

ARTETERAPIA — MECHANIZMY DZIAŁANIA Z PERSPEKTYWY NEUROPSYCHOLOGII

ART THERAPY — WORKING MECHANISMS FROM THE NEUROPSYCHOLOGICAL PERSPECTIVE

Zakład Psychologii Ogólnej i Psychodiagnostyki
Instytut Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. Władysław Jacek Paluchowski

Autorka artykułu podejmuje próbę wyjaśnienia mechanizmów działania terapii przez sztukę w oparciu o teorie neuropsychologiczne. Wskazują one na to, iż arteterapia (której istotę przedstawia artykuł, odróżniając ją od innych aktywności plastycznych) może prowadzić do zmian neurofizjologicznych. Stają się one podłożem, dokonującej się w ramach procesu terapeutycznego, pozytywnej zmiany w zakresie myślenia, emocji i zachowań.

artpsychotherapy neuropsychology

Summary: Therapy with art, called art therapy or artpsychotherapy is a form of professional psychological help. Exploring its working mechanisms is a vital task for art therapy research and practice. This aim can be achieved by analysing changes observed on the neurophysiological level during art therapy sessions. Neuropsychological theories and research findings show that art therapy can lead to significant changes such as an increase in the brain hemisphere integration. These processes can explain the therapeutic change in cognitive, emotional and behavioral functioning of the clients. Neuropsychology expands an understanding of art therapy working mechanisms and gives solid support for art therapy practice.

Wprowadzenie

Od wieków przyjmuje się, że twórczość artystyczna może mieć działanie lecznicze [1]. Zrozumienie sposobu oddziaływania terapii przez sztukę, nazywanej arteterapią, jest warunkiem wyjaśnienia, w jaki sposób zaangażowanie w twórczość może prowadzić do zmiany zachowania, odczuwania i myślenia osoby uczestniczącej w terapii. Chociaż sztuka stosowana w terapii może bardziej kojarzyć się z metaforycznym „czuciem i wiarą” (czyli intuicją oraz emocjami) niż ze „szkiełkiem i okiem” (czyli racjonalizmem), to jednak tego wyjaśnienia coraz częściej poszukuje się w ustaleniach naukowych. Potrzeba prowadzenia badań empirycznych, które pozwoliłyby chociaż częściowo wyjaśnić skuteczność oraz mechanizmy działania arteterapii, jest kwestią podnoszoną obecnie przez wielu autorów [2, 3]. Cathy Malchiodi [4], za Kaplanem, podkreśla ogólne znaczenie naukowej świadomości w praktyce arteterapeutycznej, w tym szczególnej świadomości w zakresie neuropsychologicznych procesów leżących u podłoża zachodzących zmian.

Zdaniem Louisa Cozolino [5] rozwój psychoterapii, bez względu na jej rodzaj, w sposób pośredni stale jest moderowany przez procesy neurologiczne, a każda forma terapii jest

skuteczna na tyle, na ile jest powiązana z procesami budującymi i modyfikującymi struktury nerwowe w mózgu. Dlatego też dane na temat działania arteterapii coraz częściej próbuje się uzyskać poprzez metody umożliwiające badanie zmian w strukturach neurologicznych, które są traktowane jako podłoże procesów psychicznych [6]. Związek neuronauki z arteterapią dotyczy wszystkich rodzajów praktyki arteterapeutycznej [6]. Dokładniejsza analiza wkładu neuronauki w rozwój wiedzy o terapii przez sztukę wymaga wcześniejszego omówienia pojęcia arteterapii i opisu zjawiska, które kryje się pod tym terminem.

