

**TEMAT ŚMIERCI I ODRODZENIA W PSYCHODRAMIE.
CZEŚĆ II: PRAKTYKA KLINICZNA.**

DEATH AND REBIRTH IN PSYCHODRAMA. PART II: CLINICAL PRACTICE

Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Kierownik: doc. dr hab. Maria Siwiak-Kobayashi

**death
rebirth
psychodrama**

Niniejszy tekst jest II częścią pracy dyplomowej, napisanej na zakończenie szkolenia, prowadzonego przez Europejski Instytut Psychodramy w Berlinie (das Psychodrama Institut für Europa PIjE) i obronionej przed międzynarodową komisją. Porusza ważne i trudne zagadnienie, jakim jest praca metodą psychodramy nad tematem śmierci, przedstawiając jej praktyczny aspekt.

Summary: The clinical part of the study of which part I, was published in the last issue of „Psychoterapia” (2005; 4) provides examples of psychodramas with patients which lead to the integration and their own rebirth in all of the aforementioned dimensions

Wstęp

Niniejszy artykuł stanowi drugą część pracy dyplomowej pt. Temat śmierci i odrodzenia w psychodramie. Część ta nosi podtytuł „Praktyka kliniczna” i jest opisem pięciu psychodram prowadzonych przeze mnie od 2000 do 2001 r. z pacjentami Kliniki Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Ze względu na to, że psychodrama Morenowska ma swoistą strukturę i aparat pojęciowy, nieznaną i niezrozumiałą dla większości psychoterapeutów w Polsce, dołączono na końcu artykułu tabelę, wskazującą na strukturę psychodramy, obejmującą jej elementy, techniki i fazy oraz słownik terminów psychodramatycznych. Prezentacja psychodram opisana została według następującego schematu: Tytuł, sformułowany przeze mnie (tj. lidera, zob. słownik) ujmujący sedno pracy psychodramatycznej.

2. Informacje o pacjencie, które miałam w momencie prowadzenia z nim psychodramy. Nie są to ściśle opisy przypadków, lecz najważniejsze z punktu widzenia psychoterapii doświadczenia urazowe, na których skupiałam się w celu przeprowadzenia ich reparacji.

3. Jak doszło do psychodramy — w tym punkcie opisywany jest nie tylko sposób wyłaniania protagonisty z grupy terapeutycznej (zob. słownik), ale też uwzględniany jest fragment procesu leczenia danego pacjenta także innymi metodami, zwłaszcza tymi, które sama stosowałam w klinice (psychodrama i muzykoterapia). A zatem zgłoszenie się danego pacjenta do pracy psychodramatycznej uwzględnia tu kontekst terapeutyczny i niekiedy fazę terapii.

4. Faza gry protagonisty (pacjenta) na scenie oraz temat psychodramy sformułowany przez pacjenta. W tym punkcie zbierany jest wywiad dotyczący sytuacji, związanej

z tematem psychodramy. Następnie opisane jest budowanie sceny, od której rozpoczyna się psychodrama. Grubą czcionką wyróżnione są nazwy kolejnych scen psychodramy. Te części kończy zawsze sharing i feedback z ról (zob. słownik).

5. Analiza przedstawionej psychodramy (tzw. processing) napisana została według wymogów promotora Berndta Fichtenhofera. Obejmuje ona ustosunkowanie się — jako lidera — do własnej pracy terapeutycznej z protagonistą na scenie, uzasadnienie, dlaczego korzystano z określonych technik i prowadzono grę w danym kierunku, stwierdzenie tego, co udało się zrobić, a czego nie (według własnej oceny) oraz propozycje alternatywnych, kreatywnych rozwiązań problemu. Analiza psychodramy rozpoczyna się od odwołania się do kontekstu terapeutycznego pacjenta (por. psychodrama Iwony) lub kontekstu szkoleniowego (zob. Zakończenie). Zawarte są tu również informacje o pacjencie, dotyczące tego, jak się on czuł po psychodramie i w jakich jego zachowaniach w klinice przejawiały się efekty psychodramy.

Jak wspomniano, w prezentowanej tu części „Praktyka kliniczna”, opisano pracę na scenie psychodramatycznej z pięcioma pacjentami. W psychodramie ostatniej pacjentki — Grażyny — zastosowano „portret muzyczny” — metodę autorską E. Galińskiej. Po tych opisach, według wyżej przedstawionego schematu, dokonano podsumowania wszystkich pięciu psychodram, odnosząc je do założeń teoretycznych J.L. Moreno, a zwłaszcza do jego koncepcji tożsamości nie tylko jednostki, lecz również problemu, z którym pacjent wychodzi na scenę [zob. 1]. W odniesieniu do pracy naprawczej, Moreno wprowadza termin rematrycyzacji, mając na myśli kolejne etapy pracy terapeutycznej, począwszy od diagnozy i zlokalizowania patogenicznej matrycy, czyli wzoru myślenia, przeżywania, zachowania i roli społecznej. Tworzy się ona w momencie przeżywanego przez pacjenta poczucia bezsilności i bezradności wobec sprawcy traumy. Pociąga za sobą patogeniczny model własnego „ja”. Temat śmierci stanowi obszar przeżyć urazowych, w którym pojęcie sprawcy nie jest tak jednoznaczne, jak w pozostałych przypadkach. Mimo to w podsumowaniu zdiagnozowano i wyodrębniono patogeniczną matrycę u każdego z pięciu pacjentów oraz sposób jej modyfikacji w każdej z pięciu psychodram.

Praca dyplomowa, drukowana w dwóch częściach: teoretycznej (numer zimowy „Psychoterapii” 2005) i klinicznej (obecny, wiosenny numer 2006), powstała w kwietniu 2002. Teraz mam większe doświadczenie w pracy terapeutycznej dotyczącej reparacji zarówno śmierci fizycznej, jak i symbolicznej. Z tego względu warto odesłać czytelnika do mego artykułu [2] na temat reparacji procesu żałoby u pacjentki z zaburzeniami odżywiania się, w którym podkreślono ponadto różnice i podobieństwa między rozumieniem reparacji przez J.L. Moreno i Melanię Klein. W zakończeniu niniejszego artykułu przytoczyłam swoje najważniejsze nowe doświadczenia kliniczne związane z tematem śmierci, uwzględniając także pracę własną uczestników szkoleń z psychodramy.

1. Temat śmierci we własnej pracy psychodramatycznej

W drugiej części artykułu (cz. I publikowana była w „Psychoterapii” 2005: 4, 23—50) przedstawię kilka psychodram, prowadzonych przeze mnie w okresie od 2000 r. do 2001 r. z pacjentami Kliniki Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, oraz fragment „portretu muzycznego” — metody własnego autorstwa.

1.1. Śmierć samobójcza ojca, „śmierć i odrodzenie” kobiecości — psychodrama Iwony

Informacje o pacjentce. Średnie wykształcenie, ok. 40 lat, pełniła ważną funkcję w związkach zawodowych, komunistka, niewierząca. Bardzo atrakcyjna: ładna, szczupła, zgrabna, wysoka, blondynka.

Objawy histeryczne — zasłabnięcia, niedowłady oraz objawy lękowo-depresyjne; osobowość niedojrzała.

Rodzina — ojciec alkoholik, 2 siostry. Matka pilnowała, żeby nie kłóciły się ze sobą. Gdy był konflikt między nimi, to je biła i kazała im się przeprosić. Udawały, wszystkie trzy, uległość, choć były wściekłe. U pacjentki wytworzyła się fasada uprzejmości. Między matką a ojcem była wrogość. Matka nie myślała, żeby zniechęcić ojca do seksu. W domu panował w związku z tym okropny zapach, którego pacjentka nie mogła znieść. Ojciec straszył, że umrze i że wtedy będzie im źle bez niego. Życzyły mu tej śmierci. Powiesił się na płocie przed domem. Gdy go zobaczyła, ucieszyła się. „To na szczęście” — pomyślała.

Wyszła za męża. Urodziła 2 synów, ale zaraz potem zgodziła się na operację mięśniaków macicy. Gdy się obudziła, okazało się, że jej wycięto wszystko. Procesowała się z lekarzami o odszkodowanie i przegrała. Uważa, że nie ma sprawiedliwości. Po tej operacji, mąż miał przelotnie kochankę, potem wiele przyjaciółek. Ale jest niewydolny seksualnie. Pacjentka śpi w jednym łóżku ze starszym, 14-letnim synem.

Jest zakłamana: w środku bardzo agresywna, na zewnątrz ugładzona. W pracy uważają ją za donosicielkę, konfliktową. Była oskarżona o nielojalność — rzeczywiście donosiła wraz z inną koleżanką w imię walki o „lepszość”. Dzieci ochrzciła po kryjomu. Sporo w niej sprzeczności: na zewnątrz piękna, w środku — chłodna, co wynika z odczuwanego zagrożenia; jej matka też jej zagrażała, nie radziła sobie z własną agresją wobec dzieci, nie stawiała też w ich obronie. Pacjentka jest autodestrukcyjna i ciągle w roli małej dziewczynki, niezaspokojonej w swych pragnieniach ciepła i poczucia bezpieczeństwa. Nie chce podejmować roli kobiety; jest roszczeniowa, jak osoby z domu dziecka. Nie może wybaczyć nikomu, ani sobie, pewnych braków psychicznych. Z drugiej strony uważa, że nie zasługuje na miłość, której się domaga.

Dzieci cieszą się, że jest w klinice, bo jej nie ma w domu, a w domu jest terrorystką. Ma zaburzenia seksualne. Może uprawiać seks tylko z tymi mężczyznami, których nie kocha, a męża kocha (mąż podobny do niej pod tym względem). Świat seksu jest dla niej twardy, sztywny, jest w nim „zamrożona”, boi się bliskości, gdyż jest bardzo podatna na zranienie. Dystans ją chroni.

