

Elżbieta Galińska

DOŚWIADCZENIA URAZOWE I ICH TERAPIA METODĄ „PORTRETU MUZYCZNEGO”(PM)¹

TRAUMATIC EXPERIENCES AND THEIR THERAPY BY MEANS OF THE MUSICAL PORTRAIT METHOD

Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii
Kierownik: doc. dr hab. Maria Siwiak-Kobayashi

musictherapy
music portrait
psychic trauma

Artykuł przedstawia genezę, założenia, cele terapeutyczne, strukturę i techniki stosowane w metodzie portretu muzycznego (PM), poszerzonej o psychodramę J.L. Moreno w wersji z instrumentami muzycznymi. Ilustrację metody stanowi opis terapii pacjentów niepsychotycznych z doświadczeniami urazowymi.

Summary: In 1995 I have included the instrumental version of the J.R. Moreno psychodrama into the method of musical portrait (developed in 1973, concerning the “self” structure). From that time, I have begun systematic therapy of traumatic experiences, including the so-called “surplus reality”. The method of determining the musical portrait (MP) has been thus enriched by psychoanalytic filling, operating within the cognitive framework of the method itself.

In the paper, genesis, assumptions, therapeutic goals, structure and techniques used for this MP method, as well as the therapeutic process in traumatic experiences of non psychotic patients is presented. It is performed in several phases including: activation of the blocked energies and revealing the negative emotions and limitations, as well as revealing the patient’s own needs, obtaining pardon and satisfaction, and later providing support of the close persons and obtaining the proper equipment of the patients for the future role of the male and female. The phase of catharsis is followed by the personality integration phase.

This therapy phase was demonstrated in the example of the case studies of 3 patients: a bulimic female patient with long-term rape experiences and two patients with a broad trauma, due to their small height. The subsequent analysis of the therapeutic process explains the rematricisation of the primitive, pathologic pattern of behaviour or role pattern (as for example victim or aggressor) aroused under the influence of the trauma. Specific role of music and musical psychodrama played during this process was also found.

¹ Artykuł oparty na materiale warsztatu dotyczącego doświadczeń urazowych i ich reparacji metodą PM, przeprowadzonego podczas Konferencji Szkoleniowej „Aktualne problemy stosowania psychoterapii w Polsce”, w Szczyrku 6-7 grudnia 2002 r., zorganizowanej przez Zarząd Główny i Filię Śląską Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Śląskie Stowarzyszenie Psychoterapeutów, Ośrodek Leczenia Nerwic i Zaburzeń Jedzenia „Dąbrówka” w Gliwicach i Szpital „Centrum Psychiatrii” w Katowicach.

1. Doświadczenia urazowe a muzykoterapia

Doświadczenia urazowe, szczególnie z wczesnego okresu życia, oraz nadbudowujące się nad nimi konflikty wewnętrzne stanowią podstawowy materiał etiopatogeny zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości. Wymagają one zatem głębokich, a nie objawowych oddziaływań terapeutycznych, w tym także za pomocą muzykoterapii.

Pojęciem „doświadczenia urazowe” objąć można wszelkie trudne sytuacje przekraczające możliwości poradzenia sobie z nimi i towarzyszące im silne negatywne przeżycia związane z lękiem, agresją, kompromitacją, wstydem czy poniżeniem, których doznaje się w wyniku czyjejś przemocy psychicznej i fizycznej (pobicia, awantury, nadużycia seksualne itp.). Włączyć można do nich ponadto długotrwałe doświadczenia negatywne związane z poczuciem odrzucenia, opuszczenia i bycia niekochanym przez rodzinę, szczególnie w konfrontacji z faworyzowanym rodzeństwem, a także w sytuacji rozpadu rodziny. Do źródeł przeżyć urazowych należą też różnego rodzaju wypadki, np. samochodowe lub wybuchy niewypału i ich konsekwencje w postaci uszkodzeń ciała w sensie oszpeceń. Przeżycia urazowe wiążą się także z problematyką śmierci – cudzej, np. członka rodziny (nagle odejścia, w tym także bardzo obciążające samobójstwa kogoś z rodziny) lub własnej (zagrożenie ciężką chorobą somatyczną, szczególnie terminalną, oraz własna próba lub próby samobójcze). Do przeżyć narażających na stały uraz można włączyć ponadto objawy nerwicowe typu defektów widocznych dla otoczenia, np. jękanie się, a także określone cechy wyglądu, o ile pacjent przeżywa je jako urazowe, np. niski wzrost u mężczyzny.

Przeżycia wywołane przez traumę, najczęściej te w wieku dziecięcym, zostają zahamowane z powodu bezsilności, bezradności wobec konfrontacji ze sprawcą traumy, krzywdzicielem lub z losem. Zahamowana zostaje zatem spontaniczność reagowania, która według Moreno jest warunkiem zdrowia psychicznego i kreatywności jednostki, a brak jej staje się jedną z głównych przyczyn nerwicy („Kreativitätsneurosen” [zob. 1]). Wytwarza się natomiast zachowanie nieadekwatne, sztywne, powtarzane automatycznie, które Moreno nazywa rolą patologiczną, np. „pleasant martyr” [2]. W swej koncepcji tożsamości „locus, matrix i status nascendi” [3] Moreno wskazuje na swoistą sieć relacji społecznych człowieka, przedmiotu lub zjawiska, na ich unikalność i subiektywność. W odniesieniu do pracy psychodramatycznej chodzi mu o diagnozę i lokalizację w miejscu (locus, Ort) i w czasie (status nascendi, Augenblick) „matrycy”, tj. pierwotnego wzoru myślenia, odczuwania i zachowania się pacjenta w jego sieci powiązań, blokującego jego rozwój, związanego z traumą, a więc z lękiem i zahamowaniem spontaniczności. Celem terapii jest dokonanie rematrycyzacji, a więc zmiany tego pierwotnego, utrwalonego i zautomatyzowanego wzoru reakcji. W prezentowanej niżej własnej metodzie „portretu muzycznego” mówię o przewartościowaniu i o zmianie strategii kontaktu, wchodzącej w obręb struktury „ja” pacjenta, używając pojęcia „reframing” — jako zasady terapii poznawczych [zob. 4, 5].

Psychodrama wywodzi się z psychoanalizy. Słynne jest zdanie Moreno z jedynego spotkania z Freudem w 1912 r.: „ja zaczynam tam, gdzie Pan kończy. Pan spotyka ludzi w sztucznej atmosferze gabinetu przyjęć. Ja ich spotykam na ulicach i w domach, w ich naturalnym środowisku. Pan analizuje ich sny. Ja daję im odwagę, by śnili” [6, s. 22]. Psychodrama morenowska jako indywidualna praca biograficzna z protagonistą, rozgry-

wająca akcję jego „wewnętrznej sceny” na scenie teatralnej, może pełnić funkcję jakby psychoanalizy w działaniu. Wprowadzona do „portretu muzycznego” (PM), pogłębia go o pracę psychoanalityczną, szczególnie o myślenie bliskie ujęciom wywodzącym się z teorii relacji z obiektem, np. Winnicotta czy Kernberga. W ten sposób metoda PM próbuje integrować obie koncepcje: zachowuje ramy poznawcze [zob. 7, 8, 4], ale wypełnia je psychoanalitycznie. Doświadczenia urazowe stanowią problematykę bolesną, są „raną na duszy” czy „mordercą duszy” (soul murder), jak to określa C. Shengold tytułując w ten sposób swą książkę na temat traumy. Jest to także najczęściej problematyka tabu, związana z tajemnicą pacjenta, zatem bywa ona ukrywana i wypierana. Dotarcie do niej stanowi już cenny pierwszy krok w terapii.

Wszelkie działania psychoterapeutyczne mają zarazem znaczenie diagnostyczne, jednak w muzykoterapii przeżycia urazowe można diagnozować ze szczególną łatwością, np. używając technik kierowanej wyobraźni (czy kierowanej projekcji), stosowanych podczas słuchania muzyki. Mam tu na myśli tematy dotyczące problemów pacjenta, ujmowane najczęściej w sposób metaforyczny, np. „za zasłoną” [zob. 8, 9]. Ale mogą być to również tematy formułowane wprost, np. „obrazy z mojego dzieciństwa” lub „moje najsilniejsze przyjemne i przykre przeżycie związane z rodziną”, „kompromitacja”, „opuszczenie”.

Dzięki specyficznemu działaniu muzyki, aktywizującemu pamięć, uruchamiającemu skojarzenia i wspomnienia [10], treści przeżyć — niejednokrotnie niedostępne w kontakcie werbalnym, stłumione i nie przeżywane, gdyż pacjent odcina się od nich (dysocjacja) — mogą zostać ujawnione ponownie w sposób bezpieczny. Staje się wtedy możliwa ich terapia.

W niniejszym artykule chciałabym zaprezentować możliwości terapii doświadczeń urazowych za pomocą „portretu muzycznego” — najważniejszej metody muzykoterapii grupowej, stosowanej w Klinice Nerwic IPiN w Warszawie w drugiej połowie leczenia — po opowiedzeniu przez pacjenta życiorysu podczas psychoterapii grupowej. Metoda ta od 1995 r. włącza szeroko techniki psychodramy Morenowskiej: zamiany ról, zbierania wywiadu z roli, dublowania i lustra, realizując je za pomocą instrumentów muzycznych. Między innymi wspomniane wyżej techniki kierowanej wyobraźni, stosowane w pierwszej połowie 10-tygodniowego leczenia, przygotowują do przeprowadzenia „portretu muzycznego”, a także mogą stanowić rozgrzewkę do psychodramy Morenowskiej².

2. Metoda „portretu muzycznego”(PM)

2.1. Geneza metody PM

Pomysł portretowania muzyką nasunął mi się w 1973 r., gdy żegnałam optymistyczną muzyką odchodzących z kliniki pacjentów. Kiedyś członkowie grupy terapeutycznej zauważyli, że nie mogą myśleć o żegnany pacjentce, gdyż muzyka nie pasuje do niego i dlatego przeszkadza im. Wkrótce okazało się, że dobranie muzyki do kolejnego pacjenta

² Nie chodzi tu o granie ról czy krótkich improwizowanych scenek, co zwykle stosowane jest pod nazwą psychodramy w Polsce, lecz o indywidualną pracę biograficzną protagonisty na scenie, zgodnie z regułami i technikami Moreno [zob.6]. Skojarzenia wywołane u pacjenta podczas muzykoterapii mogą stanowić wtedy inspirację do pracy w psychodramie (o ile psychodrama następuje po muzykoterapii).

