

Arteterapia jako reduktor stresu u DDA i DDD

Wstęp

I. Pojęcie Arteterapii

- 1.1 Geneza narodzin idei
- 1.2 Arteterapia jako proces twórczy
- 1.3 Formy i cele wybranych form arteterapeutycznych

II. Stres -poznanie zjawiska

- 2.1 Definicja stresu w ujęciu klasycznym
- 2.2 Źródła stresu i rodzaje stresorów
- 2.3 Psychologiczne rozumienie stresu
 - 2.3.1 Definicja stresu według koncepcji Richarda Lazarusa
 - 2.3.2 Strategie radzenia sobie ze stresem w ujęciu teorii oceny poznawczej Lazarusa
- 2.4 Psychologiczne skutki stresu traumatycznego
- 2.5 Badania naukowe potwierdzające skuteczność redukcji stresu poprzez metody arteterapeutyczne

III. Syndrom DDA-Dorosłe Dzieci Alkoholików i DDD-Dorosłe Dziecko z Rodziny Dysfunkcyjnej

- 3.1 Wyjaśnienie pojęcia DDA, objawy i cechy osobowościowe
- 3.2 Sposób funkcjonowania DDA
- 3.3 Definicja DDD, objawy i cechy syndromu
- 3.4 Konsekwencje funkcjonowania w dysfunkcyjnej rodzinie i zaburzonym środowisku DDD

IV. Metodologia badań własnych

- 4.1 Cel badań
- 4.2 Pytania i hipotezy badawcze
- 4.3 Narzędzia badawcze
- 4.4 Procedura badań
- 4.5 Grupa badawcza

V. Wyniki badań własnych

Dyskusja wyników

Wstęp

Stres jest stałym atrybutem życia każdego człowieka. Wpisany w scenariusz egzystencji od narodzin aż do śmierci.

Jednakże niekiedy stres potrafi zakłócić równowagę organizmu obniżając jakość i dobrostan funkcjonowania jednostki, przyczyniając się do rozwoju wielu chorób cywilizacyjnych. Przez Światową Organizację Zdrowia stres określany jest mianem „globalnej epidemii”.

Niezwykle istotnym jest zrozumienie specyfiki tego zjawiska i zyskanie umiejętności radzenia sobie ze stresem. Jedną z form pomocy w redukcji stresu i obniżania poziomu jego napięcia jest Arteterapia.

O potrzebie prowadzenia badań w zakresie działania arteterapii na redukcję stresu świadczy mnogość badań które poruszają problematykę obniżania napięcia i samego stresu poprzez wiele metod arteterapeutycznych. Dowodzą temu chociażby eksperymentalne badania naukowe wpływu twórczości i sztuki wizualnej nad spadkiem kortyzolu ,gdzie poprzez działanie artystyczne znacząco obniżają się hormony stresu. Liczne artykuły naukowe dotyczące badań potwierdzają efektywność interwencji arteterapeutycznych i ich wpływu na poziom reakcji stresowej.

Pomimo wielu badań i referatów dotyczących redukcji stresu poprzez metody arteterapeutyczne niewiele badań dotyczy kwestii bezpośrednio związanej z konkretną grupą badawczą dotyczącą problemu DDA i DDD. Niniejsza praca ma stanowić uzupełnienie tej luki.

Tematem opisaney pracy jest: „Działanie terapeutyczne arteterapii jako reduktor stresu u DDA i DDD”.

Problematyka działań arteterapeutycznych u osób DDA/DDD i sposoby obniżania poziomu napięcia i stresu, oraz stymulowanie umiejętności w kierunku radzenia sobie ze stresem zostały poruszone w pracy ze względu na to, iż autorka wiąże swoją przyszłość zawodową z pracą która

łączy psychologię i arteterapię. Poprzez szczegółowe badania i analizy dotyczące sposobów redukcji stresu u DDA i DDD przed działaniem artystycznym i po nim, można poszerzać swoje hipotezy naukowe i zgłębiać wiedzę oraz umiejętności przydatne w dalszym życiu zawodowym.

Celem niniejszej pracy jest zbadanie wpływu zajęć arteterapeutycznych na redukcję poziomu stresu odczuwanego przez osoby z syndromem DDA/DDD oraz na sposoby radzenia sobie ze stresem które przejawiają badane osoby.

Za hipotezę badawczą w opisanej pracy przyjęto stwierdzenie: U grupy osób DDA/DDD które biorą udział w arteterapii poziom stresu jest niższy niż w grupie kontrolnej osób DDA. Uwzględniono hipotezy dotyczące grupy osób DDA, z zajęciami arteterapeutycznymi, gdzie wyróżniono strategie radzenia sobie ze stresem, które wzmacniają się oraz takie, które ulegają osłabieniu. Ponadto postawiono hipotezę: Zjazdy osób DDA z arteterapią obniżają poziom stresu uczestników bardziej niż standardowe zjazdy bez zajęć artystycznych. W dalszym ciągu sformułowano hipotezy, iż zjazdy z arteterapią umacniają strategie radzenia sobie ze stresem, które dotyczą poszukiwania wsparcia emocjonalnego, pozytywnego przeformułowania, akceptacji czy koncentracji na emocjach. Każda zależność (strategia radzenia sobie) została rozbita na osobną hipotezę badawczą.

Sformułowano więc następujące problemy badawcze, które miały pomóc w odpowiedzi na powyższe hipotezy : Czy u osób ,które uczestniczą w zajęciach z arteterapią poziom stresu jest niższy niż w grupie kontrolnej? Czy w grupie eksperymentalnej wyniki dla strategii radzenia sobie ze stresem, takich jak: poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, pozytywne przewartościowanie i rozwój, akceptacja, koncentracja na emocjach są wyższe po 4 sesjach arteterapii niż przed jej rozpoczęciem? Czy w grupie eksperymentalnej wyniki dla strategii radzenia sobie ze stresem, takich jak: zaprzeczanie, odwracanie uwagi, zaprzestanie działań,

zażywanie alkoholu i środków psychoaktywnych są niższe po 4 sesjach arteterapii niż przed rozpoczęciem? Czy u osób, które uczestniczyły w zajęciach z arteterapią poziom stresu obniżył się bardziej niż w grupie kontrolnej? Czy u osób, które uczestniczyły w zajęciach z arteterapią strategie radzenia sobie ze stresem takie jak: poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, pozytywne przewartościowanie i rozwój, akceptacja, koncentracja na emocjach umocniły się bardziej niż w grupie kontrolnej? Każda zależność (strategia radzenia sobie) została wyszczególniona jako osobny problem badawczy.

Praca składa się z pięciu rozdziałów. Trzy pierwsze są rozdziałami teoretycznymi czwarty jest rozdziałem metodologicznym zaś piąty empirycznym. Rozdział pierwszy przybliżył pojęcie arteterapii, jej genezę, funkcje, formy i cele oraz praktyczne zastosowanie na przykładzie Pracowni Psychoedukacji i Terapii w Bielsku Białej. Rozdział drugi definiuje pojęcie stresu, źródła stresu, rodzaje stresorów. Przedstawia psychologiczne rozumienie stresu według koncepcji Richarda Lazarusa oraz strategię radzenia sobie ze stresem. Nawiązuje do psychologicznych skutków stresu traumatycznego oraz zawiera dowody badań naukowych, które potwierdzają skuteczność redukcji stresu poprzez metody arteterapeutyczne. Trzeci rozdział wyjaśnia Syndrom DDA i DDD, objawy i cechy oraz konsekwencje funkcjonowania w dysfunkcyjnym środowisku. W rozdziale czwartym została przedstawiona metodologia badań własnych. Sformułowany został cel i przedmiot badań, problemy i hipotezy badawcze, a także została ukazana organizacja i przebieg badania. Ostatni piąty rozdział to rozdział badawczy. Ukazuje charakterystykę grupy i wyniki badań, a także wnioski.

Część teoretyczna powstała w oparciu o literaturę z zakresu psychologii i arteterapii. Posłużono się także wynikami badań innych autorów skupiających na podobnej tematyce. Bardzo przydatne były pozycje: A. Girloy – „Arteterapia- badania i praktyka”, czy W. Szulc „Sztuka i terapia”, J.K. Woititz „Dorosłe Dzieci Alkoholików”.

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i zastosowano następujące narzędzia badawcze: Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia sobie ze Stresem (dalej: COPE) (Juczyński ,Ogińska -Bulik ,2009), gdzie ankietowani odpowiadali w czterowymiarowej skali określając pomiar strategii reagowania w sytuacjach stresowych ; PSS-10 Zygryda Juczyńskiego i Niny Ogińskiej Bulik ,gdzie ankietowani odpowiadali wyrażając subiektywną ocenę odczuwanego stresu oraz kwestionariusz DDA stworzony przez Superwizora Psychoterapii Uzależnień Jacka T. Kasprzaka odnoszący się do swoich cech i lęków. Grupa eksperymentalna gdzie przeprowadzono badanie obejmowała 2 zespoły (każdy po 15 osób) w Pracowni Psychoedukacji i Terapii w Bielsku, na początku zjazdu i po ostatnim z włączeniem zajęć arteterapeutycznych. Grupa kontrolna to absolwenci Akademii Liderów ,nie podlegająca manipulacjom. Grupy zostały poinformowane o celu badania, przewidzianym czasie, anonimowości i dobrowolności. Udało się pozyskać po 30 kwestionariuszy dla danego narzędzia badawczego przed zajęciami arte , po zajęciach artystycznych i nieobejmujących arteterapii, które opracowano , prezentując wyniki wpływu zajęć arteterapeutycznych na redukcję poziomu stresu odczuwanego przez osoby z syndromem DDA/DDD oraz na sposoby radzenia sobie z stresem które przejawiają te osoby.

W szczególności dziękuję promotorowi niniejszej pracy dr n.med. Annie Klatkiewicz za wsparcie na każdym etapie tworzenia pracy. Bardzo dziękuję wszystkim osobom, które wzięły udział w omawianym wyżej badaniu, gdyż bez nich niemożliwa byłaby weryfikacja wyników.

ROZDZIAŁ 1. POJĘCIE ARTETERAPII

1.1 Geneza narodzin idei

Terapia przez sztukę nazywana często terapią artystyczną bądź Arteterapią ma bardzo szerokie spektrum oddziaływania energii terapeutycznej. Jej zakres mocy znajduje odzwierciedlenie w aktywnościach wychowawczych, pracach edukacyjnych i innych profilaktycznych krokach. Stanowi kluczowe podejście w terapii dzieci i młodzieży z dysfunkcjami i o różnym stopniu trudności. Sprawdza się jako uzupełniająca i uznana forma wspomagająca wyjście z depresji, przejścia traumatycznych sytuacji, w niepełnosprawnościach, jako reduktor stresu u DDA i DDD. Umożliwia uwalniać lęki, zmniejszać napięcie oraz pomaga w odbudowie poczucia własnej wartości. Opowiada o tym A. Gilroy (2009).

O uzdrawiającej sile sztuki pisał już dawno temu filozof grecki Arystoteles. Jego katartyczna teoria obejmowała kontakt ze sztuką i jej dziełami poprzez oczyszczenie namiętności. Dusza zostawała uwolniona od zła moralnego poprzez poddanie się zjawisku sublimacji. Słynne Katharsis Arystotelesa. Teoria mimetyczna Sokratesa -innego uznanego mędrca starożytnej Grecji uwzględniała natomiast zmysłową przyjemność poprzez oddziaływanie przeżyć estetycznych: pięknych kształtów, form, woni kwiatów czy słuchania muzyki, zachwyty kolorami. W teorii kontemplacji Schopenhauera to droga refleksji przez zadumę traktowana jest jako remedium przynoszące ulgę w cierpieniu. Wypowiada się na ten temat W. Szulc (2011).

Ekspresja przez sztukę pozwala zmniejszać napięcie psychiczne i przyglądać się z dystansu ujawniającym się wzruszeniom i przeżyciom, związanym ze świadomymi i nieświadomymi konfliktami wewnętrznymi drzemiącymi w psychice człowieka.

Za prekursora terapii przez sztukę uznaje się brytyjskiego artystę Adriana Hilla, który to jako pierwszy użył terminu arteterapii w 1942 roku. Wraz z dużym zapotrzebowaniem po II wojnie światowej rehabilitacji medycznej, notowano wzrost publikacji europejskich psychiatrów dotyczących wpływu sztuki na leczenie zaburzeń psychicznych. W ten sposób do słownika psychologicznego weszło słowo Arteterapia. Przedstawia to zjawisko W. Szulc (2011). Do jej powstania przyczynili się również pionierzy psychoterapii Zygmunt Freund i Carl Gustaw Jung. Według angielskich historyków tych dwóch psychoanalityków zwracało uwagę na wartość jaką niesie ekspresja w sztuce, jej siła i moc wyobraźni. Podkreśla ten fakt B. Łoży (2014). „Matką arteterapii” nazywa się Margaret Naumburg i uznaje ją jako główną twórczynię amerykańskiej arteterapii w latach 40 tych XX wieku. Opierała się ona na koncepcjach Freuda i Junga stosując „arteterapię zorientowaną dynamicznie” zbliżoną do praktyk psychoanalitycznych. Ukryta zdolność do projekcji wewnętrznych konfliktów w postaci wizualnej to domena człowieka zarówno kształconego jak i tego niewykształconego w sektorze sztuki. Mówi o tym C. Malchiodi (2014) jak również wspomina W. Szulc (2011).

Natomiast w Polsce zainteresowanie tematyką z zakresu arteterapii przypada na przełom lat 80- tych i 90- tych XX wieku. Za pioniera polskiej arteterapii uważany jest profesor, etyk i pedagog Stefan Szuman, który napisał artykuł z zakresu arteterapii „Wpływ bajki na psychikę dziecka”, gdzie połączył psychologię rozwojową z pedagogiką i wiedzą o sztuce w roku 1928. Jego myśl wzmacniającą „afirmację życia” na poszczególnych szczeblach rozwojowych człowieka kultywował lekarz onkologii, profesor Julian Aleksandrowicz, wprowadzając na szpitalne oddziały formy oddziaływań arteterapeutycznych w latach 60 i 70 tych ubiegłego wieku. Hanna Kwiatkowska zajmowała się badaniami naukowymi i arteterapią rodzinną publikując w 1978 roku książkę, w której kładła nacisk na znaczenie rysunku w procesie terapeutycznym całej rodziny. Informuje o tym C. Malchiodi (2014).

Punktem zwrotnym w rozwoju polskiej arteterapii były przemyślane trzy konferencje przez akademię Muzyczną we Wrocławiu ze współpracą Ministerstwa Kultury i Sztuki co przypadało na lata 1989 i 1990. Powstały zbiór tego owocnego przedsięwzięcia to trzy Zeszyty Naukowe pt. „Arteterapia I”, „Arteterapia II”, „Arteterapia III”. Kolejne konferencje o tym zakresie tematycznym odbyły się w Kaliszu w Instytucie Pedagogiczno Artystycznym UAM i w Poznaniu na wydziale Nauk Medycznych im. K. Marcinkowskiego.

W roku 1991 przedstawiciele krajów: Anglii, Holandii, Dani, Francji i Niemiec założyli Europejskie Konsorcjum Edukacji Arteterapeutów (The European Consortium for Arts Therapies Education -ECArTE), w skład, którego wchodzi uniwersytety europejskie, prowadzące studia wyższe formami arteterapeutycznymi, z troską o akademicki poziom, z uwzględnieniem badań naukowych i różnorodnych form współpracy międzynarodowej. Od 2005 roku po aktualizacji przewodnika wydanego przez ECArTE na liście znajduje się również Polska i Uniwersytet Wrocławski. Ujawnia W. Szulc (2008).

1.2. Arteterapia jako proces twórczy

Arteterapię charakteryzuje jej interdyscyplinarność. Ta wieloaspektowa dziedzina wiedzy łączy psychologię, pedagogikę, filozofię, medycynę i sztukę w różnorodne warkocze i sploty. To wyjątkowe połączenie działalności artystycznej z leczeniem sięga początków ludzkości. Natomiast twórczość artystyczna jest wrodzoną cechą człowieka reprezentowaną przez gatunek. Opisuje to zjawisko C. Malchiodi (2014).

Wspaniałym i przejmującym przykładem opisującym wpływ arteterapii na psyche człowieka i jej leczniczego oddziaływania jest film „The Heart of Madness” z Glorią Pires. Arteterapia pomaga w przypadku chorej duszy. Działaniem terapeutycznym jest sam proces twórczy i to jest właśnie najpiękniejsze. Poprzez kontakt z twórczym dziełem, poprzez malarstwo, muzykę, taniec czy śpiew otwierają się wrota do wnętrza emocji, potrzeb i lęków. To co było nienazwane

i ukryte, teraz może w twórczy sposób wypłynąć na powierzchnię. Arteterapia daje nadzieję na samouzdrawienie i regenerację chorej psyche poprzez twórcze moce, które mają działanie uzdrawiające. Nieświadomość przelewana na sztukę bez żadnej technicznej wiedzy, za pomocą języka symboli, czasami w formie mandali, eksponuje swoją tajemniczą moc.

Psyche jak każdy żywy organizm ma potencjał reorganizacji i samouzdrawiania, który objawia się kolistymi kształtami, więc możemy uznać, że próba reorganizacji dzieje się od strony mistycznej. Parafrazując słowa znanego psychoanalityka Carla Gustawa Junga odnajduję równocześnie współbrzmienie tych treści we własnym wnętrzu. Czyż nie każdy z nas jest artystą swojego życia? Twórczość to nie tylko wytwory jednostki, to znacznie więcej. Wszystko to co człowiek widzi, słyszy, odbiera zmysłami, ma związek z percepcją. Ma możliwość wybierania i formowania elementów świata, tak by móc stwarzać harmonijne życie.

Według Antoniego Kępińskiego na pojęcie twórczości składa się świadomy własny porządek, który wprowadza ład i jasność w świat.

Salvo Pitruzella „francuski ojciec psychologii” twierdzi, że warunkiem uprawiania twórczości jest fundamentalne zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa.

Gdyby Deklaracja Praw Dziecka była w pełni respektowana to wszystkie dzieci byłyby twórcze: ciekawe, wszechstronne i obecne. To patologie uniemożliwiają spontaniczną twórczość. Z pomocą dzieciom i dorosłym przychodzi arteterapia. Opowiada o tym W. Szulc (2011). Sztuka i arteterapia przenikają się między świadomym, a nieświadomym, pomiędzy słowem, a obrazem. Sztuka powstaje w działaniu, a stworzone dzieła mogą służyć do uzewnętrzniania monologu wewnętrznego. Tworzenie jest zatem formą aktywności, w której człowiek ma wpływ na swoje samopoczucie. Sama arteterapia umożliwia więc opiekę nad pacjentami, gdzie inne formy mogą być zawodne. Arteterapia jest sumaryczną formą terapii,

która łączy sztukę, psychoanalizę i psychiatrię. Wykracza poza ramy opieki zdrowotnej i społecznej. Prezentuje swoje stanowisko A. Gilroy (2009).

