



Jakab Irén

„Firkálás” a művészetterápiában*

Teljesítményorientált világban élünk. A kisgyerek az illő étkezési szokások és szükségletei szabályozásának elsajátításáért jutalmat kap, ami a szülői szeretetben és ragaszkodásban nyilvánul meg. Az iskolában a teljesítményért jó jegyek járnak, időnként egy-egy tanári vállveregetés. Később, a felsőoktatásban a vizsgaeredményeket IBM-gépek állapítják meg, és a tanár mosolya is elmarad a jó munkáért. A munkahelyi verseny pedig már arra készítet, hogy egyre többet és többet érjünk el pénzért és státuszért cserébe.

A betegek többsége nem azért van elmeorvosi intézetben, mert fájdalmai vannak és szenved; azért kerülnek oda, mert nem képesek megfelelni a társadalom elvárásainak. Képtelenek produktív munkát végezni, pénzkeresettel gondoskodni magukról és a családjukról; vagy képtelenek a társadalom morális normái szerint teljesíteni, a társadalmi mércének megfelelni. Röviden, ők azok, akik „kudarcot vallottak”, és a társadalom nem igazán tolerálja, nem hagyja válasz nélkül a kudarcot. Túl vagyunk már azokon az időkön, amikor ez a válasz az elzárásban és a büntetés egyéb formáiban öltött formát. Ma a pszichiátriai intézetekben humánus módon kezelik a betegeket, akiket megpróbálunk visszavezetni a társadalomba.

Ebben a társadalmi beilleszkedést segítő gyógyító munkában van szerepe a művészetterápiának. Fel kell tennünk a kérdést: mi legyen a munkánkat meghatározó elv, a munkafilozófiánk? A művészetterápiában is legyünk ugyanolyan teljesítményorientáltak, mint az a világ, amelyben a páciens képtelen volt működni? A művészetterapeuta csak a „jó tanulót” jutalmazza, aki igyekszik a technikákat és a szakismereteket megtanulni, és a tanár elvárásainak megfelelni? Azt hiszem, ez elhibázott megközelítés lenne ahhoz, amit mi inkább a művészet általi „terápiának” szeretnénk nevezni. Ha a páciens az elvárások szerinti „jó tanuló” lenne, és el tudná sajátítani a készségeket, akkor nem került volna ebbe a helyzetbe.

A kórházi betegek kezelésében a képzőművészetek alkalmazására szorítkozva, mindenekelőtt szeretnénk különbséget tenni a nemrégiben felvett betegek és a

* Eredeti megjelenés: Irene Jakab (Topeka State Hospital): „Scribbling” in Art Therapy. *Journal of Music Therapy*, 1965, 2(1): 3-7.

hospitalizált, több éve kórházban élő krónikus betegek között. Mindkét nagy kategóriában szeretnénk továbbá megkülönböztetni azt a néhány beteget, akik művészeti nevelésben részesültek, attól a túlnyomó többségtől, akik kórházba kerülésük előtt soha nem rajzoltak, nem festettek, és nem mintáztak. Mint minden más pszichiátriai kezelésben, a művészetterápiában is az az alapvető kérdés, hogy *milyen szinten kell foglalkozni a beteggel?* A válasz túl egyszerűnek tűnik: *a saját szintjén.* És mégis, túlságosan is gyakran azon kapjuk magunkat, hogy a pácienssel a saját szintünkön próbálunk kapcsolatba lépni. Ez kommunikációs szakadékhoz vezet nemcsak a verbális megközelítésben, hanem a nonverbális technikákban is. A mi feladatunk, hogy átlépjünk ezen a szakadékon, és a páciens oldalán kezdve segítsünk hidat építeni, vagyis lerakjuk az alapköveit egy olyan hídnak, amelyen visszatalál a társadalomba. A fentiek illusztrálására néhány esettanulmányt szeretnénk bemutatni.