— już portretowanego muzyką — też nie wystarczało, gdyż zdaniem grupy miał on jeszcze „drugie oblicze” [ujęcia historyczne zob. 4, 7, 8, 9, 11, 12]. W ten sposób tworzył się „portret muzyczny” (dalej: PM) jako metoda pracy nad strukturą „ja” pacjentów, rozumianą warstwowo jako: „ja jawne” (zewnętrzne i fasadowe u pacjentów), „ja ukrywane” (wewnętrzne) i „ja w przyszłości” (potencjalne; chodzi tu o inspirację do budowania nowej koncepcji siebie). Wkrótce włączono instrumenty muzyczne, a około 1993 r. także pracę z ciałem, tzw. lekturę ciała (technikę gestaltowską). W końcu lat 70. portret zaczął być stosowany już nie na zakończenie leczenia, lecz jako kontynuacja pracy nad życiorysem pacjenta, po omówieniu go na psychoterapii grupowej, stanowiąc nadal jednak podsumowanie dotychczasowej pracy terapeutycznej w klinice. W 1995 r. włączyłam do niego psychodramę wg reguł Moreno³. Trwa on obecnie 1,45 min, czyli całe zajęcia muzykoterapii poświęcone są jednej osobie, która omawiana jest na tle i przy udziale grupy terapeutycznej.

2. 2. Założenia metody PM; definicje pojęć

Struktura „ja” ujmowana jest zwykle trójwarstwowo począwszy od Freuda i Junga do Rogersa, ale niekiedy także dwuwarstwowo (np. Laing) lub czterowarstwowo (Zaborowski). W naszej kulturze jakby prastrukturę „ja” stanowi element apolliński i dionizyjski. F. Nietzsche w „Narodzinach tragedii” pisze, że Grecy czcili Apollona – boga tego, co widoczne i uchwytnie — żeby nie utonąć w jego przeciwwadze, w Dionizosie. Przeciwwagą byłoby zatem to, co niewidoczne, nieuchwytnie, a więc nie poddające się kontroli. To, co ekstatyczne, szaleńcze i orgiastyczne, zostaje tu przeciwstawione klasycznemu umiarowi i uporządkowaniu, ideałowi obywatela państwa Platońskiego. Ten wątek – przeciwstawienia efektów socjalizacji szeroko rozumianej popędowości, zostaje podjęty przede wszystkim przez Freuda i Junga w postaci konfliktu neurotycznego, rozwiązywanego poprzez dodanie trzeciej warstwy osobowości, tzw. ego, integrującego relację superego i id oraz archetyp jaźni integrujący relację persony i cienia.

W „portrecie muzycznym” przeciwstawiona jest relacja między „ja jawnym” a „ja ukrywanym”. „Ja jawne”, zwane w literaturze psychologicznej autoprezentacją, staje się wskutek zaburzeń neurotycznych sztywnym, spetryfikowanym zachowaniem, stosowanym niezależnie od sytuacji, podczas gdy autoprezentacja u osób nie zaburzonych jest bardziej plastyczna. Staje się ono fasadą czy przykrywką rzeczywistych potrzeb i przeżyć pacjenta, ukrytych wewnątrz, gdzie ulegają one zablokowaniu (człowiek wtedy nie rozwija się, może to doprowadzić do paraliżu działania) oraz skumulowaniu na zasadzie koncentratu. Stąd, gdy uda im się wydobyć na powierzchnię, zachowanie może okazać się nadmierne, nieproporcjonalne do bodźca, a więc nieadekwatne, wskutek czego prowadzące do zaburzeń komunikacji.

Relacja między „ja jawnym” a „ukrywanym” jest rozumiana w „portrecie muzycznym” jako opozycyjna, w sensie energetycznym i znaczeniowym [8] i przyjmowane jest, że obie te części „ja” stanowią układ zamknięty, choć o zakłóconej równowadze — w przypadku

³ Improwizowane scenki psychodramatyczne stosowałam już od momentu wprowadzenia do psychoterapii instrumentów muzycznych, a więc już ok. 1975 r., ale dopiero pod wpływem 10-letniego szkolenia w Europejskim Instytucie Psychodramy i uzyskaniu certyfikatu psychodramatysty, rozwinęłam metodę PM wzbogacając ją sposobem myślenia psychodramy Morenowskiej.

pacjentów neurotycznych. A zatem, jeśli np. osoba prezentuje się otoczeniu w roli ofiary, „wewnątrz” – w „ja ukrywanym” może być bardziej silna, ale nie podejmuje silnych ról, bo nauczyła się w dzieciństwie pozyskiwać uczucia lub radzić sobie z zagrożeniem słabością. Tę strategię kontaktu, optymalną dla realizacji takich celów, przenosi następnie w życie dorosłe. Może to być również skutek zafiksowania i generalizacja roli, jaką przeżyła w doświadczeniu urazowym, jak wiadomo bowiem ofiary przemocy dokonują przymusowej repetycji traumatycznego zajścia, tym razem w nadziei, że się ono nie dokona [zob. 6, 13] — mogą przez to prowokować do łamania swych granic i stosowania przemocy wobec nich. Przeciwnie — osoba realizująca model siły w zewnętrznym zachowaniu, może mieć trudności z poproszeniem o pomoc i często słabość ujawnia dopiero poprzez wejście w rolę chorego.

Bliskie jest mi tu podejście Moreno, który uważa, że „ja” rozwija się z podejmowania w życiu ról i definiuje je jako system ról odgrywanych w ciągu życia przez człowieka, jako „macierz ról”, która zmienia się wraz z otoczeniem, wiekiem i kulturą, do której człowiek należy; przy czym podkreśla, że role zawierają zawsze osobiste i kolektywne elementy, wskutek czego „ja” jest wyrazem indywidualnej biografii socjalizacji. Włącza on do „ja” ciało, psychikę i otoczenie społeczne „Sozietät”[cyt. za: 1].

Nowe poznawcze teorie emocji ujmują emocje jako zjawiska interpersonalne i intersubiektywne, jako schematy interakcji, jako przejściowe role społeczne. Stany emocjonalne traktowane są wtedy jako dyspozycje epizodyczne do odpowiedzi np. objawem lęku w danej sytuacji. Ten lęk przejawia się w sposób, w jaki jednostka wyobraża sobie zagrożenie i reakcję na nie. Tworzy więc ona pewien skrypt czy schemat emocjonalny sytuacji zagrażającej i odpowiedniej dla niej reakcji lękowej [11, 12, 14]. W przypadku zaburzeń nerwicowych emocje, jako schematy interakcji, mogą nie funkcjonować jako przejściowe role społeczne, lecz zautomatyzowane, nawykowe, często przymusowe i pozaświadome.

Pojęcie „ja” w metodzie „portretu muzycznego” rozumiane jest jako układ schematów, tj. generalizacji poznawczych (intelektualnych i emocjonalnych) dotyczących wiedzy o sobie, wyprowadzonych z przeszłych doświadczeń społecznych [a także intrapsychicznych i somatycznych), które organizują i kierują przetwarzaniem informacji odnoszących się do „ja”. Pojęcie obrazu „ja” odnosi się tu do samowiedzy jednostki, natomiast pojęcie struktury „ja” oznacza złożoną strukturę psychiczną, obiektywnie istniejącą w umyśle podmiotu, niezależnie od tego, czy jest on jej świadomy, czy nie. Byłaby to zatem organizacja osobowości człowieka dotycząca m.in. obrazu samego siebie [15]. Przyjmuję przy tym, że obszarem „ja jawnego” kieruje bardziej centralny dla niego schemat intelektualny (wykoncypowana optymalna strategia autoprezentacji, kontaktu z otoczeniem, formująca się w kontakcie z rodzicami, ich standardami narzucanymi dziecku i ich oceną i aprobatą dziecka, zob. niżej), natomiast obszarem „ja ukrywanego” – schemat emocjonalny (rzeczywiste przeżycia i potrzeby, a także samoocena). W obręb schematów centralnych „ja” wchodzi u pacjentów neurotycznych zwykle pojęcia wartościujące: „silny—słaby” oraz „dobry—zły” i różne ich realizacje w postaci nazwanych przeze mnie modeli neurotycznych „ja”⁴. W przypadku zaburzeń nerwicowych występuje konflikt między centralnym

⁴ Bliższe wyjaśnienia dotyczące założeń PM, jego procesu terapeutycznego i interpretacji muzyki [zob. 4, 8, 11, 12]

schematem intelektualnym a emocjonalnym, tj. między zewnętrznymi standardami, nie zinternalizowanymi przez jednostkę, ale akceptowanymi przez najbliższe otoczenie, a więc ujawnianymi („ja jawne”), a własnymi, nie aprobowanymi, jak sądzą pacjenci, przez otoczenie, a stąd i przez nich samych, a więc zagrażającymi, które zatem trzeba ukrywać („ja ukrywane”). W efekcie konfliktu potrzeb i ról w strukturze „ja”, pacjent odczuwa chaos wewnętrzny, w którym się gubi i który dezorganizuje jego funkcjonowanie.

2.3. Cele terapeutyczne metody „portretu muzycznego”

Podstawowym celem jest harmonizacja i integracja struktury „ja” pacjenta, to znaczy:

1. Uzyskanie kontaktu z własnym „ja”, szczególnie tym ukrywanym, poprzez możliwość usłyszenia go w lustrze dźwiękowym grupy terapeutycznej i w lustrze muzycznym przygotowanym przez terapeutę, a następnie wyrażenia go i ujawnienia samemu na instrumencie muzycznym. Z technikami muzycznymi związana jest każdorazowo ich werbalizacja i dyskusja na temat pacjenta.

1. Uzyskanie wglądu we wszystkie 3 aspekty „ja”: jawny, ukrywany i „przyszłościowy” — potencjalny.
2. Dokonanie zmiany poznawczych układów odniesienia wobec „ja”, co określane jest w terapii poznawczej jako „zasada reframing” [4, 5]. Polega ona na przewartościowaniu oceny różnych aspektów „ja”, w wyniku czego „ja ukrywane” zyska w oczach pacjenta ocenę bardziej pozytywną, natomiast „ja jawne” – bardziej negatywną. Jeśli pacjent zaaprobuje własne standardy, potrzeby i emocje, to nie będzie musiał ich ukrywać, traktować jako defekty i kompensować, czyli wydatkować energii na tworzenie fasad czy masek, a jego kontakty społeczne staną się bardziej otwarte, emocjonalne i adekwatne. Objawy neurotyczne stracą wtedy rację bytu. „Reframing” wiąże się także ze zmianą konstruktów centralnego dla schematu „ja”, przy czym nie chodzi o nakłonienie pacjenta do rezygnacji z bycia dobrym lub silnym, lecz o to, żeby zaczął on inaczej – dojrzałej rozumieć te pojęcia. Muzyka dostarcza tu wzorów nowych znaczeń i wzorów ról, metoda PM jest bowiem terapią tożsamości obejmującą nie tylko problematykę obrazu „ja” i struktury „ja”, lecz także problematykę prawidłowej identyfikacji z własną płcią i wiekiem. „Reframing” stanowi tu zatem rozwiązanie konfliktu między „ja jawnym” a „ukrywanym”.
3. Zintegrowanie dwóch poziomów regulacji: doznań i refleksji, co w psychoterapii porównać można ze zintegrowaniem wglądu intelektualnego i emocjonalnego u pacjenta.
4. Uzyskanie inspiracji do stworzenia nowej koncepcji „ja”. [11, 12].