1.3 Formy i cele wybranych form arteterapeutycznych

Wita Szulc pedagog i kulturoznawca, profesor Uniwersytetu Wrocławskiego wymienia w swojej książce „Sztuka i terapia” następujące rodzaje terapii:

-Arteterapia - terapia ujęta w szerokim aspekcie sztuki bądź w obrębie sztuki plastycznej

Biblioterapia - terapia, która zawiera w sobie kontakt z literaturą, rozumiana jest poprzez słowo, publikację, bajkoterapię, mitoterapię i inne czytelnicze źródła.

Choreoterapia -taniec jako forma lecznicza terapii (poprzez ruch, rytm, dźwięk)

Chromoterapia -barwa i kolor jako funkcja lecznicza

Dramatoterapia - terapia poprzez udział w spektaklach teatralnych i zajęciach

Psychodrama pomocniczych przygotowujących do występów scenicznych

Estetoterapia -terapia, w której wartością są doznania estetyczne, stymulacja poprzez kontakt z dziełami sztuki, ale także tworzenie: np. malowanie, rzeźbiarstwo, kontakt z piękną przestrzenią

Ergonoterapia/-to dziedzina terapii zajęciowej, obejmująca arteterapię,

Ergoterapia funkcjonuje jako wyspecjalizowana forma rehabilitacji, w postaci pracowni kreatywności: ceramicznych, rzeźbiarskich, tkackich i innych warsztatowni.

Hortikuloterapia -terapia związana z pracą w ogrodzie na łonie natury, sam kontakt z kwiatami, drzewami ma funkcję leczniczą

Ludoterapia - terapia za pomocą gier i zabaw

Muzykoterapia- terapia z wykorzystaniem muzyki (słuchanie muzyki, komponowanie z użyciem instrumentów)

Poezjoterapia - terapia z użyciem czytania bądź pisania poezji, także recytowania wierszy.

Silvoterapia - terapia i leczniczy kontakt lasu, samo obcowanie na łonie przyrody jako element uzdrawiający

Talassoterapia – terapia poprzez kontakt z morzem, spacerowanie nad brzegiem morza, przebywanie, obecność morza

Socjoterapia -terapia w kontakcie grupowym, lecznicza moc zorganizowanej grupy

Możemy także dodać filmoterapię jako terapię poprzez oglądanie dzieł filmowych i konwersację o nich.

Wybrałam i opisałam trzy formy arteterapii, które komponują się w temacie redukcji stresu i jednocześnie są prostym i dostępnym narzędziem. Przekonałam się o wpływie terapeutycznym muzyki i jej działaniu na co dzień. Uwalnianie od stresu dnia codziennego i regeneracja sił poprzez muzykę działają kojąco na zmysły. Artystyczne kolorowanki i wyrażanie przez plastyczne formy pozwalają na odbarczenie emocjonalne i relaks. Hortikuloterapia natomiast to kąpiel dla wszystkich zmysłów dostępna i bez skutków ubocznych. Warto odnawiać związki ze światem natury i otworzyć się na sacrum ptasich rozmów, szmeru wody i woni kolorowych kwiatów z troską o samego siebie.

Muzykoterapia jest uważana za najdoskonalszą terapię przez sztukę, jak również najstarszą. Muzyka jest inicjatorem bodźca, który działa na wyobraźnię, a ta podlega skojarzeniom. Uczucia, nastroje, emocje, pojawiające się pod wpływem doznań muzycznych są zbliżone do odczuć jakim podlegamy w realnym życiu. Mogą to być uczucia spokojne w harmonii z człowiekiem, ale także burzliwe, smutne bądź wesołe. Opowiada o tym W. Szulc (2011). W swoim multimodalnym systemie monitorowania wpływu emocji na człowieka i ich terapeutycznego oddziaływania poprzez muzykę swoistą recepturę aplikowania remedium muzycznego podaje R. Spingte (1988). Według składu -tytułu utworu, instrumentacji, dozowania, natężenia dźwięku, wskazań, oczekiwanego efektu, przeciwwskazań i sposobu

aplikowania. Muzyka może wpływać na jakość życia poprzez wzmacnianie sił witalnych, zwiększanie świadomości ciała, poczucia koherencji, przynależności i sprzyja możliwościom sensownego działania. Opisuje to W. Szulc (2008).

Najbardziej znaną na świecie obecnie metodą, która łączy muzykę z wizualizacją jest Wizualizacja Kierowana z Muzyką. Funkcjonuje pod nazwą BMGIM (Bonny Method Guided Imagery and Music) opracowaną przez Helen Bonny, polegającą na wywoływaniu określonych stanów świadomości za pomocą wybranych muzycznych dzieł. Na płaszczyźnie wizualizacji z muzyką współwystępują odmienne stany świadomości charakteryzujące się występowaniem mózgowych fal Alfa, które umożliwiają dostęp do nieświadomych treści, uczuć, wspomnień czy wyobrażeń. Daje to możliwość pracy z pacjentami z problemami emocjonalnymi celem większego potencjału odblokowania klienta. Píše o tym K. Stachyra (2014). Bazą do stworzenia metody Wizualizacji Kierowanej z Muzyką według H. Bonny było Eksperymentalne Katatymiczne Przeżywanie Obrazowe Leunera oparte na psychologii psychoanalitycznej przeżyć wyobrażeniowych. Już dawno temu starożytni mędrcy w Indiach uważali, iż bogowie przesyłają ludziom wiadomości drogą wyobraźni. Wspomina o tym K. Stachyra (2014), opisując jednocześnie BMGiM jako metodę stosowaną dla osób z uzależnieniami, depresją, zaburzeniami osobowości, symptomami lękowymi oraz wspomagającymi rozwój osobisty.

Inne ciekawe podejścia przez muzykę, które prezentuje -to terapia wibroakustyczna; Muzyka, Rysowanie i Opowiadanie (MDN-Music, Draving and Narrative), metoda Music Imagery (MI) (wizualizacja muzyczna) -stosowana w trakcie treningów relaksacyjnych. Muzyka jako niewerbalny środek przekazu odgrywa cenną rolę w stymulacji wyobraźni informuje K. Stachyra (2014). Muzykoterapia mieści w swoim szerokim pojęciu wspaniałe narzędzie terapeutyczne jakim jest muzyka. Jej moc zawiera się w elastyczności, obfitości stylów i

gatunków. Jest kluczem do aktywowania zmienionych stanów świadomości, rozbudzania wyobrażeń. Ma wpływ na objawy, jak również leczy rzeczywiste przyczyny. Działa stymulująco, w bezpośredni sposób na mechanizmy autoterapii czy procesy adaptacyjne. Wypowiada się na ten temat K. Stachyra (2014).

Muzyka jest niewerbalna, wielowymiarowa, wykracza poza bariery werbalne i może być odbierana na kilku poziomach równocześnie. Wpływa na stany emocjonalne, zmienia tętno, ciśnienie krwi, oddech, wywołując reakcje fizyczne w ciele, stymuluje wyobraźnię podkreśla amerykańska psychoterapeutka H. Bonny (2002).

Muzykoterapia receptywna ma wiele form. Znane są treningi relaksacyjne wzmocnione wizualizacją z jednoczesnym słuchaniem muzyki. Trening autogenny J.H Schultza, relaksacja progresywna Edmunda Jacobsona mogą być stosowane w stanach nadmiernego napięcia psychicznego czy w zaburzeniach psychoemocjonalnych. Działają rozluźniająco, odprężająco, zmieniając stan mobilizacji organizmu, wprowadzając w ciele relaks. Efektem jest stan wewnętrznego spokoju, wyciszenia. Informuje o tym K. Stachyra (2014). Celem muzykoterapii w treningu relaksacyjnym jest uzyskanie stanu zrelaksowania. Sama muzyka jest wykorzystywana w aspekcie czynnika sprzyjającego relaksowi i pogłębiającego ów stan, również jako bariera dla hałasu i wszelkich dźwięków zaburzających prowadzenie treningu, także jako nieszablonowy rodzaj masażu bądź akupresury. Relaksacja stanowi swoisty zaczyn pod stosowanie wszelkich technik wizualizacyjnych w muzykoterapii, których celem jest modyfikacja nastroju, uzyskiwanie lepszego i głębszego wglądu w specyfikę własnych problemów i rozumienie własnego zachowania, poprawę samooceny, zmniejszanie napięcia fizycznego czy integrację „własnego ja”. Wypowiada się na ten temat K. Stachyra (2014).

Inną techniką jest Songwriting-technika receptywna oparta na piosenkach. Celem jej- jest wspomaganie ekspresji emocjonalnej i wzmacnianie interakcji społecznych. Wykorzystywana

wśród pacjentów niepełnosprawnych ruchowo, z pacjentami psychiatrycznymi, z chorymi na Alzheimera, ale również z młodzieżą.

Celem muzykoterapii w przypadku zaburzeń psychicznych jest stymulacja/trening aktywności psychicznej: wyobraźni i fantazji, pamięci, koncentracji i podzielności uwagi, myślenia logicznego i dywergencyjnego ,rozbudzenie zainteresowań muzyką i sztuką ,pobudzanie do refleksji- w obszarze poznawczym; aktywizacja emocji, wyciszenie ,panowanie nad emocjami ,nazywanie emocji, kontakt z emocjami, ,wyładowanie emocji, współodczuwanie i empatia- w wymiarze emocjonalnym; przywracanie poczucia tożsamości ,zmiana osobowości i jej integracja - w obszarze osobowościowym; sposoby komunikowania i nawiązywania relacji ,jak również zmniejszanie poczucia izolacji- w wymiarze społecznym ;wzbudzanie motywacji do działania ,pokonywania niechęci do zmian- w obszarze motywacyjnym oraz kształtowanie spontanicznego ruchu i ekspresji cielesnej, redukcja napięć psychofizycznych - w wymiarze psychomotorycznym. Przedstawia to zjawisko K. Stachyra (2014).

Działania muzykoterapeutyczne skutecznie modulują funkcjonowanie dzieci i młodzieży z zaburzeniami emocjonalnymi. Mogą służyć poprawie zachowania w wielu sferach: poprawy koncentracji uwagi, wykształcenia lub poprawy umiejętności kontroli działań impulsywnych, radzenia sobie z gniewem i frustracją w sposób społecznie akceptowalny, obniżenia poziomu napięcia, relaksacji, ekspresji emocjonalnej, poprawy umiejętności komunikacyjnych werbalnych i niewerbalnych, wykształcenia umiejętności słuchania, współpracy, dokonywania wyborów i podniesienia samooceny własnej. Wykazuje K. Stachyra (2014).

Najważniejsze cele muzykoterapii to: aktywizacja emocji i wyobrażeń poprzez uświadomienie oraz przeniesienie do świadomości nieujawnionego materiału konfliktowego, który stanowi zadanie terapeutyczne do przepracowania uważa muzykoterapeutka prowadząca

grupy pacjentów zaburzeń nerwicowych i terapię metodą kierowanej wyobraźni -GIM (Guided Imagery and Music) K. Mayer (2002).

Muzykoterapia jest zatem skuteczną interwencją wpływającą na poczucie własnej wartości, na kontrolowanie emocji oraz oddziałuje na wyrównanie deficytów poznawczych. Ujawnia K. Stachyra (2014). Muzykoterapia łączy policzalne i wymierne, z tym co niepostrzegalne i subtelnie uchwytnie.

Plastykoterapia to leczenie poprzez sztuki plastyczne i różnorodne techniki związane z plastyką. Ekspresja plastyczna jest najbardziej otwartą formą terapii i najczęściej wykorzystywaną formą arteterapii. Wyróżnia ją niewymuszony przepływ i naturalność w wyrażaniu emocji. Techniki rysunkowe i rysunek stosowane są do pracy zarówno z dziećmi jak i dorosłymi. Zastosowanie możliwości manualnych uzależnione jest od celu, w jakim daną formę się wykorzystuje. Mogą to być techniki malowania palcami, kredkami, farbami. „Technika dziesięciu palców”, abstrakcji akrylami -pouring acrylic, malowanie na wodzie (Ebru), technika Decoupage na drewnie, na szkłe, na świecy, na porcelanie, jak również tworzenia biżuterii, sztukaterii, różnorodnych form zdobniczych. Plastykoterapia może wykorzystywać rzeźbę, wycinanki, kolaże, origami, mozaiki z zastosowaniem plasteliny, gliny i innych kreatywnych narzędzi. Pobudza kreatywność, wzmacnia zręczność i orientację przestrzenną oraz wspomaga pamięć wzrokową. Wprowadzenie elementów werbalnych i rysunkowych zwiększa postęp w psychoterapii i interwencjach klinicznych. Dzieci i dorośli, którzy mają trudności z wyrażaniem i nazywaniem emocji komunikują się poprzez rysunek. W ten sposób wyrażają skryte myśli i fantazje, mówią o problemach. Plastykoterapia to bezpieczna forma komunikacji bez słów. Rysowanie pozwala na symboliczną reprezentację trudnych doświadczeń, po traumie, zmniejsza poziom niepokoju, pozwala na wyrażenie siebie. Pisze o tym C. Malchiodi (2014).

Arteterapia- czyli terapia przez sztukę bądź za pomocą sztuk plastycznych pozwala na niewerbalną, spontaniczną ekspresję. Zabawa, która towarzyszy malowaniu, tworzeniu artystycznych wytworów zwiększa kreatywność uczestników bez względu na wiek. Bawić się mogą zarówno dzieci, młodzież, dorośli, jak również starsze pokolenie. Tworzyć mogą nie tylko różne grupy wiekowe, ale także ludzie z mnogością dysfunkcji, z niepełnosprawnościami, chorzy i zdrowi, czy za zaburzeniami osobowości. Wyzwolenie jakie towarzyszy tej swobodzie wyrazu i różnorodność form redukuje i usuwa wewnętrzne napięcie. Poprzez oderwanie od codziennych problemów można przezwyciężyć stres. Arteterapia spełnia doskonale swój cel rekreacyjny. Zaspakaja również inne potrzeby psychiczne: poczucie własnej wartości, pewności siebie, sprawczości, mocy, samoświadomości. Sprzyja rozwojowi przynależności, kreatywności, rozwojowi osobistemu. Uczy akceptacji i uwalniania emocji. Dzięki niej można zdobyć nowe umiejętności interpersonalne. Zmniejsza lęki i redukuje stres. Daje możliwości poznania swoich mocnych stron. Warsztaty plastyczne o charakterze rozwojowo-terapeutycznym odpowiadają na wiele potrzeb dzieci i młodzieży z zaburzeniami emocjonalnymi. Jako remedium na samotność, izolację i poczucie odrzucenia zajęcia plastyczne w połączeniu z warsztatami rozwojowo-terapeutycznymi zaspokajają potrzebę więzi i kontaktu z innymi oraz potrzebę akceptacji siebie i własnej wartości. Opisuje to zjawisko B. Kasprzak (2008). W atmosferze poczucia bezpieczeństwa poprzez techniki arteterapeutyczne uczestnicy doświadczają poczucia sukcesu.

Bardzo ciekawą propozycją warsztatu artystycznego jest dzieło W. Karolaka (2008) pt. „Dzieci kwiaty”, w którym to w oparciu o Desideratę i ruch hipisowski profesor i arteterapeuta stawia uczestnikom refleksyjne pytania. Dotyczą one pojęcia łagodności wobec siebie i innych i jej odniesienia do współczesnego życia. Czym dziś jest pojęcie wewnętrznej zgody i doskonalenia siebie? Czy wartości Desideraty dążące do pokoju i szczęścia pozostają aktualne?

Cele warsztatowe to: pobudzenie wyobraźni i myślenia twórczego, rozwijanie umiejętności fantazjowania, umiejętność dostrzegania w życiu codziennym rzeczy prostych i niezwykłych, wewnętrzne doskonalenie. Przedmiotem zajęć jest projekt kwiatu, wraz z wykonaniem. Po naszkicowaniu sfabrykowanie projektu z kolorowej bibuły i drutu przestrzennego oraz instalacja artystyczna w grupie. Pytania towarzyszące: Wyobraź sobie jak wyglądasz? Jakim jesteś dziś kwiatem? Kim jesteś? Czy istnieje coś co łączy kwiaty? Prace opisywane są grupowo co sprzyja komunikacji i wyrażaniu. Co ciekawe warsztat został przeprowadzony wśród studentów Wyższej Szkoły Humanistyczno -Ekonomicznej w Łodzi na Wydziale Artystycznym. Refleksje związane były z celami, jak również potwierdzały siłę i istotę procesu komunikacji i jej wartość budującą wspólnotę. Intuicja i wyobraźnia są bardzo ważne w rozumieniu siebie samego. Twórczość arteterapeutyczna wpływa na wzrost pozytywnych emocji i konstruktywnego myślenia o sobie, co przekłada się na możliwość zmiany własnego wizerunku. O **Hortikuloterapii**, czyli terapii ogrodowej na kanwie silwoterapii, talasoterapii i pejzażoterapii pisze W. Szulc (2011). To co łączy te wszystkie terapie to kontakt z przyrodą, z naturalnym jej oddziaływaniem. Cele lecznicze realizowane są poprzez doznania sensoryczne, obserwację wzrostu roślin, wsłuchiwanie się w dźwięki i zapachy natury, poprzez samo bycie w kontakcie z Ziemią, na łonie otaczającego świata. Matka Natura uosabia istotę kobiecości, przyjmuje i daje, uzyskuje światło i deszcz. To w niej kiełkują i wzrastają nasiona. Cykl życia i śmierci, początku i końca kryje w sobie Ziemia. Psychoanalityczna interpretacja zachowań człowieka wspiera się, na analizie obserwacji wykonanych przez niego prac ogrodniczych co przybliży W. Szulc (2011).

Wieloaspektowe oddziaływania ogrodu i prac ogrodniczych przejawiają się w uspakajającym, rozluźniającym wpływie, redukującym stres i napięcia jak również jako miejsce interakcji i komunikacji. Wartością jest znaczenie faktu – „bycia w kontakcie z naturą”, w ukojeniu, z

troską i dbałością o świat roślin co przekłada się na fizyczne, psychiczne i duchowe korzyści. Wykazuje W. Szulc (2011). Autor zwraca uwagę na dobrodziejstwa wzrostu emocjonalnego. W sferze intelektualnej opisuje zdobywanie nowych umiejętności, technik i metod hortikuloterapii przez pacjentów, wzbogacanie słownictwa, rozbudzanie ciekawości, ćwiczenie umiejętności obserwacji, komunikacji, planowania i podejmowania decyzji, stymulowanie percepcji zmysłowej. W sferze społecznej celem jest współpraca, respektowanie praw innych i dzielenie odpowiedzialności. Prace ogrodnicze pobudzają emocjonalnie wywołując wzrost zaufania i szacunku wobec siebie i innych, wiary we własne możliwości, podniesienie poziomu samokontroli, czy też powodując aktywność promującą zainteresowanie i żar ku przyszłości. Dają możliwość odczuwania satysfakcji z twórczych autoekspresji. Pisze o tym W. Szulc (2011).

Stymulacja percepcji zmysłowej śpiewu ptaków i odgłosów natury działa redukująco na poziom stresu, co przekłada się wzrostem odporności organizmów żywych i tym samym bardziej skutecznym radzeniem sobie z chorobami. Hortikuloterapia wspomaga rozwój samoświadomości i świadomości własnego ciała, kreatywności, kooperacji i odpowiedzialności.