Az 1. számú eset, amelyet egy korábbi publikációban (Jakab, 1960) részletesebben ismertettünk, H.Z.-ről, egy tizennégy éves, művészileg nagyon tehetséges fiúról szól, aki skizofrénias reakcióval került kórházba. A skizofrén tünetek bizarr viselkedésben, nagyzási téveszmékben, hallucinációkban és deperszonalizációs zavarokban nyilvánultak meg. Mielőtt ezek az akut tünetek megjelentek volna, iskolai teljesítménye fokozatosan romlott. A kórházban készült első rajzai¹ pusztá firkálmányok voltak. Az asztaltól, ahol rajzolt, gyakran a szoba távoli sarkába szaladt, vagy az összes eszközt a padlóra dobta. Engedték neki, hogy firkáljon, és ezzel oldja szorongásait. Nem támasztottak vele szemben semmilyen követelményt, a témát vagy a technikát illetően. Nem tanácsokra volt szüksége, hogy mit és hogyan rajzoljon, hanem egy megértő, értékítéletek nélkül elfogadó személyre, aki megértette ezt a kétségbeesett kísérletet szorongásainak és belső nyugtalanságának kifejezésére. Lassan, ahogy klinikai állapota javult, ismét portrékat kezdett rajzolni, ahogy betegsége előtt is leginkább ez a téma állt közel hozzá. De portréi kezdetben nagyon valóságosnak, valójában inkább csontvázszerűek voltak. A következő lépésben színeket kezdett használni bizarr kombinációkban (zöld haj, kék száj, lila szemek stb.). Ebben a szakaszban az általa használt színek és az emberi arc természetes színei közötti különbségeket tették szavá terapeutái. A páciens elismerte színei bizarrságát, de azt mondta: „Ez az én stílusom”. Senki sem kényszerítette, hogy változtasson ezen. Ahogy telt az idő, stílusában egyre közelebb került az emberi portrék realisztikus ábrázolásához, míg végül, elbocsátása előtt, visszanyerte korábbi stílusát és technikáját. Az 1-4. képek illusztrálják betegségének lefolyását, ahogyan az alkotásaiban megjelenik.

¹ Valójában az elektrosokk kezelések utáni amnéziában keletkezett rajzok voltak a regresszió jeleit mutató pusztá firkálások, ahogy ezt maga Jakab Irén leírja 1998-ban magyarul megjelent könyvében. Jakab Irén: Új, hosszan követett eset. In: Uő: *Képi kifejezés a pszichiátriában. Pszichiátriai és művészeti elemzés.* Budapest: Akadémiai Kiadó, 125. (A ford.)



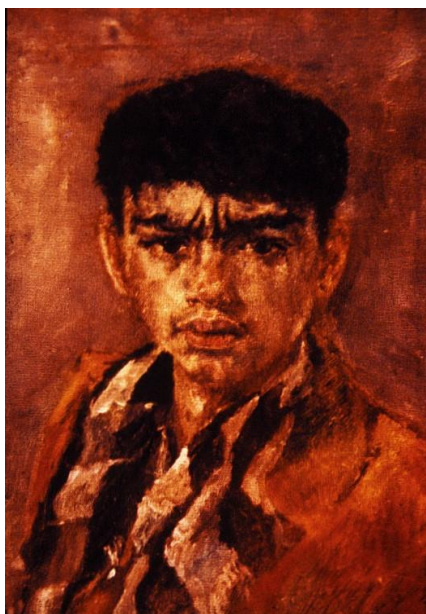
1. kép. H.Z. Önarckép, betegsége előtt. Olaj, vászon.



2. kép. H.Z. Az egyik első művészetterápiás foglalkozáson, a kórházban készített firka.
Ceruzarajz, papír.



3. kép. H.Z. Bizarrr portré a klinikai javulás kezdetén. Színesceruza, papír.



4. kép. H.Z. Portré egy másik páciensről. A mű a korábbi realista stílus visszatérését mutatja.
Zsírkréta, papír.

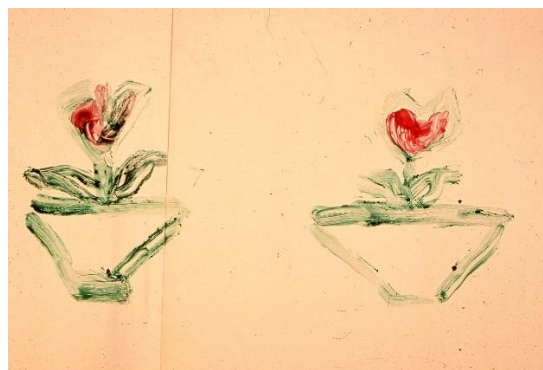
A 2. számú eset A.F., egy 36 éves, elvált háziasszony terápiája, aki *grand mal* típusú epilepsziás rohamokban és súlyos személyiségzavarban szenvedett, ami a szülei otthonában élő nő nehezen kezelhető viselkedésében nyilvánult meg, mielőtt két és fél évvel ezelőtt felvették a topekai állami kórházba. Ez a páciens korábban soha nem rajzolt és nem festett. A kórházban semmi nem érdekelt, csak egy széken ülve nézett ki az ablakon, kávéit ivott és dohányzott. Nem volt hajlandó dolgozni. A regresszió egy bizonyos fázisába érve, viselkedésben annyira visszafejlődött, hogy elkezdte a fürdőszoba falát széketével összekenni. Ez a viselkedés nagy „felháborodást” váltott

ki a nyitott kórterem többi betege körében, és a személyzetet is eléggé feldühítette. A szóbeli közeledés vagy az elkülönítés nem járt javító/figyelmeztető hatással.