Definicja arteterapii

Termin „arteterapia” składa się z dwóch części (bardziej widoczne jest to w języku angielskim: „art therapy”), co sugeruje, że jest to działanie bazujące na dwóch równoważnych elementach: sztuce (twórczości) i terapii. Zgodnie z definicją Case i Dalley [7] arteterapia, którą w literaturze anglojęzycznej coraz częściej nazywa się artepsychoterapią, jest wykorzystaniem środków artystycznych do wyrażania i przepracowywania trudności osoby uczestniczącej w terapii (s.1). Amerykańskie Stowarzyszenie Arteterapeutów [8] definiuje to zjawisko nieco szerzej, wskazując, iż arteterapia jest profesjonalną formą pomocy, w której wykorzystuje się twórczość artystyczną w celu poprawy psychicznego i fizycznego dobrostanu klientów w każdym wieku. Bazuje ona na idei, że proces twórczy jest związany z niewerbalną autoekspresją i ma właściwości leczące oraz poprawiające jakość życia. Z kolei Elżbieta Marek w proponowanej przez siebie definicji wskazuje również na diagnostyczny aspekt stosowania środków artystycznych w terapii [9, s. 105]. Arteterapia ma repertuar metod o wyjątkowej specyfice, który jest jej wyróżnikiem wśród innych form psychoterapii. Jej esencją jest proces tworzenia [7]. Działania arteterapeutyczne polegają na korzystaniu z różnego rodzaju twórczości (tj. sztuk plastycznych, muzyki, tańca i ruchu, literatury) i mogą przyjmować rozmaite formy [10]. W tym opracowaniu ograniczono się do zagadnienia terapii przez twórczość plastyczną.

W arteterapii, tak jak w innych nurtach psychoterapii, uczestniczy zarówno osoba wspomagana (nazywana klientem lub pacjentem), która przejawia trudności lub zaburzenia w sferze psychicznej, somatycznej lub społecznej, jak i osoba wspomagająca, w tym przypadku arteterapeuta. Obecność tych dwóch stron jest podstawą do utworzenia specyficznego związku, zwanego relacją terapeutyczną. Powstanie tego związku ma kluczowe znaczenie, ponieważ jest on jednym z głównych czynników leczących w procesie terapeutycznym [11]. Kontekst psychoterapeutyczny, z właściwymi mu czynnikami leczącymi, stanowi podstawową różnicę między arteterapią a zajęciami plastycznymi czy terapią zajęciową. Arteterapeuta stwarza bezpieczne i wspierające środowisko, w którym zachodzą jednocześnie dwa procesy: tworzenia oraz dążenia do terapeutycznej zmiany [12]. Arteterapię stosuje się w pracy z dziećmi i młodzieżą oraz osobami dorosłymi (indywidualnie i grupowo), w wielu zaburzeniach takich jak na przykład: ADHD, autyzm, zaburzenia psychotyczne, afektywne, zachowania, osobowości, konsekwencje wykorzystania seksualnego, uzależnienia, psychologiczne konsekwencje chorób nowotworowych [4].

Pojedyncza sesja arteterapii zazwyczaj składa się z dwóch części: praktycznej oraz dyskusyjnej (refleksyjnej). W części praktycznej uczestnicy korzystają z różnych materiałów. Te dwie części są w terapii nierozłączne, ponieważ przeprowadzenie tylko jednej

z nich nie przyniosłoby pełnego efektu terapeutycznego i utrudniłoby osiągnięcie zakładanych celów psychologicznej zmiany. Nie oznacza to jednak, że należy zmuszać klienta do wypowiadania się. Powinno się zachęcać go do tego i stwarzać bezpieczne warunki do rozmowy tak, aby mógł ją w każdej chwili podjąć, jeśli będzie miał taką potrzebę [13, 14]. Połączenie aktywności plastycznej o charakterze niewerbalnym z jej omówieniem ma istotne znaczenie z punktu widzenia zmian w aspekcie neuropsychologicznym. Kwestia ta zostanie omówiona w dalszej części artykułu.

Neuropsychologiczne podłoże arteterapii

Rozumienie sposobu funkcjonowania mózgu i jego roli w procesach emocjonalnych, poznawczych oraz zachowaniu człowieka jest niezmiernie istotne w podchodzeniu do problemów, które są powodem podjęcia terapii [4]. Wprawdzie większość badań z zakresu neuropsychologii w psychoterapii odnosi się do wszystkich jej rodzajów, ale zdaniem Malchiodi można wyróżnić kilka obszarów specyficznych dla arteterapii [4]. Dotyczą one takich zjawisk, jak: przemiany w strukturach mózgowych w trakcie arteterapii w kontekście relacji matka–dziecko, związek twórczości plastycznej podczas terapii z psychofizjologią emocji oraz neurobiologiczne podstawy recepcji obrazów i procesu ich tworzenia [4, 15]. Ponieważ wszystkie te zagadnienia są ze sobą wzajemnie powiązane, w niniejszym tekście nie będą rozgraniczane, lecz rozpatrywane łącznie jako kwestie przeplatające się w rozważaniach na temat arteterapii z perspektywy koncepcji neuropsychologicznych. Aby zrozumieć, co i jak może być usprawnione przez arteterapię, trzeba najpierw wiedzieć, co i dlaczego z perspektywy neuropsychologii może tej interwencji wymagać.