Jak doszło do psychodramy. Podczas muzykoterapii, którą prowadziłam, przy „podwodnym mieście” — technice wyobrazeniowej ukierunkowanej na „ja ukryte, wewnętrzne” Iwona wyobraziła sobie śmierć i mnóstwo rozkładających się trupów, a wśród nich trup 21-letniej siostrzenicy Karoliny. Ze względu na to, że był to ostatni tydzień leczenia (trwającego 10 tygodni), namówiłam ją do pracy w psychodramie, sądziłam bowiem, że niekorzystne jest dla niej opuszczenie kliniki z wnętrzem pełnym zgnilizny i martwoty. Zdaniem lekarki stan pacjentki do tego momentu nie poprawił się.

Z pulsu, czyli krótkiej informacji zbieranej od każdego z pacjentów na początku zajęć psychodramy (zob. niżej Słownik terminów), wyłonił się, jako ważny, temat miłości i nienawiści. Iwona zachęcona przez grupę zgłosiła się do pracy. Po operacji macicy sama czuła się jakby umierała, była obok siebie.

Faza gry: temat „śmierć”. Wywiad. Śmierć kojarzyła jej się z 3 osobami: Karoliną, zmarłą siostrzenicą pacjentki, z 2-letnim chłopcem i z ojcem, który się powiesił 20 lat temu, gdy miała 19 lat. Uważała, że trzeba zabrać Karolinę (córkę jej najstarszej siostry) z grobu, w którym leży jej ojciec, bo tam jest jej źle. Nawet matka nie chciałaby leżeć przy ojcu.

Zamiana roli z Karoliną. W tej scenie Karolina powiedziała Iwonie, że najbardziej ją kochała, że od 2 lat myślała o swej śmierci, była chora. Nie bała się, wiedziała, że tam jest piękna kraina, łąka. Spodziewała się śmierci i była na nią przygotowana. Protagonistka Iwona postanowiła pójść na cmentarz, mimo że boi się tam chodzić.

I scena: na cmentarzu. Budowa sceny. Zrobiła grób z dwóch foteli (sam stelaż druciany bez miękkich części fotela): jeden dla Karoliny, drugi dla ojca. Gdy położyła się w grobie jako Karolina, powiedziała, że nie czuje się źle, gdyż rozmawiała po śmierci z dziadkiem, który jej wyjaśnił, że krzywdził rodzinę, bo był chory, był alkoholikiem. Powiedziała: „nie ma mnie tu”. Następnie zamieniła się rolą z ojcem i powiedziała: „od 20 lat myślę, że krzywdziłem rodzinę; wyrządzałem zło”. Gdy się położyła w grobie, poczuła straszny ciężar, bardzo źle się czuła. Po tej scenie zrozumiała, że problem nie dotyczy Karoliny, lecz ojca. Karolina odeszła ze sceny na łąki, w przestworza. Pozwoliła jej na to (grała ją jedna z pacjentek).

II scena: z ojcem, przy jego grobie. Kucnęła przy grobie, wyraziła złość, zapiekłe uczucia. Dublowałam ją okazując uczucie wstydu. Podchwyciła to. Powiedziała, że czuła się jak trędowata, że rodzina ojca nie pozwoliła im się zbliżyć na pogrzebie do jego trumny, że sąsiedzi wyzywali ich i obwiniali za wszystko. Po wyrażeniu przez nią całej złości spytałam, czy ma jakieś pozytywne wspomnienia o ojcu. Odparła, że tak. Pamięta, jak ją przytulił i pocałował jej ściągnięte w kucyk włosy. Wyznała ojcu, że go kochała i czekała na jego miłość. Na końcu powiedziała, że mu wybacza, ale nadal stała przed grobem bez przekonania. Zrobiłam lustro. Poczuła wtedy, że to nie jest pełne wybaczenie, że musiałaby być obdarzona przez ojca uczuciem, żeby mu wybaczyć.

Wróciła na scenę. Nastąpiła zamiana roli z ojcem, który powiedział: „ja was zawsze kochałem, tylko wstydziałem się okazać uczucia, bo to słabość”. Powróciła do własnej roli i — po usłyszeniu tych słów od ego pomocniczego — wzięła ojca za rękę i zaczęła go ciągnąć, jakby chciała go wyciągnąć z grobu. Zaproponowałam jej, żeby go zabrała z grobu i poszła gdzieś z nim.

III scena: z ojcem, który ożył, wstał z grobu i podszedł do niej. Scena improwizowana, bez zamiany roli. Gdy ojciec okazał jej uczucia (grał go wybrany przez protagonistkę pacjent), rzuciła mu się na szyję, on dotykał jej kucyka (miała akurat włosy spięte z tyłu gumką, jakby była przygotowana już wcześniej do tej sceny; pacjent-ojciec, dotykając jej kucyka, z własnej inicjatywy wprowadził na scenę jej pozytywne wspomnienia). Pacjentka zanosła się szlochem. Potem poczuła, że ojciec może już odejść w przestworza, podobnie jak Karolina. Jego grób (fotel) zabrała ze sceny z własnej inicjatywy. Odszedł. Poczuła ulgę (przedtem czuła ciężar w piersiach). Poprosiłam, żeby jeszcze bardziej pozbyła się ciężaru śmierci i „obrzydliwości” z „podwodnego miasta”.

IV scena: oczyszczania się ze śmierci, z brudu, z obrzydliwości, ze zgnilizny i z rozkładu. Strzepnęła dokładnie z całego ciała śmierć; podpowiedziałam jej, żeby szczególnie oczyściła swoją miednicę. Spytałam, co jeszcze mogłoby ją wyrwać z martwoty. Wyciągnęła rękę, jakby rozłożyła rękę jak do słońca, skierowała się w stronę okna i odparła, że

energia kosmiczna. Natarła nią całą siebie i miednicę. Powiedziałam, że jest świeża i ładnie pachnie. Spytałam, z kim teraz chciałyby się spotkać. Powiedziała, że z synami i mężem. Zostali wprowadzeni na scenę.

V scena: bliskości z mężem. Przytuliła się do męża, objęła go i szeptała sobie coś na ucho (powiedziałam, że to jest ich tajemnicą). Scena była improwizowana, tzn. bez zamiany ról. Potem pacjentka uwolniła od roli wszystkich grających na scenie.

Sharing. Grupa wspominała głównie śmierć swoich bliskich.

Feedback z ról. Mąż powiedział, że poczuł, iż Iwona wybaczyła mu, podobnie jak wybaczyła ojcu.

Po psychodramie pacjentka czuła się lepiej, była uśmiechnięta. Ponieważ w dniu jej wypisania nie było mnie w klinice, następnego dnia w gabinecie znalazłam kwiaty od niej i dopiętą do nich karteczkę z tekstem „dla wspaniałej pani doktor”.

Analiza psychodramy Iwony. Była to moja pierwsza psychodrama poruszająca temat śmierci. Przedtem robiłam tylko, podczas II roku szkolenia u B. Fichtenhofera, ćwiczenie z „rakiem lewego ucha” (protagonistka, która grała rolę osoby chorej na raka, wprowadziła na scenę swoją rodzinę, przy czym kobiety ustawiła po swej lewej stronie, a mężczyźni po prawej. Okazało się, że właśnie na lewe ucho była silna presja komunikatów ze strony kilku kobiet z rodziny — mężczyźni stali po stronie prawego ucha). Prowadziłam ponadto psychodramę, opisaną w I części niniejszej pracy, z pacjentem zagrożonym utratą życia (bajka o chorym królewiczu, którego matka idzie po życiodajną wodę) [1]. Ponadto, przez prawie około rok, prowadziłam, w jednej z grup pacjentów kliniki, zamiast muzykoterapii, psychodramę muzyczną (własnego autorstwa). Miałam tam 22-letnią pacjentkę anorektyczkę z torbielą mózgu. Całość rozgrywała się także z zamianą ról z osobami, grającymi na instrumentach muzycznych. Pamiętam tylko, że uwidocznił się wtedy konflikt między elementem żeńskim (reprezentowanym symbolicznie przez anoreksję) i męskim (reprezentowanym przez torbiel — były tam jakieś odniesienia do ojca pacjentki).

Z psychodramy Iwony ja sama byłam zadowolona i miałam wrażenie, że dużo udało się zrobić w tak krótkim czasie (ponad 1 godzinę) i że praca szła łatwo, przy dużej współpracy i inicjatywie pacjentki. Najważniejszym motywem do pracy było to, że Iwona przed wypisaniem z kliniki skupia się na śmierci i martwocie. Zaczęłam, tak jak ona chciała, od odejścia Karoliny (choć byłam tą informacją zaskoczona, wiedziałam tylko o śmierci ojca), gdyż uważałam, że w ten sposób pacjentka może bezpieczniej zbliżyć się do tematu śmierci. Karolina przygotowywała się do śmierci od kilku lat i gdy ta nadeszła, czuła się — zdaniem Iwony — bezpiecznie.

Można byłoby protagonistę jeszcze bardziej przygotować do pójścia na cmentarz, którego się boi stosując „therapeutic soliloquy”, tzn. idąc z nim razem i prosząc, żeby opowiedział o swoim smutku, jaka jest pogoda, gdzie jest grób itp. Ale tu nie czułam oporu, ani lęku Iwony. Szła najpierw do Karoliny, która była jej bardzo bliska i bezpieczna. Nie było też potrzebne jej dodatkowe rozgrzewanie, poprzez bardziej szczegółowe budowanie sceny.

W scenie z ojcem, przy jego grobie, dublowałam ją. Aby nasilić jej złość poruszyłam wątek wstydu. Okazało się to skuteczne — dało ujście agresywnemu nastawieniu do rodziny ojca i sąsiadów. Potem spytałam ją, czy ma jakieś pozytywne wspomnienia związane z ojcem. Opowiedziała je i wybaczyła mu. Jednak czegoś zabrakło. Stała nadal

niezaspokojona w jakimś impasie. Dlatego zrobiłam lustro. Otworzyło ono drogę do pracy „naprawczej”. Odbывała się ona w sposób improwizacyjny, tzn. z inicjatywy ego pomocniczego i Iwony.

