

Joanna Godawa, Szymon Godawa

Wewnętrzne krajobrazy sztuki – arteterapia we wspieraniu procesów socjalizacyjnych osób z niepełnosprawnością

Problemy Edukacji, Rehabilitacji i Socjalizacji Osób Niepełnosprawnych 21/2,
105-113

2015

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

Joanna Godawa

Uniwersytet Śląski, Katowice
e-mail: jgodawa@o2.pl

Szymon Godawa

Uniwersytet Śląski, Katowice
e-mail: sgodawa@o2.pl

Wewnętrzne krajobrazy sztuki – arteterapia we wspieraniu procesów socjalizacyjnych osób z niepełnosprawnością

Abstrakt

Celem artykułu jest pokazanie roli arteterapii w socjalizacji osób z niepełnosprawnością. Zawarto w nim krótką charakterystykę niepełnosprawności, socjalizacji i arteterapii. Na końcu zaprezentowano sylwetki niepełnosprawnych twórców.

Słowa kluczowe: arteterapia, niepełnosprawność, socjalizacja.

The inner mindscape of art – art therapy as a support of socialization of disabled people

Abstract

The main aim of this article is to present role of art therapy in the process of disable people socialization. The article presents short characteristic of disability, socialization and social integration and art therapy. In the end there are presented descriptions of disable artist.

Keywords: art therapy, disability, socialization.

W tajemnicy każdego człowieka istnieje wewnętrzny krajobraz: z nietkniętymi równinami, z wąwozami milczenia, z niedostępnymi górami, z ukrytymi ogrodami.

Antoine de Saint-Exupéry

Krajobrazy niepełnosprawności

Niepełnosprawność jest zjawiskiem wielopłaszczyznowym i wielowymiarowym, dotyczącym różnych sfer życia. Może być trwała, obejmująca całe życie jednostki lub znaczną jego część. Może być okresowa – po odpowiedniej terapii czy interwencji specjalistycznej rokująca całkowity bądź częściowy powrót do sprawności. Może być jedną z cech życia człowieka, mniej lub bardziej zmieniającą jego warunki osobiste, możliwości zawodowe i szanse na samorealizację w społeczeństwie (U. Bartnikowska, A. Żyta, 2007, s. 7). Pojęcie niepełnosprawności jest niejednorodne, w jego skład wchodzi komponenty medyczne i społeczno-emocjonalne, dlatego też, zdaniem Mirosławy Gawęckiej (2007, s. 95), określając niepełnosprawność, można zastosować trzy podstawowe kryteria:

- zmienne kliniczne (etiologia, zakres, lokalizacja uszkodzeń);
- zmienne funkcjonalne (samoobsługa, wykonywanie prac domowych);
- zmienne społeczne (pełnienie ról społecznych).

Józef Sowa (1997, s. 18) podaje definicje niepełnosprawności, dzieląc je na podstawie kryterium czasu, w jakim nastąpiła niepełnosprawność, użyteczności oraz rodzaju niepełnosprawności na:

- definicje ogólne: kładące nacisk na moment uszkodzenia, niepełnosprawność organizmu i upośledzenie;
- definicje dla określonych celów: precyzyjnie koncentrujące się na ściśle określonych kryteriach (np. dla celów rehabilitacji zawodowej, szkolnictwa specjalnego, świadczeń i uprawnień);
- definicje poszczególnych grup niepełnosprawności: typologie ze względu na rodzaj niepełnosprawności, czas wystąpienia lub stopień niepełnosprawności.

Władysław Dykcik (2006, s. 16) przedstawia dwa modele niepełnosprawności: medyczny i społeczny. Model medyczny koncentruje się na problemach osób niepełnosprawnych, będących bezpośrednią konsekwencją ich choroby lub uszkodzenia. Niepełnosprawność widziana jest przez pryzmat jednostki wymagającej zabiegów medycznych, wsparcia i opieki, ze szczególnym naciskiem na udzielenie profesjonalnej pomocy dotyczącej wsparcia i opieki zmierzającej do poprawy życia jednostki.

Model społeczny ujmuje niepełnosprawność jako problem ogólnospołeczny, którego źródło leży w indywidualnych lub środowiskowych uprzedzeniach.

