraz, którego każda część wcześniej została poddana wnikliwej analizie. Można to porównać z improwizacją muzyczną, gdzie wszystko powstaje z nieznanego, a muzykoterapeuta rozpoczyna tworzyć muzykę z kilku elementów, takich jak dźwięki, rytmy, dynamika, tembr itd. W arteterapii wizualnej może to być dzieło powstające pod okiem arteterapeuty w pracowni pełnej różnych tworzyw, w której panuje pełna swoboda twórcza, taka, o jakiej pisała już przed trzydziestu paru laty Joan Erikson<sup>16</sup>.

Podejście jakościowe koncentruje się wokół tego, co jest sednem badanego zjawiska. Właśnie w ten sposób postępują muzykoterapeuci poszukujący znaczeń, jakie kryją się za tym, co się dzieje, co powstaje podczas wspólnego muzykowania muzykoterapeuty z uczestnikami sesji muzykoterapeutycznej. Starają się stwierdzić, jakie to ma znaczenie dla wszystkich uczestników sesji, zarówno dla pacjentów, jak i dla muzykoterapeuty. Odwołując się do innych form terapii przez sztukę, można wspomnieć, że tym, co kryje się za uśmiechem na twarzy pacjenta utrwalonym na fotografii, zajmują się fotografoterapeuci<sup>17</sup>.

Wynika stąd wniosek, że arteterapeuci – praktycy, dla których świat wewnętrznych doznań ich pacjentów siłą rzeczy pozostaje niedostępny – powinni jednak starać się do niego dotrzeć i w tym celu rozmawiać z uczestnikami arteterapii o ich doznaniach podczas sesji. Badania jakościowe, których celem było ustalenie, *co się dzieje* podczas procesu muzykoterapii i czy ma to jakiś związek z doświadczeniem życiowym pacjenta i muzykoterapeuty, a jeśli tak, to jaki, pozwoliły wyłonić kilkanaście znaczących elementów muzykoterapii, które Dorit Amir nazwała *momentami*.

Na poziomie *intrapersonalnym* wyłoniły się:

- *moment świadomości i wglądu* – to moment, w którym nagle intuicyjnie pojawia się nowe znaczenie (czegoś ważnego dla pacjenta);
- *moment akceptacji* – to moment, w którym pacjent akceptuje siebie bez zastrzeżeń albo choćby częściowo w sposób, jaki nie miał miejsca nigdy przedtem;
- *moment wolności* – to moment, w którym ustępuje napięcie;
- *moment poczucia scalenia i integracji* – towarzyszy mu uczucie pełnego spokoju;
- *moment poczucia kompletności i dokonania* – to moment, w którym muzykoterapeuci czują, że ich wysiłki wydały owoce, a pacjenci czują się dumni i mają poczucie sukcesu z tego, co wykonali, muzykując podczas muzykoterapii;

<sup>15</sup> W. Szulc, *Arteterapia. Narodziny idei, ewolucja teorii, rozwój praktyki*, Difin, Warszawa 2011, s. 198; W. Szulc, *Sztuka w służbie medycyny od antyku do postmodernizmu*, Poznań 2001.

<sup>16</sup> J. Erikson, *The Arts...*, s. 75–90; tenże, *Zdrowotwórcze możliwości sztuki*, wybór i tłumaczenie W. Szulc [w:] *Arteterapia*, „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej im. K. Lipińskiego we Wrocławiu” 1989, nr 48, s. 35–41.

<sup>17</sup> Por.: L. Berman, *Beyond the smile. The therapeutic use of the photograph*, London 1993.



- *moment poczucia piękna i inspiracji* – to moment, w których muzykoterapeuci poczuli się zainspirowani pięknem, odwagą i autentycznością swoich pacjentów, a pacjenci doświadczyli swojego własnego wewnętrznego piękna i więzi z pięknem, które jest na zewnątrz;
- *moment duchowości* – to moment, w którym zarówno pacjent, jak i muzykoterapeuta poczuli więź z Bogiem i doznali jakiegoś mistycznego przeżycia *sacrum*;
- *moment intymności* – to moment, w którym zarówno muzykoterapeuta, jak i jego pacjent osiągają nowy, głębszy poziom intymności fizycznej, emocjonalnej i duchowej;
- *moment ekstazy i radości* – w nim muzykoterapeuta i klient doświadczają ekscytującej, żywiołowej wprost radości w czasie swojej wspólnej muzycznej podróży;
- *moment lęku, gniewu i bólu* – moment, w którym pacjenci przeżywają trudne uczucia i emocje i wyrażają je w sposób werbalny lub muzyczny;
- *moment niespodzianki* – kiedy muzykoterapeuta i pacjent są zaskoczeni jakością i intensywnością swoich wspólnych doświadczeń muzycznych albo doświadczeń pacjenta;
- *moment wewnętrznej transformacji* – to momenty, w których pacjenci doświadczali bardzo silnej zmiany, która głęboko wpłynęła na ich życie; tej zmianie towarzyszyła ogromna radość i podekscytowanie.