Po scenie „naprawczej” z ojcem, pacjentka została oczyszczona ze śmierci, napełniona energią i odświeżona pięknym zapachem (jak pamiętamy, w jej domu panował fetor). Zapragnęła wtedy spotkać się z synami, a potem z mężem. Przeniosłam ciężar spotkania z synów na męża. Spotkanie z synami było krótkie, w obecności męża, natomiast z mężem — na osobności i dłuższe. Uważałam, że powinno raczej nastąpić zbliżenie do męża, a oddzielenie od synów, szczególnie od tego, z którym spała w jednym łóżku.

Gdyby próbować jeszcze innych możliwości gry — można by spytać w scenie na cmentarzu: gdzie przebywa ojciec, i np. gdyby odparła, że w piekle, można by poruszyć wątek kary, tzn. jaką karę dałaby mu za przewinienia, i pomóc wyzwolić głęboką furję. Wtedy prawdopodobnie lepiej byłoby użyć materaca, zamiast pacjenta w roli ego pomocniczego (ojca). Scena z materacem byłaby prawdopodobnie łatwiejsza dla grupy i uruchomiłaby jej inicjatywę. Gdy agresja wyczerpałaby się, przyszlaby refleksja i można by spytać, czy jest wybaczenie dla grzeszników, którzy odbyli karę. Lider mógłby powiedzieć, że przecież wszyscy jakoś grzeszymy. Grupa mogłaby stworzyć najwyższy sąd, który osądziłby nas wszystkich i pacjentkę, gdyż jej też potrzebne jest wybaczenie.

Można by wzmocnić scenę oczyszczenia — np. pacjentka stoi na łące i spada ciepły, czysty deszcz (2 minuty), który splukuje z niej wszystkie brudy, bo w „podwodnym mieście” była brudna woda (symbol uczuć). Woda jest u Junga m.in. archetypem matki. Prawdopodobnie pacjentka tęskni za „powrotem do łona” („embeddedness” — jak nazywa to E.G. Schachtel, [cyt. za 3], do dobrej matki).

Gdyby była okazja do następnej psychodramy, można by pracować nad wydobyciem różnic między Iwoną a jej matką, na którą jest wściekła, „odziedziczyła” bowiem po niej dużą pogardę dla mężczyzn, seksu, erotyki i skierowała ją przeciwko sobie. Dała się wykastrować z narządów kobiecych, pozbywając się problemu (także problemu matki, która się tam nie myła, była brudna i odstraszała swym zapachem). Ukryła cały brud, pokazując na zewnątrz uśmiech. Prawdopodobnie jej walka o odszkodowanie za operację była symbolicznie także walką o swą kobiecość i możliwością ujawnienia agresji. Przyjście na psychoterapię było wyrazem takiej potrzeby.

Psychodrama Iwony w scenie oczyszczenia ze śmierci kończy się nabraniem sił z energii kosmicznej. Było to dla mnie zaskakujące, jak sprawdziła się tu filozofia Moreno [zob. 1, rozdział 3: „Kosmos.”].

1. 2. Śmierć dziecka, „śmierć i odrodzenie” macierzyństwa — psychodrama Elżbiety

Informacje o pacjentce. Objawy: zaburzenia lękowo-depresyjne, lęk uogólniony, napady paniki, towarzyszą im reakcje somatyczne, takie jak np. przyspieszone bicie serca. Z tego powodu była hospitalizowana na oddziale wewnętrznym, z rozpoznaną nerwicą wegetatywną. Ma też lęki na ulicy i w środkach lokomocji publicznej, boi się, że zemdleje. Obawia się, że coś się stanie jej dzieciom, że umrą. Ma „zasłonę w głowie”.

Pacjentka wiąże swe objawy z chorobą dziecka w 1993 r. Sama choruje od 1998 r., choć lęki miała od dzieciństwa (objawiające się np. biegunką). Ma ok. 40 lat. Jest mężatką, ma 2 dzieci (w tym jedno aktualnego męża). Pierwsze dziecko z pierwszym mężem

umarło. Jej ojciec oraz pierwszy mąż byli alkoholikami, drugi mąż — nie pije. Oba związki instrumentalne: wybrała alkoholika, bo bogaty, drugiego — bo nie radziła sobie we wdowieństwie. W pierwszym mężu może była trochę zakochana. Wyszła za mąż w 17. r. życia, gdyż chciała uciec z domu. Mąż alkoholik gwałcił ją. Umarł. Miała trudności z zajściem w ciążę. Pierwsza ciąża pozamaciczna, druga — poronienie, z trzeciej urodziło się dziecko i po 5 miesiącach zmarło na infekcję jelitowo-żołądkową.

Matka była twarda, przywiązywała wagę do wartości materialnych. Przekazała jej, że należy być w domu silną. Pacjentka była karana, gdy okazywała słabość. Raz matka nawet zagroziła jej nożem, gdy powiedziała, że jest zmęczona. Od matki pacjentka oczekuje ciepła. Sama jednak nie potrafi podjąć roli matki. Siedzi w domu, płacze, izoluje się. Dzieci muszą zachowywać się przyzwoicie, bo mama cierpi. Sobą też nie potrafi się zaopiekować, jest bezradna, bierno-agresywna.

Pacjentka mieszka na wsi, w swoim gospodarstwie. Czuje się stale zagrożona, atakowana przez sąsiadów i dalszą rodzinę. Nosi przy sobie nóż, bo wtedy czuje, że się obroni.

Gdy ją poznałam, zrobiła na mnie wrażenie osoby zaniedbanej, brzydkiej, nieapetycznej. Miała wypryski na twarzy, była bez gustu ubrana. Była zastraszona, rzadko odzywała się w trakcie zajęć. Gdy się oswoiła z grupą i nawiązała kontakty z pacjentkami w jej wieku, zaczęła przejawiać smutek. Stale płakała, mówiąc o śmierci pierwszego dziecka. To był jedyny temat, który poruszała — było to aż męczące dla grupy. Zidentyfikowała się na muzykoterapii ze staruszką (choć sama czuje odrazę do wyglądu starych ludzi).

Praca terapeutyczna szła w kierunku odciążenia jej od odpowiedzialności za innych, za to, co się do tej pory wydarzyło w jej życiu, za rodziców itd. Miała raczej wziąć odpowiedzialność za siebie i stanąć na własnych nogach.

Jak doszło do psychodramy. W pulsie poprzedzającym psychodramę bardzo płakała, gdyż śniło jej się zmarłe 16 lat temu dziecko, a potem śmierć męża. Była roztrzęsiona. Od wielu lat ma takie sny. Ostatnio dziecko śni jej się stale. Zrobiłam rozgrzewkę wyobrażeniową nt. „uwikłanie”. Zgłosiło się wielu protagonistów, a wśród nich Elżbieta z tematem „śmierci”.

Mimo iż oprócz niej jeszcze jeden młody pacjent wywierał na mnie nacisk, płacząc, aby wziąć go na scenę, zdecydowałam się, po pertraktacjach między protagonistami, na Elżbietę. Miałam wrażenie, że jest najbardziej rozgrzana z całej grupy; poza tym niewiele dotychczas robiła podczas terapii. Przy wyborze protagonisty wstawiła się za nią młoda pacjentka, która potem została wybrana do roli zmarłego dziecka.

Faza gry: temat „śmierć”. Wywiad. Podczas rozgrzewki wyobrażeniowej nt. „uwikłania” pacjentka wyobraziła sobie tunel — było w nim ciemno, chłodno, a w nim trumna dziecka. Ona stoi przed trumną, jej nogi przygniatają dwa kamienie, z boku jest światło, ale nie żółte, jak słońce, lecz białe. Pacjentka mówiąc to, cały czas zanosi się od płaczu. Buduje scenę. Tunel jest przestrzenią bez granic, nie wiadomo dokąd sięga, gdzie się zaczyna, a gdzie kończy. Gasimy światło, zasłaniamy dużą ciemną kotarą okna. Okno pacjentka traktuje jak tunel. Przy nim stawia trumnę (szklany stolik); sama staje przy niej, dotykając do niej ciałem; z tyłu o nogi opiera sobie materac (ustawia go w pozycji pionowej) mówiąc, że są to kamienie. Tunel nie ma wyjścia — nie widać, co dalej jest, bo jest ciemno. Ma się wrażenie ścisku, wszystko stłoczone jest w jednym rogu sali, przy zasłoniętym oknie. Pacjentka obsadza elementy sceny osobami i potem zamienia się z nimi rolami. Do roli

zmarłego dziecka wybiera wspomnianą pacjentkę, do roli kamienia leżącego przy prawej nodze wybiera młodego pacjenta, który płakał, chcąc być protagonistą. Do roli drugiego kamienia wybiera pacjentkę nieco starszą od siebie, z którą była zaprzyjaźniona (a która podobnie jak ona jest uwikłana w zależność od zmarłej matki, męża i teściowej). Wybiera też dwie pacjentki do roli „światła” i „tunelu”.

I scena: w tunelu, przy trumnie dziecka. Nastąpiła zamiana roli ze zmarłym dzieckiem, Kamilką (5-miesięczną), która opowiada, że chciałaby chodzić do szkoły, pójść do komunii itd. Pacjentka mówi długo o dziecku, jak gdyby żyło. Przypominam jej, że ono zmarło. W końcu dociera to do niej. Mówi, jako córka, że umarła na rękach matki, gdy była wieszona do szpitala. Pytam dziecka, co myśli o matce. Dziecko odpowiada: „nie martw się mamó”.

Zamiana roli z dwoma kamieniami — z kobiecym, które wypowiada zdanie: „myśl o dzieciach, które żyją”, i z męskim (pacjent zasłania sobie twarz golfem, jest więc bez twarzy), który mówi: „nie obawiaj się, że jak dzieci zachorują, to umrą”. „Światło” mówi ustami Elżbiety, że oświetla trumnę, żeby ona lepiej ją widziała, i wypowiada zdanie: „i tak nie przywrócisz dziecku życia, choćbyś nie wiem jak rozpaczła”. Światło pełni więc rolę reflektora. „Tunel” staje przed trumną, tyłem do okna, naprzeciwko protagonistki, przodem do niej. Mówi, że jest przeszkodą. Wprowadziłam go na scenę, gdyż protagonistka powiedziała, że chciałaby, żeby się rozstał. Pomyślałam, że jest ważny. Tunel powiedział: „myśl o dzieciach, które żyją”. Ze względu na to, że prawie wszystkie przekazy dotyczyły żyjących dzieci pacjentki, wprowadziłam na scenę świat żywych.