Ezen a ponton javasoltuk számára a művészetterápiát, a személyzet legnagyobb megrökönyödésére. Mivel a művészetterapeuta beosztásában nem volt szabad hely, egy másik páciens, R. asszonyt (egy anyáskodó, némi művészeti képzettséggel bíró, enyhén depressziós hölgyet) bízták meg azzal, hogy napi egy órát töltsön A.F.-fel, és „festékezze be az ujjait”. A célunk az volt, hogy a páciens regresszív tüneteit egy társadalmilag elfogadott „maszatolással” helyettesítsük be. Ezért az első két hétben csupán a barna és a sárga árnyalatai közül választhatott. Az első napon ellenséges volt és dühös, egyáltalán nem működött együtt, sőt, az összes festéket a padlóra szórta, amit azonban a vele együtt dolgozó R. asszony rábeszélésére feltakarított. Ezek után elkezdte a festéket a papírlapon szétkenni. Később R. asszony bátorítására (akit úgy instruáltak, hogy ne legyen túl aktív) megpróbált egyszerű tárgyakat ábrázolni, mint például egy asztalt, széket, házat stb. Végül több színt kezdett kérni, amit meg is kapott, és láthatóan élvezte produktív munkáját. Az 5., 6. és 7. kép ezt a folyamatot mutatja be.



5. kép. A.F. Ujjfestmény a klinikai javulás kezdetén.



6. kép. A.F. Ujjfestmény. A téma spontán választás



7. kép. A.F. A kötelező ujjfestési foglalkozások befejezése előtt nem sokkal készült ujjfestmény valós tárgyak perspektíva nélkül ábrázolt, kiegyensúlyozott kompozícióját mutatja. Jelzi a környezet realitása felé való orientációt és a technikai készségek hiányát.

Lehet, hogy csak az alkotó tevékenységgel járó kielégülésnek és az R. asszony által nyújtott különleges figyelemnek a természetes következménye volt az, hogy páciensünk felhagyott az ürülék szétkenésével anélkül, hogy ez valaha is téma lett volna a személyzet és közte. A reszocializációja következő lépéseként nagyon szoros felügyelet mellett „teljes munkaidős feladatot” kapott egy zárt osztályon reggel 8-tól este 8-ig, és fokozatosan olyan mértékben javult, hogy többhetes periódusokra is képes volt beilleszkedni szülei otthonában.

Ebből a két esetből a következőket tudhatjuk meg. Az első páciensnek felesleges lett volna művészetet tanítani, hiszen a fiú már képzett volt e téren; de szüksége volt valakire, aki először a saját kommunikációs lehetőségei szintjén elfogadja őt, mielőtt a realitásokban való bármiféle tájékozódás elérhető lenne számára.

A második esetben nem az volt a cél, hogy művészetet tanítsunk olyasvalakinek, aki nemcsak hogy érdektelen, de a szobatisztaságra szoktatás korában lévő kisgyermek szintjére esett vissza. A páciens csak úgy volt képes élni a kapott segítséggel, amely tolaakodó volt ugyan (a napi egy órás ujjfestés kötelezettsége révén), de soha nem értékelő és nem ítélező, hogy a „maszatolás” szintjén „találkoztunk” vele. Kénytelen volt olyasmit csinálni, amihez nem értett, de nem kritizáltuk a gyenge teljesítményért. Éppen ellenkezőleg, minden kis előrelépésért dicséretet kapott. Nem állítottunk fel normákat, de a felmerülő technikai kérdésekben segítséget kapott. Mi az a sajátossága a rajzolásnak vagy az ujjfestésnek, ami a művészetterápia kitüntetett tevékenységeivé teszi? Az a tény, hogy ezek könnyen kezelhető médiumok; gyakorlott technikai tudás nélkül is művelhetők, nem úgy, mint a képzőművészet és a kézművesség olyan ágai, mint például a mintázás, a kőfaragás, a fa megmunkálása stb., amelyekhez speciális szerszámok és azok kezelésének ismerete szükséges.

Gyakorlatilag nincs olyan elmegyógyintézet, ahol ne lennének spontán módon festő és rajzoló betegek. Sajnálatos, hogy a kommunikáció e módját a személyzet gyakran nem érti. Bobon (1957) a beteg grafikus (képi) kifejezésének egyéni szimbolikáját „neomorfizmusnak” nevezi a verbális kifejezésből ismert neologizmus analógiájára. Néha a betegek téveszméiket vagy hallucinációikat ábrázolják. (Jakab, 1956, 1960; Kris, 1933; Marchand, 1944; Vie – Shuttel, 1944; Volmat, 1956; Volmat – Roumeguere, 1952; Zsakó – Jó, 1931; Jakab – Muller, 1961; Schmidt, Steck, Bader, 1961.) Esetenként ez a hallucinációk okozta szorongás csökkentésére szolgálhat, mint például Nagler esetében, akiről Bergeron és Volmat tesz említést. (Bergeron – Volmat, 1952.) Ez a paranoid beteg megkönnyebbült attól, hogy lerajzolta az állatot, amelytől üldözve érezte magát. A megkönnyebbülés érdekében a betegek mágikus jelentéssel ruházzák fel rajzaikat. Ez azzal magyarázható, hogy a hallucináció tartalmáról a figyelem a rajzolásra, magára a rajzolás folyamatára² tevődik át.