Mózg niemowlęcia kształtuje się w zależności od pierwszej relacji, którą nawiązuje ono z opiekunem [16]. Od urodzenia obszary korowe odpowiedzialne za przetwarzanie informacji tworzą połączenia nerwowe, a emocjonalna więź pomiędzy opiekunem a dzieckiem ma bardzo znaczny wpływ na rozwój i dojrzewanie mózgu [16]. Interakcja, w której dochodzi do częstego pobudzania neuronów, ma wpływ na uczenie się oraz formowanie śladów pamięciowych i wspomnień. Doświadczanie stabilnej i troskliwej opieki we wczesnym dzieciństwie koreluje z prawidłowym rozwojem dziecka [15]. Szczególne znaczenie dla dojrzewania oraz zmian mózgu mają doświadczenia z pierwszych dwóch lat życia [15].

Z kolei fizyczne, emocjonalne oraz poznawcze nadużycie lub zaniedbanie często ma neurobiologiczne konsekwencje w postaci długotrwałego poczucia strachu i zagrożenia w późniejszym życiu. W takiej sytuacji istnieje również zagrożenie deprivacją stymulacji mózgu, która kończy się śmiercią neuronów [15]. Ekspozycja na silną przemoc może zakłócać proces rozwoju dziecka, wpływać negatywnie na pamięć, funkcje poznawcze, uczenie się, rozwój osobowości [17]. Doświadczenie, które wywołuje u dziecka psychiczny ból oraz lęk, z którym nie może ono sobie poradzić i które uszkadza jego mózg, definiowane jest jako trauma. Trauma jest obiektem szczególnego zainteresowania neuronauki, ponieważ uważa się, że jest doświadczeniem zarówno o charakterze psychicznym, jak i fizjologicznym [4]. Chociaż wiele części mózgu bierze udział w reakcji na traumę, to układ limbiczny, będąc skupiskiem instynktów przeżycia, jest tym, któremu poświęca się szczególną uwagę. Ostatnie odkrycia wskazują na jego znaczącą rolę w sensorycznym zapamiętywaniu wydarzeń stresowych i traum.

W niemowlęctwie prawa część kory mózgowej rozwija się szybciej niż lewa, co zdaniem niektórych autorów jest dowodem na to, że interakcje pomiędzy dzieckiem i opiekunem zachodzą poprzez aktywację prawej półkuli [16]. Siegel [18] twierdzi, że tak jak rozwój lewej półkuli jest uzależniony od rozwoju językowego, tak prawidłowy rozwój prawej zależy od stymulacji emocjonalnej. U dzieci poniżej trzeciego roku życia prawa półkula mózgu dominuje pod względem przetwarzania, ekspresji oraz regulacji informacji emocjonalnej [18]. W związku z tym, pojawiająca się trauma powoduje zniszczenia głównie w prawej półkuli. Jak wskazuje O'Brien [17], w badaniach, w których osoby doświadczające traumę przeżywały ją powtórnie w wyobraźni, wystąpił wzrost aktywności wyłącznie w prawej półkuli; dokładniej — w obszarze odpowiedzialnym za pobudzenie emocjonalne, czyli w części układu limbicznego połączonej z ciałem migdałowatym, która jest odpowiedzialna za przeżywanie lęku. Aktywacji tych obszarów towarzyszył wzrost aktywności kory mózgowej w prawej półkuli odpowiedzialnej za wzrok. Natomiast obszar lewej półkuli, zwany ośrodkiem Broca, odpowiedzialny za językowe porządkowanie wcześniejszego doświadczenia, był nieaktywny.