ROZDZIAŁ 2. STRES POJĘCIE ZJAWISKA

2.1. Definicja stresu w ujęciu klasycznym

W literaturze naukowej termin stres został wprowadzony przez Waltera Cannona. Autor teorii homeostazy traktował stres jako reakcję na zagrożenie, gdzie istotą było stworzenie warunków przetrwania dla organizmu, a sam stres pełnił właściwości modyfikacyjne, których celem była adaptacja. Można to ująć w stwierdzeniu, że stres przygotowywał organizm do poradzenia sobie z ryzykiem, niepokojem czy trwogą. Tą właśnie reakcją organizmu nazwał reakcją „walki lub ucieczki”. Organizm mobilizuje wszystkie siły w odpowiedzi na spostrzeganie niebezpieczeństwo i przygotowuje się do pełnej aktywności. Poprzez uwolnienie z rdzenia nadnerczy adrenaliny i noradrenaliny następuje wzmożona praca serca, przyspieszony oddech, wzrost napięcia i mięśni szkieletowych oraz odpływ krwi ze skóry. Píše o tym S. A Rathus (2004) i wspomina J. Straleu (2018).

Najbardziej popularną koncepcją, której autorem jest Seyle ujmuje stres jako zespół niespecyficznych zmian fizjologicznych powstających z przyczyny działania bodźców urazowych. Zmiany te zostały nazwane mianem ogólnego zespołu adaptacyjnego (General Adaptation Syndrom -GAS). Ogólny zespół adaptacyjny obejmuje szereg reakcji fizjologicznych, jakie zachodzą w organizmie w odpowiedzi na bodźce stresowe.

-Reakcja alarmowa – tzw. faza szoku i przeciwdziałania szokowi obejmuje pierwsze uaktywnienie współczulnego układu nerwowego. Początkowy spadek ciśnienia i temperatury ciała zastąpiony zostaje wzrostem ciśnienia i temperatury ciała dążąc do mobilizacji.

-Odporność -faza względnej adaptacji -następuje dalsza aktywność układu współczulnego trwająca do wyczerpania zasobów organizmu.

-Wyczerpanie -występuje wtedy, gdy szkodliwe stresory działają nieprzerwanie i na poziomie fizjologicznym następuje ogólne wzmożone pobudzenie organizmu. Dalsza reakcja na stres

prowadzi do wyczerpania zasobów i w rezultacie do chorób lub śmierci organizmu na tle stresowym. Opisuje to zjawisko S. A Rathus (2004), jak również S. Ciccarelli (2015).

Seyle jest twórcą podziału stresu na eustres i dystres. Eustres tzw. pozytywny stres działa mobilizująco i konstruktywnie prowadząc do rozwoju i zmiany. Dystres o charakterze negatywnym ma destrukcyjny wpływ, a jego natężenie powoduje dezorganizację i pogorszenie funkcjonowania organizmu. Stres według Seylego to niespecyficzna reakcja organizmu na wszelkie stawiane mu wymagania. Wspomina o tym S. A Rathus (2004), także W. Wegener (2009).

2.2 Źródła stresu, rodzaje stresorów.

Do źródeł stresu zaliczamy stres biologiczny, za który odpowiedzialne są struktury mózgowe. W reakcji emocjonalnej i behawioralnej na stres bierze udział jądro migdałowe, podwzgórze, hipokamp i kora przedczołowa. Ciało migdałowe nazywane jest ośrodkiem alarmowym mózgu. Uwrażliwione na zagrożenie, reguluje umysłowym „dzwonkiem alarmowym” i ważnymi informacjami emocjonalnymi. Jest inicjatorem reakcji stresowych. Podwzgórze jest dyrektorem kierującym operacjami mózgu, koordynuje reakcję hormonalną i przygotowuje organizm do „walki lub ucieczki”. Hipokamp -struktura o kształcie konika morskiego to zorganizowana biblioteka wspomnień stresorów i ich skutków. Gromadzi i przywołuje świadome informacje, by uczyć się na minionych doświadczeniach i móc przewidywać. Kora przedczołowa to centrum wykonawcze mózgu. Kojarzy informacje z ciała migdałowego, hipokampu celem stworzenia najbardziej adekwatnej odpowiedzi w obliczu stresu. Pomaga panować nad impulsywnym zachowaniem, uspokajać emocje, przenosić uwagę z jednej strony na drugą. Bierze udział w tłumieniu automatycznej, opartej na strachu reakcji na stres. Zagrożenie emocjonalne lub fizyczne ma wpływ na mobilizację organizmu, w postaci pobudzenia układów: wegetatywnego i hormonalnego. Skutkuje to wzrostem tętna,

zwiększonym przepływem krwi do mięśni i mózgu, wzrostem wydzielania adrenaliny. Długotrwały stres powoduje znaczny wzrost kortyzolu we krwi. Stres przewlekły czy traumatyczny bądź szereg następujących po sobie stresorów zakłóca proces regulacji kortyzolem. Długie, nieprawidłowe utrzymywanie kortyzolu i innych hormonów stresu prowadzi do nadmiernego fizjologicznego zużycia zwanego obciążeniem allostatycznym, co zwiększa ryzyko chorób wieńcowych, cukrzycy, otyłości, depresji czy chorób lękowych. Pisze o tym M. Greenberg (2018).

Stresu biologicznego doświadczamy w sytuacji zagrożenia życia lub utraty zdrowia (np. katastrofa samolotu, napad, klęska żywiołowa). Uruchamia to przywspółczulną reakcję zastygnięcia bez ruchu, która przekazywana jest za pośrednictwem nerwu błędnego. Ciało wyłącza się i nieruchomieje. Zamarcie bez ruchu zdarzyć się może przy innych stresorach np. widoku krwi czy igły do szczepień. Mają na to wpływ wczesne doświadczenia z dzieciństwa o różnym charakterze zaniedbania: porzucenie, maltretowanie itd. Przeszłe doświadczenia obarczone porażką i niemożliwością utrzymania kontroli sytuacji mogą skutkować brakiem pewności siebie i strachu zbyt silnego by móc adekwatnie i realnie zadziałać. Prezentuje to zjawisko M. Greenberg (2018). Wspomnienia traumatycznych zdarzeń mogą powodować większą reaktywność fizjologiczną i psychologiczną na aktualnie istniejące stresory. Przeżycia mogły utrwalić podatność na poczucie bezradności, braku bezpieczeństwa czy niekompetencji. Bardzo istotnym jest by uszanować własną wrażliwość na stres. Umieć odnaleźć błędne przekonania typu, że „nie ma wyjścia ze złej sytuacji”. Mózgi osób z negatywnymi doświadczeniami z dzieciństwa mogły zapamiętać, że na stres należy zareagować bezruchem, gdyż za mechanizm walki lub ucieczki najprawdopodobniej były karane czy ignorowane. Traumatyczne przeżycia z dzieciństwa zaburzają reakcję stresową potęgując reaktywność na aktualnie istniejące stresory. Ujawnia ten temat M. Greenberg (2018).

Natomiast psychiczne źródła stresu można podzielić na podkategorie. Presja- czyli pilne żądanie co do czyjzegoś zachowania lub własnego prowadzi do kumulacji stresu. Presja czasu, wymagań, obowiązków, przymus, który rodzi napięcie nie do wytrzymania. Brak kontroli - wzmagającym stresującym czynnikiem jest stopień wpływu kontroli na określone zdarzenie. Im mniejsza kontrola tym większy stres. Możliwość samodzielnego wyboru ma ogromne znaczenie. Frustracja -źródłem frustracji zewnętrznej może być utrata, odrzucenie, porażka czy opóźnienie. Frustracja wewnętrzna -czyli wszelkie doświadczenia psychiczne, gdzie następuje blokada drogi w osiągnięciu ważnej potrzeby czy celu. Towarzyszyć może temu wytrwałość, agresja, agresja przeniesiona bądź ucieczka czy wycofanie, a w drastycznej formie samobójstwo. Konflikty również zaliczamy do rodzaju stresorów psychicznych. Konflikt dążenie -dążenie, związany z osiąganiem co najmniej dwóch celów równie atrakcyjnych. Konflikt unikanie-unikanie, stresujący wybór pomiędzy dwiema sytuacjami, z których obie są nieprzyjemne. Konflikt dążenie -unikanie -najbardziej stresujący typ konfliktu wynikający z wyboru pojedynczego celu bądź jego rezygnacji, który zawiera zarówno wady jak i zalety. Wielokrotny konflikt dążenie-unikanie odnosi się do decyzji życiowych, gdzie obecne są najmniej dwa cele i każdy z nich ma zarówno zalety jak i wady. Pisze tym S. Ciccarelli (2015).

Doświadczenie stresu jest zależne od posiadanej osobowości. Osobowość typu A nie unika stresu, lepiej sobie radzi przy dużej dawce silnych bodźców. Jest typem pracoholika i perfekcjonisty, drażliwy, nie lubiący marnować czasu, w ciągłym pośpiechu, impulsywny. Osobowość D określana mianem stresowej, o wysokim stopniu neurotyzmu, lęku, gniewu, irytacji z tendencją do zamartwiania, o wysokim poziomie napięcia i depresyjności. Osobowość może warunkować podatność na stres. Osoby neurotyczne, pesymiści o niskim poczuciu wartości i negatywnej emocjonalności, zahamowani relacyjnie wykazują większe trudności w

radzeniu sobie ze stresem oraz podejmują zachowania antyzdrowotne. Opisuje to zjawisko N. Bulik Z. Juczyński (2008)

Źródło stresu stanowi pochodna stylu życia. Nadmierna troska o innych kosztem zaniegbywania własnych potrzeb, odpowiedzialność za innych, życie w toksycznej rodzinie, nieporozumienia z partnerem, problemy zdrowotne, konieczność sprostaniam wymaganiom przewyższającym umiejętności jednostki. Źródłem stresu może być brak pracy, bezrobocie i wynikające z tego tytułu kłopoty finansowe. Czynnikiem społecznym o podłożu ekonomicznym jest ubóstwo, które skutkuje niezaspokojeniem potrzeb życiowych. Stres związany z pracą, z przepracowaniem, brakiem pewności zatrudnienia, złą organizacją w miejscu pracy, z hałasem, tłokiem czy zanieczyszczeniami bądź brakiem prywatności. Zmęczenie i wyczerpanie mogą towarzyszyć nieodpowiednim nawykom żywienia (kofeina, nadmiar soli, słodycze, inne używki). Nieumiejętność korzystania z systemu wsparcia również działa obciążająco i stresująco. Brak pomocy i stres związany z nowymi warunkami adaptacyjnymi poprzez separację czy marginalizację znacząco wpływa pod względem kulturowym na poczucie stresu. Walka ze stresem zawsze jest łatwiejsza dzięki wsparciu społecznemu: członkom rodziny, przyjaciołom, sąsiadom czy osobom, które skłonne są nieść pomoc w potrzebie drugiemu człowiekowi. Również sam sposób myślenia o stresorze ma ogromne znaczenie na zdolność poradzenia sobie z nim i znalezienia rozwiązania w stresie. Wypowiada się na ten temat S. Ciccarelli (2015).

2.3 Psychologiczne rozumienie stresu

Współcześnie w literaturze psychologicznej wyróżnia się trzy style w ujmowaniu stresu: jako reakcja, bodziec i transakcja.

-Stres jako reakcja. Proces ten można rozumieć w ten sposób, iż stres jest odpowiedzią organizmu na działający stresor, czego przykładem są koncepcje biologiczne opisane w podrozdziale 2.1.

Stres to stan, w którym dominują silne negatywne emocje jak strach, wrogość, bądź inne emocjonalne fazy, w następstwie których pojawiający się dystres oraz skorelowane z nimi zmiany biochemiczne i fizjologiczne przekraczają poziom możliwości człowieka. Píše o tym J. Strelau (2018). Na poziomie poznawczym może wystąpić nieumiejętność skupienia uwagi, problemy z decyzywnością czy nieadekwatna ocena rzeczywistości. Zachowaniu mogą towarzyszyć kłótnie, wybuchy płaczu, wycofanie czy nawet fizyczny atak.

Skutek wywołany w organizmie przez różnorodne wymagania przystosowania, czyli stresory nosi nazwę stresu. Do czynników wywołujących stres psychiczny lub fizjologiczny zaliczamy: frustracje (wszelkie trudności, restrykcje, uciążliwości w dążeniu do celu), konflikty wewnętrzne i zewnętrzne generujące motywy nie do pogodzenia, także przymus rozumiany jako konieczność działania ponad siły (wszelkie „powinam” oraz „muszę”)

-Stres jako bodziec rozumiany jest w ten sposób, iż ludzie podobnie reagują w sytuacji wydarzeń stresowych, gdzie napięcie emocjonalne uniemożliwia im prawidłowe funkcjonowanie. Natężenie przeżywanego stresu można określić poprzez ocenę stresujących wydarzeń. Systematyczna ocena np.za pomocą Skali Ponownego Przystosowania Społecznego lub Studencka Skala Stresu pozwala oszacować stopień zewnętrznych czynników stresowych i codziennych uciążliwości (różnych na poszczególnych etapach rozwojowych). Przykładowe stresory z tej listy to: rozwód, separacja małżeńska, utrata pracy, konieczność przystosowania do nowych warunków pracy, obciążenie wysokim kredytem hipotecznym, rozpoczęcie studiów, urlop. Opisuje to S. Ciccarelli (2015).

-Stres jako relacja człowiek -otoczenie (transakcyjne ujęcie stresu). To ocena przez człowieka określa poziom stresu. Może być obciążająca, wykraczająca poza obszar zasobów bądź zagrażająca. Opisuje tę koncepcję J. Strelau (2018). Stres jest fizycznym, emocjonalnym, poznawczym i behawioralnym odzewem na zdarzenia, które według oceny człowieka postrzegane są jako zagrażające, lub takie, które stanowią wyzwanie. Píše o tym S. Ciccarelli (2015). Podejście to obejmuje koncepcję poznawczo -transakcyjną Richarda Lazarusa i Susan Folkman oraz teorie zachowania zasobów Stevena E. Hobfolla.

Antonowsky definiuje stresory jako wymagania, które nie wpisują się w gotową automatyczną reakcję adaptacyjną. Powodują stan napięcia, ale niekoniecznie muszą przeobrażać się w negatywne stany emocjonalne i stres. Mogą natomiast mobilizować i dzięki procesowi salutogenezy wzmacniać odporność. Antonowsky zaznaczył, iż to subiektywna ocena zdarzeń i posiadane kompetencje współtworzą nowe sposoby funkcjonowania pod wpływem stresorów. Proces zdrowia załamuje się, gdy zasoby w obliczu wymagań są niewystarczające. Wzrastające napięcie i poziom stresu zwiększają ryzyko zaburzeń chorobowych. Poczucie koherencji, na które składa się zaradność, zrozumienie i sensowność wraz ze stylem życia stanowią klucz do zdrowia i opanowania szkodliwości stresu. Ujmuje to zjawisko L. Cierpiałkowska; H. Sęk (2018).

2.3.1 Definicja stresu według koncepcji Richarda Lazarusa

Poznawczo -relacyjna teoria Richarda Lazarusa ujmuje stres w ten sposób, że najbardziej istotnym aspektem doświadczeń emocjonalnych, jest ich interpretacja, czyli ocena bodźca, który powoduje reakcje emocjonalną. Ocena poznawcza jest elementem pośredniczącym pomiędzy napływającym bodźcem ,a reakcją emocjonalną .Zgodnie z tym podejściem ocena poznawcza skali stresu wywołanego przez dany stresor przebiega w dwóch etapach .Píše o tym S.Ciccarelli (2015).Według poznawczo -transakcyjnego paradygmatu stresu i radzenia

sobie w trakcie transakcji (interakcji) dochodzi do spotkania dwóch procesów: oceny poznawczej i radzenia sobie. W teorii Lazarusa relacyjność pomiędzy osobą a otoczeniem ma ogromne znaczenie. O uznaniu relacji za stresową stanowi znaczenie subiektywnej oceny osób w niej uczestniczących. Wyjaśnia ten proces J. Strelau (2018).

W ocenie pierwotnej oceniane są elementy relacji z otoczeniem ważne dla dobrostanu danego człowieka. Z perspektywy jednostki relacja może być oceniana jako niemająca znaczenia, sprzyjająco-pozytywna bądź stresująca. Za relację stresującą zostaje uznana taka, która według oceny jednostki jest obciążająca lub przekracza posiadane zasoby przez podmiot i tym samym zagraża jej dobrostanowi. Ujmują to zjawisko L. Cierpiałkowska; H. Sęk (2018).

Transakcja stresowa może być wyrażana w ocenie pierwotnej jako: krzywda (utrata), zagrożenie, wyzwanie. Zagrożenie odnosi się do strat, które jeszcze nie zaistniały (coś potencjalnie szkodliwego w przyszłości). Krzywda dotyczy zaistniałej szkody w postaci utraty wartościowych obiektów (może to być osoba, zdrowie, bądź pozycja społeczna). Wyzwanie o charakterze antycypacyjnym dotyczy czegoś czemu należy stawić czoło i pokonać to (z uwzględnieniem szkód, strat jak i korzyści). Do każdej z ocen przypisane są charakterystyczne emocje. W przypadku krzywdy /straty jest to złość, żal, smutek. Zagrożeniu towarzyszy strach, lęk, zamartwianie się. Obraz emocjonalny wyzwania obejmuje emocje negatywne zbieżne jak przy zagrożeniu oraz pozytywne typu: nadzieja, zapał, rozweselenie, podekscytowanie. Opisuje to L. Cierpiałkowska; H. Sęk (2018). Ocena pierwotna stanowi więc pierwszy etap oceny stresu, gdzie oszacowaniu ulega dotkliwość stresora i jego klasyfikacja jako zagrożenie lub wyzwanie. Stresor oceniany w kategoriach zagrożenia może wywołać negatywne emocje, które uniemożliwiają zdolność do skutecznej reakcji. Upatrywanie w stresorze wyzwania zwiększa szanse na poradzenie sobie z nim. Stresor rozpatrywany w kategoriach kłopotu, wyobrażeń typu

porażka lub odrzucenie prowadzi do wzmocnienia reakcji stresowych i negatywnych emocji i niemożności poradzenia sobie z sytuacją. Wspomina o tym S. Ciccarelli (2015).

Jeżeli w swojej pierwotnej ocenie stresor zostanie przyjęty i zatwierdzony jako zagrożenie, następuje ocena wtórna uzupełniająca reakcje fizyczne i emocjonalne. Ocena ta pozwala odpowiedzieć na pytanie: Czy jestem w niebezpieczeństwie? Czy dysponuję zasobami, które umożliwiają poradzenie sobie ze stresorami? To czy relacja zostanie uznana za stresującą zależy od wielu zmiennych. Między innymi mają na to wpływ wczesne doświadczenia z dzieciństwa, przekonania na temat własnej osoby, otaczającego świata jak również umiejętności i kompetencje rozwiązywania problemów także zasoby finansowe. Stresor oszacowany jako zagrożenie czy szkoda wymaga ustalenia zasobów czy to w postaci wsparcia społecznego, pieniędzy, czasu czy energii bądź zdolności. Ocena zasobów i ich potwierdzenia za wystarczające bądź niewystarczające przesądza o dalszym utrzymywaniu stresu. Ocena wtórna pozwala oszacować w drugim etapie dostępne możliwości i odkryć nowe sposoby reakcji lub nowe zasoby. To rezultat oceny kształtuje poziom stresu i reakcji emocjonalnej. Píše na ten temat S. Ciccarelli (2015). Ocena wtórna dotyczy źródeł stresu jak i odnosi się do własnych zasobów. Te dwa procesy poznawcze ocena pierwotna i wtórna są ze sobą sprzężone i przebiegają równocześnie. Wspomina o tym L. Cierpiałkowska; H. Sęk (2018).

