



Diagnostyczne i komunikacyjne aspekty twórczości plastycznej pacjentki chorującej na schizofrenię paranoidalną

Diagnostic and communicative aspects of works of art by a female patient suffering from paranoid schizophrenia

BEATA ZIARKO¹, MAŁGORZATA KANIA¹, ZYGMUNT PODBIELSKI¹, KRZYSZTOF KIELAN¹,
KAMILA BARGIEL-MATUSIEWICZ²

Z: 1. Katedry i Kliniki Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach
2. Zakładu Psychologii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

STRESZCZENIE

Cel. Przedstawiono znaczenie komunikacji niewerbalnej w kontakcie z pacjentami chorującymi na schizofrenię.

Przypadek. 23-letnia pacjentka, od czterech lat chorująca na schizofrenię, w trakcie hospitalizacji w oddziale dziennym zainteresowała się zajęciami w pracowni arteterapii. W ciągu czterotygodniowej terapii wykonała ponad 20 prac plastycznych, obrazujących przeżywane emocje i objawy. Wspólne omawianie prac umożliwiło poznanie traumatycznych doświadczeń pacjentki, których nie potrafiła przekazać w inny sposób. Wpłynęło to na pogłębienie kontaktu z pacjentką oraz na intensywność terapii.

Komentarz. Kontakt poprzez ekspresję plastyczną może stać się punktem wyjściowym oddziaływań psychoedukacyjnych i poprawy współpracy z pacjentem.

SUMMARY

Objective. The role of non-verbal communication in interaction with patients suffering from schizophrenia is discussed.

Case. A female patient aged 23, suffering from schizophrenia for the past four years, got interested in art therapy sessions during her treatment in a day hospital. During her 4-week treatment she produced over 20 works of art expressing her feelings and fears. Her works were discussed with the therapist, which allowed to learn about her traumatic experiences she was unable to communicate otherwise. That way the contact with the patient became deeper and her therapy could be more intense.

Commentary. Patients' works of art as a means of expression may become a starting point for their psychoeducation and improved co-operation with the therapist.

Słowa kluczowe: schizofrenia / arteterapia

Key words: schizophrenia / art therapy

Objawy schizofrenii prowadzą do zaburzenia kontaktu z otoczeniem w wyniku doznawanych objawów wytwórczych, które często budzą w otoczeniu poczucie niezrozumienia i niepokoju, jak i objawów negatywnych, które zamykają chorego w świecie własnych przeżyć. W powrocie do zdrowia kluczową rolę odgrywa oparty na zaufaniu i autentyczności kontakt z innymi ludźmi. Do jego kształtowania mogą służyć różne środki. Szczególnie cenne są te, które pacjent wybiera sam zgodnie ze swoimi upodobaniami, zainteresowaniami, pasjami.

Sztuka, tworzenie mogą być dobrą formą budowania bezpiecznej relacji zarówno z terapeutą jak i otoczeniem. Bogaty język symboli pozwala na wyrażenie różnych przeżyć i potrzeb, w tym tych nieakceptowanych, które w codziennych rozmowach mogą być trudne do przekazania. Część informacji, nawet w sposób nieświadomy dla twórcy, pojawia się w jego pracach [1] i może

być odczytana przez przygotowanego odbiorcę. Skłonność do tworzenia pojemnych i rozmytych kategorii pojęciowych jest charakterystyczna zarówno dla psychotywności, jak i twórczości. Dlatego, zdaniem Eysencka, istnieje związek między twórczością a zaburzeniami z kręgu schizofrenii [2].

Tworzenie pozwala nadać kształt trudnym przeżyciom, powoduje, że stają się dla pacjenta mniej zagrażające [3, 4]. Twórczość nobilituje, może nadawać sens egzystencji, a czasami wypełniać długotrwały czas hospitalizacji, zaspokajając potrzeby estetyczne [5]. Kontakt nawiązany w oparciu o działania arteterapeutyczne może stać się punktem wyjścia do farmakoterapii [6]. Pacjent twórca, zyskuje większą akceptację, która stanowi najistotniejszą rolę w relacji terapeutycznej [7]. Zainteresowanie twórczością chorych realizuje się poprzez wspólne omawianie prac, udział w wystawach i plenerach zagranicznych, przyznawanie nagród,

umieszczanie ich w internetowych galeriach, wydawanie katalogów [8, 9, 10]. Możliwość działań kreatywnych po zakończonej hospitalizacji często jest istotnym czynnikiem poprawy jakości życia [11].