Wśród pacjentów Kliniki Nerwic jest wiele osób, nie tylko o osobowości borderline, o których można powiedzieć, że nie mają własnej „struktury”, tzn. są zewnątrzsterowne, nie czują i nie zaspokajają własnych potrzeb i idą przez życie realizując cudzą, narzuconą im „strukturę”. Na poziomie muzycznym przejawia się to np. w chaotyczności i braku rytmizowania ich wypowiedzi na instrumencie, a z drugiej strony w niemożności wyodrębnienia, a następnie utrzymania własnego pulsu/metrum i stapianiu się w relacji z partnerem [7, 8, 10, 11]. W takich przypadkach celem „portretu muzycznego” (PM) jest nie tyle inspiracja do tworzenia nowej koncepcji „ja”, ile raczej budowanie własnej „struktury”, począwszy od poziomu „abecadła muzycznego” [zob. 10, 16].

3. Struktura i techniki „portretu muzycznego (PM)

PM jest metodą lustra muzycznego, w którym odbija się struktura „ja” pacjenta, a opisana wyżej zasada „reframing” prowadzi tu do transformacji i integracji jej części. Jest też metodą modelowania, gdyż muzyka dotycząca „ja w przyszłości” pokazuje pacjentowi różne wzory postaw, zachowań, myślenia i emocji, a także różne wzory kobiecości i męskości, inspirując go do tworzenia własnej koncepcji siebie. PM zawiera techniki stałe, które rozpoczynają i kończą zajęcia. Są to: lustro dźwiękowe pacjenta, grane przez grupę terapeutyczną i uzupełniane na instrumencie muzycznym przez portretowanego pacjenta, oraz lustro muzyczne – symulacja struktury „ja” pacjenta sporządzona z fragmentów utworów muzycznych przez terapeutę. Pozostałe techniki mają charakter sytuacyjny [zob. 17], tzn. wynikają każdorazowo z potrzeb terapeutycznych rozgrywającego się „dramatu pacjenta”. Są to tematy i zadania formułowane na bieżąco w trakcie zajęć. Tu także włączona jest praca psychodramatyczna.

Proces terapeutyczny PM ma kolejne fazy: 1 — zdiagnozowanie struktury „ja” pacjenta przez grupę terapeutyczną, 2 — dostrzeżenie wynikających z tej struktury konsekwencji dla kontaktu pacjenta z otoczeniem oraz dla realizacji jego własnych potrzeb i celów życiowych (na tym etapie bywa już odczytywana funkcja choroby), 3 — zrozumienie, dlaczego uformowała się taka właśnie struktura „ja” (problematyka rodzinna), 4 — dotarcie do źródeł konfliktu wewnętrznego pacjenta; terapia doświadczeń urazowych łącznie z ich reparacją, 5 — integrowanie struktury „ja”, 6 — podsumowanie i domknięcie w postaci lustra muzycznego — kolażu zwykle 3 fragmentów muzycznych.

Ostatnio kolaż ten, jako lustro struktury „ja”, prezentowany jest na wstępie PM, po lustrze instrumentalnym pacjenta, granym przez grupę, ażeby już nie wracać po czynnościach reparacyjnych, kończących się często odczuciem spokoju, ciepła, bliskości, błogości, do poprzednich zachowań pacjenta, sprzed reparaacji i nie zakłócać tej nowej atmosfery.

Etapy procesu terapeutycznego PM można zatem ująć jako: wstępne rozpoznanie, genezę struktury „ja” pacjenta, modyfikacje jej oraz podsumowanie i zakończenie (dokładny opis zob. Galińska [12]).

4. Praca psychodramatyczna w „portrecie muzycznym”

„Portret muzyczny” korzysta z założeń psychodramy Morenowskiej, realizując je za pomocą instrumentów muzycznych, na których odgrywany jest „dramat” pacjenta, różnego rodzaju sceny z jego życia. Sam instrument muzyczny wprowadza element psychodramatyczny. Np. portretowana osoba, u której centralnym schematem „ja”, wydawało się, jest „dobro-zło”, wyrażające się w surowym przestrzeganiu zasad, unikaniu kontaktu emocjonalnego, intelektualizacji — porównywana przez członków grupy z zakonnicy, w swym sposobie zachowania, ubioru i wyglądu raczej męska, w dzieciństwie rywalizująca z faworyzowanym bratem o miłość rodziców — zidentyfikowała się z „dzikiem, który chrumkał i jadł, był cały w błocie, bardzo brudny”. Otrzymała zadanie do zagrania m.in. „świętej i grzeszniczy”, „dobrej — złej” oraz „uładzonej i dzikiej”. Grupa zauważyła, że używała ona innych instrumentów muzycznych do wyrażania bieguna pozytywnego, a innych — bieguna negatywnego (zielona grzechotka w kształcie owocu avocado). Następnie, grając scenkę rodzinną — ojcu dała to „avocado”, którym grała „grzesznicę”, „zło” i „dzikość”.

Jednocześnie twierdziła, że ma bardzo dobry i bliski kontakt z ojcem, opiekuje się nim. Była osobą niezamężną (ok. 45 lat). Rodzice jej byli rozwiedzeni. Mieszkała z matką. Prawdopodobnie instrumentem tym zasygnalizowała nierozwiązaną problematykę edypalną.

Instrument muzyczny używany na potrzeby terapii jest personifikowany, symbolizuje osobę, która na nim gra, jej uczucia, myśli i zachowania, a także ciało. W scenach odregowania emocji negatywnych różni się on od rekwizytów używanych w psychodramie, w której agresję można wyrazić np. uderzając w poduszki, bijąc pasem o stół itp. Kiedyś pacjent Kliniki Nerwic, obciążony również chorobą genetyczną, na którą niedawno zmarła jego siostra, wyrażał swą wściekłość. Zaproponowałam mu, żeby uderzał butem o podłogę, obawiałam się bowiem, że zniszczy wielki bęben, którego chciał użyć do wyrażenia agresji. Pacjent odparł, że chce grać na instrumencie muzycznym, gdyż uderzając w niego usłyszy swój ból, lęk, wściekłość czy bezsilność. Uderzając w podłogę, nie usłyszy swych emocji. Nie odpowie mu ona.

Jeśli pacjent przy wyrażaniu jakiejś emocji, przeważnie agresji, niszczy swój instrument, doprowadza do tego, że rozpadają się jego płytki (zob. metalofony, dzwonki, ksylofon, które mają specjalnie ruchome płytki), można to rozumieć jako wyraz autoagresji. Oznacza to, że instrument jego ponosi koszty, np. jest za słaby, zbyt delikatny, co oznacza, że pacjent wybrał go nieadekwatnie do zadania i prawdopodobnie w życiu robi podobnie. Wskutek uświadomienia tego sobie, może on powtórzyć zadanie wybierając instrument nadający się do danego zadania. Jeśli wyrażając złość uderza instrumentem w swoje ciało, sprawiając sobie nawet ból, jest to również zachowanie autoagresywne.

W scenach wyrażania wobec sprawcy urazów zaległej, skoncentrowanej, i przez to toksycznej agresji, pacjent potrafi określić, czy udało mu się wyrazić wszystko, co czuł, czy tylko część. Potrafi on wyczuć dokładnie, jaki jest to procent i ile jeszcze zostało mu do wyrażenia. Podobnie z łatwością komunikat ten z instrumentu muzycznego odczytuje grupa terapeutyczna.

Symbolika instrumentu wynika niekiedy z jego kształtu. Tak jest np. w wypadku grzechotki brazylijskiej tubo z zestawu instrumentarium Orffowskiego, która może stanowić symbol falliczny. Zwykle wybór jej wskazuje na ważność, z jakiegoś względu, problematyki seksualnej dla pacjenta. Kiedyś pacjent niedojrzały emocjonalnie i osobowościowo, z zaburzeniami typu dewiacji seksualnej (podglądactwo, podsłuchiwanie, rozmowy telefoniczne itp.), który pełnił – jak się okazało przy graniu scenek rodzinnych – rolę maskotki seksualnej dla matki i ojczyma, miał zakreślić obszar swej przyszłości i włożyć do niego instrumenty muzyczne, które będą symbolizowały elementy jego życia. Wybrał, jako symbol swojej dziewczyny, instrument, który poprzednio dał swej matce, a następnie, jako symbol pracy, wspomnianą grzechotkę tubo. Grupa wybuchła śmiechem.

Psychodrama Morenowska w „portrecie muzycznym” polega na obsadzaniu ról członkami grupy terapeutycznej, z których każdy otrzymuje od protagonisty (tu pacjenta portretowanego) instrument muzyczny zgodny z rolą. Następnie, przez zamianę roli protagonisty z tymi rolami (są to tzw. ega pomocnicze lub antagoniści), zbiera się w sposób werbalny i muzyczny wywiad z każdej roli. Nowum w stosunku do psychodramy jest tu możliwość usłyszenia komunikatów pacjenta w wersji muzycznej i słownej. Np. pacjentka, będąc w roli swego ojca, powiedziała obojętne zdanie do samej siebie, ale gdy to samo zdanie zagrała, jej komunikat był znacznie cieplejszy. Grupa podłożyła pod niego zupełnie inny

tekst słowny. I odwrotnie — gdy pacjentka w roli swej matki mówiła do córki: „zabierz się za naukę”, grupa odczytała to znacznie ostrzej: „wynoś się stąd”. Widać tu od razu, w jakich rolach z rodziny pacjenta występuje niespójność, a nawet podwójność komunikatu słownego i muzycznego. Inaczej niż w psychodramie Morenowskiej, w której prawie wszystkie interakcje są właściwie dialogiem wewnętrznym protagonisty, w „portrecie muzycznym” — interakcje na instrumentach muzycznych są najczęściej improwizowane.

Praca na poziomie symbolicznym, jaka może dokonywać się w PM, podobnie jak i w psychodramie, dokonuje się na „wewnętrznej scenie” pacjenta, w tzw. poszerzonej rzeczywistości (surplus reality), jak to określa Moreno. Oznacza to, że można tu swobodnie poruszać się w czasie i w przestrzeni, wprowadzać sytuacje i role, które są potrzebne protagonistie. Nieważna jest tu chronologia i faktografia. Wyznacznikiem akcji są najsilniejsze przeżycia protagonisty, jego logika emocji oraz jego potrzeby. Ale pracę terapeutyczną należy zakończyć w teraźniejszości pacjenta, nie pozostawiając go na etapie regresji, a także nie wybiegając w przyszłość — pacjent, który ma 25 lat kończąc „portret muzyczny” nie może czuć, że ma 28 lat. Dla wydobycia subiektywnego świata pacjenta można stosować techniki amplifikacji, karykatury, zwolnienia lub przyspieszenia tempa, zagęszczenia zdarzeń. W „portrecie muzycznym” techniki te wprowadzane są przede wszystkim za pomocą muzyki symulującej strukturę „ja” pacjenta, czyli lustra muzycznego, przygotowanego przez terapeutę (zob. poznawcza rola muzyki w PM [7, 8]). Ponadto — jak wspomniałam wyżej — w „portrecie muzycznym” stosuję rutynowe techniki werbalne i pantomimiczne: dublowania (alter ego) i lustra Morenowskiego.