Życie to nie to co się nam przytrafia, lecz to co sami sądzimy, że nam się przydarzyło. Samodzielność dokonywania wyborów, otwartość i decyzyjność, dookreślanie czy zdarzenia wyglądają dobrze lub źle, czy umiejscowione są gdzieś na skali pomiędzy tymi dwoma ocenami, to predyspozycje, które niosą olbrzymi ładunek wolności. Warto być w posiadaniu takiego klucza. Według Lazarusa znaczenie oceny wtórnej dla zachowania człowieka opiera się na tym, iż stanowi ona wyjściowe działanie nakierowane na zmianę transakcji stresowej. Objasnia ten fakt J. Strelau (2018).

2.3.2 Strategie radzenia sobie ze stresem w ujęciu oceny poznawczej Lazarusa

Radzenie sobie ze stresem jest jedną z części składowych stresu psychologicznego. Transakcja stresowa składa się z trzech procesów: oceny poznawczej, procesów emocjonalnych i procesu radzenia sobie. Stres działa na człowieka pobudzająco aktywując dwa cele: poprawę relacji, która jest źródłem stresu oraz regulację stanu emocjonalnego. Prezentuje ten proces L. Cierpiałkowska; H. Sęk (2018). Strategia radzenia sobie ze stresem obejmuje działania behawioralne i psychiczne, których celem jest opanowanie, wytrzymanie, ograniczenie lub znaczące zmniejszenie do minimum skutków oddziaływania stresorów. Wspomina S. Ciccarelli (2015). Według Lazarusa i Folkman istnieją funkcje określane jako instrumentalna, zadaniowa, zajmujące się problemem uwzględniającym poprawę kłopotliwej relacji między wymaganiami, a możliwościami oraz funkcje samoregulacji emocji, których istotą jest obniżenie napięcia i przykrych stanów emocjonalnych. Wykazuje L. Cierpiałkowska i H. Sęk (2018).

Emocje warto jednak rozumieć. Odgrywają one istotną rolę w procesie adaptacji. Informują, że dzieje się coś ważnego dla jednostki. Są czytelnym sygnałem, pełnym energii, który kształtuje proces radzenia sobie ze stresem, umożliwia dobór odpowiednich strategii bądź utrudnia opanowanie sytuacji stresowej. Opisuje L. Cierpiałkowska i H. Sęk (2018).

Podejście zorientowane na problem obejmuje strategie mające na celu wyeliminowanie źródła stresu bądź zmniejszenie jego wpływu. Podejście zorientowane na emocje ma na celu osłabienie wpływu stresora i tym samym zmianę uczuć lub odpowiedzi związanych z jego obecnością. Prezentuje temat S. Ciccarelli (2015). Dzięki strategii zorientowanej na emocje można dostrzec w stresorze wyzwanie zamiast zagrożenia. I uznać, że np. problem jest bez znaczenia i że można go zignorować. Szczególnie skuteczne narzędzie wtedy, gdy eliminacja stresora jest niemożliwa, a problem stanowi np. zamartwianie się stresem. Niebagatelne znaczenie w podejściu zorientowanym na emocje odgrywa humor. Dystans z dobrą dawką

śmiechu stosowany systematycznie potrafi obniżać napięcie i działać rozbrajająco na cały organizm człowieka. Badania nad wpływem śmiechu wykazały wzmożoną aktywność układu odpornościowego i zwiększenie aktywności komórek NK atakujących wirusy po seansach komediowych. Pisze o tym S. Ciccarelli (2015).

Najwybitniejszy autorytet w dziedzinie stresu -Lazarus kluczowe znaczenie przyznaje procesom poznawczym. I to ocena wydarzenia jest tą znaczącą, czy stres w ogóle wystąpi. Ocena ta ma również wpływ na radzenie sobie ze stresem uruchamiając odpowiednie strategie. Przedstawia to zjawisko J. Strelau (2018). Znane są: poszukiwanie informacji, podejmowanie działań bądź ich zaniechanie, powstrzymanie od aktywności oraz metody intrapsychiczne. Okazywanie emocji, szukanie twórczych rozwiązań bądź układanie planów to typowe strategie zadaniowe. Natomiast wśród tych emocjonalnych wymienia się dystansowanie, samokontrolę, odnajdywanie wsparcia i zrozumienia poprzez kontakty z ludźmi, czy też pozytywne przewartościowanie problemu bądź stosowanie tendencji ucieczkowo -unikowych. Ocena poznawcza, radzenie sobie i emocje stanowią formę zmieniających się w czasie procesów. Opisuje to zjawisko zarówno J. Strelau (2015) jak i L. Cierpiąłkowska; H. Sęk (2018). Przy każdej sytuacji stresowej pomocnym staje się pytanie: Czy mam wpływ na to co się dzieje? Czy mam kontrolę nad stresem i czy mogę zmienić sytuację w mniej groźną, Czy radzę sobie z emocjami, będącymi odpowiedzią na trudne zdarzenie i na skutki tych wydarzeń? Kluczowym staje się odróżnienie sytuacji nad którymi nie panujemy od tych, na które mamy wpływ. Zła ocena sytuacji może powodować powstawanie i kumulowanie negatywnych stanów emocjonalnych i utrudniać akceptację, czyli stanowiska pozwalającego przetrwać w obliczu stresu. Pozostajemy pod wpływem jakości własnego myślenia, przekonań czy stylu wyjaśniania nie mniej to my sami mamy wpływ na zmianę naszego nastawienia. Spostrzeganie stresorów jako kłopotów lub nieustanne wyobrażanie porażek czy odrzucenia to droga do wzmacniania

reakcji stresowych, negatywnych emocji i niemożności poradzenia sobie ze stresem (Folkman; Lazarus 1993). Natomiast upatrywanie w stresorze wyzwania zamiast zagrożenia wzmacnia szansę poradzenia sobie w niesprzyjających okolicznościach.

Radzeniu sobie ze stresem służą rozmaite formy relaksu, które łagodzą lęki i obniżają napięcie typu joga, medytacja zajęcia arteterapeutyczne, także ćwiczenia fizyczne, sport. Kultura i wiara religijna także mogą być pomocne i stanowić pomost w przeformułowaniu znaczenia i odnajdywania sensu w obliczu stresowych wydarzeń. Píše o tym zarówno S. Ciccarelli (2015) i wspomina M. Greenberg (2018).

Ponieważ tak wielkie znaczenie przypisane zostaje percepcji i ocenie, bądź ich braku i ich wpływie na zdolność adaptacji, to głównym sposobem skutecznego radzenia sobie ze stresem jest zrozumienie sytuacji w jakiej się znajdujemy i przez co przechodzimy. Umiejętność postrzegania przeżyć w pełnym kontekście pomaga zobaczyć wyraźnie położenie i wpłynąć na poziom stresu. Możliwe staje się uwolnienie od podświadomych przekonań uniemożliwiających rozwój. Warto więc być uważnym i pamiętać, że to nie same stresory, ale to jak je postrzegamy i co z nimi robimy stanowi o zależności i ich wpływie na jednostkę. Jeżeli potrafimy zmienić sposób postrzegania, potrafimy też przetransformować sposób reagowania. Píše o tym J. Kabat-Zinn (2013).

2.4 Psychologiczne skutki stresu traumatycznego

Sposób życia, relacje z innymi, poziom stresu mają niebagatelny wpływ na jakość życia i dobrostan człowieka. Jedni walczą o przetrwanie, inni o lepsze życie i sukces. Istnieje przewlekłość zmagania się z przeciwnościami losu, co ma szkodliwy wpływ na zdrowie somatyczne i psychiczne człowieka. Przewlekłość stresu potrafi być zabójcza. Stany bezradności, osamotnienia i braku perspektyw znajdują wyraz w przewlekłym stresie. Odbija się to na emocjach, witalności, systemie immunologicznym, układzie krążenia, poczuciu sensu.

Przewlekły stres najczęściej ma związek z utkwieniem w toksycznej rodzinie czy układzie pracy bądź związany jest z nierozwiązywalną sytuacją ekonomiczną. Rozpoznawalność przewlekłych form stresu ma ogromne znaczenie. Troska o wymianę bliskości i czułości z drugim człowiekiem w otwartej atmosferze życzliwości i zwyczajnej solidarności wydaje się być środkiem zaradczym działającym prewencyjnie, a także ratunkowo w przypadku rozpoznania stresu. Wypowiada się na ten temat J. Santorski (1996).

Według Międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych (ICD-10) zaburzenia związane ze stresem odnajdziemy w zaburzeniach nerwicowych związanych ze stresem pod postacią somatyczną. Siła stresorów, czas ich trwania i liczba stresorów w krótkim odstępie czasu ma znaczenie w formowaniu reakcji stresowych. Píše o tym J. Strelau (2018). Wyróżnia się ostrą reakcję na stres, czyli przemijające zaburzenie, które rozwija się pod postacią reakcji na silny stres fizyczny czy psychiczny. Objawy rozwijają się w ciągu kilku minut od zadziałania stresora i szybko ustępują (2-3 dni czas trwania). Zaburzenia stresowe pourazowe (PTSD) czyli opóźnione lub przedłużone reakcje na wydarzenie bądź istnienie długo lub krótkotrwałej sytuacji o bardzo obciążającym i zagrażającym charakterze trwające od kilku tygodni do 6 miesięcy. Dokładnie opisane przez H. Sęk (2018). W kolejności Światowa Organizacja Zdrowia wymienia zaburzenia adaptacyjne o charakterze przemijającym, trwające nie dłużej niż rok, występujące najczęściej około miesiąca po trudnej życiowej zmianie.

Zespół stresu pourazowego PTSD jest jedną z cech DDA i DDD. Ponowne przeżywanie urazu, odrętwienie psychiczne, zaburzenia depresyjne i lękowe, poczucie winy czy reakcje unikowe. Doświadczenie przeżytej traumy wiąże się z poczuciem bezradności, przerażenia czy silnego strachu. W rodzinach dysfunkcyjnych, gdzie napięcie, krzyki, nieprzewidywalność są elementami codzienności dzieci żyją w stałym poczuciu zagrożenia, a na ich emocjonalny stan

wpływa lęk, bezsilność, wściekłość, które muszą tłumić. Paraliż ciała-zamieranie i poczucie niemożności ruchu w sytuacji zagrożenia to reakcje obciążone ogromnym napięciem. Stąd u DDA i DDD poprzez negatywne doświadczenia z dzieciństwa i traumatyczne przeżycia powstaje zaburzona reakcja stresowa, która zwiększa dodatkowo reaktywność na aktualne stresory w życiu. Kiedy przytłoczenie bądź fale emocji powodują brak jasnego myślenia, czy niemożność działania całkiem prawdopodobne, że na reakcje stresowego mózgu wpływa traumatyczne przeżycie lub kilka negatywnych zdarzeń z dzieciństwa. Wspomina o tym M. Greenberg (2018).

2.5 Badania naukowe potwierdzające skuteczność redukcji stresu poprzez metody arteterapeutyczne

Jedną z możliwości oferowanych przez arteterapię jest redukcja napięcia i obniżenie poziomu stresu. Badania wykazują, iż 45 minutowa przerwa spożytkowana na malowanie czy rysowanie redukuje poziom kortyzolu -hormonu, który odpowiada za stres. Im wyższy kortyzol w organizmie tym większy odczuwalny stres.

Badanie naukowe potwierdzające skuteczność tego rezultatu opublikowano w Journal of the American Art Therapy Association pod tytułem „Reduction of Cortisol Levels and Participant`s Responses Following Art Making “(DOI:10.1080/07421656.2016.1166832).

Naukowcy z Uniwersytetu w Drexel (USA) wraz z doktor Girija Kaimal Arteterapeutą dowiedli, iż czynności o charakterze artystycznym powodują spadek kortyzolu. Przeprowadzone badanie prowadzi do wniosku, iż uprawianie sztuki poprzez twórczość artystyczną znacząco obniża poziom hormonów stresu.

To eksperymentalne badanie dotyczyło wpływu twórczości i samego tworzenia sztuki wizualnej. W próbkach śliny ocenie podlegał poziom kortyzolu badany przed i po tworzeniu sztuki. Uczestnicy uznawali sesje artystyczne za relaksujące i bardzo przyjemne. Znane są

badania dotyczące biologicznego podłoża twórczej kreatywności i wpływu kortyzolu (Pennebaker 1997, Smyth, Hockmeyer & Tulloch, 2008). Kortyzol w ślinie jako nieinwazyjny biomarker i miernik zastępczy dla doświadczenia stresu u ludzi zbadany został przez (Smyth i in 1997; Smyth i in 1998).

Badania laboratoryjne, oparte o terapię wykazują skuteczność arteterapii między innymi w redukcji symptomów PTSD (potraumatycznych zaburzeń stresowych), poprawę samooceny i poczucia autonomii. Pisze o tym A. Gilroy (2009).

W badaniach eksperymentalnych nad efektywnością interwencji arteterapeutycznych w zaburzeniu symptomów zaburzenia stresowego pourazowego na skutek traumy przeprowadzonego przez Chapmana i in. (2001) brało udział 85 młodych ludzi z symptomami PTSD. Badanie kohortowe, losowej sesji arteterapeutycznej dotyczyło fizycznej traumy, poczucia skrzywdzenia, zranienia, wypadków. Uzyskano wniosek potwierdzający, iż Arteterapia może łagodzić symptomy silnego stresu i uwalniać przekaz traumatycznych przeżyć. Informuje o tym fakcie A. Gilroy (2009).

W artykule „The proces of long-term art therapy: a case study combining artwork and clinical outcome” przedstawiono proces długotrwałej terapii plastycznej, gdzie badano studium przypadku działań sztuki i wyniku klinicznego. Brytyjska National Health Service podczas sześcioletniej arteterapii i kontynuacji procesu badawczego łączyła pracę artystyczną z wynikiem klinicznym. Analizie podlegała grafika badanego. Celem było uzyskanie odpowiedzi na pytanie jakie rodzaje sztuki produkuje klient w trakcie terapii i co oznaczają jego wytwory we własnym procesie, jak rodzaj wytwarzanego dzieła przekłada się na poprawę jakości życia klienta? Pacjentka, która zaczynała terapię z atakami paniki, silnego niepokoju, depresji i fobii społecznej z cechami obsesyjno- kompulsywnymi tworzyła sztukę, którą podzielono na różne kategorie: sztuka dla dobra sztuki, ilustracje, realizm, trójwymiarowość. Perspektywa widzenia

klienta zmieniała się proporcjonalnie z rodzajem sztuki odzwierciedlając problemy własne, eksponując wnętrze. Subiektywna ocena klienta wyrażała zadowolenie z terapii. Pacjentka odstąpiła całkowicie od leków depresyjnych i stan ten utrzymywała do 3 lat po terapii. Rodzaj arteterapii i tworzenia dzieł plastycznych przyniósł efekty, gdzie wcześniej klientka uczestniczyła w psychoterapii bez większych postępów. Z danych CORE-OM wynikała znaczna poprawa pod koniec leczenia. Istnieje ogromny potencjał do badań nad relacją między fazami arteterapii a naturą dzieł z jednej strony, a postępem klienta i jego dobrostanem z drugiej strony. Wynik badania pokazał, że rodzaj grafiki zmienia się wraz z postępem terapii, co wykazały standardowe środki wyniku. Podkreślono kwestie związane z procesem, rodzajem tworzonej sztuki CORE-OM oraz opłacalnością terapii długoterminowej.

Arteterapia pomaga w redukcji stresu. Pisze o tym L. Grzesiuk (2006). Luzatto i Gabriel (1998) wymieniają w kolejności perspektywy badawcze w obszarze terapii onkologicznej: monitorowanie postępów arteterapii w redukcji stresu, bólu i zmęczenia; monitorowanie procesów, które zachodzą w układzie nerwowym i mózgu; porównanie efektów krótkoterminowej arteterapii i terapii werbalnej, porównanie obrazów i kompozycji dotyczących śmierci i umierania u pacjentów ze zmianami onkologicznymi i tendencjami samobójczymi i bez takich predyspozycji.

Zastosowanie arteterapii w opiece paliatywnej stanowi bogata baza dowodów naukowych A. Girloy (2009). Wood dodaje, iż arteterapia pomaga w poprawie oceny własnej, poczuciu tożsamości, poprawie jakości życia w ostatnich jego etapach. Badania etnograficzne Sibbet o czym wspomina A. Girloy (2009) zawierają wzruszający opis jej własnych przeżyć związanych z chorobą nowotworową, jak również innych osób. Sibbet (2005 a, 2005 b, 2005 c) twierdzi, że arteterapia umożliwia stan przepływu, wejście w refleksyjność, która prowadzi do odzyskania kontroli. Badania narracyjne i eksperymentalne opisują wpływ arteterapii na walkę z chorobą,

doświadczeniem zbliżającej się śmierci, a opuszczeniem. Píše o tym A. Girloy (2009). Wspomina również o wielkim wkładzie arteterapii w pomoc w opiece nad chorymi. Lusebrink i Scifres wykorzystują różne modele z piasku i gliny, by pacjentom onkologicznym utworować wykształcenie różnych stylów radzenia sobie ze stresem. Píše o tym L. Grzesiuk (2006).

Autorem teorii afirmacji sensu życia przez sztukę i teorii doznań transakcyjnych w arteterapii jest badacz związków uzdolnień specjalnych z ekspresją artystyczną w procesach socjalizacji, edukacji i arteterapii profesor Tomasz Rudowski. Podczas percepcji obrazów odbywają się procesy poznawczo-emocjonalne, w których zastosowana intensywność środków wyrazu formy plastycznej ma znaczenie metafor, aluzji i symboli, zawiera dysonans poznawczy. To właśnie dzięki temu możliwym jest zbudowanie skali na opozycyjnych wymiarach: rzeczowego, estetycznego, etycznego i intelektualnego, co stanowi podstawę budowy testu do pomiaru napięcia emocjonalnego (INE) podczas percepcji dzieł plastycznych. Píše o tym T. Rudowski (2013). Dochodzenie do przystosowania społecznego wspomaganego artystyczno - estetycznymi środkami wyrazu nabiera znaczenia wtedy, kiedy mechanizm uczenia się przez warunkowanie, w którym procesy wyobrażania o świecie i o sobie, oraz własnych problemach, wynikających na przykład z niskiej samooceny (reagowanie lękiem, nienawiść, wstyd) podlegają przewarunkowaniu i odreagowaniu. Sztuka bowiem wyzwala uczucia wyższe (emocje), harmonizujące samoświadomość jednostki i jego pozycji względem otaczającego świata. Wspomina o tym T. Rudowski (2013) dodając iż podczas oglądania dzieł czy ich tworzenia dochodzi do uświadomienia sobie przez pacjenta powodów, dla których je wytwarza czy ogląda, a tym samym jego umysł uwalnia się z niektórych przykrych przeżyć.