Ograniczenia środowiskowe przejawiają się m.in. poprzez postawy społeczne, stopień realizacji i przestrzegania praw człowieka, organizację polityki społecznej, dostęp do instytucji użyteczności publicznej, bariery architektoniczne, segregację edukacyjną, niedostosowanie rynku pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Współczesne tendencje formułowania konstruktów definicyjnych dotyczących istoty niepełnosprawności zacierają do wielopłaszczyznowego i wieloczynnikowego ujęcia niepełnosprawności. Zdaniem Czesława Kosakowskiego (2003, s. 165) zmiana paradygmatu w myśleniu o zjawisku niepełnosprawności wiąże się:

- z odejściem od biologicznego ujmowania niepełnosprawności;
- z dostrzeżeniem możliwości rozwoju osoby niepełnosprawnej i jej mocnych stron;
- ze zwróceniem uwagi na kontekst społeczny niepełnosprawności, czego konsekwencją jest budowanie systemu profilaktyki społecznej;
- ze zmianami w podejściu do rehabilitacji i kształcenia osób niepełnosprawnych, co ma związek z dostrzeżeniem możliwości rozwojowych osoby niepełnosprawnej.

Odpowiedzią na dotychczasowe ujęcia niepełnosprawności jest model biopsychospołeczny, który składa się z komponentów o charakterze jednostkowym, biologicznym i społecznym oraz uwzględnia holistyczne rozpatrywanie zjawiska niepełnosprawności (J. Wyczesany, A. Mikrut, 2002, s. 76). Podejście to zakłada, że człowiek jest istotą biologiczną, wykonującą określone zadania związane z codziennym funkcjonowaniem, oraz członkiem grupy społecznej. Istotę niepełnosprawności stanowi więc odchylenie od normalnego poziomu funkcjonowania w zakresie biologicznym, jednostkowym lub społecznym (T. Majewski, 1998, s. 132).

Autorzy artykułu przyjmują jako wiodącą biopsychospołeczną koncepcję niepełnosprawności.

Krajobrazy socjalizacji

Termin „socjalizacja” leży na pograniczu nauk społecznych, „w miejscu spotkania pedagogiki, socjologii i psychologii”. Socjalizacja odnosi się do ogółu warunków fizyczno-społecznych, w których funkcjonuje podmiot (M. Nowicka, 2009, s. 261). „Socjalizacja, określana w Polsce także mianem procesu uspołecznienia” (J. Modrzewski, D. Sipińska, 2008, s. 804), jest opisywana w dwóch zakresowo różnych znaczeniach. W szerokim znaczeniu rozumiana jest jako „wchodzenie w kulturę (akulturacja, enkulturacja, inkulturacja), jak też kształtowanie osobowości społecznej lub nabywanie społecznej dojrzałości czy kompetencji społecznych” (J. Modrzewski, D. Sipińska, 2008, s. 804).

Węższe znaczenie socjalizacji ogranicza się do wczesnych doświadczeń dziecka (przede wszystkim w rodzinie) w zakresie nabywania elementarnych form zachowania się społecznie pożądanego.

Procesy socjalizacji są kierowane zarówno zewnątrznie, jak i wewnątrznie. Zewnętrzne mechanizmy socjalizacyjne są uznawane za dominujące we wcześniejszych fazach socjalizacji (mechanizmy warunkowania, kanalizacji, naśladowania, identyfikowania itd.). Wewnętrzne mechanizmy socjalizacji są skutkiem mechanizmu pełnienia ról społecznych, mechanizmu aspiracyjnego, mechanizmu świadomego dokonywania wyboru (J. Modrzewski, D. Sipińska, 2008; A. Brzezińska, 2000).

Socjalizacja to termin rozumiany wielorako i podejmując próby doprecyzowania go, można posłużyć się tendencjami:

teoretyczno-specjalistycznymi bądź scalająco-universalistycznymi, gdzie w pierwszym przypadku socjalizacja wynika z przyjętej orientacji teoretycznej (np. teorii konfliktu, funkcjonalizmu, interakcjonalizmu itd.), w drugim zaś dokonuje się próby godzenia wielu orientacji teoretycznych i formułowania ujęć scalających różne podejścia (M. Nowicka, 2009, s. 262).