Bardzo obciążające doświadczenia emocjonalne, do których należy trauma, są więc zakodowane przez system limbiczny jako doznania sensoryczne [4]. Doświadczenie chronicznego stresu powoduje przesunięcie ze zintegrowanych uczuć i myśli powiązanych z funkcjonowaniem płatów czołowych w kierunku limbicznej reakcji walki i ucieczki [15]. U niemowląt doświadczających destrukcyjnej więzi z opiekunem dochodzi do zniszczenia ścieżek neuronowych kory mózgowej, hipokampa oraz spoidła wielkiego, co jest przyczyną hamowania w przepływie informacji pomiędzy półkulami mózgowymi i uniemożliwia przemianę doświadczenia sensorycznego w język [16]. Przeżyty kryzys osłabia funkcje regulacyjne kory, pozbawiając zdolności używania słów [4]. Skutki tego można obserwować u osób, które doświadczają trudności w zakresie rozpoznawania i komunikowania emocji i które najczęściej wyrażają je poprzez zachowanie [17]. W terapii z takimi osobami pojawia się konieczność pracy bez werbalizacji. Można tego dokonać dzięki aktywizacji prawej półkuli mózgu, której procesy są kluczowe także dla arteterapii. Prawa półkula wytwarza i magazynuje obrazy [17]. Wyniki badań neuronalnych wskazują na to, że obrazy rzeczywiste i te, które sobie wyobrażamy, aktywują korę mózgu w podobny sposób [4]. Innymi słowy, organizm ludzki reaguje na obrazy wyobrażone tak, jak gdyby pochodziły one ze świata realnego. Aktywność prawej półkuli ujawnia się podczas czynności niewerbalnych, takich jak rysowane lub opis uczuć czy zdarzeń za pomocą rysunku.

Aktywacja prawej półkuli odpowiedzialnej za wzrok, poprzez wykorzystanie materiałów plastycznych (takich jak farba), może wydobyć z zapomnienia wyobrażenia związane z wcześniejszymi doświadczeniami emocjonalnymi [17]. Sztuka jest naturalnym sposobem ekspresji emocji, ponieważ angażuje dotyk, zapach oraz inne zmysły, pobudzając wspomnienia sensoryczne w sposób, jakiego nie przyniosą interwencje werbalne [4]. Kolory, kształty i tekstury łatwo wzbudzają wspomnienia mieszczące się w układzie limbicznym, arteterapia umożliwia więc wyrażanie niezwerbalizowanych emocji poprzez twórczość, ekspresję emocji oraz ćwiczenie regulacji afektu [15]. Stosowanie środków artystycznych stanowi więc potencjalne narzędzie do radzenia sobie z traumą. Zadania plastyczne, takie jak na przykład: „Narysuj, co się wydarzyło”, nie tylko są efektywne we wzbudzaniu wspomnień sensorycznych, ale także dostarczają możliwości opisu wczesnodziecięcego

doświadczenia dzięki elementom poznawczym i językowi. To z kolei prowadzi do redukcji stresu, związanej z tym wydarzeniem oraz jego przywołaniem [15].

Zdaniem Malchiodi [4] arteterapia jest również wysoce efektywna w osiągnięciu psychofizjologicznej relaksacji i równowagi emocjonalnej, aktywność plastyczna bowiem (np. rysowanie czy rzeźbienie) przynosi okazję interakcji dla nerwów czuciowych i ruchowych [15]. Doznania sensoryczne obejmują dotyk, ruch, doświadczenia wizualne i dźwięk. Poprzez aktywność plastyczną, z którą związane są doznania sensoryczne oraz ruchy kinestetyczne, może zachodzić ekspresja, doświadczenie i nauka regulacji emocji. Nerwy czuciowe (afferentne) dostarczają informacji sensorycznej wypływającej z kontaktu z materiałami plastycznymi, co może wywołać uczucie przyjemności lub dyskomfortu. Jednocześnie nerwy ruchowe (eferentne) powodują skurcze mięśni potrzebne do rysowania, malowania czy rzeźbienia. Działania arteterapeutyczne umożliwiają klientowi kontakt z terapeutycznym otoczeniem oraz przynoszą ulgę poprzez fizyczne odreagowanie napięcia emocjonalnego, zwane w koncepcjach psychodynamicznych — katharsis [15].