Opracowano kompleksowe podsumowanie badań interwencyjnych Psychodramy. W artykule: „Integrative systematic review of psychodrama psychotherapy research: Trends and methodological implications” wskazano na empiryczną psychoterapię poprzez kierowane role,

które służą do zdobywania spostrzeżeń nad problemami osobistymi i interpersonalnymi oraz nad możliwością ich rozwiązań. Bazy danych PsycINFO, PubMed, Scopus by Elsevier i Web od Science w swoich recenzowanych artykułach opisują interwencje psychodramowe publikowane w języku angielskim w okresie od 1 stycznia 2007 do 31 grudnia 2017. Psychodrama pochodząca z 1921 i stworzona przez J.C Moreno wykorzystuje rozwiązania poprzez działania, a nie słowa. Oferując klientom „fail -safe” czyli rzeczywistość, w której uczucia, myśli i zachowania mogą być badane, a uzyskane spostrzeżenia można dostrzec w przeszłych problemach oraz badać specyfikę obecnie preferowanych wyzwań i możliwości. Opierając się na typologii przeglądów systematycznych w dziedzinie nauk medycznych i zdrowotnych niniejsze badanie dotyczyło integracyjnego przeglądu metodologicznego. Podsumowywało 10 lat badań interwencyjnych Psychodramy ze wszystkimi rodzajami uczestników, interwencjami, porównaniami i wynikami zgodnymi z kryteriami kwalifikowalności. Ocena jakościowych i mieszanych metod badań opierała się na narzędziu firmy Hawker do krytycznego i systematycznego przeglądu badań prowadzonych z wykorzystaniem różnych paradygmatów: metoda i dane, pobieranie próbek, analiza danych, etyka i stronniczość, ustalenia i możliwość przenoszenia. W wynikach charakterystyki badań jakościowych skoncentrowano się na 55 artykułach uwzględniających kryteria kwalifikowalności, gdzie 31 to artykuły o Psychodramie i 24 o terapii dramatycznej. Przegląd dotyczył 31 artykułów wybranych. Cztery badania jakościowe przedstawiały dane, że Psychodrama może przyczyniać się do własnej wartości klientów, promować samoświadomość, wyrażanie siebie i lepsze radzenie sobie z trudnościami. Wartość badania uwzględniła najczęstszy rezultat w porządku malejącym. Były to problemy behawioralne nastolatków (N =6,19 %), w kolejności redukcja niepokoju (N=5,16), spadek depresji (N=4,13), jakość życia (N= 3,10 %) i globalne funkcjonowanie (N=3,10).

Cheryl Dileo z Uniwersytetu Temple, Filadelfia w swoim referacie „New direction and research in Music Therapy and Music Medicine“ w tłumaczeniu Wita Szulc przedstawia wyniki badań w dziedzinie medycyny behawioralnej i psychoneuroimmunologii i ich implikacje dla muzykoterapii. Wspomina o stresie, który wpływa na system immunologiczny czyniąc organizm człowieka bardziej podatnym na chorobę. W Stanach Zjednoczonych jest sporo badań na temat wpływu muzyki na organizm i obniżenia stresu (w tym na redukcję systemu immunologicznego), lecz na specjalną uwagę zasługują badania dotyczące wpływu muzyki i muzykoterapii na związek między organizmem i umysłem. Wyniki badań wpływu muzyki na system immunologiczny:

-słuchanie muzyki przez okres 20 minut powoduje wzrost w wydzielaniu IgA; miernika immunologicznego w ślinie (Tsao, Gordon, Maranto, Lerman, Murasko 1991)'

-zarówno muzyka jak i działanie na wyobraźnię mogą powodować wzrost poziomu IgA, działanie na wyobraźnię może być bardziej skuteczne niż muzyka (Rider 1988)

-wykorzystanie muzyki i procedur oddziaływania na wyobraźnię powoduje obniżenie neutrofilii i limfocytów zgodnie z wyobraźnią koncentrując się na tych wybranych komórkach (Rider, Achterberg 1989)

-podczas słuchania muzyki znacząco wzrasta w Interleukin-1 i zmniejsza się poziom kortyzolu (Bartlett, Kauffman & Smeltekop, 1993)

-beta-endorfiny znacząco obniżają się podczas stosowania technik muzyczno-wyobrażeniowych (McKinney 1994).

W biuletynie Uniwersytetu Transylwania przedstawiono artykuł „Reducing Stress in School Children Through the Use of Some Dance Technical Elements as a form of Therapy“. Dotyczył on terapii tanecznej po licznych badaniach, gdzie rozważano zmniejszenie stresu poprzez zastosowanie konkretnych kroków tanecznych. Udowodniono hipotezę korzystania z

programów tanecznych, które poprawiały jakość wyników uczniów oraz optymalizowały poziom stresu. Taniec jako metoda arteterapeutyczna wpływa harmonizująco na rozluźnienie organizmu. Eksperymentowi poddano wychowanków z „George Bartin” National Collage z Cluj Napoca. Badanie obejmowało przedział czasowy od października 2016 do stycznia 2017. W badaniu używano technik relaksacyjnych R. Bandlera, Jacobsona, EMAS Test-Endler, wielowymiarową ocenę lęku, PDE -Emocjonalnego Profilu niepokoju, AP2 -Percepcję uwagi i ducha obserwacji, MA-skupienie na uważności. Po różnych badaniach przez specjalistów, stwierdzono że taniec pomaga utrzymywać mentalność i zdrowie fizyczne w każdym wieku, zmniejsza stres i redukuje napięcie, korzystnie wpływa na dobre samopoczucie. Uczniowie w wyniku przeprowadzonego eksperymentu doświadczyli zdolności zmniejszania napięć psychicznych, stosując metody relaksacyjne, którymi uczyli się zarządzać i niwelować oznaki nagromadzonego napięcia w mięśniach. Lepsze fizyczne rozluźnienie doprowadza do redukcji napięć psychicznych. Wnioskiem było uzyskanie wyników podkreślających znaczenie testów psychologicznych jako narzędzia do wykrywania poziomów napięć w celu zmiany intensywności. Istnieje zapotrzebowanie na specjalistyczne programy interwencyjne pozwalające zmniejszać nagromadzony stres. Taniec z elementami arteterapii należy do czynników które poprawiają wskaźniki obniżające stres. Efektywność wykorzystanych technik relaksacyjnych (R. Bandler, Jacobson) skutkuje poprawą emocjonalnego niepokoju niwelując poziom stresu.

Kolejnym bardzo ciekawym badaniem potwierdzającym skuteczność arteterapii przedstawiono w artykule „The impact of Argentine tango music on the human brain”. Słuchanie tanga argentyńskiego oraz wykonawstwa podstawowych kroków wpływa na ludzki mózg obniżając poziom stresu. Doktor Patricia McKinley podkreśla wyjątkowość i specyfikę

znaczenia tanga w poprawie zarówno funkcji poznawczych jak i psychicznego i fizycznego zdrowia .Badani zostali przebadani za pomocą urządzenia „Mind Wave Mobil 2”,które nagrywało fale mózgowe podczas słuchania 5 głównych piosenek oraz ulubionych fragmentów tanga, wybranych przez tancerzy tanga argentyńskiego zarówno podczas odsłuchiwania jak i podczas tańca .Wniosek z badania :Muzyka i taniec tanga argentyńskiego przyczyniają się do głębokiego stanu relaksacji i obniżają poziom stresu. Wyniki u badanych fal mózgowych wykazały wysoką częstotliwość fal Alfa 10-12 Hz, jedną z najważniejszych częstotliwości mózgu człowieka. U 40 badanych osób wykazano najczęstszą częstotliwość Alfa, następnie Theta między 4 a 8 Hz. Uzyskana częstotliwość stanu Alfa ma duży wpływ na psychikę człowieka, pomaga w zachowaniu równowagi, skutkuje wzrostem abstrakcyjnego myślenia i samokontroli oraz relaksu, ma wpływ na wewnętrzny spokój i uczucie wyciszenia. Wpływa korzystnie łącząc świadomość z podświadomością i znacząco przyczyniając się do samoleczenia organizmu ludzkiego. Częstotliwość Theta-również wpływa relaksacyjnie wprowadzając organizm w stan medytacji i odprężenia wraz ze skupieniem i wzrostem kreatywności i intuicji. Fizjologicznie wprowadza u istoty ludzkiej stan równowagi.

ROZDZIAŁ 3. SYNDROM DDA -DOROSŁE DZIECI ALKOHOLIKÓW I DDD - DOROSŁE DZIECKO Z RODZINY DYSFUNKCYJNEJ

3.1 Wyjaśnienie pojęcia DDA, objawy i cechy osobowościowe

Skrót DDA określa Dorosłe Dziecko Alkoholików. Według definicji psychologicznej pojęciem tym oznacza się dorosłe osoby, które wzrastały w rodzinach z problemami alkoholowymi, gdzie jedno lub dwóch opiekunów nadużywało trunków wysokoprocentowych. Wzorce ciężkich doświadczeń znalazły swoje odzwierciedlenie w psychice DDA. W tego typu rodzinach to nie dziecko i jego potrzeby były w centrum uwagi, ale uzależniony opiekun.

Psycholog Zofia Sobolewska -Mellibruda, jedna z wiodących postaci terapii DDA definiuje syndrom DDA jako konglomerat problemów i zaburzeń będący następstwem destrukcyjnych schematów osobistych, powstałych w dzieciństwie w rodzinie alkoholowej, powodujący psychologiczne zamknięcie w traumatycznej przeszłości. Z. Sobolewska-Mellibruda (2011).

Prawidłowości, które cechują osoby z tym syndromem to: zgadywanie jakie zachowanie powszechnie uważane jest za normalne, nieprzeprowadzanie swoich zamierzeń od początku do końca, kłamstwa, bezlitosna ocena własna, przesadne poszukiwanie aprobaty, przekonanie o własnej odmienności, nad kontrola, nad odpowiedzialność lub brak odpowiedzialności, przesadna lojalność, impulsywność. Píše o tym J.K. Woititz (1992).

Dzieci z rodzin z problemem alkoholowym charakteryzują się większą podatnością na uzależnienia. Najczęściej spotykane charakterystyczne to poczucie odmienności, krytyczna samoocena, ignorowanie własnych potrzeb emocjonalnych, brak radości z życia, niepokój, napięcie, nadmierna wrażliwość bądź znieczulenie emocjonalne, obawa przed odrzuceniem, brak zaufania do ludzi, poczucie, że jest się ignorowanym bądź atakowanym, obawa przed krytyką i osądem, nieświadomione poszukiwanie i wywoływanie trudnych sytuacji kryzysowych. Wspomina o tym zjawisku B. Woronowicz (2009). Do pełnej listy cech DDA

można dodać nałogowe, kompulsywne zachowania albo małżeństwo z osobą uzależnioną, brak zdrowych granic, trudności z intymnością w relacjach, przeżywanie poczucia winy w sytuacji obrony swoich praw, chora wola, raczej reagowanie niż działanie, zinternalizowany wstyd, szaleństwo kontroli, życie zżyciem ofiary, nadmierna zależność i lęk przed opuszczeniem, mylenie miłości z litością, nadmierna powaga, tolerancja dla niewłaściwych zachowań. Píše o tym J. Bradshaw (1994).

3.2 Sposób funkcjonowania

Dziecko w rodzinie alkoholowej wyrasta na dorosłego skrępowanego wstydem. Życiową koniecznością staje się przestrzeganie trzech podstawowych reguł: Nic nie mówić! Niczego nie odczuwać! Nikomu nie ufać! Brak jasnych przekazów funkcjonowania utrwala permanentny chaos rodziny pochodzenia, niedotrzymywanie obietnic, niespójność działań i niekonsekwencje wychowawcze. Dzieci pozbawione pierwotnej ufności w poczuciu strachu i wstydu, samotności i zamknięciu nie opowiadają o trudach alkoholowego domu. Postawa nieufności i zaprzeczania jest konkluzją życia pod jednym dachem z „hipopotamem”, którego istnienie negują wszyscy domownicy. Hipopotam to osoba uzależniona której wszechobecność pochłania większą część energii członków rodziny, w atmosferze strachu. Píše o tym T. Halsen (2004). Uzależnienie jest to stan umysłu, w którym osoba odczuwa silny przymus przyjmowania substancji, żyje w świecie własnych iluzji i zaprzeczeń, rozładowuje narastające w sobie napięcie zaspokajając nieuświadomiony ból psychiczny i zjawisko to jest powtarzalne oraz charakteryzuje się brakiem kontroli nad własnym zachowaniem. Píše o tym B. Woronowicz (2009). Skutkiem przystosowania we wczesnym dzieciństwie do otoczenia alkoholika i dzielenia z nim przestrzeni, gdzie istnieje choroba jest efekt bezpośredniości oddziaływania tego zjawiska na dzieci. Dorosłe dzieci alkoholików to grupa społeczna osób współzależnych. Pięć elementów wyróżnia to zjawisko: jego bliskość, silnie objawiający

się stan osobliwości, niemożność poradzenia sobie z nim, przystosowanie do niego, powstała wskutek niego choroba lub stan choroby podobny. Główną cechą jest zewnątrzsterowność. Człowiek taki będzie poddawał się bezwiednie i przystosowywał zamiast kierować się uczuciami i rozumem. Nauczył się tego mieszkając pod jednym dachem z hipopotamem. Reaguje nadmiarowo na sygnały innych, zaniedbując odczucia z własnego wnętrza, instynktownie wyczuwa potrzeby otoczenia. Pisze o tym B. Woronowicz (2009). Cechami współzależnienia jest: przymusowa kontrola, brak ufności, słabe poczucie swojego „ja” i wielka powaga. Wspomina T. Halsen (2004).

Współzależnienie jest najbardziej rozpowszechnioną chorobą rodziny dysfunkcyjnej. Pierwotnym stresorem może być picie taty, jego pracoholizm, historyczne kontrolowanie mamy pozostałych członków rodziny, przemoc fizyczna bądź werbalna mamy czy taty, rzeczywista choroba, hipochondria członka rodziny, sztywność religijna, nadużycia seksualne bądź wczesna śmierć któregoś z rodziców. Każdy kto zaczyna na tyle kontrolować rodzinę, że jest to przez innych członków doświadczane jako zagrażające inicjuje dysfunkcję. Zachowanie człowieka staje się pierwotnym stresorem. Każda osoba w rodzinie staje się współzależniona od stresora. Zjawisko to nazywane ogólną adaptacją opisywał Hans Selye. W obliczu zagrożenia organizm przygotowuje się do walki albo ucieka. Wzrasta tętno, ciśnienie krwi, zwiększa się mobilizacja organizmu by osiągnąć stan super czujności. Ten stan gotowości zgodnie z intencją natury jest stanem umożliwiającym przetrwanie. W rodzinach dysfunkcyjnych uważany za normę. Takie umożliwiające przetrwanie zachowania są odczuwane jako typowe, ponieważ są wzorami zachowań, których jednostka używała każdego dnia swojego dzieciństwa. Kiedyś chroniące, obecnie destrukcyjne.

Na rzecz opieki systemu rodzinnego DDA nauczyło się przybierać rozmaite role : Kozła Ofiarnego .Bohatera ,Maskotki czy Dziecka we Mgle .Pisze o tym J .Bradshaw

(1994). Zbiorowy system ochrony, który polega na przyjmowaniu określonych ról pozwala przetrwać w rodzinie. Role nie są przypisane na stałe, mogą mieszać się ze sobą w zależności od sytuacji. Bohater rodzinny to podpora rodziny, dostarcza rodzinie poczucia wartości, dba o innych, stara się kontrolować sytuację w domu, nadmiernie odpowiedzialny i obowiązkowy, zaniedbujący własne potrzeby, żyje w stanie ciągłego napięcia, nie potrafi się bawić i odprężyć. Wypowiada się na ten temat B. Woronowicz (2009). Często staje się rodzicem swoim rodziców. Brak umiejętności dbania o siebie samego. Przytłoczony obowiązkami i lękiem, że sobie nie poradzi. Tłumi złość i autoagresję. W trakcie zajęć terapeutycznych celem i możliwością pomocy jest odreagowanie tłumionych emocji np. przez działania plastyczne, unikanie rywalizacji, odbarczenie od poczucia winy, naukę redukcji stresu, danie sobie prawa do odpoczynku, do niewiedzy, błędów i własnych granic oraz zgodę na bycie dzieckiem przez zabawę. Píše o tym A. Wróbel (2008). Kozioł ofiarny to typowy buntownik może mieć problemy z prawem, nauką, używkami. Jest tzw. trudnym dzieckiem, wybuchowy i agresywny. Jego rola polega na odciąganiu otoczenia od spraw alkoholika. W dorosłości przejawia cechy społecznego niedostosowania. Postrzegany jako sprawca wszelkich kłopotów. Przejawia złość z tendencją do zachowań agresywnych, z nieświadomym lękiem, niską samooceną i poczuciem winy. Możliwością pomocy w grupach dla DDA staje się propagowanie działań grupowych teatralnych, gdzie osoba w roli Kozioła Ofiarnego mógłby zaistnieć w nowej pozytywnej roli, obarczenie od poczucia winy, zajęcia plastyczne z gwarancją przeżycia sukcesu, wzmacnianie zachowań społecznych akceptowalnych, redukcja napięcia. Píše o tym B. Woronowicz (2009) i propozycji warsztatowych udziela A. Wróbel (2008). Dziecko zagubione we mgle to osamotnione, bezradne z poczuciem krzywdy dziecko, które poczucie bezpieczeństwa buduje przez izolację, tworzy własny wewnętrzny świat, ucieka w świat fantazji i książek, obecnie tabletów i komputerów, wycofane i nieufne. Prezentuje objawy

stanów depresyjnych. Nadmierna bliskość wywołuje w nim lęk i ponowne wycofanie. Możliwością pomocy jest pozwalanie za pozostanie biernym, zauważanie w delikatny sposób, ważne dostosowanie tempa, angażowanie w indywidualnie preferowane działania plastyczne, umożliwiające odreagowanie emocji. Ujawnia A. Wróbel (2008). Maskotka w prezentowanych objawach sprawia wrażenie uśmiechniętej i zadowolonej osoby. Wchodzi w rolę błazna klasowego. Niweluje napięcia poprzez śmiech. Lęk przykrywa pozorami wesołości, z towarzyszącym bardzo dużym napięciem. Najbardziej narażona na nadużycia fizyczne. Możliwością pomocy terapeutycznej jest nauka asertywności, stawiania granic, odbudowania poczucia wartości i akceptacji, redukcja napięcia i stresu przez działania plastyczne i głównie zajęcia teatralne. Określa dokładnie A. Wróbel (2008).