Definicją, która zdaje się godzić różne wymiary i poglądy dotyczące tego pojęcia, jest propozycja Klausa Hurrelmana. Twierdzi on, że socjalizacja zachodzi w interakcjach z indywidualnymi, osobniczymi właściwościami jednostki oraz w interakcjach ze społecznymi i ekologicznymi warunkami życiowymi. Socjalizacja jest zatem:

procesem, w toku którego istota ludzka, ze swoimi specyficznymi, biologicznymi i psychicznymi dyspozycjami, staje się dojrzałą społecznie jednostką, wyposażoną w dynamicznie podtrzymywane w okresie całego życia zdolności i umiejętności skutecznego działania w obrębie tak całego społeczeństwa, jak i w poszczególnych jego elementach (K. Hurrelmann, 1994, s. 16).

Zdaniem Petera L. Bergera i Thomasa Luckmana (2000, s. 156) proces socjalizacji dokonuje się w dwóch fazach: pierwotnej i wtórnej. Socjalizacja pierwotna przebiega w środowisku rodzinnym, we wczesnym dzieciństwie, natomiast socjalizacja wtórna jest wynikiem przebywania dziecka w instytucjach społecznych (szkoła, uczelnia, zakład pracy, stowarzyszenia, kluby, grupy rówieśnicze itp.) i dotyczy starszych dzieci, młodzieży oraz całego dorosłego życia człowieka. W toku socjalizacji wtórnej następuje przyswajanie norm i reguł oraz wartości obowiązujących w danym społeczeństwie i składających się na kulturę, w której żyje dana jednostka.

Procesy socjalizacji są kierowane zarówno zewnątrznie, jak i wewnątrznie. Zewnętrzne mechanizmy socjalizacyjne są uznawane za dominujące we wcześniejszych fazach socjalizacji (mechanizmy warunkowania, kanalizacji, naśladowania, identyfikowania itd.). Wewnętrzne mechanizmy socjalizacji są

skutkiem mechanizmu pełnienia ról społecznych, mechanizmu aspiracyjnego, mechanizmu świadomego dokonywania wyboru (J. Modrzewski, D. Sipińska, 2008; A. Brzezińska, 2000).

Procesy socjalizacyjne pełnią niezmiernie istotną rolę w ontogenetycznym rozwoju jednostki, która:

- nabywa społecznie aprobowane sposoby kierowania swoimi popędami;
- uczy się sposobów posługiwania się różnymi rzeczami i przedmiotami, co prowadzi do uzyskania sprawności technicznych, potrzebnych do życia w społeczeństwie;
- dzięki opanowaniu języka, rozumieniu i posługiwaniu się symbolami danej kultury komunikuje się z innymi ludźmi;
- wyraża i odczuwa emocje;
- nabywa zdolności do odgrywania ról społecznych;
- przyswaja wzory osobowe narzucane przez otoczenie społeczne i kulturowe (R.B. Woźniak, 1994, s. 153).

W socjalizacji osób z niepełnosprawnością bardzo istotnym aspektem jest nabywanie umiejętności komunikacyjnych, dzięki którym mogą one porozumiewać się z innymi ludźmi, komunikować się i wyrażać swoje potrzeby, a także nawiązywać kontakt z otaczającym środowiskiem zewnętrznym.

Krajobrazy arteterapii

Koncepcja leczenia sztuką ma swój rodowód w starożytności, gdzie można doszukiwać się początków łączenia medycyny ze sztuką (W. Szulc, 2001). Słowo „arteterapia” złożone jest z dwóch członów: „arte” (z łac. *ars*, *artis* – sztuka) i „terapia” (z gr. *therapeia* – przywracanie zdrowia chorym, leczenie, terapia).

Termin „arteterapia” łączy w sobie dziedziny wiedzy, takie jak: medycyna, pedagogika, psychologia, socjologia, sztuki piękne. Konteksty definicyjne pojęcia arteterapii zależą od:

- wiodącej dziedziny naukowej;
- wyboru metody terapii;
- kryteriów włączenia i wyłączenia z terapii;
- celu terapii;
- planu terapii;
- ewaluacji terapii (B. Łoza, A. Chmielnicka-Plaskota, 2014).

Szeroko pojmowana arteterapia dzieli się na: biblioterapię, muzykoterapię, dramaterapię, koloroterapię, choreoterapię, ludoterapię, filmoterapię, ergoterapię, hortikuloterapię, silwaterapię, talasoterapię i plastykoterapię. Arteterapia rozumiana w wąskim znaczeniu obejmuje zastosowanie sztuk plastycznych (malarstwo, rzeźba, grafika itp.) w obszarze terapii. To ujęcie terminologiczne stosowane jest często w piśmiennictwie światowym.