II scena: świat żywych. Protagonistka wprowadza drugiego męża i 3 dzieci (w tym jedno, które miała z poprzednim mężem). Stoją w szeregu, jedno obok drugiego. Poprosiłam, żeby zamieniła się tylko z jedną z osób z tego świata. Zamieniła się rolą z 13-letnią córką Ewunią, która powiedziała matce, że liczy się dla niej tylko umarłe dziecko i poprosiła: „wróć do nas”. Dublowałam tu córkę (gdy pacjentka wróciła do swej roli) i spytałam matkę: „czy muszę ciężko zachorować lub umrzeć, żebyś mnie kochała?”. Powtórzyłam to dwa razy sądząc, że pacjentka jest bardzo prostą osobą. Zauważyłam, że zdanie to bardzo ją poruszyło. Następnie poprosiłam, żeby wróciła do świata zmarłych, ale ona nie chciała — „wrosła w ziemię”, w świat żywych, została z nimi, była spokojna, zadowolona, pewna siebie. Spytałam, co zrobi ze światem zmarłych, który nawet liczbowo przeważał na scenie. Stał tam cały ścieśniony tłum.

III scena: rozstanie ze światem zmarłych i powrót do żywych. Protagonistka uprzątnęła wszystko. Dziecko wysłała w przestrzeń, przez rozstępujący się tunel (otworzyła okno) — zrobiła to szybko, bez żalu, jakby chciała się tego pozbyć. Wróciła do żywych, objęli się, już nie stali w szeregu. Była uśmiechnięta. Zgodziła się na takie zakończenie.

Sharing. Raczej niewerbalny, ale silny, wiele osób płakało lub miało łzy w oczach. Marek (kamień) mówił o śmierci babci, do której był bardzo przywiązany. Powiedział, że był jak skała, nie mógł płakać.

Feedback z ról. Pacjentka usłyszała, że kamienie sama sobie położyła na nogi, że kamień jest martwy i sam by się nie przyturlał. Martwa córka powiedziała, że to ona miała siłę i że matka była wobec niej bezradna: „to ja decydowałam, to ja ją trzymałam”. Osoba w roli „światła” powiedziała: „wiedziłam, że ostatni raz krótko oświetlam trumnę”. Pacjentka spytana, co czuje, odpowiedziała: „ulgę”. Była spokojna i zadowolona.

Analiza psychodramy Elżbiety. Pacjentka od czasu tej psychodramy nie płakała na zajęciach, przestała jej się śnić zmarłe dziecko. Stopniowo zaczęłam ją spostrzegać jako zupełnie inną osobę — młodszą, żywą i bystrą. Okazało się, że jest bardzo inteligentna, dowcipna i zajęła wysoką pozycję w grupie. Gdy robiłam lustro odchodzącym osobom z kliniki, najczęściej z grupy ona wychodziła na scenę. Okazała się uzdolniona teatralnie. Miała w sobie duży potencjał, niewidoczny na początku.

Wydaje się, że dużo tu można było jeszcze zrobić, ale ze względu na brak czasu zawsze ograniczam się (było ok. 45 min na grę i sharing). Można było spytać martwe dziecko, z jakiego powodu mama miałaby się nie martwić, albo dlaczego ona się martwi, lub czy ty się martwisz o swoją mamę. Być może dziecko odpowiedziałoby, że się martwi, że matka tu zostanie. Można było spytać kamienie — jakie mają zadanie do spełnienia, co by się stało, gdyby ich nie było. Być może dbają o to, żeby tam nie została, bo ma iść do żywych.

Nie było wyjścia z tunelu. Można było spytać o nie dziecko lub kamienie, a nawet sam tunel i wykorzystać zamianę ról dla znalezienia rozwiązania. Można też było spytać córkę żywą, jak jej mama ma stamtąd wyjść. Można było zrobić tunel przy pomocy grupy, żeby protagonistka poczuła, że to jest groźne. Można było wprowadzić symbol śmierci na scenę. Brakowało informacji, jak pacjentka może wyjść z tunelu i jak może zapobiec, żeby tam nie wrócić. Można było ją samą zapytać, jak uniknąć powrotu tam.

Być może pacjentka za szybko uprzątęła świat zmarłych. Może powinna się pożegnać z dzieckiem, np. powiedzieć, gdzie jego trumna powinna się znaleźć, że jej miejsce jest w grobie, a ona wysłała ją w przestworza. Ale miałam wrażenie, że nagle ten świat stracił dla niej wartość i nawet nie chciała się z nim żegnać i celebrować tego, lecz chciała się go w końcu pozbyć i zająć żywymi.

Ważne byłoby, żeby sobie uświadomiła, dlaczego to zrobiła, żeby to nie był tylko afekt, bo gdy będzie miała następną fazę depresji, będzie mogła sobie to przypomnieć. Takie uświadomienie sobie zaszło też w sharingu i w feedbacku z ról, które były bardzo cenne i dały wiele informacji pacjentce, szczególnie wypowiedź martwego dziecka, które poczuło swą władzę i bezradność matki.

Zrobiłam dublowanie konfrontacyjne, prowokujące — że dziecko musi umrzeć, żeby je pokochała. Gdyby to zdanie nie podziało, można by ją postawić między dwoma światami: umarłych i żywych, i słyszałyby zdania z obu, i wtedy mogłaby zdecydować, gdzie chciałaby być. Uzasadnienie wtedy byłoby jeszcze ważniejsze.

Cenne tu było moje nagłe olśnienie — które wykorzystałam w dublowaniu — kiedy uświadomiłam sobie, że pacjentka sama prowokuje dzieci do choroby i śmierci. Ponadto korzystna była ogólna konstrukcja psychodramy na zasadzie łuku — wróciłam do rozwiązania sceny początkowej.

W pracy czułam się przytłoczona brakiem inicjatywy pacjentki. Cały czas płakała. Dlatego nie wprowadzałam na scenę symbolu śmierci i nie nasilałam grozy. I tak panowała atmosfera beznadziejności. Dobrym pomysłem było wprowadzenie świata żywych i konfrontacja obu światów. Po moim dublowaniu nastąpiła krańcowa zmiana w pacjentce. Stała się pewna siebie, spokojna i bardziej kreatywna. Znalazła pomysł na wyjście z tunelu. Na scenie nie znałam jeszcze jej możliwości. Poznałam je dopiero w dalszych tygodniach leczenia. Sądzę, że już to dublowanie było i dla niej olśnieniem, że sama prowokuje własne dzieci do śmierci.

Jeśli chodzi o szersze refleksje na temat pacjentki, to gdy usłyszałam o tunelu, pomyślałam, że to jest być może także jej narząd rodny, z defektami, z którego nie może urodzić się zdrowe i żywe dziecko, że może pacjentka ma niską samoocenę w roli kobiety (może jest pełna brudu — wypryski, wygląda jak oszpecona), a szczególnie matki, i ucieka od tej roli, boi się jej. Może uważa siebie za matkę zabijającą, a nie dającą życie (dzieci widziały, że biegła z nożem). Bałam się jednak poruszyć ten temat. Ta psychodrama była pierwszą głębszą pracą pacjentki w całej dotychczasowej terapii.

1.3. Samobójstwo brata, „uratowanie” braterstwa, „narodziny” mężczyzny — psychodrama Roberta

Informacje o pacjencie. Objawy: chory na astmę od dzieciństwa, fobia społeczna, konwersyjne „podwójne widzenie” wystąpiło, gdy miał podjąć samodzielną pracę (na komputerze). Zaburzenia tożsamości płciowej, mały wzrost i drobna budowa; na muzykoterapii zidentyfikował się z elfem skrzyżowanym z dzieckiem, przebierał się za kobietę (w skojarzeniach).

Szybko się usamodzielniał i odciął od rodziny. Podjął studia. Był tam bardzo samotny i pustkę zapełniał drobiazgowym wynajdywaniem jakiegoś problemu naukowego z historii. Temat „samotności” przewijał się często także podczas terapii. Przyszła żona zajęła się nim i skłoniła do ślubu. Zgodził się pod warunkiem, że nie będą mieli dziecka, ale po ślubie urodziła córeczkę. Pacjent mścił się na córce, która straszliwie się go bała. Kiedyś wypadła mu z łódki, topiła się. Uratował ją i od tego czasu zaczął ją inaczej traktować. Jest prawnikiem z wykształcenia, żona stomatologiem. W domu był terrorystą, macho, żona „pod pantoflem”, skakała koło niego. Zrezygnowała dla niego z zawodu lekarza i prowadziła z nim stragan na bazarze. A on uważał się za „biznesmena”. Wobec swej terapeutki bardzo uległy, zregresowany do roli niemalże płodu. Na dzień dobry mówił jej: „właśnie zrobiłem kupę”. Wracał do domu i kładł się do łóżka. Konflikt między potrzebą zależności, opieki a potrzebą niezależności — bardzo podwójny, tak jak jego „podwójne widzenie”. W relacji z grupą epatował złem i upiornymi skojarzeniami oraz despotyzmem, naśladując innego pacjenta, Grzegorza. Wybrany do roli szatana na psychodramie, nie pozwolił się po psychodramie zdjąć z tej roli (zob. niżej Słownik terminów) i — w roli przewodniczącego samorządu — poprowadził zebranie społeczności terapeutycznej w sposób dyktatorski.

Jak doszło do psychodramy. Odbyła się ona bezpośrednio po „portrecie muzycznym” Grzegorza. Pojawił się problem unikania odpowiedzialności i sprawstwa. Podczas psychodramy wszyscy byli smutni. W pulsie okazało się, że cała grupa czuła się pozbawiona terapeutów. Zrobiłam rozgrzewkę ruchową na temat „ja jako podmiot i ja jako przedmiot”. Robert jako „przedmiot” upadł bezwładnie, ciężko na podłogę i leżał tam długo. Jako „podmiot” stanął przed Andrzejem i uściśnął mu rękę. Zgłosił się do pracy terapeutycznej jako protagonista.