W zainteresowaniach twórczością pacjentów chorujących na schizofrenię dokonało się przejście od poszukiwań diagnostycznych (koniec XIX wieku) aż po odkrycie walorów terapeutycznych i rehabilitacyjnych arteterapii [3, 4, 9]. Ta praca ma na celu ukazanie wartości arteterapii w procesie diagnostyki i komunikacji z pacjentką.

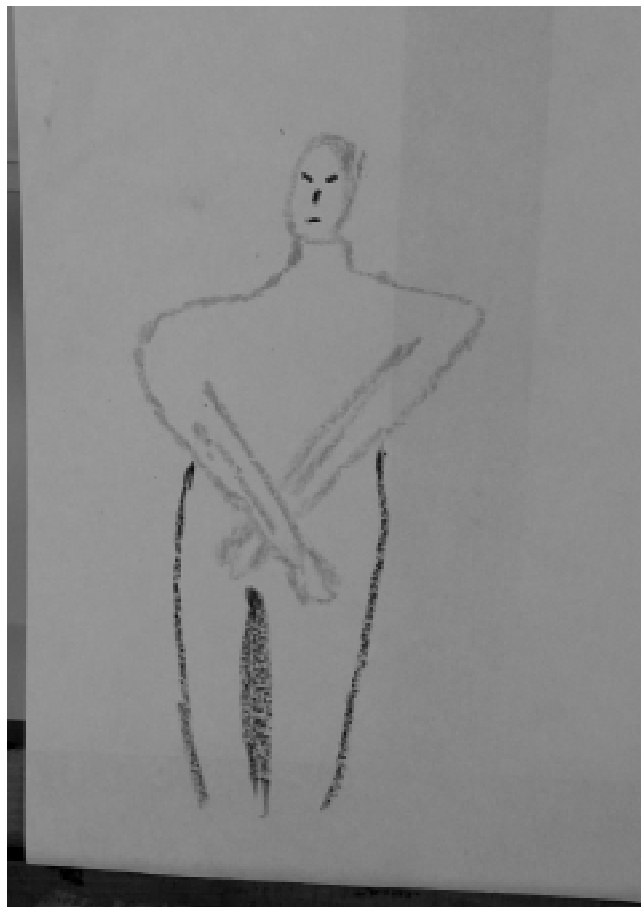
OPIS PRZYPADKU

23-letnia pacjentka od 4 lat choruje na schizofrenię paranoidalną. Jest młodszą z dwójki rodzeństwa. Z bratem starszym o 6 lat łączy ją powierzchowne stosunki. W ocenie pacjentki jej starszy brat był bliższy matce. Ona sama zawsze czuła się odpychana, nieakceptowana, co nasiliło się po pierwszych objawach choroby psychicznej. Relację z ojcem określała jako lepszą („jest człowiekiem wyrozumiałym, potrafi zrozumieć mnie i moją chorobę”).

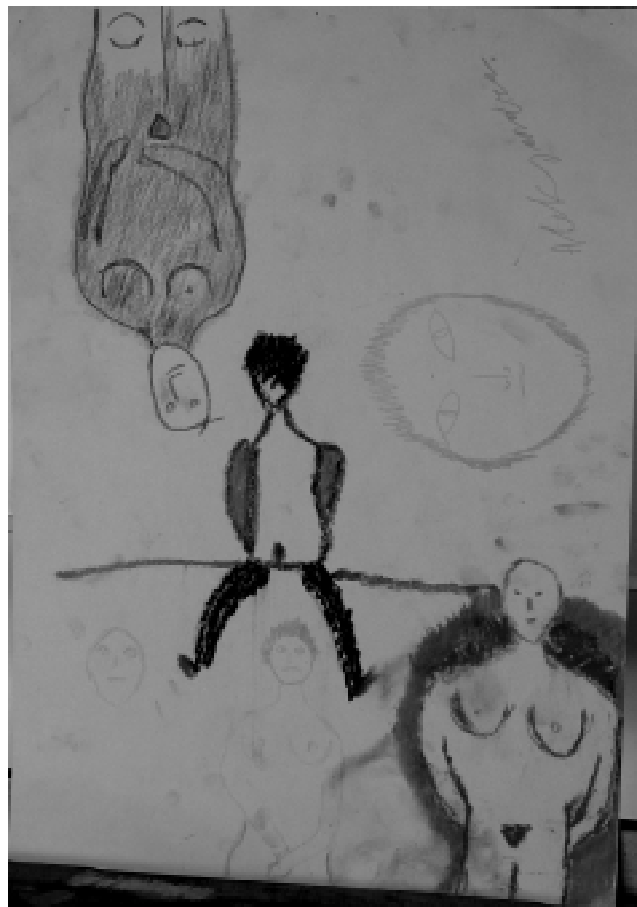
Wystąpienie pierwszego epizodu psychotycznego poprzedziły:

- dwuletni okres przyjmowania substancji psychoaktywnych (heroina, amfetamina) – zakończony ostrym zatruciem w wieku 18 lat i pobytem na oddziale intensywnej terapii,
- rozstanie z pierwszym „ważnym” mężczyzną w jej życiu, które bardzo przeżyła,
- gwałt dokonany na niej przez kolegę, który później groził ujawnieniem tego faktu rodzicom z obarczeniem jej odpowiedzialnością.

Pierwsze objawy wytwórcze wystąpiły w 1999 r. pod postacią urojeń prześladowczych, ksobnych, odsłoneńcia, halucynacji słuchowych, wzrokowych. Chora mówiła o tym okresie: „wydawało mi się, że ktoś mnie śledzi i chce zamordować, albo że to ja kogoś zabiłam”. Pod wpływem tych doznań opuściła rodzinne miasto i wyjechała do Warszawy. Tam objawy utrzymywały się nadal, ale w znacznie mniejszym nasileniu. Pozwoliło to jej znaleźć pracę i przez rok utrzymywać się z niej. Po utracie zatrudnienia powróciła do domu rodzinnego. Ponownie nasiliły się objawy psychotyczne. Pacjentka wspominała: „miałam wrażenie, że moja głowa, odrywa się od szyi i ulatuje w kosmos”. We wrześniu 2002 r. chora zgłosiła się do PZP. W obrazie klinicznym dominowały urojenia prześladowcze, ksobne, halucynacje słuchowe, dotykowe, niepokój. Po leczeniu farmakologicznym pojawiły się objawy niepożądane – po leczeniu



Rysunek 1



Rysunek 2



Rysunek 3



Rysunek 4

olanzapiną przyrost masy ciała, a po leczeniu risperidone – objawy pozapiramidowe. W czerwcu 2003 r. chora została skierowana i przyjęta na oddział dzienny Kliniki. Rezonans magnetyczny głowy i EEG pozwoliły na wykluczenie podłoża organicznego objawów.

W badaniach laboratoryjnych krwi stwierdzono obecność wirusa HCV, stan wątroby w badaniu USG jamy brzusznej nie ujawniał odchyleń, poziom aminotransferaz i bilirubiny był prawidłowy.

Po przyjęciu do oddziału klinicznego chora szczególnie zainteresowała się zajęciami prowadzonymi w pracowni arteterapii. Przychodziła przed ich rozpoczęciem, prosiła o farby i z dużą energią tworzyła swoje prace. Już w dzieciństwie lubiła rysować, uczęszczała do pracowni plastycznej przy Pałacu Młodzieży. Stworzenie warunków do pracy twórczej w okresie hospitalizacji pomogło jej zaaklimatyzować się w oddziale i wyrazić przeżywane emocje. W okresie czterotygodniowej terapii pacjentka namalowała ponad 20 prac, z których najważniejsze, wybrane przez pacjentkę i nasz zespół, przedstawiamy.

Rys. 1 i 2 – to pierwsze rysunki autorki wykonane w trakcie hospitalizacji psychiatrycznej. Prace te przedstawiają nagie postacie kobiet i mężczyzn. Niektóre sylwetki mimo zaznaczonych atrybutów płci budzą wątpliwości co do ich tożsamości płciowej, np. ze względu

na nienaturalną, wręcz atletyczną budowę kobiet. Rys. 1 jest również interesujący z tego względu, że jako jedyna w całym dorobku pacjentki przedstawia całą sylwetkę człowieka. Niektóre z narysowanych osób zakrywają okolice intymne, a inne przedstawiają akt onanizowania. Budzą skojarzenie dwóch biegunów, między którym oscyluje pacjentka; między ekspresją seksualności, a wstydem i niepewnością co do roli seksualnej. Zwracają uwagę brak uszu, włosów, stóp, zniekształcone ręce, brak palców, zaburzone proporcje ciała.