5. Proces terapeutyczny doświadczeń urazowych w PM

Przeżycia urazowe są tłumione, wypierane czy zapominane, zatem dopiero po nawiązaniu kontaktu z „ja ukrywanym”, „wewnętrznym” pacjenta możliwa jest ich terapia. Polega ona na dotarciu do obszaru objętego paraliżem woli działania i poczuciem bezradności oraz na wykryciu przyczyny związanej z urazem psychicznym, a następnie na powtórnym przeżyciu tego urazu (po to, żeby się zintegrować po rozszczepieniu, dysocjacji), ale w warunkach bezpiecznych — mając wsparcie nie tylko grupy i terapeuty, ale i samego siebie. Samo powtórzenie traumy jest bowiem działaniem antyterapeutycznym, gdyż pacjent pozostawałby nadal w relacji nierównej wobec sprawcy urazu, byłby niepomrotnie słabszy od niego i kolejny raz padłby ofiarą przemocy. Działaniem antyterapeutycznym jest również naciskanie pacjenta — ofiary przemocy, przez terapeutę lub grupę, wbrew jego woli, do jakiegoś działania, np. do otwarcia się, stanowi to bowiem powtórzenie aktu przemocy lub nadużycia. Dlatego też należy wcześniej zawrzeć kontrakt z pacjentem lub w inny sposób uzyskać jego chęć do współpracy.

W pracy terapeutycznej chodzi o uruchomienie rezerw pacjenta, z których nie był on w stanie korzystać w trakcie zdarzenia urazowego. W momencie dysocjacji — odłączenia się od własnych przeżyć — następuje utrata pewnego ładunku energii, która zanika, ale mimo to gdzieś w człowieku istnieje. Można zatem sięgnąć do jej zasobów, uruchomić ją, wzbudzić u pacjenta opór i chęć walki. Założeniem jest spełnienie potrzeby wewnętrznej pacjenta. W przypadku przeżyć urazowych celem jest skonfrontowanie z niebezpieczeństwem po to, by zyskać utraconą nad nim kontrolę. Podczas odgrywania sytuacji związanej z przeżyciem urazowym następuje odblokowanie emocji patogennych, odciążenie od nich,

nadarza się pacjentowi sposobność poradzenia sobie z sytuacją urazową, która pierwotnie przerastała jego możliwości. P. Levin w swej książce „Obudzić tygrysa” pisze o obserwacjach, jakie wyniósł będąc w Afryce z prac badawczych etologów nad zachowaniami zwierząt. Zauważył mianowicie, że jeśli tygrys zaatakował antylopę i męczył ją, antylopa kładła się udając martwą i tygrys tracił zainteresowanie, a wtedy antylopa — wykorzystując ten moment — mogła uciec. Ale gdy leżała zbyt długo bez ruchu — konała⁵. Levin doszedł do wniosku, że należy doprowadzić pacjenta do momentu traumatycznego, tu pogłębić jego bezsilność, a następnie pobudzić go do działania, wyzwalając reakcję protestu. Daje to mu poczucie siły, własnej sprawczości, samokontroli, w następstwie czego uruchamiany jest rozwój jego osobowości.

Aby uchwycić, w jaki sposób pacjent odbiera swego antagonistę, np. odrzucającego rodzica lub sprawcę nadużycia, terapeuta prosi o zamianę roli z nim [6]. Pacjent gra wtedy na instrumencie muzycznym sprawcy. Nie rezygnuje się tu z kontaktu werbalnego. W rzeczywistości poznajemy wtedy wewnętrzny świat samego pacjenta związany z sytuacją urazową, a nie świat jego antagonisty. Dopiero gdy można stwierdzić, jakie są przeżycia pacjenta, jego działania stają się zrozumiałe.

Pomoc w tym względzie może stanowić także technika kierowanej wyobraźni, czyli temat podawany do słuchanej muzyki, np. „Negatywna postać, potwór, zły czarnoksiężnik”. W zależności od osoby sprawcy przemocy temat ten można rozszerzyć wprowadzając elementy, które pozwolą na pracę „naprawczą”, np. gdy sprawcą jest ojciec alkoholik lub matka, a więc osoby, których pacjent nie chciałby utracić (zob. niżej). Stąd dalsza część tego tematu może brzmieć: „zrozumieć motywy postępowania tej postaci, a także dostrzec jej dobre strony”. Temat ten zastosowany wobec pacjenta, a nie jego sprawcy, czyli w wymiarze intrapsychoicznym, a nie interpersonalnym, stanowi studium agresji i pokazuje, że jej źródłem może być trauma, ponieważ prowadzi ona do obniżenia poczucia własnej wartości.

W „portrecie muzycznym” pacjent jest w stanie skonfrontować się z taką postacią zagrażającą, obiektem swych negatywnych uczuć, gdyż można tu użyć wszelkich środków i mocy. A nawet, gdyby pacjent poniósł klęskę, to jest ona inaczej przeżywana niż w prawdziwym życiu. Z własnych doświadczeń wynika, że pacjent z reguły radzi sobie, uzyskując satysfakcję. Podobną satysfakcję czuje wtedy grupa, która mu w tym kibicuje, angażując się silnie w jego przeżycia na zasadzie identyfikacji z nim.

W sytuacji urazowej można też pracować z dublerem, tzn. że nie występuje tu bezpośrednio np. ofiara gwałtu, lecz osoba z grupy terapeutycznej, która ją reprezentuje. W „portrecie muzycznym”, który operuje środkami bardziej abstrakcyjnymi niż psychodrama, taka ochrona pacjenta nie jest konieczna. W psychodramie może natomiast zdarzyć się taka sytuacja, że trzeba przynajmniej na jakiś czas zrezygnować z pracy z agresją. Np. w odtwarzaniu sceny zabawy seksualnej (miał wtedy 4 lata) ze swoim starszym bratem (14 lat) — który kazał mu zdjąć majteczki i położyć się na brzuszku — odczuwał silny lęk, paraliż ciała i bezsilność. Mógł następnie tylko porozmawiać z bratem i powiedzieć mu, co czuje, a także skontaktować się z rodzicami, im wyrazić złość i uzyskać od nich wsparcie, akceptację. Przez cały tydzień pacjent nosił w sobie tę nie wyrażoną agresję,

⁵ Informacja z seminarium R. Roine. Kraków 26-28.06. 2000.

przemieszczając ją na personel kliniki. Konieczna była więc dogrywka do poprzedniej psychodramy. Pacjent z furią rzucił się na pacjenta grającego brata. Wokół jego głowy na ścianie ułożył poduszki, w które walił pięściami. Stało się wtedy jasne, dlaczego we wcześniejszej psychodramie, gdy grupa odgrywała bal maskowy, przebrał się za boksera, który miał majtki na głowie.

W „portrecie muzycznym” mogą zdarzyć się także bardzo trudne dla pacjenta sytuacje. Tak było w przypadku pacjentki anorektycznej (21 lat), która w scenie regresji – cofnięcia się do 12-15 r. życia – poczuła ogromny ból, żal do matki (matka znalazła sobie drugą córeczkę, przybraną; pacjentka czuła się w porównaniu z nią mniej ważna dla matki). Poprosiłam ją o zamianę roli z bólem i o zagranie go na instrumencie. Po wejściu w swój ból pacjentka zamknęła się, wyglądała jak autystyczna, urwał się z nią kontakt. Dopiero dublowanie jej przez inną osobę z grupy, która stając za nią wyrażała jej myśli i odczucia, przywróciło z nią kontakt. W rozmowie indywidualnej ze swoją terapeutką powiedziała, iż nie sądziła, że to ją tak bardzo jeszcze boli (opis muzykoterapii z anoreksją i głębszymi zaburzeniami zob. 18, 19).

PM, podobnie jak psychodrama Morenowska, jest formą terapii indywidualnej, ale może prowadzić do uruchomienia, tj. „rozgrzania” emocjonalnego wielu potencjalnych protagonistów.

Po dotarciu do „ja ukrywanego”, „wewnętrznego” podejmowana jest przez grupę terapeutyczną próba zrozumienia, co pacjent ukrywa i dlaczego, a co ujawnia i eksponuje jako własne atuty. W tym momencie następuje odwołanie się do struktury jego rodziny i jej modelu komunikacji (grupa zna już życiorys pacjenta). Np. okazuje się, że rodzina „zasładza” osobę portretowaną i mimo iż wszyscy stale jej powtarzają, że ją kochają, czuje się ona zniewolona i osaczona. W konsekwencji przyjmuje autoprezentację „słodczy”, która nie pozwala jej na wyrażanie emocji negatywnych, a zmusza do tłumienia własnej energii i przyjmowania roli biernej, szczególnie wobec osób starszych od siebie, np. teściowej, przy których nie wolno zabierać głosu i co się samo przez się rozumie – należy im się podporządkować (przekaz nie żyjącej od 10 lat babci).

Urazowym w opisanym wyżej przypadku doświadczeniem okazał się brak aprobaty pacjentki jako dziewczynki. Oczekiwano, szczególnie matka, na chłopca, dlatego ubierano ją po chłopięcemu, ostrzyżono włosy, tak że kilkakrotnie w sklepie ktoś do niej zwracał się jak do chłopca. W efekcie uformowała się struktura „ja” tego rodzaju, że na poziomie „ja jawnego” prezentowane było wyciszenie, wytłumienie, nieśmiałość, natomiast w „ja ukrywanym” żywiołowy chłopiec. Uwidoczniała to technika wyobrażenia sobie „postaci” do muzyki, wskazująca na identyfikację z tą postacią [zob. 7, 8]. Był to 12-letni chłopiec, pędzący szaleńczo na koniu. W zakończeniu „portretu muzycznego” pacjentka zmodyfikowała przekaz rodzinny z poprzedniego (zob. wyżej) na „bądź sobą”. Poczuli się wolni. Została ponadto na nowo urodzona i zaaprobowana przez rodziców jako dziewczynka. Scenka miała formę improwizacji na instrumentach muzycznych, z udziałem całej grupy.

W trakcie pracy nad doświadczeniami urazowymi wraca się często do bardzo wczesnych lat dzieciństwa, albo jeśli to wydaje się konieczne – jak w opisanym przypadku, w którym uraz stanowił fakt nieakceptacji nowo narodzonej córki, zamiast syna — rozpoczyna się od momentu poprzedzającego urodzenie (oczekiwania na dziewczynkę). Następnie towarzyszy się rozwojowi dziecka, korygując zdarzenia zakłócające ten rozwój. Jest to zgodne

z myśleniem Moreno — twórcy psychodramy. Jak pisze E. Røine [6, s. 175]: „Zamiast posługiwać się przeniesieniem, Moreno tworzy świat pomocniczy jako substytut świata rzeczywistego, w którym pacjent nie potrafi znaleźć sobie miejsca”. Nie chodzi przy tym o ucieczkę od realności w świat fantazji, lecz o wspomnianą korektę, która uleczy „ranę duszy” (w opisanym przykładzie jest to odczucie, że się jest niechcianym dzieckiem) oraz dostarczy poczucia bezpieczeństwa i pozytywnych emocji. Katharsis rozumiane jest bowiem nie tylko jako odreagowanie i oczyszczenie się z patogennych, toksycznych, zalegających emocji, lecz również jako napełnienie się pozytywnymi doświadczeniami i przeżyciami. Bez takich działań mogą pojawiać się u pacjenta nieświadomione potrzeby „samokarania”, hamujące jego rozwój. Stąd jednym z najważniejszych zadań, jakie pacjent zwykle otrzymuje do zagrania na instrumencie, jest „wyrażenie własnych potrzeb i sposobów zaspokajania ich”. Diagnozuje ono, ale i pozwala zrozumieć mechanizm funkcjonowania systemu potrzeb pacjenta.