ECArTE (European Consortium for Arts Therapies Education), czyli Europejskie Konsorcjum Edukacji w Arteterapii, zrzesza uniwersytety europejskie, na których wykłada się różne rodzaje terapii przez sztukę. Według ECArTE cztery podstawowe dziedziny to:

- arteterapia, czyli terapia przez sztuki plastyczne;
- muzykoterapia;
- dramaterapia;
- choreoterapia (terapia poprzez taniec);
- a w Holandii dodatkowo hortikuloterapia (terapia ogrodowa).

Organizacja powstała w 1991 roku i zrzesza 30 uniwersytetów z 16 krajów (W. Szulc, 2010). Według ECArTE arteterapia to:

działalność ukierunkowana na człowieka i jego środowisko, mająca na celu przywrócenie, poprawę lub utrzymanie zdrowia i dobrej jakości życia, prowadzona przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach, której specyfika polega na tym, że do realizacji celu wykorzystuje sztukę, w różnych jej formach, traktowaną jako narzędzie terapeutyczne oraz związek terapeutyczny zachodzący między prowadzącym terapię a jego podopiecznym (Statut Stowarzyszenia „Kajros”).

Zdaniem Wiesława Karolaka (2014, s. 9) w klasycznym ujęciu:

arteterapia najczęściej oznacza wszelkie formy i metody pomocy terapeutycznej, przy której wykorzystuje się różne dziedziny sztuki (malarstwo, rysunek, literaturę, muzykę, taniec, dramę). Jest to wyspecjalizowana, komplementarna forma psychoterapeutyczna wykorzystująca wytwory sztuki do poprawy kondycji fizycznej i psychicznej jednostki.

Eugeniusz Józefowski (2012, s. 10) przytacza definicję arteterapii mieszczącą się w wąskiej interpretacji tego pojęcia:

arteterapię należy rozumieć jako sposób oddziaływania terapeutycznego z zastosowaniem kreacji artystycznej. Arteterapia jest oddziaływaniem terapeutycznym z użyciem kreacji wizualnej (pojętej jak najszerzej w duchu współczesnego rozumienia sztuki). Wykorzystuje się w nim szeroki zakres działań i środków wyrazu z obszaru sztuk wizualnych, pochodzących zarówno z tradycyjnych dziedzin plastycznych (malarstwo, rzeźba, rysunek, grafika), jak i zjawisk charakterystycznych dla sztuki współczesnej (happening, instalacja, performance, environment), który przyczynia się do różnorodności ostatecznych form i metod arteterapeutycznych.

Język wizualny może stać się dla osoby z niepełnosprawnością swoistym połączeniem między jej światem wewnętrznym a otaczającą rzeczywistością społeczno-kulturową. Wykorzystanie języka sztuki jako komunikatu służącego wyrażaniu emocji i uczuć daje osobie z niepełnosprawnością szansę na zaznaczenie swojej twórczej obecności oraz inicjowanie komunikacji o charakterze niewerbalnym z innymi ludźmi.

Sztuka nie jest synonimem terapii w tym sensie, że wszelka aktywność artystyczna jest zdrowiotwórcza. Tym, co decyduje o walorach terapeutycznych sztuki, jest możliwość wykorzystania jej w komunikacji międzyludzkiej – sztuka może służyć jako niewerbalny komunikat, być mową symboliczną (W. Szulc, 2001, s. 126).

Wewnętrzne krajobrazy duszy – sztuka jako forma komunikacji osób z niepełnosprawnością

Paweł Garncorz

Jest mieszkańcem Katowic, z którymi, jak podkreśla, czuje się związany. We wczesnym dzieciństwie zdiagnozowano u niego autyzm. Jego prace wyróżnia wnikliwa i niezwykle analityczna obserwacja rzeczywistości. Pasjonują go architektura i komunikacja miejska, a w szczególności tramwaje. Jego prace są rysunkowym odtworzeniem rzeczywistości, gdzie zawarte są wszystkie detale charakterystyczne dla przedstawianych miejsc. Można z całą pewnością stwierdzić, że twórczość Pawła Garncorza cechuje analityczna precyzja szczegółu.