Rys. 3 – to obraz szczególnie ważny dla pacjentki, co wielokrotnie podkreślała. Chora zatytułowała go: „Krzyk kobiety”. Jej zdaniem namalowana postać chce przekazać ból, rozpacz, poczucie wewnętrznego rozdarcia. Oderwane piersi (widoczne u góry rysunku) mogą symbolizować problemy w sferze seksualnej. Brak oczu może być wyrazem lęku przed zobaczeniem, byciem zobaczonym. Żywa, kontrastowa kolorystyka, gęstość faktury oddają wrażenie krzyku.

Rys. 4 przedstawia dwie twarze, zwrócone do siebie z na wpół otwartymi ustami, z zamkniętymi oczami. Różowa przedstawia kobietę, a pomarańczowa mężczyznę. Między nimi spirala. Postacie chcą ze sobą porozmawiać, ale nie potrafią. Znajduje to odbicie w życiu pacjentki. Chora jest aktualnie w związku z mężczyzną, który



Rysunek 5

też cierpi na schizofrenię. Trudności w porozumieniu mogą być wynikiem zarówno doświadczeń życiowych pacjentki, jak i faktem choroby u obu osób.

W części centralnej obrazu (rys. 5) znajduje się czerwona głowa, z wysuniętym, bardzo długim i poplątanym językiem, kończącym się na szczycie czaszki. Praca ta wyraża, jak komentowała autorka, trudności z przekazaniem tego, co przeżywa, myśli i czuje. Może to być wyrazem problemów w przekazywaniu bolesnych doświadczeń, jak i wyrazem samego procesu schizofrenicznego, który zakłóca komunikację.

Rys. 6 przedstawia kobietę w ciąży. Zwracają uwagę liczne braki w rysunku postaci. Nie ma ona oczu, tylko puste białe plamy, brak jej ust, uszu, rąk, nóg. Zwracają uwagę wyeksponowane piersi i zaokrąglony brzuch. Pacjentka wybrała do namalowania tej postaci brudny, ciemnobrązowy kolor, na którym widoczne są nałożone szybkimi, krótkimi ruchami pędzla zielone kreski. Autorka podkreślała, że ta kobieta jest „kimś negatywnym, strasznym, bardzo upiornym”. Może być to rozumiane w kontekście relacji z matką, z którą pacjentka od dzieciństwa miała trudny kontakt. Pacjentka nie czuła akceptacji przez matkę.

Rys 7 jako utrzymany w błękitnej tonacji budzi zaskoczenie obrazową tematyką. Przedstawia głowę, przypominającą nadmuchany balon, pozbawioną rysów twarzy, z zaklejonymi oczami i ustami. Prostokąt zakrywający usta pomalowany jest czerwoną farbą. Nad głową



Rysunek 6



Rysunek 7



Rysunek 8

przepląta stado piranii. Obraz budzi odczucie niepokoju, lęk przed niebezpieczeństwem, pokazuje skrajne zagrożenie w środowisku. Znajduje to odzwierciedlenie w przeżywanych objawach psychopatologicznych. Pacjentka w okresie zaostrzenia procesu chorobowego była przekonana, że ktoś ją śledzi, chce zamordować, a jednocześnie wydawało jej się, że to ona kogoś zabiła.

Kolejna praca (rys. 8) powstała po przeplakanej przez pacjentkę nocy, która dzień wcześniej dowiedziała się, że stwierdzono u niej obecność wirusa WZW typu C. Była smutna. Namalowała człowieka „patrzącego w dal”, chorego z oddziału zamkniętego. Postać na pasiastym tle, smutna, wychudzona, bez włosów, z pustym spojrzeniem przywołuje na myśl więźniów obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu. Praca ta może być wyrazem lęku pacjentki przed izolacją, zamknięciem, przed chorobą zakaźną.

W trakcie hospitalizacji pacjentka wspominając przeżyte objawy psychotyczne mówiła: „czułam jakby moja głowa odrywała się od szyi i odlatywała w kosmos – to było bardzo nieprzyjemne uczucie”. Motyw niestabilnego, słabego połączenia głowy z resztą ciała występuje w wielu pracach. W tej (rys. 9) widoczne są już napęczniałe, oderwane od korpusu głowy, które próbują się ze sobą komunikować. Czerwone poskręcane linie znajdujące się pod nimi miały w zamierzeniu autorki przedstawiać węże. Jedna z głów, znajdująca się na skraju obrazu, namalowana czerwoną farbą, ma zamknięte usta i tylko obserwuje rozmawiające twarze. Właśnie z nią identyfikowała się pacjentka.