Na poziomie *interpersonalnym* wystąpiły:

- *moment muzycznej intymności między muzykoterapeutą a pacjentem* – to uczucie, które rodzi się w rezultacie ich wspólnej muzycznej przygody;
- *moment ścisłego kontaktu między pacjentem a osobą znaczącą w jego życiu* – w takim momencie pacjent – uczestnik muzykoterapii – osiąga nowy poziom intymności ze swoim przyjacielem, bratem, żoną itp.<sup>18</sup>

Ważne jest, że tych momentów nie doświadcza się w sposób linearny: nie miały one jednakowego nasilenia i nie następowały jeden po drugim. Większości z nich doświadczano na wielu poziomach i w sposób symultaniczny. Posłużenie się analizą jakościową pozwala na dokonanie wglądu i stwierdzenie, jakie czynniki powodują, że te momenty mogą się pojawić. Tymi czynnikami są muzyka, wiedza, intuicja i doświadczenie muzykoterapeuty oraz gotowość, odwaga i zaufanie pacjenta. Momenty te wnoszą do życia pacjenta wzrost poczucia większej wartości, doznania emocjonalne, poczucie fizycznego zdrowia i związku interpersonalnego. Powodują one również u muzykoterapeuty wzrost poczucia własnej wiedzy i wewnętrznego rozwoju. Ten typ badań pozwala na zidentyfikowanie większości ważnych aspektów muzykoterapii, a muzykoterapeucie pozwala na lepsze zrozumienie znaczenia własnej pracy i dostrzeżenia jej w szerokim, złożonym kontekście ludzkiego życia. Ważnym aspektem badań przeprowadzonych przez Dorit Amir było poznanie, jak terapeuci i pacjenci opisują swoje doświadczanie procesu muzykoterapii, stąd zainteresowanie językiem, jakim mówi się o doznaniach mających miejsce podczas muzykoterapii.

### Konkluzja

Powyższe rozważania pokazują, że są dowody pozwalające na uznanie arteterapii za naukę. W obszarze arteterapii prowadzone są zarówno badania ilościowe, jak i jakościowe.

---

<sup>18</sup> D. Amir, *Research in Music...*, dz. cyt., s. 3-10; cyt. za: W. Szulc, *Arteterapia. Narodziny idei...*, dz. cyt., s. 106-108. Na te momenty zwróciłam uwagę, analizując metodologię badań jakościowych w muzykoterapii. Por.: W. Szulc, 2005, *Muzykoterapia...*, dz. cyt., s. 36-38.

Zważywszy na holistyczną naturę terapii przez sztukę, badania jakościowe najlepiej nadają się do badania tego, co jest istotą pracy arteterapeutów. Analiza jakościowa stwarza możliwość analizowania i wyjrzenia poza to, co zewnętrzne i oczywiste, i dostrzeżenia przeżywanego wewnątrznie i nieoczywistych momentów w doświadczeniu terapeutycznego kontaktu ze sztuką.

W wypadku muzykoterapii poprzestawanie na analizie ilościowej i ograniczenie się do badania wyłącznie jej wpływu na organizm ludzki może spowodować utratę wewnętrznej siły tej formy terapii przez sztukę, wynikającej z siły muzyki. Aczkolwiek arteterapeuci posługujący się w swojej pracy sztuką wizualną twierdzą, że w kontaktach z pacjentami zastępuje ona słowa, a muzykoterapeuci mówią, że muzyka jest niewerbalnym komunikatem, to trzeba stwierdzić, że badania jakościowe dają także narzędzie do rozwijania opisowego języka arteterapii. Wysiłki zmierzające do „przekładania” doświadczeń muzycznych na język werbalny zbyt często i zupełnie niesłusznie lekceważy się. Badania zademonstrowane przez Dorit Amir wykazały, że język, mowa jak najbardziej mieści się w doświadczeniu muzyki i jest elementem interakcji zachodzącej między pacjentami (uczestnikami sesji) a muzykoterapeutami. Cóż dopiero, gdy narzędziem terapii przez sztukę jest słowo, słowo zawarte w literaturze pięknej, tekście sztuki teatralnej czy w poezji.

W niniejszym przeglądzie badań naukowych konstytuujących arteterapię jako naukę opieraliśmy się na opisach badań stosowanych w muzykoterapii, wnioskując, że możliwa jest ich transpozycja na inne formy terapii przez sztukę, jednakże by to stwierdzić, należałoby przeanalizować kolejne badania, prowadzone przez różnych badaczy.

## Bibliografia

- Aldridge D., *Music Therapy research and practice in medicine*, London–Bristol–Pensylwania 1996.
- Amir D., *Research on Music Therapy: Quantitative or Qualitative?*, „Nordic Journal of Music Therapy” 1993, v. 2 (2), s. 3–10.
- Arteterapia jako dyscyplina akademicka*, Uniwersytet Wrocławski w ECARTE, pod red. W. Szulc przy współpracy M. Furmanowskiej i J. Gładyszewskiej-Cylulko, Atut, Wrocław 2010.
- Berman L., *Beyond the Smile. The Therapeutic Use of the Photograph*, J. Kingsley, London 1993.
- Edwards J., *Can Music Therapy in Medical Context Ever be Evidence-based?*, „Music Therapy Today” 2004, <http://www.musictherapyworld.de>.
- Erikson J., *The Art and Healing*, „American Journal of Arts Therapy” 1979, nr 3 (18), s. 75–90.
- Erikson J., *Zdrowotwórcze możliwości sztuki*, wybór i tłum. W. Szulc [w:] *Arteterapia*, „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej im. K. Lipińskiego we Wrocławiu” 1989 nr 48, s. 35–41.
- European Consortium for Arts Therapies Education. Conference Proceedings*, vol. 1, *The Arts Therapist*. Third European Arts Therapies Conference: Italy 14–17 September 1994, H. Smitskamp, Z. Fibert (ed.), „Art Therapy Italiana”, Ferrara 1995.
- Fazlagić J., *Innowacyjne zarządzanie wiedzą*, Difin, Warszawa 2014.