Jednak osiągnięcie stabilności emocjonalnej wymaga również integracji funkcjonowania lewej i prawej półkuli mózgu [15]. Połączenia między lewą i prawą półkulą przebiegają przez spoidło wielkie. Chociaż obie półkule dzielą więcej funkcji niż pierwotnie sądzono, istnieją pewne dominujące funkcje osadzone w każdej z nich. Prawej półkuli przypisuje się w większej mierze funkcje emocjonalne, związane z intuicją oraz brakiem werbalizacji, podczas gdy lewa półkula charakteryzuje się większą orientacją na rozwiązywanie problemów, funkcje poznawcze i językowe [15]. Arteterapia może wspomagać regulację emocji poprzez wzrost zaangażowania funkcji kory mózgu lewej półkuli, która jak już wcześniej wspomniano z natury pozostaje mniej aktywna w trakcie pracy nad traumą.

Dawniej twórczość artystyczną przypisywano wyłącznie aktywności prawej półkuli [4]. W rzeczywistości lewa półkula również jest w nią zaangażowana, co jest widoczne w pracach osób z uszkodzeniami niektórych obszarów mózgu. Wyniki badań z zastosowaniem pozytronowej tomografii emisyjnej (PET) wskazują na to, że wykonanie nawet bardzo prostego rysunku wymaga złożonej interakcji pomiędzy wieloma partiami mózgu [4]. Tak więc już sama twórczość plastyczna powoduje pewną aktywizację obszarów lewej półkuli.

Jeszcze silniejsza aktywizacja lewej półkuli zachodzi wtedy, kiedy wykonane dzieło jest omawiane, na przykład w sytuacji, w której terapeuta prosi klienta o zatytułowanie swojej pracy i rozmowę na temat związanych z nią odczuć. Jak już wcześniej wspomniano, lewa półkula specjalizuje się w recepcji języka oraz jego rozwoju. Język oraz komunikacja społeczna przyczyniają się bezpośrednio do regulacji afektu. Nazywanie uczuć jest efektywną strategią regulacji negatywnych reakcji emocjonalnych [15]. Automatyczne wyrażanie i etykietowanie uczuć redukuje aktywność ciała migdałowatego i powoduje wzrost aktywacji korowej. Praktyka rozmów z klientem na temat uczuć, na temat dzieł powstających w trakcie arteterapii może przyczynić się do stosowania tej strategii kontroli emocji w sposób zautomatyzowany [15].

Przykładem specyficznej metody arteterapeutycznej, która zakłada integrację prawej i lewej półkuli w celu wprowadzenia terapeutycznej zmiany, jest metoda zwana twórczością bilateralną (bilateral art). Twórczość bilateralna jest neurologicznie osadzoną metodą arteterapeutyczną, w której angażuje się obie ręce w proces tworzenia rysunku na temat

skonfliktowanych elementów doświadczenia. Zdaniem McNamee [19] osadzona neurobiologicznie twórczość bilateralna może sprzyjać integracji funkcji lewej i prawej półkuli. Wykorzystuje ona procesy neurologiczne do leczenia zaburzeń o charakterze nieneurologicznym. W tej terapii pacjent angażuje zarówno dominującą, jak i niedominującą rękę w proces tworzenia, tym samym — obie półkule mózgowe.

Jak donosi Carole McNamee [19], pozytywne efekty tej terapii otrzymano w pracy z pacjentami, którzy doświadczali takich problemów, jak: konflikt rozstaniowy, problemy rodzicielskie, trauma i problemy z samooceną, poczucie straty, fałszywe przekonania poznawcze. Skuteczność terapii przejawiająca się zmianami zachowania jest zdaniem autorki skutkiem „współpracy” lewej półkuli mózgu, która jest odpowiedzialna za rozwiązywanie problemów, mowę i język, z prawą półkulą, która jest bardziej wyspecjalizowana w tworzeniu wyobrażeń, mowie niewerbalnej, a także myśleniu holistycznym i intuicyjnym. Ten rodzaj terapii ułatwia integrację logicznej i rozumowej wiedzy pacjenta z jego bardziej „emocjonalnymi”, obrazowymi i intuicyjnymi doświadczeniami. Integracja ta sprzyja eksploracji różnych perspektyw, odnajdywaniu większej liczby rozwiązań oraz bardziej racjonalnemu podejmowaniu decyzji. Metoda, chociaż dosyć nowatorska, wydaje się niezwykle obiecująca. Ograniczeniem tego podejścia jest spekulatywny charakter wyjaśnienia mówiącego o integracji półkul mózgowych. Wprawdzie dane neuronauki wskazują na poprawność tego podejrzenia, to jednak wymaga ono dalszych badań.