Dzieci w celu utrzymania patologicznego systemu mogą wchodzić w rolę ratownika by wyciągać alkoholika z opresji i chronić przed konsekwencjami picia, prowokatora - konfrontując alkoholika z rzeczywistością, co pogłębia bardziej poczucie winy i małej wartości, oraz ofiary - przejmując na siebie coraz większy zakres obowiązków, który należy do alkoholika. Informuje o tym B. Woronowicz (2009).

Destrukcyjna parentyfikacja powstaje przez narzucanie dziecku przez rodziców określonej funkcji/roli. Opiekun wyrażając bezradność i niemoc, stawia wymagania dziecku niezależności bądź wymuszając żąda by zachowywało się jak dorosły. Takie dziecko przejmuje role narzuconą przez rodzinę (najczęściej nie mając innego wyjścia). To wyjątkowe duże obciążenie dla psychiki. Píše o tym K. Schier (2021).

Głównym ciężarem parentyfikacji poprzez przeżycie odwrócenia ról w rodzinie jest fakt pozostawania w stanie chronicznego napięcia i doświadczenie specyficznego oczekiwania w gotowości do zajmowania się problemami najbliższych. Dzieci pozostające w rolach zmuszone są do ciągłej kontroli i monitorowania, co się dzieje w umyśle opiekuna. Taka strategia

wprowadza stan stałego chronicznego napięcia i konieczność podjęcia jakiejś aktywności czy zachowań związanych z osobami rodziców. Dziecko może występować w roli służącego czyli kogoś ,kto robi zakupy dla całej rodziny, sprząta ,przygotowuje posiłki dla całej rodziny ,robi pranie .Dziecko w roli opiekuna rodzica zajmuje się jego zdrowiem ,chodzi z nim do lekarza ,robi zastrzyki ,wykonuje zabiegi pielęgnacyjne ,załatwia w imieniu rodzica sprawy urzędowe, może być tłumaczem dla rodziców przebywających za granicą ,wtedy kiedy rodzice nie znają wystarczająco języka będąc na emigracji .Może występować w funkcji opiekuna rodzeństwa ,odrabiając z nimi lekcje, chodząc na wywiadówki .Może służyć jako bufor albo mediator w kłótniach małżeńskich rodziców uspokajając oboje lub jednego rodzica podczas kłótni ,starając się godzić zwaśnione strony ,zabawiając lub znajdując one rozwiązania ich konfliktu ,słuchając zwierzeń jednego z rodziców na temat drugiego .Dziecko w roli terapeuty uspakaja rodzica, gdy ten jest smutny czy napięty ,podnosi na duchu czy rozwesela ,słucha o trudnościach ,koi negatywne emocje (przede wszystkim gniew i wściekłość opiekuna).Ostatnim odrębnym wymiarem parentyfikacji jest dziecko partner (w tym seksualny).w kontekście zjawiska parentyfikacji dziecko staje się kontenerem na emocje i stany rodzica. Informuje o tej nietypowości K. Schier (2021).

Jedną z najpoważniejszych dysfunkcji jest to ,że dzieci odpowiedzialne za rodziców bardzo często same nie dają sobie prawa do własnego niezależnego rozwoju ,do odczuwania przyjemności i radości z życia .Etos dzielnego dziecka ,małego Heraklesa czyni wiara iż stworzony jest do wielkich zadań i inni powinni go za to podziwiać .Doświadczenie parentyfikacji jest zjawiskiem traumatycznym ,a konsekwencjami są zaburzenia regulacji emocji -aleksytymia ,depresja, zahamowanie procesu separacji -indywiduacji , somatyzacje i zaburzenia funkcjonowanie cielesnego .Opisuje dokładnie K .Schier (2021).

3.3 Definicja DDD, objawy i cechy syndromu

Syndrom dorosłego dziecka z rodziny dysfunkcyjnej (DDD) obejmuje zespół cech i zachowań, które utrwały się na skutek różnych okoliczności w czasie trwania dzieciństwa. Syndrom ten powstaje, gdy rodzina nie spełnia swoich elementarnych zadań wobec dziecka. Zaniechanie wynika z braku odpowiedniej opieki i metod wychowawczych. W domach, w których rodzice nie wypełniali prawidłowo swoich funkcji, gdzie często obecna i stosowana jest przemoc fizyczna, emocjonalna, werbalna, narkotyki, braki wsparcia, gdzie niedostępni rodzice pracują na emigracji tam dorastają dzieci DDD. To domy, gdzie króluje pracoholizm, brak poszanowania dla przestrzeni dziecka, gdzie rodzice są zdystansowani, chłodni emocjonalnie i niedostępni, gdzie nie okazują sobie bliskości i zaangażowania, dziecko ma problem z odnalezieniem siebie i żyje w poczuciu napięcia i ciągłego stresu.

O rodzinie dysfunkcyjnej mówimy wtedy, gdy, sytuacje o negatywnym zabarwieniu są nasilone oraz towarzyszy im brak więzi emocjonalnej, gdzie występuje brak czy niedostatek w zaspokajaniu potrzeb biologicznych, rozwojowych i uczuciowych, którego następstwem jest dezorganizacja środowiska wychowawczego także emocjonalnego, całej struktury rodzinnej. Pisze o tym I. Krasiejko (2019).

Dorośle Dzieci z rodzin dysfunkcyjnych cechują problemy wynikające z zaniedbania. Rozwojowe potrzeby dziecka zostały zlekceważone, dziecko zaś zostało uwikłane w spełnianie niezaspokojonych potrzeb własnych rodziców, bądź całego systemu rodzinnego. Żyje w iluzji zaprzeczeń idealizując własne dzieciństwo, niesie uczucia, pragnienia i tajemnice członków systemu rodzinnego ,często czuje się samotne i towarzyszy mu izolacja. Zaburzone myślenie polega na zamartwianiu i rozmyślaniu. Próbuje kontrolować siebie i całe otoczenie. Odczuwa dyskomfort, gdy traci kontrolę. Używa maski pomagania wszystkim wokół, łatwo wpada w panikę, nadmiernie czujnie z wysokim poziomem niepokoju. Czuje się niepełnowartościowe

jako istota ludzka. Ukrywa się za rolą bądź uzależnieniem. Oskarżać może innych, przejawiać perfekcjonizm, krytycyzm, pogardę czy wściekłość. Opisuje cechy syndromu J. Bradshaw (1994). DDD ma problemy z granicami, zależnością emocjonalną, intelektualną oraz szuka duchowości na zewnątrz siebie bez zrozumienia co tak naprawdę jest ważne. Przyjmuje postawę wszystko albo nic, bez odcieni szarości na środku skali, bardzo uparte i mocno reaktywne. Przeżycia DDD są zazwyczaj intensywniejsze niż wynika to ze zdarzeń oraz zabarwione fatalizmem. Często nie czują swoich uczuć i mają kłopoty z ich wyrażaniem. Niby dorośli, a emocjonalnie na poziomie bardzo małego dziecka Czasami w roli prześladowcy, czy też ratownika-wybaczy. Reprezentują słaby kontakt z własną cielesnością i ciałem, w rozszczepieniu. Tęsknią za ciepłem rodzicielskim i szukają akceptacji w relacjach z innymi ludźmi. Wciąż próbują zasłużyć na uwagę ze strony rodziców. Najczęściej wybierają niedostępnych emocjonalnie partnerów i próbują sprawić by ich pokochali. Odtwarzają dobrze im znany schemat z czasów dzieciństwa. Niosą wiele sekretów w tym także ze strefy seksualnej dotyczących życia rodzinnego. Przejawiają problemy komunikacyjne, marzą o wspaniałym życiu i idealnym związku jednocześnie pozostając wycofanym, w trwodze by zaryzykować nawiązanie kontaktu. Nie pozwalają sobie na spontaniczną zabawę czy radość. Funkcjonują z emocjonalną dziurą w psychice, nigdy nieusatysfakcjonowani do końca, w zaprzeczeniu rozwojowych potrzeb zależności. Przejawiają zachowania kompulsywne, z kłopotami z intymnością w bliskich związkach. Mają tendencje do lgnięcia do psychopatycznych partnerów. Mylą miłość z litością. Oczarowani ludźmi i sytuacjami pełnymi chaosu, niepewności z dozą emocjonalnego cierpienia. Niejednokrotnie uzależnieni od jedzenia, alkoholu, prestiżu, dóbr materialnych, heroizmu, przemocy, władzy, seksu czy biernych zależnych osób, rekompensując sobie w ten sposób poczucie ważności i wartościowości. DDD znajduje się w deficycie wykształcenia umiejętności koniecznych dla pełnego, zdrowego życia.

Zgaduje co jest normlane i jakie panują normy. Przejmuje odpowiedzialność za uczynienie partnera szczęśliwym, a dbałość o innych to cel, który określa własną tożsamości. Manipulujący i odgrywający różne role przez zakładanie rozmaitych masek. Mając nierealistyczne oczekiwania w stosunku do siebie i innych DDD pozostaje mało elastyczny, nieplastyczny. Nadmiernie ostrożny, perfekcyjni i za bardzo odpowiedzialni. Nieustannie katastrofizują, wyolbrzymiają powagę decyzji i zdarzeń. Miewają nieadekwatne wybuchy emocji do sytuacji. Cechuje je duchowe bankructwo i brak świadomości życia wewnętrznego. Opisuje to zjawisko dokładnie J. Bradshaw (1994).

3.4 Konsekwencje funkcjonowania w dysfunkcyjnej rodzinie i zaburzonem środowisku DDD

Rodziny dysfunkcyjne w zależności od rodzaju nieprawidłowości określane są jako zdeorganizowane, problemowe, zdemoralizowane, ryzyka, rozbite, patologiczne czy z marginesu. Zaliczamy do nich rodziny w których dorosłe, zdrowe osoby uchylają się od podjęcia pracy zawodowej; rodziny, gdzie występuje przewlekła choroba, a osoba schorowana obarcza domowników odpowiedzialnością za swój stan i staje się postacią centralną ;rodziny z przemocą fizyczną ;terrorem psychicznym gdzie oboje z rodziców, bądź jedno z nich stosowało szantaż czy zastraszanie - konkretnie przemoc emocjonalną ; rodziny z problem wykorzystania seksualnego oraz z problemem alkoholowym. Pisze o tym I. Krasiejko (2019).

Osoby, które wychowywały się w dysfunkcyjnym środowisku przejawiają zaburzone zachowania i przenoszą je przez projekcję na swoje własne życie, małżeńskie, rodzinne i społeczne. Jednym z najistotniejszych czynników dysfunkcjonalnego domu jest barak poczucia bezpieczeństwa, a dziecko wychowywane jest w atmosferze nieprzewidywalności rodzica. Skutkiem i konsekwencją zaniedbania i przemocy wobec dzieci jest nieorganiczne zaburzenie rozwoju, czyli opóźnienie w każdej sferze rozwoju spowodowane czynnikami

psychospołecznymi. Najczęściej smutne, wycofane z lękiem separacyjnym bierne lub hiperaktywne, może opierać się kontaktom społecznym lub łączyć za bardzo emocjonalnie do obcych. Opóźnione w rozwoju motorycznym, poznawczym, językowym, słuchowym a także emocjonalnym. Opisuje to zjawisko I. Krasiejko (2019). Zaniedbanie skutkuje poczuciem wstydu inności i krzywdy a efektem jest barak akceptacji samego siebie. Poprzez podkulawione poczucie bezpieczeństwa dziecko, a w konsekwencji DDD idzie z nadwątloną kondycją psychiczną w życie. Nastolatki podejmują wczesne próby usamodzielnienia najczęściej ze starszymi partnerami, mogą wchodzić w kontakty z grupami przestępczymi. Model wyniesiony z rodziny pochodzenia, czyli niechętny stosunek do pracy, uzależnienie od pomocy społecznej czy też gromadzenie w specyficznym środowisku dziedziczą od rodziców. Konsekwencje krzywdzenia w dzieciństwie i dorastania w dysfunkcyjnym środowisku utrzymują się w życiu dorosłych DDD. Behawioralne następstwa to: Nadużywanie substancji odurzających, zaburzenia odżywiania, ryzykowne zachowania seksualne, samobójstwa, kłopoty ze snem .Następstwa poznawcze obejmują przekonania o istnieniu przeciwności losu, lęk, poczucie bezsilności ,wyolbrzymianie problemów, a także zaniżanie własnej wartości .Informuje o tym zjawisku I. Krasiejko (2019). W funkcjonowaniu społecznym DDD charakteryzują się uległością, wchodzeniem w rolę ofiary, przejawiają skłonność do depresji i zaburzeń lękowych. Konsekwencją dorastania w dysfunkcyjnym domu jest wyniesiona postawa rezygnacyjno - fatalistyczna oraz zewnątrzsterowność. U dzieci doświadczających powtarzających się aktów przemocy od podstawowego opiekuna występują posttraumatyczne zaburzenia rozwojowe. Zapisują się one w pamięci poznawczej, behawioralnej i w reakcjach ciała. Nieprawidłowości dotyczą niestabilności uczuciowej i fizjologicznej, zaburzeń w zakresie uwagi i zachowania, typowych zaburzeń PTSD, zaburzeń samooceny i relacji. Zaburzona autoregulacja może skutkować nadmierną aktywacją poziomu aktywacji (niepokój, rozdrażnienie, panika, agresja)

bądź występować poniżej normy aktywacji (odrętwienie, luki w postrzeganiu, zastyganie bez ruchu). Charakterystyczna jest dysocjacja (stan zamrożenia) czy też depersonalizacja wtedy kiedy przestaje odczuwać strach lub ból, jakby wychodziło z siebie jak również derealizacja wówczas kiedy sytuacja doświadczana wydaje się nierealna. Są to mechanizmy poszukiwania bezpieczeństwa. Wspomina o tym I. Krasiejko (2019).

We wszystkich rodzinach dysfunkcyjnych występuje zjawisko współzależnienia. Dominująca dysfunkcja wywołuje stan zagrożenia, na który reagują pozostali członkowie rodziny. Natomiast przystosowanie do zagrożenia utrwała zamrożone i sztywne wzorce zachowań. Te znane skrypty są podtrzymywane przez każdego z członków rodziny i ogrywane w postaci znanych ról. Istnieje w tych rodzinach wysoki poziom niepokoju i chaosu. Wszyscy członkowie są zakotwiczeni we wstydzie. Trzymają się razem wskutek toksycznej pedagogiki, a im bardziej system dąży do zmiany, tym bardziej pozostaje na swoim miejscu. Każdemu z członków dysfunkcyjnej rodziny i wychowanym w tym systemie DDD brakuje kontaktu z własnymi uczuciami, potrzebami i pragnieniami. Każdy ma sztuczne ja, każdy poświęcił własną indywidualność na rzecz lojalności wobec systemu. Píše o tym J. Bradshaw (1994).

Niewłaściwe postępowanie przez rodziców jest często przyczyną nieodwracalnych zmian w psychice dziecka tj. niedostatecznych osiągnięć w szkole i w życiu, braku planów i celów życiowych, nieumiejętności tworzenia trwałych uczuciowych w przyszłości. Bez pozytywnych wzorców poznanych w rodzinnym domu, młody człowiek będzie zmagał się z poczuciem wiary we własny siły czy braku własnej wartości i nieumiejętności egzystowania w społeczeństwie. Całkowita lub częściowa dominacja, obojętność, niekonsekwentne działania, nieposzanowanie i nierozumienie potrzeb dziecka, poniżanie, nazbyt mocno okazywany lub całkowity brak uznania i podziwu, zachęcanie do zajmowania strony w sporach między rodzicami, nadopiekuńczość, izolacja, poczucie niesprawiedliwości wszystko to prowadzi do

niezaspokojenia potrzeb oraz braku poczucia bezpieczeństwa, co wpływa negatywnie na dorosłe życie dziecka i zamyka w schematach DDD. Pod znakiem zapytania staje realizowanie potrzeb wyższego rzędu jak potrzeba miłości czy przynależności.

Brak pozytywnych uczuć, ale także ich nadmiar prowadzą do zaburzenia osi równowagi w organizmie tzw. „złotego środka”. Niekonsekwencja czy niezdecydowanie rodziców, nadmierna autorytarność lub zbyt duża swoboda przejawiająca się odrzuceniem lub brakiem akceptacji albo ponad przeciętna ochrona nieadekwatna do stopnia zagrożenia w szczególnie groźny sposób zakłócają u dziecka wewnętrzny spokój i poczucie bezpieczeństwa. Taka dysharmonia kształtuje DDD, które wzrastając w zaburzonym środowisku niesie na swoich barkach ogromny ciężar przeszłości w postaci bagażu ponadprzeciętnego stresu i napięcia.

ROZDZIAŁ 4. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

W celu przeprowadzenia badań o wysokiej wartości naukowej, należy po zapoznaniu się z dotychczasowymi badaniami oraz teoriami starannie zaplanować proces wykonywania badań. Jednym z głównych działań jest określenie ich celu oraz wytyczenie drogi do jego osiągnięcia, czyli określenie przedmiotu badań, przez co rozumie się sformułowanie problemu badawczego. Istotnym elementem jest postawienie hipotez, które są pomocą w udzieleniu odpowiedzi na pytania badawcze. (Pilch, 2001) Wykorzystane metody badawcze korelują od podjętego przedmiotu badań. Po ich określeniu następuje wybranie najbardziej odpowiednich techniki i narzędzi badawczych (Łobocki, 2004) Po zakończeniu tego etapu procesu przygotowawczego możliwe jest przystąpienie do badań. Niniejszy rozdział stanowi szczegółowy opis wymienionych powyżej elementów.

4.1 Cel badań

Celem głównym pracy badawczej jest zbadanie wpływu zajęć arteterapeutycznych na redukcję poziomu stresu odczuwanego przez osoby z syndromem DDA i DDD oraz na sposoby radzenia sobie ze stresem które przejawiają badane osoby.

4.2 Pytania i hipotezy badawcze

Na podstawie literatury przedmiotu postawiono następujące pytania badawcze:

P1: Czy u osób, które uczestniczą w zajęciach z arteterapią poziom stresu jest niższy niż w grupie kontrolnej?

P2: Czy w grupie eksperymentalnej wyniki dla strategii radzenia sobie ze stresem: poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, są wyższe po 4 sesjach arteterapii niż przed jej rozpoczęciem?

P3: Czy w grupie eksperymentalnej wyniki dla strategii radzenia sobie ze stresem - pozytywne przewartościowanie i rozwój - są wyższe po 4 sesjach arteterapii niż przed jej rozpoczęciem?

P4: Czy w grupie eksperymentalnej wyniki dla strategii radzenia sobie ze stresem – akceptacja - są wyższe po 4 sesjach arteterapii niż przed jej rozpoczęciem?

P5: Czy w grupie eksperymentalnej wyniki dla strategii radzenia sobie ze stresem - koncentracja na emocjach - są wyższe po 4 sesjach arteterapii niż przed jej rozpoczęciem?

P6: Czy w grupie eksperymentalnej wyniki dla strategii radzenia sobie ze stresem,, - zażywaniu alkoholu lub innych środków psychoaktywnych - są niższe po 4 sesjach arteterapii niż przed jej rozpoczęciem?

P7: Czy w grupie eksperymentalnej wyniki dla strategii radzenia sobie ze stresem – zaprzeczanie - są niższe po 4 sesjach arteterapii niż przed jej rozpoczęciem?