Równie ważna w „portrecie muzycznym”, podobnie jak i w psychodramie Morenowskiej, jest tzw. praca naprawcza, czyli reparacja doświadczeń urazowych, korygująca zdarzenia z życia (zob. wyżej opis ponownych narodzin oraz zmiany przekazów rodzinnych). Dokonując jej warto mieć świadomość, że w przypadku nawet najgorszych nadużyć czy aktów przemocy ze strony rodziców, u dziecka istnieje zawsze wrodzona tęsknota za ich miłością i pragnienie tego, czego od nich nie otrzymało. Dlatego nigdy nie należy wywierać presji na pacjentkę, żeby zaparł się ojca czy matki lub z nimi zerwał kontakt. W takich wypadkach można pracować z dobrą i złą częścią matki lub ojca, które trzeba następnie zintegrować, gdyż są to również części własnego „ja” (por. teorie relacji z obiektem). Z tych samych względów, tj. uruchamiania procesów równoważenia w osobowości, należy w wewnętrznym świecie pacjenta zintegrować wzorzec ojca i matki jako pary. W tym celu można stosować także „kodowanie muzyczne” polegające np. na zmianie wzorca relacji trójkątnej (np. gdy ojciec zdradzał matkę lub gdy córka pozostawała z nim w relacji edypalnej, a więc wchodziła między ojca i matkę) na wzorzec relacji typu pary. Nie zawsze udaje się to od razu. Np. pacjentka, mimo iż miała zagrać relację dualną, grała na 3 płytkach. Po zwróceniu jej na to uwagi — grała na 2 płytkach, ale w rytmie trójmiarowym. Skuteczność „kodowania muzycznego” wymaga zastosowania go w optymalnym momencie procesu terapeutycznego oraz umiejętności przeprowadzenia go, tzn. poradzenia sobie z trudnościami, jakie napotyka pacjent [zob. 16].

Przykład pracy „naprawczej” z kobietą 44-letnią, maltretowaną kazirodczo przez ojca w wieku 6 lat, podaje np. E. Røine [6]. Gdy pacjentka dała upust swemu gniewowi (zwykle po nim następuje głęboki płacz z żalu), pojawiła się tęsknota za dobrym ojcem. Terapeutka dała jej wymagowane pudełko z 3 zapałkami. Po zapaleniu każdej z nich, miała wypowiedzieć jedno życzenie. Usłyszała, że po zapaleniu ostatniej stanie się coś nieoczekiwanego (jest to technika szoku psychodramatycznego). Gdy pacjentka zapaliła trzecią zapałkę — wszedł jej ojciec (wcześniej poinstruowany). Usiadł przy niej, pogłaskał po głowie, powiedział, że jest z niej dumny... Latem nadeszła od pacjentki kartka z informacją, że „nowy ojciec zaczyna w niej żyć”.

Po wyładowaniu agresji wobec sprawcy w scenie terapeutycznej, pojawiają się pytania reparacyjne: dlaczego nikt nie przyszedł mi pomóc i nie uratował mnie, dlaczego mnie skrzywdzono. Wtedy rzeczywistość poszerza się. Pacjent może uzyskać dostęp do jakiejś siły wspierającej go — ojca, matki, księdza, aniołów, a nawet Boga — która potwierdzi, że istnieje inne życie.

Ostatnia faza „portretu muzycznego” (nie licząc lustra muzycznego z utworów muzycznych) jest więc pracą „naprawczą” i ukierunkowaniem na przyszłość, np. wytyczeniem sobie drogi, nawet przestrzennie — w sali, na końcu której może stać np. kobiecość lub ukochany mężczyzna, lub po prostu „moja przyszłość”, grana na instrumencie muzycznym przez wybraną osobę z grupy terapeutycznej. Zamiana roli z nią pozwala zmierzyć się z tym, co nowe i otwiera nową perspektywę (zob. 5.1, s. 15 – opis zakończenia pracy terapeutycznej z pacjentką bulimiczną).

To, czy pacjent korzysta z „portretu muzycznego”, widoczne jest m.in. w strukturze tworzonej przez niego muzyki oraz w poszukiwaniach i zmianach instrumentu muzycznego w toku procesu terapeutycznego. Np. na początku zajęć portretowana osoba (o osobowości zależnej, na poziomie „ja jawnego” dziecięca i beztroska, nie wyrażająca emocji negatywnych, zawsze poprawna w zachowaniu, jakby w „małych ramkach”) używała grzechotki typu małego, krótkiego drewnianego walca. Grała na niej wyłącznie motywy symetryczne, jednakowe, przewidywalne. W części środkowej zajęć, w związku z porównywaniem jej przez grupę z drewnianą kukielką, zainscenizowano bajkę o Pinokiu, który uczy się walczyć. Pacjentka zmieniła wtedy instrument na bęben, podobny wprawdzie w kształcie do poprzedniej grzechotki, ale kilkakrotnie od niej większy. Struktura instrumentu pozostała zatem prawie nie zmieniona. Zmieniła się głównie jego wielkość, ale pozwolił on na mocniejszą grę i na wyrażanie agresji. Na koniec zajęć, gdy pacjentka miała zagrać „zakazany staw” ze swych wcześniejszych skojarzeń przy muzyce, symbolizujący jej niezrealizowane potrzeby, wzięła dzwonki pasterskie (ok. 8 zawieszonych na sznurku) i rozdzwoniła się bardzo pięknie. Wybrała zatem instrument, na którym tworzyła całkiem nową muzykę, odmienną strukturalnie. Wyjechała następnie „w podróż w nieznane” ze swym narzeczonym, grając w odczuciu grupy głęboko i kusząco jako kobieta. Kolejne zmiany instrumentów odzwierciedlały zatem jej rozwój: od zachowania dziecięcego typu „drewnianej kukielki”, marionetki, aż do wczucia się w rolę młodej, atrakcyjnej kobiety, podejmującej ryzyko i realizującej własne potrzeby emocjonalne. Rozwój ten sprawdzany jest w metodzie PM także poprzez odbiór muzyki odzwierciedlającej strukturę „ja”. Wybory utworów muzycznych stanowią tu rodzaj testu „na wgląd emocjonalny”. Jeśli np. pacjentowi najlepiej podoba się utwór I – odpowiednik jego „ja jawnego”, bardziej niż III – odpowiednik „ja w przyszłości”, można sądzić, że nie wykazuje on motywacji do zmian. Natomiast jeśli podoba mu się utwór III i w nim siebie spostrzega, ale nie spostrzega siebie w utworze I i II, jest to sygnał, że zidentyfikował się w sposób życzeniowy. To, co nazywam „identyfikacją realną i potencjalną”, polega na kontakcie z obiema częściami „ja” (jawną i ukrywaną) oraz na potrzebie zbudowania nowej koncepcji „ja”. Wtedy pacjent mówi, że widział siebie w I i II utworze, ale najbardziej, jako muzyka, podobał mu się utwór III [zob. niżej 5. 2. 2; interpretacja muzyki do PM zob. Galińska 7, 8, 11, 18].

5. 1. Przykład terapii urazu związanego z doświadczeniami gwałtu u pacjentki bulimicznej

Pacjentka ma 20 lat. Jest chłodna w kontakcie, oschła, surowa, z wyglądu ascetyczna, długie włosy zaczesane gładko do tyłu i upięte. Odrzuca rolę kobiety. Na jednej z muzykoterapii poświęconej omawianiu problematyki seksualnej, w zadaniu „zaloty i miłość”, jedyna z grupy zagrała na instrumencie z partnerem tylko miłość platoniczną, nie dopuściła do seksu. Byłam zaskoczona, gdy dowiedziałam się od jej terapeutki indywidualnej, że jest to osoba, która ma bardzo liczne związki z mężczyznami — terapeutka oczekiwała, że

pod wpływem „portretu muzycznego” stanie się ona bardziej kobieca. Podczas omawiania swego życiorysu ujawniła, że była wiele lat, od 4 roku życia, gwałcona przez przybranego dziadka, czyli ojczyma matki.

Podczas „portretu muzycznego” zagrano ją jako oschłą, surową, taką, jaką opisałam wyżej. Przeszliśmy bardzo szybko przez kolejne etapy procesu terapeutycznego „portretu muzycznego” i z inicjatywy samej pacjentki, która pierwsza użyła słowa „gwałt”, dotarliśmy do traumy. Pacjentka E. wprowadziła na scenę dziadka (do roli tej wybrała homoseksualistę o skłonnościach pedofilskich, który chętnie przystał na to). E. została przygotowana do konfrontacji z „dziadkiem”, tzn. wiedziała, że nie jest już dzieckiem, choć za chwilę cofnie się do wieku 4 lat i że może skorzystać z siły i doświadczeń 20-letniej dziewczyny. Wyobraziła sobie, że ma 4 lata i że jest sama z dziadkiem. Wzięła wielkie talerze orkiestrowe i wyraziła agresję krótko, z furią, po czym skulona przykucnęła przed nim i strasznie płakała, płacz wstrząsał całym jej ciałem. Było to tak poruszające, że podeszłam do niej i dotknęłam łagodnie jej pleców. Płakała ciągle. Powiedziałam, że chce przecież poradzić sobie z nim. Spytałam, czy chce. Potwierdziła. Ponowiła atak ogromnej furii na talerzach, ale nie kończyła sytuacji. Mimo iż skończyła grać, trwała jak zahipnotyzowana. Wyglądała tak, jakby „dziadek” ją jakoś przyciągał. Stańto wszystko w miejscu. Spytałam, czy mogłaby się zamienić rolą z nieżyjącym od dawna dziadkiem. Zgodziła się, ale nie po to, żeby powtarzać gwałt, tylko porozmawiać z nim, dowiedzieć się, co nim wtedy kierowało, co czuł i co teraz myśli i co zrobiłby. Weszła w rolę dziadka i przedstawiła go jako aroganckiego, bez żadnej refleksji i poczucia winy wobec wnuczki: „Przecież oboje korzystaliśmy. Ja miałem przyjemność, a ty wszystko, co chciałaś, ładne sukienki, łakocie”. Spytany przeze mnie, co by teraz zrobił, gdyby żył, odparł: „zrobiłbym to samo, tylko ona teraz nie zgodziłaby się”. „Czy pan wie, co pan z niej zrobiłby?”. Pacjentka w roli dziadka nie odpowiedziała: „prostytutkę”, choć było wiadomo, że właśnie już tak w życiu postępuje. Gdy wróciła do swej roli, powiedziała, że zabiłaby dziadka. Zobaczyła, że nic do niego nie trafia, że jest on bez sumienia. Zastanawiała się, co z nim teraz zrobić. Kilka osób z grupy dublowało ją, stając za jej plecami. M. – narkomanka, powiedziała, że ukarałaby go, żeby pokutował, np. w czyścicu; A. – zakonnica, powiedziała, że po odbyciu przez niego kary przebaczyłaby mu. Portretowana pacjentka przyjęła wszystkie propozycje i odrzuciła go raz na zawsze. Zamknęła sprawę z dziadkiem. Potrzebowała teraz kontaktu i wsparcia od „matki” i „babci”. Siadła między nimi. Dała im instrumenty melodyczne, ciepło brzmiące (dzwonki chromatyczne). Improwizowały wszystkie trzy przez jakiś czas. Porozumiały się. E. odczuła od nich ciepło i wsparcie. Była uspokojona i zadowolona, z uczuciem błogości. Spytałam, co teraz robi, jaka jest jej droga przyszłości. Wytoczyła jej kierunek i znalazła stałego partnera, od którego jako kobieta uzyskała muzycznie – na instrumencie — uczucia, wsparcie i akceptację. Poszła z nim swą drogą przyszłości.