Faza gry: temat „odrzućcie i braterstwo”. Wywiad. Sądziłam, że będzie to scena z ojcem na temat „odrzućcie”, gdyż pacjent był bity przez niego. Ale nagle okazało się, że chodzi o brata, który popełnił samobójstwo (o czym nie wiedziałam). Pacjent informując o samobójstwie brata odwrócił się tyłem do grupy i uderzył z całej siły pięścią w ścianę, aż huknęło. Potem zbudował scenę; była tam droga, którą idą z bratem. On ma 19 lat, brat

17. Do roli brata poprosił Andrzeja, któremu w rozgrzewce uściśnął rękę — wielkiego chłopca, kamieniarza, byłego alkoholika.

I scena: wędrówka z bratem w celu uśmiercenia nowo narodzonych myszek. Brat trzyma w rękach dopiero co urodzone małe myszki, jeszcze bez futerka. Idą je zlikwidować, siostra im to zleciła. Z zamiany roli z bratem wynika, że robili to już wiele razy z różnymi zwierzętami, gdy ich o to proszono. Spytałam, czy wyspecjalizowali się w likwidowaniu zwierząt. Usłyszałam, że tak, że ktoś to musi robić. Robert poprosił do roli myszek dwie pacjentki, obie najsłabsze w grupie: jedną z osobowością typu „borderline”, a drugą — chorą na anoreksję. Gdy zamienił się rolą z myszkami, okazało się, że one nie spodziewają się niczego złego, jest im ciepło, przylegają do ręki brata, są głodne, chcą do mamy. Pacjent poczuł, że musi wziąć myszki od brata i wrócić z nimi do domu. Zrobiłam lustro. Pacjent utwierdził się, że jego decyzja jest słuszna.

II scena: zmiana decyzji — uratowanie życia noworodkom myszek. Pacjent zabrał myszki bratu i sam je niósł. Obydwaj wrócili do domu. Z braku czasu na tym zakończyliśmy. Po psychodramie pacjent powiedział, że poczuł złość do brata. Wchodząc do swego pokoju (znajdującego się naprzeciwko sali, w której odbywały się psychodramy) trzasnął drzwiami. Nie pamiętam sharingu i feedbacku z ról.

Analiza psychodramy Roberta. Pacjent poczuł się odrzucony przez brata, który popełnił samobójstwo. Stąd temat „odrzucenie”, a „braterstwo” — bo razem zrobili coś symbolicznie sensownego i wartościowego, uratowali życie bezbronnych istotek. Być może oznaczało to również aprobatę słabości. Pacjent sam wyglądał jak mała myszka przy wielkim, umiśnionym ego pomocniczym, które grało jego brata. I ten wielki, silny brat nie „wytrzymał życia”, natomiast pacjent jakoś prosperuje do dziś. Prawdopodobnie temat „braterstwa” wyraża niezaspokojoną potrzebę bycia z bratem. Pacjent odczuwa samotność — przejawiało się to w różnych formach terapii. Ze względu na brak czasu (psychodrama trwała ok. 30 min) nie była poruszona sprawa „odrzucenia”, samego samobójstwa i agresji wobec brata. Złość do brata została wyrażona dwukrotnie: na początku psychodramy, kiedy będąc na scenie uderzył pięścią w ścianę, i po psychodramie, kiedy trzasnął drzwiami na oczach grupy i terapeuty. Doszło zatem do wyładowania agresji, ale nie została ona przepracowana.

Zachowanie to wzbudziło we mnie, jako liderze, niepokój. Obawiałam się, czy pacjent nie będzie autoagresywny. Okazało się, że nie był. Nie byłam też zadowolona ze swego odezwania się do protagonisty, że wyspecjalizowali się z bratem w likwidowaniu zwierząt. Miałam wrażenie, że było coś z ironii w moim głosie lub pomniejszania problemu. Może należało to dublować i powiedzieć, że wyspecjalizowali się w niepozwalaniu sobie na słabość i w nieujawnianiu słabości.

W świetle informacji o pacjencie, scenę z ratowaniem myszek być może można połączyć też z uratowaniem córki, gdy się topiła, a której istnienia wcześniej nie akceptował. Być może wywierał nacisk na żonę, aby dokonała aborcji.

Mając bardzo mało czasu na odpowiednią reakcję na zaskakującą informację o samobójstwie brata, i nie wiedząc, co może wyniknąć z rozpracowywania tak ważkiego tematu — można też było zrobić „zdjęcie” wspomnienia z myszkami, a nie scenę. „Zdjęcie” ogranicza emocje, gdyż nie wymaga działania i nie jest bezpośrednio emocjonalne. Można było zrobić zdjęcie, jak brat trzyma myszki, i kazać pacjentowi zamienić się z nim rolą.

1.4. Wypadek spowodowany wybuchem niewypału: lęk przed utratą kontroli, wstyd z powodu oszpeceń czy z powodu szpetoty rodziny — psychodrama Bernarda

Informacje o pacjencie. Lat 28, wykształcenie średnie. Objawy: jękanie się, zespół lękowy. W dzieciństwie miał wypadek, stracił oko i palec. Czuje się oszpecony, chociaż tego specjalnie nie widać. Jest przystojnym mężczyzną. W terapii grupowej podkreślał, że się boi mówić, że się zacina, że przeżywa w związku z tym wstyd i ma zawsze tremę przed publicznym występem, ale z drugiej strony ma ogromną potrzebę eksponowania się. Dramatyzuje, jest teatralny.

Jak doszło do psychodramy. Przy końcu leczenia oczekiwał, że będzie miał „portret muzyczny” na muzykoterapii. Był zły, że go nie otrzymał. Grupa stała po jego stronie i oczekiwała, że przynajmniej będzie miał psychodramę na zakończenie leczenia. Dlatego ustąpiono mu miejsca w kolejce do sceny.

Faza gry: temat „złość do siebie”. Pacjent stał wściekły na scenie, ręce miał zacisnięte, był zaślepiony złością, żadna sytuacja nie nasuwała mu się w związku z tematem.

I scena: spotkanie z własną złością. Poprosiłam „złość” na scenę. Zamiana roli protagonisty ze złością. Pacjent poczuł, że zaciska ona pięści, że krąży wokół niego, ale głównie stoi z tyłu za nim (grał ją młody pacjent, podobnie z potrzebą bycia wspaniałym i zwracania uwagi na siebie i także pełen agresji). Bernard twierdził, że złość jest także wewnątrz niego, że nie wypuszcza jej, że on sam karze się i umartwia za to, że jest inny. A jest inny od czasu wypadku, kiedy został uszkodzony. Poprosiłam, żeby opisał, jak to się stało. Bawił się ładunkiem wybuchowym sam w pokoju (matka była obok, przez ścianę) i ładunek wybuchł. B. miał 8 lat. Dziwiłam się, że nikogo, a matka była w pobliżu, nie spytał on o konsekwencje takiej zabawy. Spytałam, czy nie przewidywał, że może nastąpić wybuch. B. odparł, że być może. Czy chciał się samouszkodzić?. Pacjent był trochę zaskoczony. Stwierdził, że nie skontrolował wtedy sytuacji. Dublowałam go pokazując, że teraz także boi się ujawnić agresję, z obawy, że nad nią nie zapanuje. Pacjent stał z agresją wewnątrz, ze spuszczoną głową, jak ofiara budząca litość.

Zamiana roli ze złością. Pacjent, jako złość, mówi: „otrząśnij się”. Wraca do swojej roli, ujawnia złość, bardzo gwałtownie uderza poduszką o podłogę. Mówi, że chce porozmawiać z rodzicami teraz, jako dorosły 28-letni mężczyzna.

II scena: wyrażenie zalegającej złości do rodziców. Spotyka się z nimi w ich mieszkaniu. Buduje scenę. Głównym elementem sceny jest stół. Siedzą wokół niego. On naprzeciwko ojca. Matka z jego prawej strony. Nie ma bliskości. Odległości między nimi są duże. Do roli ojca wybiera kobietę (ostrą, agresywną).

Zamiana roli z ojcem. Mówi, że sam do wszystkiego doszedł, harował, utrzymywał rodzinę. Mówi też, że syn jest zamknięty i że go nie rozumie. (Początkowo Bernard sformułował temat: „dlaczego nikt mnie nie rozumie i ja nie rozumiem innych”, potem poprawił się: zmienił go na „złość do siebie”). W roli ojca powiedział „porozmawiajmy jak syn z ojcem”, potem poprawił „jak ojciec z synem”. Pacjent wraca do swojej roli i wyładowuje na ojcu złość za to, że kręcił, udawał, że jedzie do pracy, a jechał do kochanki, że wciągał go w te kręactwa. Bernard musiał ukrywać to przed matką, czuł się współwinny i rozdarty między matką a ojcem. Zarzuca ojcu, że stale miał pretensje do niego, ciągle był niezadowolony z tego, co on robił. Dubluję go, mówiąc, że od syna tyle wymaga, a sam jest

bezkarny, że daje mu zły przykład. Bernard podchwycił to. Wyładowując swój gniew, cały czas pociągał nosem i płakał — był trochę jak dziecko, które wpadło w złość.

Zamiana roli z matką. Powiedziała, że miała ciężkie życie i nieudane małżeństwo. Najgorzej było, gdy Bernard był w liceum. Mąż wtedy zdradzał ją. Zdziwiłam się, że dla matki nie był ważny wypadek syna. W ogóle o nim nie wspomniała. Pytam o to. Odpowiada, że oczywiście przejęła się, ale wtedy piła (i niewiele docierało do niej). Mówiła ponadto, że syn był inny zawsze, a potem, że od wypadku. Powiedziała do niego: „jestem z tobą”. Gdy Bernard wrócił do swojej roli, przypomniał jej ze złością, że robiła straszne awantury — dlatego ojciec uciekał z domu do innych kobiet. Tu dublowałam go mówiąc, że przynosiła mu wstyd, gdy piła. Bernard podchwycił wątek alkoholizmu matki. Powiedział, że budziła przerażenie, gdy szukała klucza do schowka, w którym ojciec — inżynier leśnik — trzymał broń, krzycząc, że się zabije. Dublowałam jeszcze raz uczucie wstydu. Teraz w końcu Bernard wykrzyczał, że musiał się wstydzić w szkole przed kolegami za rodziców.