P8: Czy w grupie eksperymentalnej wyniki dla strategii radzenia sobie ze stresem - odwracanie uwagi - są niższe po 4 sesjach arteterapii niż przed jej rozpoczęciem?

P9: Czy w grupie eksperymentalnej wyniki dla strategii radzenia sobie ze stresem - zaprzestaniu działań - są niższe po 4 sesjach arteterapii niż przed jej rozpoczęciem?

P10: Czy u osób, które uczestniczyły w zajęciach z arteterapią poziom stresu obniżył się bardziej niż w grupie kontrolnej?

P11: Czy u osób, które uczestniczyły w zajęciach z arteterapią strategię radzenia sobie ze stresem - poszukiwanie wsparcia emocjonalnego,, , umocniły się bardziej niż w grupie kontrolnej?

P12: Czy u osób, które uczestniczyły w zajęciach z arteterapią strategię radzenia sobie ze stresem - pozytywne przewartościowanie i rozwój umocniły się bardziej niż w grupie kontrolnej?

P13: Czy u osób, które uczestniczyły w zajęciach z arteterapią strategię radzenia sobie ze stresem – akceptacja - umocniły się bardziej niż w grupie kontrolnej?

P14: Czy u osób, które uczestniczyły w zajęciach z arteterapią strategie radzenia sobie ze stresem - koncentracja na emocjach - umocniły się bardziej niż w grupie kontrolnej?

Dla powyższych pytań sformułowano poniższe hipotezy:

H1: U grupy osób DDA, które biorą, które biorą udział w arteterapii poziom stresu jest niższy niż w kontrolnej grupie osób DDA.

H2: U grupy osób DDA, które wzięły udział w zjazdach z zajęciami arteterapii strategia radzenia sobie ze stresem - poszukiwanie wsparcia emocjonalnego - wzmacnia się..

H3: U grupy osób DDA, które wzięły udział w zjazdach z zajęciami arteterapii strategia radzenia sobie ze stresem - pozytywne przewartościowanie i rozwój - wzmacnia się.

H4: U grupy osób DDA, które wzięły udział w zjazdach z zajęciami arteterapii strategia radzenia sobie ze stresem – akceptacja - wzmacnia się.

H5: U grupy osób DDA, które wzięły udział w zjazdach z zajęciami arteterapii strategia radzenia sobie ze stresem - koncentracja na emocjach i ich wyładowanie - wzmacnia się.

H6: U grupy osób DDA, które wzięły udział w zjazdach z zajęciami arteterapii strategia radzenia sobie ze stresem - zażywaniu alkoholu lub innych środków psychoaktywnych - osłabia się. : , ,

H7: U grupy osób DDA, które wzięły udział w zjazdach z zajęciami arteterapii strategia radzenia sobie ze stresem - zaprzeczanie - osłabia się.

H8: U grupy osób DDA, które wzięły udział w zjazdach z zajęciami arteterapii strategia radzenia sobie ze stresem – odwracanie uwagi - osłabia się.

H9: U grupy osób DDA, które wzięły udział w zjazdach z zajęciami arteterapii strategia radzenia sobie ze stresem – zaprzestanie działań - osłabia się.

H10: Zjazdy osób DDA z arteterapią obniżają poziom stresu uczestników bardziej niż standardowe zjazdy bez zajęć artystycznych.

H11: Zjazdy osób DDA z arteterapią umacniają strategie radzenia sobie ze stresem - poszukiwanie emocjonalnego wsparcia - bardziej niż standardowe zjazdy bez zajęć artystycznych.

H12: Zjazdy osób DDA z arteterapią umacniają strategie radzenia sobie ze stresem – pozytywne przewartościowanie - bardziej niż standardowe zjazdy bez zajęć artystycznych.

H13: Zjazdy osób DDA z arteterapią umacniają strategie radzenia sobie ze stresem - akceptacja - bardziej niż standardowe zjazdy bez zajęć artystycznych.

H14: Zjazdy osób DDA z arteterapią umacniają strategie radzenia sobie ze stresem - koncentracja na emocjach - bardziej niż standardowe zjazdy bez zajęć artystycznych.

4.4 Narzędzia badawcze

Aby udzielić odpowiedzi na postawione pytania badawcze wykorzystano dwa kwestionariusze oraz rozszerzoną metryczkę w postaci krótkiej ankiety. Pierwszy kwestionariusz Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (dalej: COPE) (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009). Narzędzie to służy do pomiaru strategii reagowania w sytuacjach stresowych. Badany udziela odpowiedzi na czterostopniowej skali, ustosunkowując się do 60 stwierdzeń. Na tej podstawie możliwe jest obliczenie wyników w 15 skalach, z których każda odpowiada jednej strategii reagowania:

1. Aktywnego Radzenia Sobie,
2. Planowania,
3. Poszukiwania Wsparcia Instrumentalnego,
4. Poszukiwania Wsparcia Emocjonalnego,
5. Unikania Konkurencyjnych Działań,
6. Zwrotowi ku Religii,
7. Pozytywnego Przewartościowania i Rozwoju,

8. Powstrzymywania się Od Działania,
9. Akceptacji,
10. Koncentracji na Emocjach i ich Wyładowaniu,
11. Zaprzeczaniu,
12. Odwracaniu Uwagi,
13. Zaprzestaniu Działań,
14. Zażywaniu Alkoholu lub Innych Środków Psychoaktywnych,
15. Poczuciu Humoru.

Kwestionariusz odznacza się dobrymi wynikami w zakresie rzetelności i trafności, które umożliwiają wykorzystanie go w badaniach naukowych. Wartości współczynnika alfa Cronbacha dla składowych skal mieszczą się od 0,48 do 0,94.

Wyniki COPE podawane są na skali od 1 do 4, gdzie:

- 1 – prawie nigdy tak nie postępuję,
- 2 – rzadko tak postępuję,
- 3 – często tak postępuję,
- 4 – prawie zawsze tak postępuję

Drugim narzędziem był kwestionariusz PSS-10 Zygryda Juczyńskiego i Niny Ogińskiej-Bulik (2009), dzięki któremu zmierzyć można odczuwalny stres. Składa się z 10 pytań, w których ankietowani wyrażają subiektywną ocenę swoich problemów i sytuacji z prywatnego życia. Wyrażają opinie o swoich sposobach w radzeniu sobie. Narzędzie odznacza się dobrą rzetelnością, sprawdzoną w badaniach 120-osobowej grupy dorosłych, uzyskując wskaźnik alfa Cronbacha 0,86. Korelacja wszystkich pytań z ogólnym wynikiem skali jest zadowalająca.

Do badań wykorzystano także kwestionariusz DDA, który został stworzony przez doświadczonego praktyka, Superwizora Psychoterapii Uzależnień, Jacka T. Kasprzaka.

Narzędzie składa się z 70 twierdzeń, odnoszących się do opinii badanego do samego siebie, swoich cech, lęków oraz podejmowanych przez siebie działań. Ankietowani wyrażają częstotliwość występujących cech w 7 stopniowej skali od „zawsze” do „nigdy”.

4.5 Procedura badań

Badanie zostało przeprowadzone przed pierwszym zjazdem DDA oraz po ostatnim, czwartym zjeździe. Grupy zostały poinformowane o celu badania a także o czasie przewidzianym na wypełnienie kwestionariusza oraz anonimowości i dobrowolności udziału w badaniu. Kolejno badani podawali w tabeli podstawowe dane o płci i wieku. Następne dwie karty były poświęcone odpowiednio kwestionariuszom COPE i PSS-10

4.5 Grupa badawcza

W badaniu wzięły udział 2 grupy, po 15 osób każda. Grupa A była grupą u której przeprowadza się spotkania włączając zajęcia arteterapii. Zajęcia przeprowadzane były w pracowni Psychoedukacji i Terapii w Bielsku Białej. Pośród badanych było 30 kobiet oraz 0 mężczyzn. Większość z nich miała od 25 do 56 lat. W celu uzyskania statystycznej pewności do badań została włączona grupa kontrolna, która w odróżnieniu od grupy eksperymentalnej nie podlegała manipulacjom. (Jakubczyk i inni 2011) Zjazdy członków tej grupy opierały się na standardowym przebiegu sesji, a zajęcia nie uwzględniały arteterapii. Badani to członkowie Akademii Liderów w Łodzi, u których także diagnozowany jest syndrom DDA/DDD. 73,3% badanych to kobiety a 26,7% to mężczyźni. Przedział wiekowy jednostek to: 24 do 55 lat.

ROZDZIAŁ 5. WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

Analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem programu PS Imago Pro 7.0.

W celu weryfikacji hipotez wykorzystano parametryczne testy różnic t Studenta dla prób zależnych (tam, gdzie porównywano wartości w grupie eksperymentalnej przed i po terapii) oraz dla prób niezależnych (tam, gdzie porównywano wartości w grupie kontrolnej i eksperymentalnej).

Przed rozpoczęciem analiz statystycznych obliczono statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych oraz sprawdzono założenia testu t Studenta. Najpierw zostały przedstawione statystyki dla grupy eksperymentalnej przed terapią (tabela 1).

Tabela 1.
Statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych w grupie eksperymentalnej przed arteterapią

Skala	Min	Maks	M	SD	SKE	K	S-W
PPS-10	19,00	31,00	24,70	2,70	0,073	-0,163	0,656
Aktywne Radzenie Sobie	2,00	3,00	2,48	0,28	-0,183	-0,419	0,016
Planowanie	1,75	4,00	2,53	0,61	0,651	-0,126	0,058
Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego	1,25	3,50	2,55	0,68	-0,372	-0,672	0,040
Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego	1,75	4,00	2,61	0,66	0,354	-0,765	0,055
Unikanie Konkurencyjnych Działań	1,25	3,50	2,28	0,59	0,352	-0,390	0,201
Zwrot Ku Religii	1,00	4,00	2,37	0,96	0,106	-1,155	0,091
Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój	1,50	3,50	2,39	0,57	0,261	-1,021	0,019
Powstrzymanie się od Działania	1,75	3,25	2,33	0,42	0,719	-0,610	0,003
Akceptacja	1,75	3,25	2,50	0,43	0,087	-0,723	0,152
Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowanie	2,00	4,00	2,78	0,49	0,253	-0,016	0,245
Zaprzeczenie	1,00	3,50	2,05	0,61	0,247	-0,065	0,217
Odwracanie Uwagi	1,00	3,25	2,27	0,68	-0,414	-0,677	0,075
Zaprzeszanie Działań	1,00	3,25	2,21	0,56	-0,365	-0,131	0,194
Zażywanie Alkoholu lub Innych Środków Psychoaktywnych	1,00	3,25	1,90	0,88	0,409	-1,548	0,000
Poczucie humoru	1,00	2,50	1,57	0,53	0,466	-1,364	0,001

Źródło: opracowanie własne. Skróty: Min – minimum, Max – maksimum, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, SKE – skośność, K – kurioza, S-W – istotność testu normalności Shapiro-Wilka (pogrubiono wartości niespełniające założeń testów parametrycznych).

Jednym z założeń parametrycznych testów różnic jest normalność rozkładu. W pierwszej kolejności sprawdzono ten warunek testem normalności Shapiro-Wilka

(odpowiednim dla grupy tej wielkości). Okazało się, że nie wszystkie spośród skal uzyskały wynik wskazujący na normalność rozkładu. Jednak jednocześnie żadna ze skal nie przekracza wartości granicznych skośności i kurtozy (odpowiednio 1,5 i 3,0), co świadczyłoby o skrajnie nienormalnym rozkładzie zmiennej. Dlatego też uznaje się, że w tej grupie wszystkie skale mają rozkład wystarczająco zbliżony do normalnego.

Tabela 2.

Statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych w grupie eksperymentalnej po arteterapii

Skala	Min	Maks	M	SD	SKE	K	S-W
PSS-10	18,00	34,00	23,40	4,06	1,007	0,965	0,023
Aktywne Radzenie Sobie	1,75	3,00	2,45	0,36	-0,467	-0,813	0,012
Planowanie	2,00	3,75	3,07	0,42	-0,406	0,604	0,041
Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego	2,00	3,75	2,81	0,50	0,074	-0,688	0,193
Poczucie Wsparcia Eksperymentalnego	2,00	3,75	2,73	0,50	0,043	-1,002	0,027
Unikanie Konkurencyjnych Działań	1,00	3,75	2,65	0,45	-1,403	6,088	0,000
Zwrot ku Religii	1,00	4,00	2,47	0,91	-0,343	-0,932	0,013
Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój	1,75	4,00	2,94	0,57	-0,194	-0,595	0,451
Powstrzymanie się od Działania	1,75	3,25	2,49	0,41	-0,239	-0,714	0,130
Akceptacja	1,50	4,00	2,75	0,57	-0,185	0,714	0,053
Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowanie	2,25	4,00	2,89	0,42	0,796	0,099	0,011
Zaprzeczanie	1,00	2,50	1,56	0,54	0,468	-1,333	0,000
Odwracanie Uwagi	1,00	3,00	1,92	0,54	0,570	-0,207	0,070
Zaprzestanie Działań	1,00	2,75	1,67	0,55	0,676	-0,658	0,004
Zażywanie Alkoholu lub Innych Środków Psychoaktywnych	1,00	2,25	1,40	0,49	0,489	-1,746	0,000
Poczucie humoru	1,00	3,00	1,78	0,79	0,335	-1,816	0,000

Źródło: opracowanie własne. Skróty: Min – minimum, Max – maksimum, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, SKE – skośność, K – kurtoza, S-W – istotność testu normalności Shapiro-Wilka (pogrubiono wartości niespełniające założeń testów parametrycznych).

Podobnie jak w przypadku grupy eksperymentalnej przed arteterapią, również w grupie po arteterapii (tabela 2) nie dla wszystkich skal wynik testu Shapiro-Wilka wskazał na normalność rozkładu. Jednakże i w tym przypadku skośność i kurtoza dla żadnej zmiennej nie przekroczyły wartości granicznych. Dlatego uznaje się, że i w tym wypadku założenie o normalności rozkładu zostało spełnione.

Tabela 3.

Statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych w grupie kontrolnej bez arteterapii

Skala	Min	Maks	M	SD	SKE	K	S-W
PSS-10	17,00	32,00	24,43	2,98	0,067	1,360	0,108
Aktywne Radzenie Sobie	1,75	3,25	2,44	0,33	0,084	-0,185	0,024
Planowanie	1,75	4,00	2,47	0,57	0,972	0,320	0,005
Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego	2,00	3,50	2,54	0,45	0,709	-0,343	0,009
Poczucie Wsparcia Eksperymentalnego	1,25	4,00	2,50	0,65	0,359	-0,151	0,251
Unikanie Konkurencyjnych Działań	1,00	3,00	2,17	0,52	-0,616	0,181	0,095
Zwrot ku Religii	1,00	2,75	1,82	0,57	-0,172	-1,187	0,022
Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój	1,75	3,75	2,38	0,49	0,821	0,462	0,033
Powstrzymanie się od Działania	2,00	3,25	2,60	0,30	0,005	0,206	0,013
Akceptacja	1,00	3,50	2,43	0,49	-0,565	1,322	0,053
Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowanie	2,00	4,00	2,72	0,54	0,677	-0,037	0,034
Zaprzeczanie	1,00	3,50	2,49	0,81	-0,554	-1,117	0,004
Odwracanie Uwagi	1,50	3,25	2,64	0,56	-0,874	-0,532	0,001
Zaprzestanie Działań	1,00	3,75	2,35	0,77	-0,366	-0,823	0,086
Zażywanie Alkoholu lub Innych Środków Psychoaktywnych	1,00	4,00	2,52	1,04	-0,262	-1,389	0,004
Poczucie humoru	1,00	2,75	2,16	0,55	-0,739	-0,572	0,003

Zródło: opracowanie własne. Skróty: Min – minimum, Max – maksimum, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, SKE – skośność, K – kurtoza, S-W – istotność testu normalności Shapiro-Wilka (pogrubiono wartości niespełniające założeń testów parametrycznych).

W tabeli 3 przedstawiono wartości testu Shapiro-Wilka oraz skośności i kurtozy dla analizowanych zmiennych w grupie kontrolnej bez arteterapii. Wyniki umożliwiają zastosowanie testu normalności. Kolejno sprawdzono założenie o homogeniczności wariancji przy pomocy testu Levene'a. Jak widać w tabeli 4 nie zostało ono spełnione dla pięciu skal: poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, zwrot ku religii, zaprzeczanie, zażywanie alkoholu lub innych środków psychoaktywnych oraz poczucie humoru.

Tabela 4.
Wartości testu Levene'a dla analizowanych zmiennych

Skala	Test Levene'a	df1	df2	Istotność
PPS-10	1,663	2	87	0,195
Aktywne Radzenie Sobie	2,065	2	87	0,133
Planowanie	2,787	2	87	0,067
Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego	3,823	2	87	0,026
Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego	1,404	2	87	0,251
Unikanie Konkurencyjnych Działań	1,792	2	87	0,173
Zwrot Ku Religii	5,541	2	87	0,005
Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój	0,661	2	87	0,519
Powstrzymanie się od Działania	1,850	2	87	0,163
Akceptacja	0,380	2	87	0,685
Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowanie	0,542	2	87	0,583
Zaprzeczanie	3,818	2	87	0,026
Odwracanie Uwagi	0,873	2	87	0,421
Zaprzestanie Działań	3,055	2	87	0,052
Zażywanie Alkoholu lub Innych Środków Psychoaktywnych	10,887	2	87	0,000
Poczucie humoru	14,254	2	87	0,000

Źródło: opracowanie własne.

Jednocześnie założenie o równoliczności grup zostało spełnione w każdym przypadku. Ponieważ test t Studenta umożliwia wykorzystanie w przypadku złamania pojedynczego założenia – w tym wypadku homogeniczności wariancji pięciu zmiennych – wykorzystano test parametryczny.

Przygotowano dwie tabele, które przedstawiają wyniki przeprowadzonych testów różnic. W tabeli 5 przedstawiono wyniki testu t dla prób zależnych dla hipotez od drugiej do dziewiątej. Pozwala ona na weryfikację hipotez dotyczących zmian w wynikach badanych, jakie zaszły wskutek oddziaływań terapeutycznych uwzględniających arteterapię. Następnie w tabeli 6 przedstawiono wyniki testu t dla prób niezależnych dla hipotezy pierwszej oraz hipotez od jedenastej do czternastej. Pozwala ona na weryfikację hipotez dotyczących porównania wyników grupy eksperymentalnej i kontrolnej.

Hipotezy zostały zweryfikowane we wcześniej określonym porządku.