„Portret muzyczny” był w czwartek. Widziałam ją następnie, na zebraniu społeczności, we wtorek rano. Widać było, że „portret” udał się. Wyglądała pierwszy raz w ciągu leczenia inaczej, jak kobieta; włosy miała zakręcone i rozpuszczone, wyglądały na jaśniejsze niż zwykle. Była ubrana swobodnie i bardziej kolorowo. Zabierała głos podczas zebrania, co także było nowym zachowaniem. Była swobodna, odbarczona, odciążona i oczyszczona, pełna siły i energii. Przeszła przez fazę bezsilności, pierwszej agresji i płaczu, jakby z głębi ciała, kolejnego ataku furii, rozliczenia się z dziadkiem (otrzymania zadośćuczynienia)

i zamknięcia tego rozdziału w swoim życiu, a następnie akceptacji siebie jako dziewczyny przez „matkę” i „babcię”, wytyczenia drogi w przyszłość (rodzaj zakotwiczenia) oraz akceptacji siebie jako kobiety przez mężczyznę – swego rówieśnika. Jej terapeutka potwierdziła dużą korzystną zmianę.

Wspomniana wyżej rematrycyzacja polegała u opisaney pacjentki na usunięciu rozszczępienia między wyglądem ascetycznym, oschłym, surowym, antykobiecym a zachowaniem prowokującym do licznych związków seksualnych z mężczyznami, impulsywnym i popędowym, nie powiązany z uczuciowością i bliskością. W efekcie pracy terapeutycznej E. przeciwstawiła się sprawcy, ukarała go i wyeliminowała z własnego życia, poczuła się silniejsza, otrzymała wsparcie ze strony grupy i „matki” oraz „babci”, co wzmacniło jej poczucie bezpieczeństwa i pozwoliło na akceptację siebie jako kobiety delikatnej, ciepłej, wrażliwej, która następnie przeżyła bliskość z wybranym przez siebie mężczyzną. Uwidoczniło się to w nowym wyglądzie pacjentki i nowym sposobie kontaktu z otoczeniem.

5. 2. Dwa przykłady terapii urazu dotyczącego niskiego wzrostu u mężczyzny

5.2.1. *Pacjent R. z zaburzeniami lękowymi z napadami paniki (F 41.0)*

R. (l. 25), kawaler, wykształcenie średnie. Urodzony z cięcia cesarskiego; był okręcony wokół szyi pępownią, w zamartwicy, zagrożony śmiercią. Był dzieckiem lęklwym, skłonny do kłótni z rówieśnikami, a wobec dorosłych nadmiernie poważnym i cichym. Miał trudności w zasypianiu i bóle głowy, obgryzał paznokcie i jękał się. Już w przedszkolu wszczynął bójki, gdy naśmiewano się z powodu jego niskiego wzrostu. W szkole nieśmiały. W wieku 20 lat zaczął pić alkohol. Miał kilka przelotnych, platonicznych związków. Brat, w ramach instruktażu, podsuwał mu kasety porno. Doszło też do urazowej inicjacji, za namową kolegów, z „tirówką”. Seks z kobietą, którą kocha, uważałby za poniżający dla niej, chodził więc do agencji towarzyskiej. Zagrożony zachorowaniem na AIDS. Gdy miał 21 lat popsuły się relacje między rodzicami i z tym pacjent wiązał objaw niemożności spożywania pokarmów o półpłynnej konsystencji, który w formie trudności z połykaniem pozostał do dziś. Po napadzie paniki, nie wrócił już do pracy. Matka — nadopiekuńcza i wyręczająca, a zarazem obarczająca poczuciem winy i krytykująca, szczególnie wszystkie jego dziewczyny, uważając je za „lekkie”; prowadziło to do rozstań z kolejnymi sympatiami. Ojciec — nadużywający alkoholu, zdradzający żonę, impulsywny, dający swoją agresją kierować, ale zarazem utrzymujący rodzinę z pracy w prestiżowym miejscu. Brat — nieudacznik, nie zainteresowany sprawami pacjenta. Środowisko rówieśnicze i miejscowe – alkoholizm, konflikty z prawem, styl życia bez zasad moralnych, ambicji i celu.

Na zajęciach muzykoterapii milczał przez kilka tygodni, po czym zaczął się odzywać spontanicznie jedynie po usłyszeniu muzyki do „portretów omawianych pacjentów”. Obserwowany w kierunku psychozy, której nie potwierdziło badanie przez kierownika kliniki.

Fragmety informacji z PM – po wysłuchaniu swego portretu, zagranego przez grupę terapeutyczną, skojarzył tę muzykę z człowiekiem ospałym: „brakowało mi rytmu na bębnie, aby iść przez drogę życia, i dyrygenta, który by kierował moim życiem”. Oto wypowiedzi grupy: R. nie ceni swej wrażliwości, chce być twardy i agresywny, ale nie potrafi przeciwstawić się rodzinie. Przewyciężył pokusy: alkohol i narkotyki dzięki „atakowi

nerwicy”. To choroba zdecydowała o zaprzestaniu picia („podświadoma samokontrola”). Choroba go także usprawiedliwia z tego, że nie jest tak silny i twardy, jakby chciał ojciec. Wobec matki musi być uległy (sprzeczne wymagania rodziców). Nie wyraża złości, nie wybucha. Ma trudności z połykaniem płynnych pokarmów, natomiast z jedzeniem, które wymaga gryzienia, a więc energii i agresji, nie ma problemów. Napady lęku i trudności z połykaniem zagrał podobnie; szybciej połykanie. W obu wyczuwano lęk, w „połykaniu” także przyjemność.

Napady lęku pacjent łączył z matką, a trudności z połykaniem z ojcem. Grupa była zaskoczona, oczekiwano na odwrotne przyporządkowanie objawów. Spytano, czy był karmiony po urodzeniu przez matkę. Okazało się, że nie, bo był w inkubatorze. Zauważono, że obecnie w napadach lęku pacjent dusi się, podobnie jak przy porodzie, gdy był owinięty pępowiną: „ja już nie oddychałem, tak mnie zacisnęła; gdybym się udusił, to by był święty spokój, nie byłoby nerwicy, wszystkich tych problemów”. Zwrócono uwagę na to, że obecnie R. też jest duszony pępowiną matki. Ktoś powiedział: „lęk wywołuje mama, a ojciec stawia wymagania, ale nie nauczono cię, jak sobie radzić w życiu”. Sytuacja ta skojarzyła się jednej z pacjentek z jej bardzo wymagającym trenerem lekkoatletyki. Okazało się, że ojciec R. także nie jest wysoki, jest tylko 2 cm wyższy od niego (choć syn uważa, że ma on średni wzrost), ale za to rośnie wszerek, waży już 105 kg. „Może nie jesz, żeby nie być podobnie gruby?”. Szkolni koledzy R. wyśmiewali się z niego, że jest mały. R. miał swoją dewizę: „skoro jestem mały, to muszę się dobrze bić”.

Po tej dyskusji grupa zaproponowała R. następujące zadania do zagrania na instrumentach muzycznych: przeciwstawić się matce i ojcu; przedstawić matce dziewczynę i pokazać jej, że jest ona wartościowa; wygarnąć bratu, że pokazał mu film pornograficzny jako instrukcję, w następstwie czego dziewczyna oskarżyła go, że jest brutalny; połączyć uczucia z seksem w jednej wartościowej osobie.

Terapeuta zaproponował natomiast scenki typu „korekcji życia”, na które pacjent przystał:

1. Narodziny R. Pacjent poczuł, że musi tu być osoba z nożyczkami, która odetnie pępowinę. Do roli tej wybrał sanitariusza (pacjenta księdza). „Matka”, pod narkozą, trzymała cały czas R. za rękę. Powiedziała w zamianie ról: „zdążymy przed czasem”, grając w panice na instrumencie. Sanitariusz powiedział: „bądź dobrej myśli”, ale jego granie na bębnie skojarzyło się grupie z rozkazem i złością: „wyłaż”. Uderzył w bęben bardzo ostro, czym przestraszył grupę, ale R. dobrze się z tym poczuł. Puścił natychmiast rękę „matki”. Odczuł zdecydowanie. Poprosiłam, żeby oddychał głęboko, poczuł jak rośnie i żeby zagrał na metalofonie — instrumencie płytkowym, jak rośnie. Zagrał „w dół” skali instrumentu (być może odczuł rozluźnienie, ulgę). Na pytanie, co chciałby teraz zrobić, odparł: „wyprowadzam się z domu, żyję bez sterowania rodziny, żyję z jakąś dziewczyną”.

2. Przedszkole R. bierze żółty tamburyn (instrument tancerek cygańskich, ale przez pacjentów używany często do grania wyzywającej kobiecości), gra bardzo głośno, zagłuszając grę grupy: „biłem wszystkich, którzy się ze mnie wyśmiewali, z mojego wzrostu”. Według grupy miał on instrument „zaczepny, ale mało silny”. Zaproponowano mu duży bęben, instrument o symbolice bardziej męskiej, na którym miałby wyrażać to, jak się czuje z kolegami, nie bijąc ich od razu. Grupa grała teraz ciszej i bardziej harmonijnie, a R. powiedział: „czułem się bardziej zgrany z innymi, a wcześniej musiałem walczyć”.

Spytałam, czy podobała mu się jakaś dziewczynka w przedszkolu: „Tak, ale śmiały się ze mnie, nienawidziłem ich”. W aktualnej scenie nagle spodobała mu się jeszcze jedna i jeszcze dwie. Ktoś powiedział, że R. chce mieć cały harem. Skontaktował się następnie muzycznie z wybranymi 4 dziewczynkami.

3. Kontakt z rodzicami – w zamianie roli, „ojciec” mówi do niego: „weź się za siebie, stań na nogi”, a matka: „rób sobie, co chcesz, ja umyłam od tego ręce”. „Ojcu” dał ten sam bębenek, na którym grał sanitariusz przecinający pępowinę. R. razem z „rodzicami” improwizuje muzycznie; mówi przy tym: „teraz będę robił to, na co mam ochotę”. Powtarza to kilkakrotnie dusząc w sobie głos; głośniej gra niż mówi, wali w bęben, ma ostatnie słowo. Grupa sugeruje, żeby ćwiczył przeciwstawianie się rodzicom i mówienie głośno, a nawet krzyczenie. Zadanie ma charakter treningowy; pada propozycja, żeby R. kontynuował głośne mówienie poza zajęciami. Kolejna scenka zmierza w kierunku przedstawienia rodzicom wybranej przez siebie dziewczyny.