Lustro — dublerką była kobieta. Pokazała głównie smarkanie Bernarda i płacz, choć w rzeczywistości odważył się on na agresję wobec rodziców i wykrzyczenie im wszystkich krzywd. Ego pomocnicze — symbolizujące złość — podchodziło groźnie i blisko do ojca, mniej groźnie do matki (może dlatego, że pacjent grający tę rolę sam był bardzo zależny od matki). Widać było kontrast między płaczącym mówieniem ze złością a groźnym, bardzo agresywnym działaniem niewerbalnym wobec ojca. Po lustrze pacjent powiedział, że chciałby, żeby rodzina była razem i żeby wszyscy się przeprosili za własne winy.

III scena: wzajemnych przeprosin za winy i pojednania Bernarda z rodziną. Scena improwizowana. Wszyscy spontanicznie przepaszali się, wybaczała sobie, obejmowali się. Bernard powiedział rodzicom: „zobaczcie, będziecie dumni ze mnie”. Spytałam, go czy nie chciałby raczej zrobić czegoś dla siebie. Podchwycił ten pomysł. Poszedł swoją drogą, w kierunku okna.

Sharing. Bardzo dużo mówiono o nienawiści do ojców i matek.

Feedback z ról. Ojciec powiedział, że rywalizował z synem, chwalił się, że jest lepszy, a syna ciągle pogrążał — powtarzał, że nic mu nie wychodzi. To jemu wszystko było wolno, bo utrzymywał rodzinę. Od „złości” Bernard usłyszał, że miał spuszczone głowę, ale już od jakiegoś czasu stoi prosto, zaciskając pięści, choć nie ma jeszcze świadomości tego.

Bernard poczuł trochę ulgi po psychodramie, ale było mu smutno.

Analiza psychodramy Bernarda. Moim zamiarem było uświadomienie pacjentowi, że od dziecka dźwigał różne grzechy rodziców, ukrywał je i wstydził się ich, a agresję kierował na siebie. Prawdopodobnie jego pomyłka w zamianie roli z ojcem — „porozmawiajmy jak syn z ojcem” — wskazywała na to, że w życiu te role też były zamienione, że to on był odpowiedzialny za rodzinę i był dorosły, a nie ojciec, który zachowywał się niedojrzale. Bernard był jedynakiem, nie miał nikąd pomocy. Aż w końcu być może dokonał samookaleczenia, prowokując wypadek. Od tego czasu miał wytłumaczenie, że był inny, a także miał uzasadnienie, dlaczego musi się wstydzić — był oszpecony. Nie jego rodzina była szpetna, lecz on sam. Za wszystko obciążył wypadek, choć miał prawdopodobnie poczucie, że jego rodzina jest inna, zdemoralizowana i że naraża go na wstyd. Dlatego wprowadziłam wątek wstydu, dublując pacjenta w zamianie roli z matką. Z trudem ujawnił uczucie wstydu i inności rodziny w stosunku do rodzin rówieśników. Dodatkowo „zamurował” własną agresję, obawiając się, że — podobnie jak podczas zabawy niewypałem — utraci

kontrolę przy jej wyrażaniu. Sądzę, że matka dawała mu ciągle przykład utraty kontroli nad agresją — piła, robiła stale awantury, biegała z bronią po domu, grożąc, że się zabije. Budziło to jego przerażenie. (Ale to dostrzegłam dopiero teraz, analizując tę pracę.) Być może to także wiązało się ze wstydem, gdyż gdy pierwszy raz dublowałam Bernarda nie podjął wprost tego tematu, tylko powiedział o agresji matki.

Na te oba wątki: wstydu i lęku przed utratą kontroli nad własną agresją, nakładał się wątek wysokich oczekiwań ojca i rywalizacji z synem oraz obniżania mu jego samooceny, wskutek czego wytworzył się konflikt między potrzebą ekspozycji a lękiem, że mu nic nie wyjdzie. Stąd w zamianie roli z ojcem dublowałam pacjenta, podkreślając, że od syna tyle wymaga, a sam jest bezkarny.

Wydaje mi się, że Bernard dlatego po psychodramie czuł ulgę — ale i smutek — że odbrzązował rodzinę publicznie. Ujawnił także wszystkie swe uczucia przed grupą. Dotychczas stale mówił na jeden temat — że się zacina oraz że boi się i wstydzi zabierać publicznie głos. W lustrze dublerka uwypukliła głównie jego dziecięce zachowanie przy wyrażaniu agresji (wydawało mi się, że trochę niesprawiedliwie), natomiast ja w trakcie pracy zachęcałam go wprawdzie do groźnych, ostrych wypowiedzi, ale równocześnie wzmacniałam jego odwagę wyładowywania gniewu i podkreślałam, że mu się to udaje. Nie chciałam być podobna do jego ojca, ciągle niezadowolonego z niego, śrubującego wymagania. Dlatego po lustrze już nie wprowadzałam korekty zachowania, tylko poszłam za potrzebą pacjenta wzajemnych przeprosin i pojednania. Natomiast skorygowałam jego potrzebę zależności („będziecie ze mnie dumni”), ustawiania przyszłości pod kątem potrzeb rodziców, a szczególnie ojca. Można przypuszczać, że psychodrama stanowiła dla niego także trening nabywania umiejętności kontroli podczas wyrażania agresji, nie stało się bowiem nic złego, mimo iż powiedział i matce, i ojcu, co o nich sądzi i jak przeżywał ich postępowanie.

Ze względu na to, że mnóstwo informacji (nieznanych mi) o rodzinie pacjenta usłyszałam na scenie, nie podawałam ich wcześniej, przed opisem psychodramy.

1. 5. Samobójstwo ojca, ojczyzna i matki, proces separacji i indywidualizacji — „portret muzyczny” Grażyny

„Portret muzyczny” (PM) jest metodą, którą stworzyłam w 1973 r. i rozwijam do chwili obecnej, stosując ją w Klinice Nerwic, a więc nie wobec pacjentów psychiatrycznych. Dotyczy ona harmonizowania struktury „ja” i jest stosowana w drugiej połowie leczenia. Trwa 2 godziny dla jednej osoby, jest metodą muzykoterapii grupowej. Portret muzyczny zawiera wiele technik sytuacyjnych i stałych; stałe rozpoczynają go i kończą. Portret rozpoczyna lustro dźwiękowe pacjenta, grane na instrumentach przez grupę, kończy lustro muzyczne przygotowane przez terapeutę, które pokazuje, w postaci zwykle 3 utworów, strukturę „ja” pacjenta, rozumianą jako „ja jawne” (autoprezentacja), „ja ukrywane” (wewnętrzne) i „ja w przyszłości” (potencjalne) (opis założeń, struktury i przebiegu portretu muzycznego) [zob. 4, 5, 6, 7]. Po określeniu przez grupę struktury „ja” i poszukiwaniu jej genezy, zwykle dochodzi się do pracy na poziomie „ja ukrywanego, wewnętrznego” pacjenta, i do odkrycia schematu centralnego „ja”, głównej strategii kontaktu (używając języka Moreno „matrycy” — pierwotnego wzoru zachowania [5]) oraz dokonania „rerframingu” tej strategii, a także

do relacji między „ja jawnym a ukrywanym” (rematrycyzacji wg Moreno [5, 8, 9]), oraz zainspirowania pacjenta szczególnie lustrem muzycznym, do stworzenia nowej koncepcji „ja” (prospektywnej). W kontakcie z „ja ukrywanym, wewnętrznym” zwykle sięga się do przeżyć urazowych związanych z rodziną, i tu stosowana jest psychodrama z użyciem instrumentów muzycznych oraz z pracą „naprawczą” w „poszerzonej rzeczywistości” [zob. 2, 4, 5, 6]. W efekcie szkolenia, zaczęłam ją stosować wg reguł Moreno. Przedstawię tu fragment Portretu muzycznego zawierający psychodramę.

Informacje o pacjentce uzyskane na początku Portretu muzycznego: ma 43 lata, jest nauczycielką, stanu wolnego. Przez grupę zagrana jako rozbiegana, gadatliwa, silna, maskująca tą aktywnością napięcie wewnętrzne i poczucie nieradzenia sobie. Przygotowała się do portretu biorąc wiele instrumentów, głównie głośnych, wśród nich dwa komplety talerzy, a także instrument typu symbolu fallicznego (używała go w sposób agresywny). Zapytałam, dlaczego je wzięła. Odpowiedziała, że wytłucze na nich wszystkie negatywne emocje. Zdaniem grupy powinna się uporać z przeszłością, z silnymi negatywnymi przeżyciami, związanymi z samobójstwem ojca, ojczyma i matki. Jej mieszkanie jest pełne duchów, które straszą. Pacjentka odczuwa samotność. Ma ogromne poczucie niesprawiedliwości ze strony losu i Boga.

Faza gry. Spytałam, z kim chciałaby się spotkać, żeby wyrazić te emocje. Mówi najpierw o matce (pacjentka, która gra rolę matki, wybrana została także do roli Boga), gdyż po awanturze — o chłopaka w 17. r. życia — nie potrafiła się matce przeciwstawić inaczej niż próbą samobójczą. („Zemściłam się na niej”).