Rysunek 9



Rysunek 10

„Akt czerwony” (rys. 10) – to jedna z ostatnich prac pacjentki. Przedstawia obnażoną kobietę, która zgina rękę w osłaniającym geście. Brak ust symbolizuje niemoc opowiedzenia o przeżywanym smutku. Zwraca również uwagę fakt, że głowa postaci wydaje się odrywać od korpusu. Pacjentka mówiła, że czerwony kolor wyraża cierpienie.

KOMENTARZ

W twórczości pacjentki zwracają uwagę liczne braki czy wręcz „okaleczenia” przedstawianych postaci, słabo zintegrowane i oderwane części ciała, różne zniekształcenia namalowanych postaci. Najczęściej pacjentka pozbawiała postacie ust, oczu, dłoni, rąk, całej dolnej połowy ciała. Niekiedy były one nienarysowane, niekiedy mozolnie usunięte – wydrapane lub zaklejone. W najważniejszej dla pacjentki pracy – autoportrecie – szokujące wrażenie robią oderwane piersi i puste oczodoły. Wydrapane oczy mogą być wyrazem lęku przed „przenikliwym spojrzeniem – takim, które dociera do najskrytszych myśli” [12]. Te liczne braki i zniekształcenia zwracają uwagę na takie cechy osobowości jak: niska tolerancja frustracji i impulsywności (słabo zintegrowane części ciała), poczucie nieprzystosowania (brak dłoni), poczucie winy z powodu odczuwanej wrogości lub seksualności (brak rąk), stłumienie, lęk przed kastracją (brak nóg), defensywność, wrogość w stosunku do innych ludzi (kwadratowe ramiona) [13]. Braki oczu,

ust, uszu, które nieodmiennie kojarzą się ze zmysłami, pozwalającymi na odbieranie wrażeń ze świata i komunikowanie się z nim, zwracają uwagę na ogromne trudności w tym zakresie. W tym kontekście możliwość tworzenia w pracowni arteterapii stała się szansą wypowiedzenia w inny, łatwiejszy do zaakceptowania przez pacjentkę sposób. Być może poprzez tworzenie symboli, łatwiejsze jest odnalezienie równowagi pomiędzy blokadą energii seksualnej i agresywnej a działaniami impulsywnymi [14]. O wyborze takiego typu komunikacji zdecydowało również zainteresowanie chorej, która od dzieciństwa lubiła malować. Wtedy rysowała, aby odzwierciedlić rzeczywistość, a w okresie choroby, kiedy nasiliły się trudności z komunikacją, prace pomagały jej wyrazić to, co czuje i myśli, co aktualnie przeżywała. Taki rodzaj amatorskiej twórczości jest szczególnie cenny w poznaniu pacjenta, ponieważ wynika z chęci zakomunikowania własnych odczuć, doznawanych objawów [15]. Pacjentka poprzez kolejne prace prowadzi nas w świat swoich przeżyć. Zaczyna od rysunków obnażonych postaci, o treści seksualnej, przechodzi do głów pozbawionych ciała, które mimo braku „balastu fizyczności” nie są w stanie się ze sobą porozumieć. Przedstawia okaleczone twarze i postacie, oddaje poczucie zagrożenia i przemocy. Pojawiająca się kobieta w ciąży – matka, z okaleczeniami i przygnębiającą kolorystyką, nie jest źródłem oparcia i figurą pozytywną. Ciąg prac kończy obraz przedstawiający nagą, czerwoną kobietę, próbującą się osłonić. Pacjentka doprowadza uważnego obserwatora twórczości do

swojego cierpienia i jego przyczyn. W kontekście analizy całej twórczości chorej bardziej zrozumiałe stają się przeżywane przez pacjentkę objawy psychotyczne: poczucie odrywania się głowy, przekonanie o byciu podmiotem bądź źródłem agresji, poczucie zagrożenia ze strony otaczającego świata, halucynacje słuchowe o treści obraźliwej dla pacjentki.