4. Kontakt z dziewczyną. R. poszukuje odpowiedniego instrumentu dla siebie, zmienia instrument z bongosów (podwójny bębenek) na grzechotkę (marakas), gra niepewnie. Oboje grają bardzo krótko, ledwo dotknęli instrumentów, nie ma kontaktu wzrokowego. R. poczuł, że jest to początek znajomości. Kontynuują kontakt jako „zaloty i miłość”. Nadal grają niepewnie. Według grupy, R. ma instrument dziecięcy. R. zmienia instrument, bierze 2 instrumenty: bębenek i janczary, które zakłada na przegub ręki (jest to instrument, który dał swej „matce” w scenie porodu; być może symbolizuje on tu delikatność, albo wsparcie z jej strony). Ponownie grają „zaloty i miłość”. R. gra pewniej. Brakowało mu w tej grze synchronizacji, dziewczynie natomiast — spontaniczności. R. znów zmienia instrument. Wraca do marakasu, ale dołącza do niego bębenek. Gra jak zwykle zbyt szybko. Otrzymuje propozycje, żeby miał więcej cierpliwości, grał spokojniej i pozwolił sobie tym samym na przeżywanie i odczuwanie różnych emocji, a także bliskości i przyjemności.

Na najbliższym zebraniu społeczności pacjent zaskoczył wszystkich, po raz pierwszy bowiem zabrał głos, mówił bardzo długo i głośno, choć jeszcze zbyt szybko i przez to mniej zrozumiale. Był też spontanicznie aktywny na kolejnych zajęciach muzykoterapii — nie tylko pod wpływem muzyki, lecz także włączając się do dyskusji.

W opisanym przykładzie rematrycyzacja polegała na usunięciu w sposób symboliczny pierwszej traumy, związanej z duszeniem pępowiną, z zależnością od ciała matki, a w dalszym życiu — na „odcięciu” od uzależniającego kontaktu z matką, a następnie na próbach swobodnego oddychania i wydawania głosu oraz poszukiwaniu odpowiedniego instrumentu muzycznego dla wyrażania siebie — jakby symbolicznego „rośnięcia” i wypróbowywania właściwego czy optymalnego rozmiaru/wzrostu dla siebie w różnych rolach i sytuacjach społecznych. Pamiętamy, że R., w zagranej na początku zajęć przez grupę jego portrecie muzycznym, brakowało rytmu na bębnie i rytmu, żeby iść przez drogę życia, oraz dyrygenta, który by kierował jego życiem. W trakcie tworzenia „portretu (PM) R. zmieniał instrumenty muzyczne, grał także na dużym, atrakcyjnym, kolorowym bębnie (konga) w scenie przedszkolnej. Ale w ostatnim zadaniu, z dziewczyną — po wielu próbach kontaktu i poszukiwaniach odpowiedniego instrumentu, zdecydował się na granie równocześnie na dwóch instrumentach: na marakasie „dorosłym” (są bowiem w instrumentarium Orffa także grzechotki malutkie, dziecięce) i na bębnie, a nie na dużym bębnie. R. poczuł się dobrze z mniejszym instrumentem i być może zaakceptował swój wzrost. Grzechotka

dziecięca była kiedyś instrumentem magicznym i miała za zadanie odganiać od dziecka złe duchy. Być może wybór obu instrumentów symbolizował tu także integrację elementu dziecięcego i dorosłego oraz siły i delikatności.

5.2.2. Pacjent P. z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania spowodowanymi przyjmowaniem środków psychoaktywnych (narkotyków) (F 19.7)

Bardziej bezpośrednia praca dotycząca niskiego wzrostu pacjenta widoczna jest w kolejnym przykładzie. Pacjent P., kawaler, lat 23, student. Grupa zagrała jego portret cicho, miarowo, jednakowo; bardzo mu się podobało, że wybrała do tego instrumenty perkusyjne, „szmerowe”, a nie melodyczne. Uzupełniłyby jedynie tę muzykę dynamicznie grającym bębniem. Spodobał mu się szczególnie kij deszczowy – duży instrument, ponadmetrowej długości, który jedna z pacjentek od razu określiła jako symbol falliczny, męskości. Instrument ten kontrastował swą wielkością z niskim wzrostem pacjenta, na co zwróciła uwagę grupa.

Zaprezentowałam następnie muzykę, która przygotowałam do „portretu” P.: 1. C. Debussy – preludium fortepianowe „Ślady na śniegu” (pokazujący go jako biernego, powolnego dziadka; do takiej roli także grupa kiedyś wybrała go w psychodramie), 2. Z. Noskowski – poemat symfoniczny „Step” (wielka przestrzeń, piękna przyroda, walki w stepie; pacjent fascynował się ruchem ekologicznym i żył światem przyrody), 3. E. Grieg – „Poranek” z suitry nr 1, z muzyki do „Peer Gynta” (miniatura orkiestrowa, także przedstawiająca przyrodę). P. powiedział, że I utwór to ukrywanie siebie, odrzucił go; II utwór to „moje wnętrze: liryzm, napięcie, groza” (według grupy walka, bunt „wewnętrzna chęć rozkwitu emocji i wolności, a równocześnie poczucie ciężaru, kompleksy, zarzuty ojca”). Utwór ten podobał mu się. III utwór to „ optymizm, dążenie do harmonii” (według jednej z pacjentek „choć miniatura, to jest wielki”), utwór ten podobał się pacjentowi najbardziej i poczuł się w nim dobrze.

Wysłuchanie muzyki sprowokowało grupę do poruszenia problemu niewyrażania emocji przez P. z lęku przed nadmiarem zakazów i nakazów ze strony ojca. Grając swe potrzeby, P. zagrał wielość emocji, ale grając zaspokajanie swych potrzeb – zagrał krańcowo i nieharmonijnie, robił przerwy w grze („zaspokajałem tylko podstawowe potrzeby, brak było możliwości rozwoju”). Wyraził następnie na instrumencie napięcie, radość i złość. W dyskusji m.in. poruszono sprawę nieakceptacji niskiego wzrostu przez P. Zagrał on siebie ze wzrostem 158 cm, ze wzrostem 165 cm (jego rzeczywisty wzrost, jak poinformował grupę), 180 cm i 200 cm. Poczuł się najlepiej, wygodnie we własnym wzroście 165 cm (grał ruchliwie); przy wzroście 158 cm grał „bardzo drobnym biegiem, jak koziołek”; przy wzroście 200 cm powiedział: „grałem z przerwami, ciężko jak słoń”, podobnie do tego, jak grał „zaspokajanie swych potrzeb” oraz do tego, jak pokazywał go I utwór muzyczny (odpowiednik autoprezentacji lub „ja” jawnego, zewnętrznego [8, 11, 12]). Pojawił się tu sygnał, że prawdopodobnie P. podejmował zachowanie kompensacyjne, osoby nadmiernie wysokiej, z którym czuł się niewygodnie, ciężko i staro. Jedna z pacjentek powiedziała, że P. w kontaktach z ludźmi ma 2 m wzrostu, a w sporcie 165 cm — jest sprawny, pełen radości, ruchliwy (w ten sposób obserwowano go w zajęciach sportowych w klinice).

Do scenki z rodzicami P. wprowadził, jako osobną rolę, „ograniczenia”, używając dla nich wspomnianego wyżej kija deszczowego, instrumentu symbolizującego tu nadmierną męskość, w sensie zbyt dużych rozmiarów, zbyt wysokiego wzrostu. Do ograniczeń

włączył nie tylko „zakazy” i „nakazy”, lecz także objawy chorobowe. Oczekiwanie od siebie zbyt wysokiego wzrostu było tu tak samo nierealne, jak spełnienie nadmiernych oczekiwań ojca. „Ograniczenia” zagrane były przez wybraną przez P. osobę, która krążyła wokół niego — „zasypywały go i wysysały” (w odczuciu grupy). Pacjent skupił się jedynie na „ograniczeniach”, nie słyszał gry „ojca” (który z kolei poczuł się winny i chciał pomóc „synowi”). Podczas zamiany roli z „ograniczeniami” pacjent zrozumiał, że są one mu potrzebne jako przypomnienie i ostrzeżenie, w związku z tym zostawił je, ale w odpowiednich rozmiarach.

Zwrócono ponadto uwagę na to, że P. wybrał do roli „ograniczeń” kij deszczowy, o którym wcześniej powiedział, że jest to instrument o przyjemnym brzmieniu. Skojarzono to z „uzależnieniami” pacjenta np. od narkotyków – przyjemnymi, ale „wysysającymi”, podobnie jak zależnościowy układ rodzinny w dzieciństwie, w którym spełniał życzenia rodziców, ale pod wpływem których zatracił siebie.

Zajęcia zakończyły się improwizacją muzyczną z „ojcem”, po której P. powiedział „osiągnąłem wszystko”.

Opisany tu przypadek nie jest przykładem jednorazowego urazu. Jest to trwale istniejąca sytuacja, związana, z jednej strony, z wyglądem pacjenta, z warunkami fizycznymi, niezależnymi od niego, i ich konsekwencjami w relacjach z rówieśnikami, z drugiej natomiast – z jego relacją z rodzicami. Działania terapeutyczne podjęto tu najpierw na płaszczyźnie percepcji muzyki, żeby pacjent mógł zobaczyć, jakie zachowanie ujawnia w kontaktach z ludźmi, a jakie ukrywa jako własne, wewnętrzne potrzeby nadmiernej wielkości i aspiracji, i jak format muzyki nie pasuje do jego rzeczywistego formatu. Trzeci utwór dostarczył mu podobnego materiału muzycznego, jak dwa wcześniejsze, tylko że w znacznie mniejszej formie muzycznej. Pacjent widział siebie we wszystkich trzech utworach, ale najmniej podobał mu się pierwszy utwór, a najbardziej trzeci, co zgodnie z interpretacją metody PM wskazywałoby, że wykazuje on gotowość do zmiany siebie [zob. 8, 11, 12].

Rematrycyzacja („reframing”) polegała tu zatem na zmianie zachowania, tj. na rezygnacji z grania roli 2-metrowego, wielkiego, ciężkiego słonia, niosącego nadmierny ciężar, lub biernego, wycofanego z życia starca, poprzez uzyskanie kontaktu z własnymi potrzebami – bogactwem emocji i wielkimi marzeniami romantycznymi, aż do znalezienia odpowiedniej formy dla ich zaspokojenia (m.in. kompromisu między potrzebami i standardami rodziców a własnymi i dostrzeżenia pozytywnej roli „ograniczeń”). Akceptacja wzrostu 165 cm pozwoliła mu na zachowanie dynamiczne, ruchliwe, „młode”, zgodne z własnym wiekiem.