Zakończenie

Neuropsychologia jest źródłem naukowego wyjaśniania sposobu oddziaływania arteterapii. Wykorzystywanie technik neuroobrazowania do opisu i wyjaśniania zmian w funkcjach i strukturach mózgowych — a w konsekwencji w odczuwaniu, myśleniu i zachowaniu — na skutek arteterapii jest szczególnie atrakcyjną formą uzyskiwania wiedzy o procesach zachodzących pod wpływem zewnętrznego oddziaływania. Ich dużą wartością jest bezpośredni oraz „twardy”, w porównaniu chociażby z danymi uzyskiwanymi z kwestionariuszy, charakter. Do słabości tego podejścia należy koszt i ograniczona dostępność technologii koniecznej do przeprowadzania tego typu badań oraz trudność jednoznacznej interpretacji obserwowanych zmian. Związane z nią jest też zagrożenie redukcjonizmem i nadmiernymi uproszczeniami.

Jednak teoretyczne rozważania na temat neuropsychologicznego podłoża działania arteterapii, oparte na wynikach badań, kształtują wiedzę o ważnym aspekcie tej dziedziny. Dzięki nowatorskiemu spojrzeniu i dużej mocy wyjaśniającej, droga ta wydaje się przyszłością zarówno praktycznej, jak i teoretycznej strony arteterapii. W miarę kolejnych ustaleń dokonanych na polu neuropsychologii będziemy dowiadywać się więcej o tym, jak twórczość plastyczna może pomagać ludziom w pokonywaniu trudności oraz w realizacji potencjałów. Wyjaśnienia te będą miały swoje odzwierciedlenie w sposobie, w jaki arteterapia będzie stosowana w celu leczenia zaburzeń i trudności o charakterze emocjonalnym, fizycznym i społecznym [4]. Przyszłe próby pozyskiwania informacji na temat zmian o charakterze neurobiologicznym pod wpływem arteterapii mogą owocować rozwojem nowych, ważnych i przede wszystkim skutecznych interwencji [15].

Piśmiennictwo

1. Darley S, Heath W. *The expressive arts activity book*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2008.
2. Edwards D. The role of the case study in art therapy research. *Int. J. Art Ther. Inscape*. 1999; 1: 2–9.
3. Gilroy A. *Art Therapy, Research and Evidence-Based Practice*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications; 2008.
4. Malchiodi CA. Art therapy and the rain. W: Malchiodi CA, red. *The handbook of art therapy*. New York: The Guilford Press; 2003, s. 21–43.
5. Cozolino LJ. *Neuronauka w psychoterapii*. Poznań: Zysk i Ska; 2004.
6. Hass-Cohen N, Carr R. *Art Therapy and Clinical Neuroscience*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2008.
7. Case C, Dalley T. *The Handbook of art therapy*. New York: Routledge; 2006.
8. American Art Therapy Association, www.arttherapy.org/join.htm; 2009; pozyskano dnia 10.01.2009.
9. Marek E. Arteterapia jako metoda wspomagająca pracę wychowawczą. W: Knapik M, Sacher A, red. *Sztuka w edukacji i terapii*. Kraków: Oficyna wydawnicza Impuls; 2004, s. 104–119.
10. Konieczna E. *Arteterapia w teorii i praktyce*. Kraków: Oficyna wydawnicza Impuls; 2006.
11. Czabała J. Cz. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1997.
12. Burick CR, McKelvey JB. Watercolors, pastels, and paintbrushes are therapeutic tools: art therapy aids patient expression. www.allbusiness.com/health-care-social-assistance/305501-1.html, 2004; pozyskano dnia 10.01.2009.
13. Muraszko B. Arteterapia w szkole. *Nowa Szkoła* 1995; 3; 5– 8.
14. Case C, Dalley T. *Art therapy with children. From infancy to adolescence*. New York: Routledge; 2008.
15. Hass-Cohen N. Partnering of art therapy and clinical neuroscience. W: Hass-Cohen N, Carr R. *Art therapy and clinical neuroscience*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2008, s. 21–43.
16. Schore A. *Affect regulation and the origin of the self*. Hillsdale: Erlbaum; 1994.
17. O'Brien F. The making of mess in art therapy: attachment, trauma and the brain. *Int. J. Art Ther. Form. Inscape*. 2004; 9: 2–13.
18. Siegel BS. *Love, medicine and miracles*. New York: Harper & Row; 1990.
19. McNamee C. Bilateral art: integrating arttherapy, family therapy, and neuroscience. *Contemp. Fam. Ther. Int. J.* 2005; 27: 545–557.