I scena: awantura z matką, zakończona próbą samobójczą. Zamiana roli z matką, która mówi, że życie jej się nie ułożyło, mąż pił, bił ją, a w końcu powiesił się. Miała depresję. Gra na wielu instrumentach, chaotycznie — jest w tej grze rozbiegana, rozhamowana, wrzaskliwa. Uważa, że Grażyna jest dobrym dzieckiem, ale mimo to krzyczy do niej: „chcę żebyś robiła tak jak ja chcę, żebyś się mnie słuchała”. Pacjentka przeciwstawia się jej najpierw słownie: „nie masz prawa żądać tego ode mnie..., bo ty też nie liczysz się ze mną”, a następnie — w improwizowanej interakcji muzycznej. Robi to krótko, z łatwością. Poczwała zadowolenie i ulgę. Matka natomiast zrozumiała, że córka jest dorosła i samodzielna. Zaufała jej.

II scena: pożegnanie ojczyma. Zamiana roli z ojczymem: był alkoholikiem, zabrano mu rentę górniczą, powiesił się. Mówi, że Grażyna ma 28 lat i siedzi im na głowie i jeszcze sprowadziła tego starego dziada, 26 lat starszego od niej, który ją wykorzystuje (pacjentka była w związku z tym mężczyzną). Powiedział do niej: „czas zacząć żyć na własny rachunek, z dala od matki”. Na talerzach zdanie to zabrzmiało dużo mocniej i gwałtowniej (w odczuciu grupy). Po powrocie do swej roli pacjentka mówi o poczuciu winy wobec niego. Przeszkadzała matce w tym związku, mieszkając z nimi jako 28-letnia kobieta: „nie mogłam przeciąć tej pępowiny”. Ale z drugiej strony ma żal do niego, bo straszył, że je obie zabije, kupił pistolet. Poprosiłam, żeby wyraziła wszystkie zalegające emocje tak, żeby mogła go pochować. Pacjentka wali straszliwie instrumentem (symbolem fallicznym) w talerz, aż go odkształca. W odczuciu grupy, w improwizacji muzycznej oboje: pacjentka i ojczym są zaciekli, pacjentka ma jednak niedosyt, chciałaby go przeprosić (i ojca też), że go nie ratowała, żeby jej wybaczył. Pytam, co jest jej potrzebne, żeby mogła go pochować i nie czuć się winna. Gra na instrumentach powtórnie. Chce mu powiedzieć muzycznie

o swych wątpliwościach i wyrzutach sumienia. Znowu jest agresywna, choć wprowadza i inne emocje. Może się już pożegnać. Odsyła go w kierunku okna, do nieba. Chce oczyścić swój dom z duchów.

III scena: pożegnanie ojca. Teraz chce pożegnać ojca. W zamianie roli z ojcem mówi, że jest pijany i chce popełnić samobójstwo — któryś raz z rzędu — bo katuje żonę i syna, i przepija pensję. Nie bije córki, bo to dobry dzieciak, jest spokojna, zrównoważona i jest wzorową uczennicą. Dubluje Grażynę, że wszystko zniesie, jest idealna. Ojciec mówi: „Wybacz mi, że masz takie dzieciństwo, odchodzę, już nie będę z wami”. Muzycznie zakomunikował to zdanie na hałaśliwym tamburynie i na talerzach. Jeden z mężczyzn z grupy odczytał je: „to przez was — kobiety”: „chcę żyć, ale nie mam siły”, pozostali członkowie grupy odczytali to — jako krzyk rozpacz: „nie mam już sił”. Pacjentka wracając do swojej roli grała w szale na podobnych instrumentach, jak w scenie z ojczymem. Ojciec (ego pomocnicze) odparł, że poczuł żal, że zostawił rodzinę i odpowiedział muzycznie — uspokajając pacjentkę, a matka (ego pomocnicze) — powiedziała, że już jest dobrze. Pacjentka pochowała ojca obok matki (posadziła ich w kręgu obok siebie), a duszę jego odesłała do nieba.

Teraz zostało pożegnanie z matką. Pacjentka nagle wybucha szlochem, mówi, że nie może się pożegnać. Nawiązała do jej słów, że jest „nieodpępniona”. Powiedziała, że to oznacza, że potrzebuje matki. Uważa, że matka swą śmiercią samobójczą chciała ją ukarać, zemścić się. Spytałam, czy nie chciałaby otrzymać uczuć od symbolicznej, grupowej matki, bo jej matka była chora na depresję i nie była w stanie tego zrobić. Pacjentka wyraziła zgodę.

IV scena: kołysanie 3-letniej córki i wyposażanie jej na życie dorosłe przez grupową matkę i ojca. Scena bez instrumentów muzycznych. Pacjentka zdejmuje okulary, stoi pośrodku ścięśnionego kręgu osób i z zamkniętymi oczami opada do przodu i do tyłu na ich ręce. Czuje, że ma 3 latka, staje się coraz bardziej rozluźniona, odczuwa zaufanie i uśmiecha się. Następnie zostaje wyposażona w dary. Po każdym usłyszonym darze przytula z własnej inicjatywy osobę, która go daje. Członkowie grupy są bardzo wzruszeni, niektóre osoby płaczą, panuje poczucie bliskości. Stoje też w tym kręgu i też daje dar. Na końcu Grażyna czuje, że ma 43 lata (jestem tym zaskoczona, że tak szybko, z własnej inicjatywy, dorosła; nie wiedziała, że ją spytam o wiek). Siadamy. Pacjentka mówi: „już jej pozwolę odejść”.

V scena: „odpępnienie” córki i pożegnanie matki: Pytam matkę (ego pomocnicze), na czym polegałoby „odpępnienie” córki. Odpowiada: „na tym, żebym pozwoliła jej być dorosłą i uznała za dorosłą”. Pacjentka wybiera 2 instrumenty: jeden symbolizuje uzależnienie, drugi niezależność i dorosłość. Improwizacja muzyczna z matką. Grażyna przez długi czas gra na instrumencie „uzależnienia” (grzechotka-marakas) i mówi „chcę być dzieckiem, boję się”, potem z własnej inicjatywy zmienia instrument na kastaniety. Poczula uwolnienie. Poczula, że jest dorosła i może dać komuś oparcie. Żegna matkę muzycznie. Chce, żeby matka słuchała jej tylko, nie grała. Sama ma wiele instrumentów. W trakcie gry daje instrumenty pacjentkom, siedzącym po obu jej stronach, grają razem z nią. Miałam wrażenie, że jest to pogrzeb, albo usankcjonowanie śmierci matki przez upublicznienie jej. Była to bowiem śmierć samobójcza, a więc związana także z poczuciem większej winy, wstydu i tajemnicy. Talerze brzmią teraz jak dzwony kościelne. Mówi: „możesz mamó

odejść do nieba”. Matka odchodzi i siada obok ojca. Pacjentka jest cały czas spokojna i nie płacze. Mówi: „teraz mogę odetchnąć”.

VI scena: przyszłość, spotkanie z narzeczonym. Grażyna wytycza w sali kierunek swej drogi ku przyszłości (rodzaj zakotwiczenia) i spotyka się z Tadeuszem. Gra na różnych instrumentach, głośno, szybko, stale je zmieniając (tak jak dotychczas to robiła), ale najczęściej i najdłużej na instrumencie typu symbolu fallicznego (instrumencie męskim); partnerowi daje kobiecy — tamburyn; jej wszystkie związki opierały się głównie na popędzie. Nie patrzy na partnera. Jest zniecierpliwiona, że on ciągle nie jest zdecydowany na małżeństwo. Narzeczony odczytał jej przekaz, że go kocha. Wyczuwał nacisk i dominację oraz na przemian miłość i zniecierpliwienie.

Ze swej strony mówię, że brakowało mi, żeby sama zdecydowała się na jeden instrument, bo ma ich tak dużo i stale je zmienia, a ponadto, żeby położyła go chociażby na kolanach (grała często na instrumentach leżących na podłodze). Zaproponowałam, żeby wydobyla czułość z instrumentu. Grażyna wzięła nowy instrument, triangel, i pierwszy raz grała delikatnie, cicho i w jednym miejscu. Patrzyła na narzeczonego, który odczuł, że przytula się do niego.

Analiza „portretu muzycznego” Grażyny. Pacjentka (a także grupa) oczekiwała, że uwolni się od przeszłości i emocji z tym związanych. Przed zajęciami ułożyła przed sobą instrumenty do wyrażania agresji, nastawiona była więc na odreagowanie. Starła się bardzo współpracować. Szłam za jej potrzebami. To ona ustalała kolejność pożegnań, a także przypomniała własną próbę samobójczą w wieku 17 lat. Okazało się, że nie potrafi przeciwstawić się matce, lecz musi używać tak drastycznych sposobów. Miała poczucie, że karze ją. Potem taką interpretację projektowała na matkę, gdy ta dokonała samobójstwa.

Najtrudniejsze było pożegnanie z matką — najważniejszą postacią, równoznaczną z Bogiem. Wprowadzenie Boga na scenę okazało się niepotrzebne. Pojawił się On tylko jako element dyskusji. Aby doprowadzić do pożegnania z matką, konieczna była regresywna praca „naprawcza” w „poszerzonej rzeczywistości”. Dopiero uzupełnienie wnętrza pacjentki o „dobrą” część matki (wzmocnioną przez matkę grupową i ojca, gdyż włączyli się w to mężczyźni) pozwoliło zaspokoić jej potrzeby uczuciowe. Poczula się na tyle silna, że mogła samotnie wejść w dorosłe życie i pożegnać matkę. Zaskakujące było, że od 3-letniego dziecka dorosła tak szybko do 43-letniej kobiety. Zwykle muszę dawać w tym celu zadania pośredniczące. Zaskakujące też było dla mnie, że po „kołysce” grupowej, gdy przystąpiła do odrywania się od matki, tylko na początku wyrażała lęk, potem stała się spokojna i już bez łez pochowała ją, tworząc muzyczną ceremonię pogrzebową.

W ostatniej scenie, dotyczącej przyszłości, konieczna była rematrycyzacja sposobu kontaktowania się pacjentki. W zachowaniach muzycznych, z nadmiarem instrumentów, była ona podobna do swej matki: chaotyczna, rozbiegana, zmienna, wrzaskliwa, dominująca, męska, ponagląca, agresywna, a przy tym ulegająca popędowi. Nie potrafiła się wsłuchać w siebie i w partnera. Zagłuszała siebie. Pod wpływem mojej sugestii dokonała efektywnej zmiany zachowania w kierunku rozwijania własnej uczuciowości i bliskości z mężczyzną, a także uczenia się roli kobiety. Terapeuta indywidualny pacjentki poinformował mnie, że była ona bardzo zadowolona po zajęciach.