Według Alanena czynnikiem poprzedzającym wybuch psychozy są urazy narcystyczne lub zranienia samoposzanowania [16]. Twórczość tej pacjentki szczególnie zwraca uwagę na problematykę agresji i seksualności. W pracach osób chorujących na schizofrenię często pojawia się tematyka miłości i jej rozszczepienie na miłość czystą, platoniczną i fizyczną, nierzadko nadmiernie odsłoniętą [12]. U pacjentki również występują prace z obu tych nurtów (rys. 1, 4). Uwagę obserwatora przyciąga jednak towarzysząca tej tematyce agresja i lęk (kolorystyka, symbolika, braki). Zjawisko braku dolnej połowy ciała, ukrywania okolicy intymnych oraz zaburzoną symetrię postaci obserwowała Myra Levick u 20-letniego studenta chorującego na schizofrenię. Autorka łączyła to z zaburzeniami w sferze seksualnej, lękiem kastracyjnym i cechami biseksualnymi [17]. W twórczości pacjentki te elementy występują również, ale towarzyszy im symbolika agresywna, co zwróciło uwagę terapeutów w stronę możliwej przemocy seksualnej. W trakcie pogłębionego wywiadu pacjentka poinformowała, że została zgwałcona w okresie poprzedzającym wybuch psychozy, że przez wiele lat ukrywała ten fakt przed matką, bojąc się odrzucenia. Nie mówiła o tym fakcie również lekarzowi prowadzącemu ani terapeutom.

Ponowne omawianie prac z pacjentką po zakończonej hospitalizacji w ramach oddziału dziennego pozwoliło lekarzowi prowadzącemu na nawiązanie kontaktu z pacjentką i jej matką. Dzięki oddziaływaniom psychoedukacyjnym, zrodzonym na bazie zainteresowania pacjentką i jej twórczością, chora zyskała większe zaufanie do terapeutów i wgląd we własne objawy, co pozwoliło na dostrzeżenie nawrotu objawów wytwórczych i podjęcie intensywnej farmakoterapii.

PIŚMIENNICTWO

1. Tyszkiewicz M. Niezamierzona symbolika w twórczości artystki amatorki leczonej z rozpoznaniem przewlekłego zespołu depresyjnego. *Psychiatr Pol* 1974; 3: 313–21.
2. Nęcka E. *Psychologia twórczości*. Gdańsk: GWP; 2002.
3. Tyszkiewicz M. *Psychopatologia ekspresji*. Warszawa: PWN; 1987.
4. Tyszkiewicz M. *Psychopatologia ekspresji. Stymulacja twórczości pacjentów psychiatrycznych*. Gdańsk: Gdańskie Towarzystwo Naukowe; 1994.
5. Janicki A. Postawy estetyczne chorych na schizofrenię. *Psychiatr Pol* 1978; 1: 43–8.
6. Gmitrowicz A. Skuteczność pozafarmakologicznych oddziaływań w leczeniu schizofrenii: opis przypadku. *Post Psychiatr Neurol* 2000; 9: 109–13.
7. Cechnicki A. Co jest istotne w psychospołecznym leczeniu schizofrenii. Red. Bomba J. Kraków: Wyd PTP; 2000: 37–46.
8. Larkin M. Web opens window on mental illness art. *Lancet* 1999; 353: 850.
9. Tyszkiewicz M. *Tworzę więc jestem*. Olsztyn: Wyd „Decora”; 2003.
10. Ziarko B, Podbielski Z, Kucia K. Twórczość artystyczna pacjentów ze schizofrenią drogą do nawiązania kontaktu ze społeczeństwem. W: Gmitrowicz A, Karola W, red. *Arterapia*. Łódź: Wyd PK InSE; 2000: 104–5.
11. Albrecht M, Dunajska D, Kania E, Tyszkiewicz M, Żuchowicz W. Twórczość pacjentów psychiatrycznych jako czynnik poprawiający jakość życia. *Wiadomości Psychiatryczne* 1999; 3: 285–8.
12. Madejska N. *Malarstwo i schizofrenia*. Kraków: Wyd Literackie; 1975.
13. Oster GD, Goud P. *Rysunek w psychoterapii*. Gdańsk: GWP; 2001.
14. Lewis L, Langer KG. Symbolization in psychotherapy with patients who are disabled. *Am J Psychother* 1994; 48 (2): 231–9.
15. Tyszkiewicz M. Tematyka i forma malarstwa i rysunku chorych na schizofrenię. *Psychiatr Pol* 1980; 6: 595–603.
16. Alanen OY. *Schizofrenia, jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
17. Levick MF. *Art therapy – a diagnostic and therapeutic tool*. W: Volmat R, Wiatr C, red. *Art & Psychopathology*. Amsterdam: Excerpta Medica Foundation; 1969: 216–9.

*Adres: Dr Beata Ziarko, Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiej Akademii Medycznej,
ul. Ziołowa 45/47, 40-635 Katowice, e-mail: beataziarko@poczta.onet.pl*