Tabela 5.
Wyniki testu t dla prób zależnych dla hipotez od 2 do 9

skala		M	SD	t	df	p	d																																																																								
Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego	przed	2,61	0,66	-0,995	29	0,328	0,18																																																																								
	po	2,73	0,50					Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój	przed	2,39	0,57	-4,309	29	0,000	0,79	po	2,94	0,57	Akceptacja	przed	2,50	0,43	-3,109	29	0,004	0,57	po	2,75	0,57	Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowanie	przed	2,78	0,48	-1,282	29	0,210	0,23	po	2,89	0,42	Zażywanie Alkoholu lub Innych Środków Psychoaktywnych	przed	1,90	0,88	3,942	29	0,000	0,72	po	1,40	0,49	Zaprzeczanie	przed	2,05	0,61	4,265	29	0,000	0,78	po	1,56	0,54	Odwracanie Uwagi	przed	2,27	0,68	3,870	29	0,001	0,71	po	1,92	0,54	Zaprzestanie Działań	przed	2,21	0,56	4,958	29
Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój	przed	2,39	0,57	-4,309	29	0,000	0,79																																																																								
	po	2,94	0,57					Akceptacja	przed	2,50	0,43	-3,109	29	0,004	0,57	po	2,75	0,57	Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowanie	przed	2,78	0,48	-1,282	29	0,210	0,23	po	2,89	0,42	Zażywanie Alkoholu lub Innych Środków Psychoaktywnych	przed	1,90	0,88	3,942	29	0,000	0,72	po	1,40	0,49	Zaprzeczanie	przed	2,05	0,61	4,265	29	0,000	0,78	po	1,56	0,54	Odwracanie Uwagi	przed	2,27	0,68	3,870	29	0,001	0,71	po	1,92	0,54	Zaprzestanie Działań	przed	2,21	0,56	4,958	29	0,000	0,90	po	1,67	0,55						
Akceptacja	przed	2,50	0,43	-3,109	29	0,004	0,57																																																																								
	po	2,75	0,57					Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowanie	przed	2,78	0,48	-1,282	29	0,210	0,23	po	2,89	0,42	Zażywanie Alkoholu lub Innych Środków Psychoaktywnych	przed	1,90	0,88	3,942	29	0,000	0,72	po	1,40	0,49	Zaprzeczanie	przed	2,05	0,61	4,265	29	0,000	0,78	po	1,56	0,54	Odwracanie Uwagi	przed	2,27	0,68	3,870	29	0,001	0,71	po	1,92	0,54	Zaprzestanie Działań	przed	2,21	0,56	4,958	29	0,000	0,90	po	1,67	0,55																	
Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowanie	przed	2,78	0,48	-1,282	29	0,210	0,23																																																																								
	po	2,89	0,42					Zażywanie Alkoholu lub Innych Środków Psychoaktywnych	przed	1,90	0,88	3,942	29	0,000	0,72	po	1,40	0,49	Zaprzeczanie	przed	2,05	0,61	4,265	29	0,000	0,78	po	1,56	0,54	Odwracanie Uwagi	przed	2,27	0,68	3,870	29	0,001	0,71	po	1,92	0,54	Zaprzestanie Działań	przed	2,21	0,56	4,958	29	0,000	0,90	po	1,67	0,55																												
Zażywanie Alkoholu lub Innych Środków Psychoaktywnych	przed	1,90	0,88	3,942	29	0,000	0,72																																																																								
	po	1,40	0,49					Zaprzeczanie	przed	2,05	0,61	4,265	29	0,000	0,78	po	1,56	0,54	Odwracanie Uwagi	przed	2,27	0,68	3,870	29	0,001	0,71	po	1,92	0,54	Zaprzestanie Działań	przed	2,21	0,56	4,958	29	0,000	0,90	po	1,67	0,55																																							
Zaprzeczanie	przed	2,05	0,61	4,265	29	0,000	0,78																																																																								
	po	1,56	0,54					Odwracanie Uwagi	przed	2,27	0,68	3,870	29	0,001	0,71	po	1,92	0,54	Zaprzestanie Działań	przed	2,21	0,56	4,958	29	0,000	0,90	po	1,67	0,55																																																		
Odwracanie Uwagi	przed	2,27	0,68	3,870	29	0,001	0,71																																																																								
	po	1,92	0,54					Zaprzestanie Działań	przed	2,21	0,56	4,958	29	0,000	0,90	po	1,67	0,55																																																													
Zaprzestanie Działań	przed	2,21	0,56	4,958	29	0,000	0,90																																																																								
	po	1,67	0,55																																																																												

Źródło: Opracowanie własne. Skrót: M – średnia, SD – odchylenie standardowe, t – wynik testu t Studenta, df – liczba stopni swobody, p – istotność statystyczna, d – d Cohena.

Hipoteza pierwsza odnosiła się do odczuwanego poziomu stresu. Założono, że jest on niższy w grupie eksperymentalnej, uczestniczącej w arteterapii, niż w grupie kontrolnej. Analiza statystyczna wykazała jednak, że pomiędzy tymi grupami nie ma różnic istotnych statystycznie $t(58) = -1,125; p = 0,265$ (tabela 6). Hipotezę pierwszą należy więc odrzucić.

Zgodnie z hipotezą drugą założono, że u grupy osób DDA, która uczestniczyła w zjazdach z zajęciami arteterapii strategia radzenia sobie ze stresem poszukiwanie wsparcia emocjonalnego wzmocniła się. W tym wypadku jednak nie odnotowano różnic istotnych statystycznie $t(29) = -0,995; p = 0,328$ (tabela 5). Hipotezę drugą należy więc odrzucić.

Hipoteza trzecia brzmiała, że u grupy osób DDA, które wzięły udział w zjazdach z zajęciami arteterapii strategia radzenia sobie ze stresem – pozytywne przewartościowanie i rozwój – wzmacnia się. W tym wypadku różnica okazała się być istotna, bowiem $t(29) = -4,309; p < 0,001$. Osoby przed arteterapią uzyskują niższy wynik w tej strategii radzenia sobie ze stresem ($M = 2,39; SD = 0,57$) niż osoby po arteterapii ($M = 2,94; SD = 0,57$). Odnotowano

również stosunkowo dużą wielkość efektu, ponieważ d Cohena wyniosło 0,79 (tabela 5). Na tej podstawie przyjęto hipotezę trzecią.

Kolejną hipotezą czwartą brzmiała: u grupy osób DDA, które wzięły udział w zjazdach z zajęciami arteterapii strategia radzenia sobie ze stresem – akceptacja – wzmacnia się. Jak wskazuje tabela 5 wynik przed terapią jest niższy ($M = 2,50$; $SD = 0,43$) niż po terapii ($M = 2,75$; $SD = 0,57$), a różnica ta jest istotna statystycznie $t(29) = -3,109$; $p = 0,004$, przy średniej wielkości efektu ($d = 0,57$). Hipotezę czwartą można więc przyjąć.

Hipoteza piąta została odrzucona. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w zakresie strategii radzenia sobie ze stresem polegającej na koncentracji na emocjach i ich wyładowaniu u grupy osób DDA, które wzięły udział w zjazdach z zajęciami arteterapii. W tym wypadku $t(29) = -1,282$; $p = 0,210$ (tabela 5).

Stwierdzono jednak, że możliwe jest przyjęcie hipotezy szóstej. Zakłada ona, że w grupie osób DDA, która wzięła udział w zjazdach z zajęciami arteterapii strategia radzenia sobie ze stresem - zażywaniu alkoholu lub innych środków psychoaktywnych - osłabia się. Rzeczywiście przed terapią średni wynik dla tej strategii jest wyższy ($M = 1,90$, $SD = 0,88$) niż po terapii ($M = 1,40$; $SD = 0,49$). Różnica ta jest istotna statystycznie $t(29) = 3,942$; $p < 0,001$, a wielkość efektu jest stosunkowo wysoka, bowiem d Cohena wyniosło 0,72 (tabela 5).

Przyjęta została również hipoteza siódma, zgodnie z którą w grupie osób DDA, która wzięła udział w zjazdach z zajęciami arteterapii strategia radzenia sobie ze stresem – zaprzeczanie – osłabia się. Wyniki w tabeli 5 wskazują na statystycznie istotnie wyższy wynik przed terapią ($M = 2,05$; $SD = 0,61$) niż po terapii ($M = 1,56$; $SD = 0,54$) przy $t(29) = 4,265$; $p < 0,001$ oraz stosunkowo dużej wielkości efektu ($d = 0,78$).

Zgodnie z hipotezą ósmą w grupie osób DDA, która wzięła udział w zjazdach z zajęciami arteterapii strategia radzenia sobie ze stresem – odwracanie uwagi – osłabia się.

Istotnie odnotowano niższe wyniki w tej skali przed terapią ($M = 2,27$; $SD = 0,68$) niż po terapii ($M = 1,56$; $SD = 0,54$). Wartość testu t jest istotna statystycznie i pozwala na przyjęcie tej hipotezy ($t(29) = 3,870$; $p = 0,001$). Wielkość efektu d Cohena dla tej różnicy wyniosła $0,71$, jest więc stosunkowo duża (tabela 5).

Przyjęto również hipotezę dziewiątą. Zakładała ona, że w grupie osób DDA, która wzięła udział w zjazdach z zajęciami arteterapii strategia radzenia sobie ze stresem – zaprzestanie działań – osłabia się. Istotnie dla tej skali średnia przed terapią jest wyższa ($M = 2,21$; $SD = 1,67$) niż po terapii ($M = 1,67$; $SD = 0,55$). Jednocześnie różnica ta jest istotna statystycznie, bowiem $t(29) = 4,958$; $p < 0,001$, zaś wielkość efektu należy zinterpretować jako dużą, jako że d Cohena wyniosło $0,90$ (tabela 5).

Tabela 6.

Wyniki testu t dla prób niezależnych dla hipotezy 1 oraz hipotez od 11 do 14

Skala	grupa	M	SD	t	df	p	d
PSS-10	eksperymentalna	23,40	4,06	-1,125	58	0,265	0,29
	kontrolna	24,43	2,98				
Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego	eksperymentalna	2,73	0,50	1,559	58	0,124	0,40
	kontrolna	2,50	0,65				
Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój	eksperymentalna	2,94	0,57	4,048	58	0,000	1,04
	kontrolna	2,38	0,49				
Akceptacja	eksperymentalna	2,75	0,57	2,300	58	0,025	0,59
	kontrolna	2,43	0,49				
Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowanie	eksperymentalna	2,89	0,42	1,396	58	0,168	0,36
	kontrolna	2,72	0,54				

Źródło: Opracowanie własne. Skróty: M – średnia, SD – odchylenie standardowe, t – wynik testu t Studenta, df – liczba stopni swobody, p – istotność statystyczna, d – d Cohena.

t niezależnych

W dalszej części analiz statystycznych poddano weryfikacji i odrzucono hipotezę jedenastą. Potwierdzono, że w zakresie strategii poszukiwania wsparcia emocjonalnego wyniki osób z grupy z arteterapią są wyższe ($M = 2,73$; $SD = 0,50$) niż u osób z grupy kontrolnej ($M = 2,50$; $SD = 0,65$). Jednak różnica ta jest nieistotna statystycznie $t(58) = 1,559$; $p = 0,124$ (tabela 6).

Potwierdzono natomiast istotność statystyczną hipotezy dwunastej. Wyniki w tabeli 6 wskazują, że wartości dla skali radzenia sobie ze stresem pozytywne przewartościowanie i rozwój są wyższe w grupie eksperymentalnej ($M = 2,94$; $SD = 0,57$) niż w grupie kontrolnej ($M = 2,38$; $SD = 0,49$). Różnica jest istotna statystycznie $t(58) = 4,048$; $p < 0,001$, a wielkość efektu jest naprawdę duża, ponieważ d Cohena wyniosło 1,04.

Dla skali radzenia sobie ze stresem akceptacja stwierdzono wyższy wynik dla grupy eksperymentalnej ($M = 2,75$; $SD = 0,57$) niż dla grupy kontrolnej ($M = 2,43$; $SD = 0,49$). Różnica ta jest istotna statystycznie, ponieważ $t(58) = 2,300$; $p = 0,025$, przy średniej wielkości efektu ($d = 0,59$; tabela 6). Pozwala to na przyjęcie hipotezy trzynastej.

Odrzucono natomiast hipotezę czternastą, zgodnie z którą strategia radzenia sobie ze stresem powinna być wyższa dla grupy eksperymentalnej z arteterapią niż dla grupy kontrolnej bez arteterapii. Takiej różnicy jednak nie stwierdzono. Jak wskazuje tabela 6 dla tej skali $t(58) = 1,396$; $p = 0,168$.

Dyskusja wyników

Arteterapia jest działaniem, które ma wpływ na poziom odczuwanego stresu i napięcia organizmu. Pomocnym może być w grupach o zdiagnozowanym syndromie DDA/DDD wzmacniając strategie radzenia sobie ze stresem lub osłabiając te strategie, które są niekorzystne dla jednostki.

Temat niniejszej pracy brzmiał: „Działanie terapeutyczne arteterapii jako reduktor stresu u DDA i DDD”. Podjęto się znalezienia odpowiedzi na pytanie jak zajęcia arteterapeutyczne wpływają na redukcję stresu oraz na sposoby radzenia sobie ze stresem u osób ze zdiagnozowanym syndromem DDA/DDD. W oparciu o powyższe treści można zauważyć, iż część hipotez badawczych potwierdziła się, a inna nie.

Za hipotezę badawczą przyjęto: U grupy osób DDA które biorą udział w zajęciach arteterapii poziom stresu jest niższy niż w grupie kontrolnej. Weryfikacja postawionej hipotezy nie potwierdziła się. Odnosiła się do poziomu odczuwanego stresu. Pomiędzy grupami kontrolną i eksperymentalną nie odnotowano różnic istotnych statystycznie co wykazało badanie i wynik testu t (tabela 6). Hipotezę badano kwestionariuszem COPE i PSS -10. Znaczącym może być przedział czasowy badanych uczestników. Zjazdy arte obejmowały 4 sesje weekendowe rozłożone nieregularnie w przedziale czasowym, wielokrotnie przekładane ze względu na trudny czas pandemii i restrykcje z tym związane. Badani uczestnicy podlegali testom przed pierwszym rozpoczęciem cyklu zjazdów i po 4 zjazdach (na samym końcu). Forma była mało regularna, wiązała się z dojazdami na zajęcia i jej przebieg mimo odpowiedniego programu arte zawierał elementy stresowe. Za bardzo istotną rzecz uważam czynnik spokoju, który jest wart uwagi i jego wdrożenia w tego typu działaniach. Nerwowość, dodatkowe niewiadome to przyczyna elementów osłabiających całość procedury. Do dogłębnej weryfikacji hipotezy istnieje potrzeba uwzględnienia większej ilości zjazdów arte, rozszerzonej ilości godzin i czasu,

by móc określić subiektywny stan natężenia stresu. Terapia psychologiczna jest procesem rozłożonym w czasie, podobnie zajęcia arteterapeutyczne dobrze, jeżeli odbywają się w sposób systematyczny, z doborem godzinowym, bez przeciążania uczestników. Stała grupa, regularność spotkań, spokój, niezakłócony rytm, dobór ram czasowych mają ogromne znaczenie i wpływ na jakość badania.

Odrzucono hipotezę numer 10 która brzmiała: Zjazdy osób DDA z arteterapią obniżają poziom stresu uczestników bardziej niż standardowe zjazdy bez zajęć artystycznych. Dane uniemożliwiają weryfikację hipotezy 10, gdyż zawierają tylko jeden rodzaj wyników dla grupy kontrolnej. Nie można więc porównać różnic, które odnotowano w grupie eksperymentalnej i kontrolnej (brak zmiany w grupie kontrolnej). Ze względów technicznych grupa kontrolna badana była tylko raz. Istnieje potrzeba dodatkowych, bardziej szczegółowych badań, w sprzyjających warunkach i okolicznościach z uwzględnieniem szerokich ram czasowych. Należy w związku z tym podjąć działania mające na celu ponowną weryfikację tej hipotezy.

Reasumując treści zawarte w powyższej pracy udało się pozytywnie uzyskać przyjęcie aż 7 hipotez badawczych dotyczących strategii radzenia sobie ze stresem. Można więc zauważyć, iż działania arteterapeutyczne są warte kontynuacji, gdyż każdy mały krok w kierunku redukcji stresu to postęp i wpływ na lepszą jakość życia. Napawa optymizmem fakt, iż pozytywne przewartościowanie, rozwój i akceptacja jako strategie radzenia sobie ze stresem wzmacniają się po 4 sesjach arte.

Dowodzono także że zażywanie alkoholu i środków psychoaktywnych po zajęciach artystycznych zmniejsza się. Potwierdziły się hipotezy dotyczące strategii zaprzeczania, odwracania uwagi i zaprzestania działań, które to ulegają osłabieniu po zjazdach artystycznych. Tak jak zakładano umocnieniu poddaje się pozytywne przewartościowanie i akceptacja.

Podsumowując dotychczasowe rozważania należy zwrócić uwagę na konieczność rozwijania różnych form zajęć arteterapeutycznych i dalszej edukacji w tej przestrzeni .

To że w sposób jednoznaczny nie uzyskano potwierdzenia iż wpływ zajęć arte redukuje poziom stresu odczuwanego przez DDA/DDD, nie oznacza ,że ten wpływ nie istnieje .Widać dzięki uzyskanym badaniom i potwierdzeniu hipotez ,który obszar uległ poruszeniu .W tej przestrzeni leżą strategie radzenia sobie ze stresem ,które sprzyjają jego redukcji ,a tym samym potwierdzają wcześniejsze badania naukowe opisywane w niniejszej pracy .Przynoszą także korzyści dla dalszego rozwoju człowieka.

Niepokoi to, że odrzucona została hipoteza, iż poziom wsparcia wzmacnia się po 4 zjazdach. Z dotychczasowych rozważań wynika fakt odrzucenia hipotezy dotyczącej koncentracji na emocjach i wyładowania. Nie ulega on wzmocnieniu ani się nie umacnia. Nasuwa się pytanie o zaistniałą potrzebę kontynuacji badań obejmującą większy obszar czasowy, z rozszerzoną liczbą godzin arte, uwzględniającą opisany wcześniej czynnik spokoju, by stwierdzić faktycznie czy hipotezy nie ulegną zmianie.

DDA jest specyficzna grupą i potrzebuje sporo czasu by móc zaufać, stąd pomysł z rozszerzeniem na większą ilość godzin grup z zajęciami arte i konieczność zmiany doboru formy zajęć dotyczących koncentracji na emocjach i wyładowywania. Może znaczącym byłoby połączenie warsztatów arte z zajęciami pozwalającymi na większą ekspresję ciała i na bardziej swobodny przepływ. Mniej kontroli, więcej żywej ekspresji. Takiego wyrażania siebie, które zainicjuje ruch. Może formy warsztatów Lowena w połączeniu z ekspresją artystyczną? Tworzenia nowego obrazu siebie po sesji eksperymentalnej?

Perspektywą do przeprowadzenia nowych badań mogłoby być badanie dotyczące tego jakie oczekiwania w stosunku do zajęć arte pod kątem obniżania stresu mają sami uczestnicy warsztatów. Może wskazałoby oni gotowe rozwiązania, które można byłoby zastosować, aby

poziom stresu obniżał się w sposób znaczący i sprzyjał jego redukcji oraz wytyczyliby zakres budowania współpracy i wsparcia przez kreatywną zabawę. Ważnym działaniem będą łączone formy arteterapii sprzyjające wyrażaniu emocji przez ekspresję oraz obserwacja tej różnorodności i innowacyjności.