Rysunek i grafika są jego pasją od 2001 roku. Pierwsze sukcesy zaczął odnosić podczas zajęć w Pracowni Graficznej Warsztatu Terapii Zajęciowej „Unikat” w Katowicach pod opieką artysty plastyka Piotra Zatorskiego, który jest jego promotorem i opiekunem artystycznym. Garncorz jest laureatem wielu konkursów ogólnopolskich i międzynarodowych, autorem kilku wystaw indywidualnych, m.in. w Muzeum Śląskim w Katowicach. Jego prace znajdują się w zbiorach publicznych oraz kolekcjach prywatnych w kraju i za granicą. Najważniejszym miejscem promującym i wspierającym jego twórczość jest Galeria Szyb Wilson w Katowicach inicjująca Art Naif Festiwal, na którym od lat jest prezentowana ta oryginalna. W Galerii Szyb Wilson znajduje się również stała ekspozycja prac artysty.

Justyna Matysiak

Urodziła się w 1979 roku, pochodzi z Poznania. Jest laureatką Grand Prix Insita INSITA 2007 – Międzynarodowego Festiwalu Sztuki Naiwnej Art Brut i Outsider Art, organizowanego od 1966 roku w Bratysławie. Na uwagę zasługuje fakt, iż Justyna Matysiak jak dotąd jako jedyna reprezentantka Polski została wyróżniona tą nagrodą. Jest podopieczną Galerii „tak”, mającej swą siedzibę w Poznaniu. Galeria „tak” zajmuje się m.in. promowaniem sztuki art brut w Polsce. Prace Matysiak cechuje nietuzinkowa kolorystyka i ciekawa forma. Rysunki są wykonane cienkopisami z transparentnym tuszem. Inspirację dla artystki stanowią książki i albumy z ilustracjami. Kolejnym etapem jest przetworzenie motywów zaczerpniętych z natury. Bohaterowie jej są zawieszani w przestrzeni, nieosadzeni i ulotni, co staje w opozycji do masyw-

nych i ciężkich kształtów. Całości dopełnia specyficzna kolorystyka oparta na brązach, ugrach i całej gamie szarości. Świat przedstawiony w obrazach wciąga odbiorcę i wprawia go w pogodny nastrój (<http://granowski.cba.pl/wywiady/> kurator wystawy Sonia Wilk).

Henryk Żarski

Urodził się w 1944 roku w Jabelwaren w Niemczech, dokąd zostali zesłani jego rodzice podczas II wojny światowej. Do Polski przybył w 1947 roku i odtąd przebywa w placówkach opiekuńczych. Obecnie mieszka w Domu Pomocy Społecznej w Pakówce. Zaczął malować w wieku 45 lat, a dzięki malarstwu zaczął mówić – wcześniej uważany był za osobę głuchoniemą. Początkowo rysował na podstawie widokówek i fotografii z gazet. Później zaczął tworzyć wizje i rysunki opisywane własnymi słowami, w temperze i akrylu na płótnie oraz papierze. Ostatnio pracuje nad murałem przypominającym kościelne freski. Do ulubionych motywów artysty należą podróże, samochody, motory, rowery, przedstawienia religijne, szczególnie wizerunki Matki Boskiej, kościoły i grupy muzykantów oraz przedstawienia „Mamuški” i zwierząt (<http://www.codziennypoznan.pl>).

Tadeusz Głowala

Urodził się w 1943 roku w Otwocku. Od 1966 roku mieszka w Domu Pomocy Społecznej „Nad Jarem” w Nowym Miszewie. Samorodny talent Tadeusza Głowali kształtował się od lat osiemdziesiątych minionego stulecia. Jego obrazy są ponadczasowe i transkulturowe. Wyobrażenia domów, pałaców, kościołów, okrętów, skonstruowane z tysięcy mozaikowych, abstrakcyjnych figur geometrycznych, przekraczają granice czasu i przestrzeni. Głowala maluje głównie na płótnie, jako podłoże przydaje mu się szkło i karton. Tworzy przy użyciu różnych mediów. Czasami miesza farby olejne, akrylowe z kredką pastelową, akwarelą, a nawet pastą do zębów albo kredą. Używa cyrkla, ekierki i linijek. Najpierw powstają szkice zrobione ołówkiem lub markerem olejnym. Następnym etapem jest wypełnienie kolorem. Lubi srebrne i złote barwy. Na koniec jest autograf – samo imię i nazwisko z datą zakończenia obrazu, niekiedy pojawia się opis tematu. W sygnaturze występuje zawsze określenie „artysta malarz wielobranżowy” – tak o sobie mówi i taki napis nosi na identyfikatorze przypiętym na piersi.