Zakończenie

Podsumowując specyfikę terapii doświadczeń urazowych metodą „portretu muzycznego” można powiedzieć, że przebiega ona według określonych faz: uruchomienia zablokowanej energii i ujawnienia emocji negatywnych (katharsis), ewentualnie ujawnienia własnych potrzeb, wyżalenia się, uzyskania przeproszenia od krzywdziciela, niekiedy także zadośćuczynienia (kary), oraz przebaczenia mu i doświadczenia wsparcia i bliskości (o ile jest to matka lub ojciec i wyczuwa się, że pacjent tęskni za tymi uczuciami). Tu także często konieczne jest wyposażanie na przyszłość, o ile został wcześniej zahamowany proces rozwojowy np. w roli kobiety lub mężczyzny. Terapia doświadczeń urazowych odbywa się przy dużym udziale psychodramy Morenowskiej, przetransformowanej muzycznie, która

od 1995 r. stanowi punkt kulminacyjny „portretu muzycznego”.

Kontakt werbalny z pacjentem dotyczy tu przede wszystkim zbierania wywiadu z ról — w trakcie jego wchodzenia w role psychodramatyczne, a także werbalizacji przez niego odczuć i refleksji z różnych scenek muzycznych. Ważne są tu tzw. ogniskujące zdania wypowiadane słownie i muzycznie przez pacjenta będącego w danej roli. Zbieżność tekstu słownego i muzycznego wskazuje na spójność i jednoznaczność komunikatów w danej roli; rozbieżność między komunikatem słownym a muzycznym — na instrumentie — może wskazywać na podwójne komunikaty (double bind). Części werbalne „portretu muzycznego” stanowią jedynie przygotowanie do niewerbalnych, granych na instrumentach muzycznych. To one stanowią sedno przeżyć pacjenta, to w nich wyrażane są najsilniejsze emocje: zarówno negatywne, patogenne, związane z urazem, jak i silne, pozytywne. To właśnie w sposób muzyczny „uleczana jest rana na duszy”. W opisanym przykładzie pacjentki bulimicznej najważniejsza wydawała się jej wspólna gra z matką i babcią (obok konfrontacji muzycznej z dziadkiem). Grupa była zaskoczona, że tak łatwo i szybko udało jej się „naprawić” konfliktowy dotąd układ z najbliższymi jej kobietami. Wzmocniło to pacjentkę jako kobietę.

„Portret muzyczny”, oprócz działań terapeutycznych, ma także wartość diagnostyczną i podczas odtwarzania doświadczeń urazowych pozwala na ustalenie związków między objawami fizycznymi, somatycznymi a psychicznymi, umożliwiając skuteczną pracę nad bardzo trudną problematyką chorób somatycznych, nawet terminalnych, np. raka [zob. 21].

Przedstawiony artykuł stanowi niewielki wycinek codziennej pracy klinicznej, niewielki także w sensie bardzo rozległej problematyki doświadczeń urazowych. Ich zakres został zarysowany na wstępie. Prezentacja tego tematu mogłaby polegać na opisanu skrótowym sposobów postępowania w przypadku różnych rodzajów urazów, np. opuszczenia rodziny przez ojca, śmierci osoby bliskiej, oszpececia ciała wskutek wypadku [zob. 2], utraty brata bliźniaka [12] zbyt wczesnej separacji od rodziców itd. Zdecydowałam się tu jednak na dłuższą relację typu case study, gdyż wydawało mi się, że pokaże ona w sposób bardziej wyrazisty specyfikę wykorzystania muzyki i psychodramy w terapii.

Przetwarzanie materiału poddawanego terapii na różnych poziomach poznania (włączając także poznanie poprzez emocje, ciało, muzykę, instrument muzyczny) i przekształcanie go z poziomu werbalnego, na niewerbalny, z rzeczywistego na symboliczny (metafory werbalne i muzyczne), a następnie ponownie na werbalny i rzeczywisty, a ponadto poruszanie się swobodne, tj. zgodne z potrzebami pacjenta, w przestrzeni czasowej jego biografii i w tzw. rzeczywistości poszerzonej, w której dokonuje się reparacji urazów, jest działaniem kreatywnym. Jest to proces stopniowych zmian i transformacji, który jest silnie przeżywany, przy czym emocje są wyrażane na instrumentie muzycznym, a następnie werbalizowane, pacjent ma z nimi wyraźny kontakt i zyskuje świadomość tego, co przeżywa i co się z nim dzieje, integrując je z określonymi sytuacjami z życia. Zatem w dużym stopniu poprzez działanie uzyskuje on wgląd⁶. Wykorzystanie ponadto zasady „reframing” — zmiany poznawczych układów odniesienia — prowadzi do zmiany znaczenia danego konstruktów, a wskutek tego do przewartościowania dotychczasowych strategii kontaktu (cel PM), czemu towarzyszy zmiana w zakresie przeżywanych emocji [4, 8]. Tego rodzaju wgląd, podobnie jak ten poprzez działanie, uzyskuje się bardzo szybko, na

zasadzie olśnienia: „aha, rzeczywiście, jakie to proste”. W niniejszym artykule dotyczącym terapii doświadczeń urazowych skupiłam się jednak na pojęciu i działaniu szerszym, mianowicie na rematrycyzacji według Moreno, nie chodzi tu bowiem tylko o nadanie nowego znaczenia, np. pojęciu „silny” czy „dobry” w obrazie własnego „ja” [zob. 4, 8], lecz o odblokowanie zahamowanego podczas traumy działania i o wypróbowywanie nowego zachowania otwierającego na spontaniczność i rozwój pacjenta np. w postaci podejmowania „dorosłych” ról, zgodnych z własną płcią i wiekiem.

„Portret muzyczny” powstał z techniki żegnania muzyką pacjentów kończących leczenie, jako pomost między chorobą a zdrowiem. I mimo rozbudowania go jako metody terapeutycznej, zachowany w nim został element prospektywny. Okazuje się, że jest on najważniejszy dla pacjentów. Są oni w stanie wysłuchać najtrudniejszej i najbardziej krytycznej wobec siebie muzyki, dlatego że ostatni utwór (symbol „ja w przyszłości”) sugeruje im wiele rozwiązań i otwiera przed nimi nową perspektywę, przy której odczuwają wewnętrzną harmonię. Skuteczność diagnostyczna i terapeutyczna tej metody była poddawana weryfikacji badawczej [zob. 22, 23, 24].

Piśmiennictwo

1. Zeintlinger-Hochreiter K. Kompendium der Psychodrama-Therapie. Analyse, Präzisierung und Reformulierung der Aussagen zur psychodramatischen Therapie nach J.L. Moreno. Köln: inScenario Verlag; 1996.
2. Galińska E. Temat śmierci w psychodramie. Praca dyplomowa napisana w celu uzyskania certyfikatu Europejskiego Towarzystwa. Psychodramy. Warszawa 2002 [w druku].
3. Bustos D. Locus, matrix, status nascendi and the concept of clusters. Wings and roots. W: Holmes P, Karp M, Watson M. red.: Psychodrama since Moreno. London, New York: Routledge; 1994, s. 61-76.
4. Galińska E: „Portret muzyczny” jako metoda „reframing”. Transformacja schematu „ja” u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi. Gestalt, 1995; 18: 25-29.
5. König E, Volmar G. Referenztransformation als Prinzip kognitiver Therapien. Syst. Fam. 1989; 2: 12.
6. Røine E. Psychodrama. O tym, jak grać główną rolę w swoim życiu. Opole: Wydawnictwo „Kontakt”; 1994.
7. Galińska E.: La musicotherapie cognitive; le portrait musical du patient. Rev. Musicother. 1989; 1: 33-63.
8. Galińska E.: Analiza mechanizmów poznawczych muzykoterapii nerwic. Psychoter. 1995; 2: 27-60.
9. Galińska E. Muzykoterapia grupowa w psychoterapii. Psychoter. 1973; 4 — cały numer.
10. Galińska E. Psychologiczne i fizjologiczne mechanizmy działania muzyki w terapii. W: Człowiek, Muzyka. Psychologia. Książka jubileuszowa prof. Marii Manturzewskiej. Akademia Muzyczna im. F. Chopina. Katedra Psychologii Muzyki. Warszawa 2000, s. 473-486.
11. Galińska E. Le portrait musical. Une methode d'harmonisation de la structure du „moi”. Rev. Musicother. 1998; 3: 3-21.
12. Galińska E. Portret muzyczny jako metoda harmonizacji struktury „ja” pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi. Probl. Poradn. Psychol. Pedagog. 2001; 1 (14): 55-67.
13. Herman Lewis J. Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000.
14. Averill JR. Emotions as episodic dispositions, cognitive schemas, and transitory social roles: steps toward an integrated theory of emotions. W: Ozer D, Heazy J, Stewart AJ red. Perspective in personality, vol. 3, part A. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd; 1991, s. 139-167.

⁶ Na ten właśnie aspekt – transformacji i zmian — zwrócili uwagę uczestnicy warsztatu „Doświadczenia urazowe i ich terapia metodą PM” , prezentowanego podczas Konferencji Psychoterapii w Szczepku [zob. przypis 1].

15. Wojciszke B.: Wartości osobiste i zachowanie. Wrocław: Ossolincum; 1986.
16. Galińska E. Muzyka w terapii tożsamości. Referat wygłoszony na Jubileuszowej Konferencji Naukowej w Akademii Muzycznej we Wrocławiu (13–15 marca 2003); w druku.
17. Bylka M. Analiza metody „portretu muzycznego pacjenta”. Przebieg procesu terapii. Praca magisterska napisana pod kierunkiem dr Marii Sokolik, Warszawa 1999, Wydział Stosowanych Nauk Społecznych i Resocjalizacji, UW, maszynopis.
18. Galińska E. Doświadczenia urazowe a metoda „portretu muzycznego” (PM). „Albo albo”. Eneteia, Wydawnictwo Psychologii i Kultury 2001; 4: (zeszyt pt. „Kozioł ofiarny”): 46-62.
19. Galińska E. Ciało, emocje, myślenie w obrazie „ja” pacjentek anorektycznych w muzykoterapii. Gestalt 1994; 14: 28-31.
20. Galińska E. Możliwości i ograniczenia muzykoterapii i psychodramy w leczeniu osób ze schizofrenią. Psychoter. 2001; 3: 5-15.
21. Skulimowska I, Siwiak-Kobayashi M, Galińska E. Problemy psychoterapii pacjentów z przewlekłą chorobą zagrażającą życiu leczonych w Klinice Nerwic: opis dwóch przypadków. Post. Psychiatr. Neurol. 2000; 9, supl. 3(11): 121-128.
22. Galińska E. Ocena niektórych aspektów efektywności metody portretu muzycznego na tle analogicznych metod psychoterapii nerwic. Psychoter. 1994; 4: 49-60.
23. Galińska E. Wpływ metody portretu muzycznego na aktualny obraz własnego „ja” u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi. Psychoter. 1997; 3: 57-72.
24. Galińska E. Doświadczenia muzyczne pacjenta a jego ocena efektów terapeutycznych metodą „portretu muzycznego”. Psychoter. 1999; 4: 83-91.

Adres: Klinika Nerwic IPiN
al. Sobieskiego 1/9
02-957 Warszawa