A rajzolásnak van egy nagy előnye a kórteremben. Nem „piszkos” és nem „hangos”, így nem zavar senkit (amíg a papíron marad, és a foltok nem terjednek át a falakra, a bútorokra és a ruhákra stb.). Könnyen eszünkbe juthat az egyetlen másik

² Erről lásd Roger Cardinal: Toward an Outsider Aesthetic. In: Michael D. Hall, Eugene W. Metcalf Jr., Roger Cardinal (eds.), *The Artist Outsider. Creativity and the Boundaries of Culture* (21-43). Washington, London: Smithsonian Institution Press, 1994. Az outsider art hozadéka a művészettörténetírás módszertanában, hogy az alkotó életkörülményeire, az életrajzra és az alkotás folyamatára irányítja a figyelmet. (*A ford.*)

kreatív kifejezési mód, amely nem igényel speciális eszközöket és technikai ismereteket: a zenélés spontán formái, mint az éneklés, füttyülés, ritmusos taps, lábbal dobolás a padlón; mindennek azonban megvan az a hátránya, hogy hangos. Ez a cselekvés bevonja a környezetét, azokat is, akiket nem érdekel, sőt talán idegesek is lesznek tőle, ezért külön teret igényel. Mindehhez egy zeneterápiás helyiségre van szükség, ahol hangszereket, a zenéléshez szükséges eszközöket is hozzáférhetővé lehet tenni a betegek számára, mint egy művészetterápiás szobában, ahol papír, ceruza, zsírkréta, vízfesték, ujjfesték és olajfesték áll rendelkezésre. A kérdés az, hogy a zeneterapeuta fel tudja-e vállalni ugyanezt a „nem-tanító” szerepet? Ha egy páciens egy papírlapra firkál, és koordinálatlan vonalak tömkelegét produkálja, a művészetterapeuta, még ha különösen tehetséges és érzékeny is, mindezt figyelmével követve nem fog fizikai értelemben „sérülni”. Ha azonban a páciens teljes erővel „firkál” egy zongorán, dobol, és harsonát fúj mindenféle struktúra nélkül, akkor a zeneterapeuta zenei érzékenysége nem fog-e sérülni? El tudja-e fogadni a zeneterapeuta a kommunikációnak ezt a módját, és ki tudja-e várni, amíg eljön az az idő, amikor pozitív interakcióba léphet a pácienssel, amikor tanácsokat adhat a hangszer használatához?

Perenyi Monika fordítása

Felhasznált irodalom

- Bergeron, M. – Volmat, R.** (1952). De la thérapeutique collective par l’art dans les maladies mentales. *L’Encéphale*, 1: 143.
- Bobon, J.** (1957). Contribution à la psychopathologie de l’expression plastique, mimique et picturale: les “neomimismes” et les ‘neomorphismes’. *Acta Neurologica et psychiatrica Belgica*, 12: 1031-1067.
- Jakab, I.** (1956). *Zeichnungen und Gemälde der Geisteskranken*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Jakab, I.** (1960). Die Wirkung des Elektroschocks und der Leukotomie auf die bildnerischen Darstellungen Schizophrener. *Das Medizinische Bild*, 3: 129.
- Jakab, I. – Muller, Ch.** (1961). L’influence des produits pharmaceutiques sur l’expression graphique des aliènes. *Neuropsychiatria*, 17: 405.
- Kris, E.** (1933). Ein Geisteskranker Bildhauer. *Imago*, 19: 384-411.
- Marchand, M.**: Discussion to the presentation of Vie et Suttel (below)
- Schmidt, G. – Steck, H. – Bader, A.** (1961). *Though This Be Madness*. London: Thames and Hudson.
- Vie, J. – Suttel, R.** (1944). Techniques morbides: Exemples empruntés à des travaux féminins spontanés. *Annales médico-psychologiques*, 102: 357-360.

- Volmat, R. – Roumeguere, I.** (1952). Analyse du film: ‘Images de la folie’. *Le Semaine des Hôpitaux de Paris*, Suppl. 32.
- Volmat, R.** (1956). *L’art psychopathologique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Zsakó I. – Jó J.** (1931). A Budapest-angyalalföldi elme- és ideggyógyintézet múzeuma. *Orvosi Hetilap*, 75(24): 629-634.