Głowala należy do czołówki artystów polskiego nurtu art brut. Jego prace wystawiano w wielu renomowanych galeriach w Polsce i na świecie, m.in. w Słowackiej Galerii Narodowej w Bratysławie, Muzeum „L’Art Brut” w Lozannie (największym muzeum sztuki marginalnej w Europie), Centrum Sztuki Współczesnej w Warszawie, Galerii Muzeum Narodowego Pałacu Opatów w Gdańsku Oliwie, Galerii „tak” w Poznaniu, Galerii „d’Art Naif” w Krakowie (<http://www.aufestival.pl/wystawy>).

Bibliografia

- Bartnikowska U., Żyta A. (2007), *Żyjąc z niepełnosprawnością. Przeszłość, Teraźniejszość i Przyszłość*, Akapit, Toruń.
- Berger P.L., Luckman Th. (2000), *Socjalizacja pierwotna* [w:] H. Mielicka (red.), *Socjologia wychowania. Wybór tekstów*, Wydawnictwo Stachurski, Kielce.
- Berger P.L., Luckman T. (1998), *Internalizacja rzeczywistości* [w:] T. Jaworska, R. Leppert (red.), *Wprowadzenie do pedagogiki*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Brzezińska A. (2000), *Społeczna psychologia rozwoju*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa.
- Dykcik W. (2006), *Wprowadzenie w przedmiot pedagogiki specjalnej jako nauki* [w:] W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań.
- Gawęcka M. (2006), *Fenomenologiczny aspekt niepełnosprawności* [w:] J. Rottermund (red.), *Wielowymiarowość procesu rehabilitacji*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Hurrelmann K. (1994), *Struktura społeczna, a rozwój osobowości. Wprowadzenie do teorii socjalizacji*, przeł. M. Roguszka, Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań.
- Józefowski E. (2012), *Arteterapia w sztuce i edukacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań.
- Karolak W. (2014), *Arteterapie. Język wizualny w terapiach, twórczości i sztuce*, Difin, Warszawa.
- Kosakowski C. (2003), *Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej*, Akapit, Toruń.
- Łoza B., Chmielnicka-Plaskota A. (red.) (2014), *Arteterapia, cz. 1*, Difin, Warszawa.
- Modrzewski J., Sipińska D. (2008), *Socjalizacja* [w:] *Encyklopedia Pedagogiczna XXI*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Modrzewski J. (2007), *Socjalizacja i uczestnictwo społeczne. Studium socjopedagogiczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań.
- Nowicka M. (2009), *Oblicza szkolnej socjalizacji* [w:] D. Klus-Stańska, M. Szczepska-Pustkowska (red.), *Pedagogika wczesnoszkolna – dyskursy, problemy, rozwiązania*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
- Sowa J. (1997), *Pedagogika specjalna w zarysie*, Wydawnictwo Fosze, Rzeszów.
- Sowa J. (2001), *Proces rehabilitacji*, Wydawnictwo Fosze, Rzeszów.
- Szulc W. (2012), *Arteterapia jako dyscyplina akademicka w krajach europejskich*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Szulc W. (2001), *Sztuka w służbie medycyny. Od antyku do postmodernizmu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań.
- Woźniak R.B. (1998), *Zarys socjologii edukacji i zachowań społecznych*, Wydawnictwa Uczelniane Bałtyckiej Wyższej Szkoły Humanistycznej, Koszalin.
- http://www.kajros.pl/statut_stowarzyszenia.html
- http://granowski.cba.pl/wywiady/msla2009/091106_msl_matysiak/091106_justyna_matusiak.html
- <http://www.podsukniami.art.pl/wystawy/wystawy12.php>
- <http://www.codziennypoznan.pl>
- <http://www.dpsmiszewo.nazwa.pl/cms-dps-nadjarem.pl/index.php/nasi-artysty>