Adres: Instytut Psychologii
Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań

ZAWIADOMIENIE

Sobota – niedziela 24-25 X 2009 V Konferencja Trzech Sekcji PSYCHOTERAPIA WOBEC PRZEMOCY

Piątek 23 X 2009
Warsztat z cyklu **MISTRZOWIE W KRAKOWIE**
HARLENE ANDERSON
Centrum Dydaktyczno – Kongresowe
Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum
Kraków, ul. św. Łazarza 16

Szczegółowy program dostępny jest na stronie: www.sntr.org.pl

Organizator lokalny:

Sekcja Naukowa Terapii Rodzin, 31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a, Tel. 012 424 87 50
Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego: Bogdan de Barbaro <mzdebarb@cyf-kr.edu.pl>
Sekretariat: Izabela Janeczek <Izabela.janeczek@uj.edu.pl>

OPLATY KOFERENCYJNE

1. OSOBY, BĘDĄCE CZŁONKAMI JEDNEJ Z TRZECH SEKCJI I MAJĄCE UREGULOWANE SKŁADKI CZŁONKOWSKIE:

	Udział w warsztacie Harlene Anderson	Udział w Konferencji Trzech Sekcji	Udział w warsztacie oraz konferencji
Do 15 IX 2009	280.-	280.-	500.-
Po 15 IX 2009	300.-	300.-	580.-

2. OSOBY, NIE BĘDĄCE CZŁONKAMI ŻADNEJ Z SEKCJI LUB BĘDĄCE CZŁONKAMI KTÓREJŚ Z TRZECH Z SEKCJI, ALE Z NIEUREGULOWANYMI SKŁADKAMI koszt – jak powyżej podniesiony o 50 zł.

Ponadto zniżki na warsztat Harlene Anderson oraz na konferencję „Psychoterapia wobec przemocy”:

- dla studentów (dotyczy osób studiujących na pierwszym fakultecie) – 50% sumy podanej w tabeli.
- dla osób szkolących się w ramach kursów organizowanych przez sekcje (dotyczy osób w trakcie kursu, przed uzyskaniem certyfikatu, za okazaniem zaświadczenia o udziale w kursie):

	Udział w warsztacie Harlene Anderson	Udział w Konferencji Trzech Sekcji	Udział w warsztacie oraz konferencji
Do 15 IX 2009	260.-	260.-	450.-
Po 15 IX 2009	300.-	300.-	580.-

Uwaga: zniżki dotyczą tylko tych osób, które wpłaciły opłatę konferencyjną przed 15 IX 2009

Wpłaty na Konferencję „Psychoterapia wobec przemocy” należy uiszczać:

CZŁONKOWIE **SEKCJI NAUKOWEJ TERAPII RODZIN** POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO:

na konto Sekcji Naukowej Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
nr konta 65 1050 1445 1000 0012 0294 6412 z dopiskiem „Przemoc”

CZŁONKOWIE **SEKCJI NAUKOWEJ PSYCHOTERAPII** POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO:

na konto Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
nr konta 50 1020 1068 0000 1802 0072 6281 z dopiskiem „Przemoc”

CZŁONKOWIE **SEKCJI PSYCHOTERAPII POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHOLOGICZNEGO**

na konto Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego
nr konta 74 1240 6218 1111 0000 4618 7398 z dopiskiem „Przemoc”

- na warsztat Harlene Anderson **wpłaty tylko na konto Sekcji Naukowej Terapii Rodzin PTP:**

nr konta: 65 1050 1445 1000 0012 0294 6412 z dopiskiem „Warsztat Harlene Anderson”

ZGŁOSZENIA UDZIAŁU W KONFERENCJI: Prosimy o zgłaszanie się poprzez wypełnienie odpowiedniego formularza na stronie internetowej www.sntr.org.pl lub poprzez przesłanie wypełnionego formularza na adres organizatorów: Sekcja Naukowa Terapii Rodzin, 31-501 Kraków, ul. Kopernika 21 a