Połączenie środków muzycznych z psychodramą pozwala na porównanie zdań wypowiedzianych słownie i muzycznie. Okazuje się, że w niektórych rolach komunikaty

werbalne i niewerbalne pokrywają się, w innych są niespójne (double bind). Słyszy to grupa. Można je uzgadniać, np. prosząc, żeby protagonista tak samo ostro powiedział, jak zagrał na instrumencie. W metodzie PM najważniejsze zdarzenia zachodzą w interakcjach typu improwizacji muzycznych, a zamiana ról i wywiad stosowane są na początku, przy odgrywaniu nowej roli na scenie. Wprowadzenie instrumentów muzycznych już samo w sobie jest elementem psychodramy. Grają one swoją symboliką — męską, kobiecą — wielkością, charakterem wyrazowym itd. Np. tutaj Grażyna wobec mężczyzn używała instrumentu określonego jako „falliczny”. Nie eksplorowałam jednak ewentualnej problematyki edypalnej, gdyż zanadto rozszerzyłaby temat.

Podsumowanie analizy opisanych psychodram

Rozpatrując jeszcze raz opisane przykłady w odniesieniu do części teoretycznej pracy, odnosi się wrażenie, że przy temacie śmierci najważniejsza jest możliwość wykorzystania „poszerzonej rzeczywistości”, szczególnie dla pracy „naprawczej” (psychodrama Iwony, „portret muzyczny” Grażyny), a ponadto koncepcji locus, matrix i status nascendi Moreno [zob. 8, 9]. Zakłada ona bowiem diagnozę i lokalizację w miejscu i w czasie „matrycy”, tj. pierwotnego wzoru myślenia, odczuwania i zachowania w jego sieci powiązań, blokującego rozwój pacjenta, a związanego często z traumą, a więc i z lękiem, a nie ze spontanicznością — źródłem zdrowia. Celem terapeutycznym jest dokonanie rematrycyzacji, a więc zmiany czegoś pierwotnie utrwalonego i zautomatyzowanego. Sam temat śmierci z założenia zawiera w sobie konieczność dotknięcia spraw najbardziej pierwotnych, podstawowych i uniwersalnych dla człowieka. Ponadto „założona” jest w nim nie tylko zmiana, ale i przemiana — odrodzenie.

W przytoczonych tu psychodramach wydaje się, że proces rematrycyzacji został uruchomiony:

1. U Iwony: od fasady uprzejmości, a pod nią autoagresji (za pośrednictwem lekarzy „wykastrowała się” z kobiecości — ten wzorec wyrażania agresji: „po własnym trupie do celu”, do „zemsty z za grobu”, mogła zaczerpnąć od ojca) — poprzez skierowanie agresji na zewnątrz (na ojca, jego rodzinę i sąsiadów) — do oczyszczania się z brudu i narodzin dorosłej kobiecości w bliskości „damsko-męskiej” z mężem, a nie z synem (relacja edypalna). W ten sposób pacjentka przełamała nabyty w dzieciństwie zakaz wyrażania emocji negatywnych (była bita za ich wyrażanie) i pozwoliła sobie na bycie dorosłą, spontaniczną, w zgodzie z własnymi potrzebami.

2. U Elżbiety: od symbolicznego (tzn. prawdopodobnie funkcjonującego w jej podświadomości) „uśmiercania”: a) siebie, poprzez rezygnację z własnego potencjału (pacjentka bardzo zdolna, ale zaniedbana, sprawiająca wrażenie nieinteligentnej, identyfikująca się ze staruszką, stale płacząca, rezygnująca z własnej macierzyńskości i kobiecości), b) i innych, szczególnie żyjących dzieci — poprzez prowokowanie ich do bycia chorymi lub umarłymi, bo umie kochać tylko zmarłe dziecko — do aprobaty radości i życia. Pacjentka w następnym tygodniu zmieniła radykalnie zachowanie, prawie weszła w rolę liderki grupy.

3. U Roberta: od „podwójnego”, rozszczepionego zachowania: niemowlę-dyktator/szatan, do zaaprobowania słabości, „małości” (wzrost) i współpracy („braterstwo”), czyli relacji partnerskiej, symbolicznie — prawdopodobnie do rezygnacji z rywalizacji z córką o rolę dziecka.

4. U Bernarda: od przemieszczania złości do rodziców na własne ciało, od autoagresji i roli ofiary, dźwigającej i ukrywającej „brudy” rodzinne do roli osoby odpowiedzialnej tylko za siebie i realizującej własne potrzeby; wtórnie, po wypadku — od lęku przed utratą samokontroli, wzmacnianego zachowaniem matki alkoholiczki — do podjęcia ryzyka wyrażenia agresji i nieutrącenia kontroli nad nią.

5. U Grażyny: od zachowania pseudodorośłego (pseudosilnego, pseudoaktywnego, popędogo w relacji z mężczyznami) do zachowania dorosłej kobiety, o pogłębionej uczuciowości, zdolnej do przeżywania bliskości z mężczyzną.

Wydaje się, że pojęcia „filozofii terapeutycznej” Moreno, a mianowicie: „theometrii” i „momentu”, nie są czystą spekulacją, można je bowiem odnieść do opisanej tu własnej pracy klinicznej pod kątem koncepcji rematrycyzacji. Dla samego przebiegu psychodramy szczególnie istotne są pojęcia: momentu/chwili, punktu kulminacyjnego (z katharsis), podjęcia decyzji i jej konsekwencji [zob. 9]. Przykładem tego może być psychodrama Roberta, której punktem kulminacyjnym było podjęcie decyzji o odwróceniu z drogi, którą szedł. Taka zmiana decyzji zaszła również w psychodramie Elżbiety, która nagle odwróciła się od świata zmarłych ku żywym. Inaczej było w „portrecie muzycznym” Grażyny, w którym punktem kulminacyjnym był kontakt z „dobrą i kochającą częścią matki”. Mógł on otworzyć pacjentkę na bliskość i czułość.

Mówiąc o punkcie kulminacyjnym danej psychodramy mam na myśli także przeżycie katharsis — oczyszczenia, które przy temacie śmierci zyskuje specjalną i dwojaką wymowę:

1. Następuje usunięcie źródła śmierci, poprzez dokonanie zmiany matrycy, która była śmierciogenna (np. Grażyna nie potrafiąc przeciwstawić się matce, w 17. r. życia podjęła próbę samobójczą; w psychodramie wrócono do tego momentu i pacjentka wprowadziła nowe zachowanie w „poszerzonej rzeczywistości” wobec zmarłej matki, która na scenie żyła, cofnięto się bowiem w czasie. Jest to także przykład swobodnego operowania czasem, na jakie pozwala psychodrama. Podobny mechanizm autoagresji był obecny u Bernarda i został zmodyfikowany)

2. Dochodzi do dosłownego oczyszczenia się z emocji negatywnych (zob. walenie w talerze przez Grażynę), strzepania z ciała martwoty, odoru i napełnienia się czystością i pięknem (przez Iwonę).

Podobnie koncepcja człowieka jako istoty kosmicznej nie okazała się teoretyczną spekulacją Moreno. Przekonałam się o tym od razu w pierwszej psychodramie na temat śmierci, kiedy Iwona z własnej inicjatywy (tzn. spontanicznie i kreatywnie) po oczyszczeniu się otworzyła ramiona na energię kosmiczną, którą natarła całe ciało. Nowym doświadczeniem była dla mnie koncepcja Boga w „portrecie muzycznym” Grażyny, nie jako Boga Ojca, lecz jako Boga Matki. Nowym doświadczeniem okazało się ponadto zastosowanie techniki dublowania prowokacyjnego, konfrontacyjnego, w psychodramie Elżbiety, dzięki któremu zyskała ona wgląd, na zasadzie „ośnienia”, „aha aha” lub „reframing” (zmiany poznawczych układów odniesienia), pociągający natychmiastową zmianę celu, strategii kontaktu i odczuwanych przez nią emocji. Zaskakującym doświadczeniem okazało się też muzyczne pożegnanie matki przez Grażynę, która spontanicznie — w trakcie własnego grania — zaczęła rozdawać instrumenty siedzącym obok niej osobom, organizując muzyczną ceremonię pogrzebową. Zrobiła ją jedynie matce, spośród trzech żegnanych zmarłych osób. W ogóle pożegnanie z matką było dla mnie zaskakujące. Okazało się bowiem, że

trzeba przeprowadzić proces separacji i uzupełnić braki rozwojowe, zanim pacjentka będzie w stanie pochować matkę [zob. 2]. Ojczym i ojciec nie mieli w tym procesie tak ważnej roli. Zaskakujący był też moment błyskawicznego dojrzenia Grażyny od 3-letniego dziecka do 43-letniej kobiety. Zdziwiło mnie również, że potrafiła ona tak szybko, pod wpływem mojej ukierunkowującej uwagi, wyrazić czułość, i że jej partner natychmiast na to silnie pozytywnie zareagował.

Nie muszę dodatkowo uzasadniać, że opisane psychodramy dały pozytywne efekty w terapii, ponieważ wspominałam o tym przy prezentacji pacjentów, a także we wstępie do części pierwszej [zob. 1], gdzie wskazywałam ważne znaczenie psychodramy i metody „portretu muzycznego” w całym leczeniu psychoterapeutycznym. Wynika to jasno z przeprowadzonej w podsumowaniu analizy. Chciałabym jednak podkreślić, że praca nad tematem śmierci lub jakkolwiek inną traumą może się odbywać jedynie za zgodą pacjenta [3]. Jeśli nie chce on poruszać tego tematu, powinno się to uszanować. Piszę o tym, ponieważ kiedyś proponowano mi w klinice, żebym zrobiła „portret muzyczny” pacjentce depresyjnej, umożliwiając jej pożegnanie się z mężem, który zginął w wypadku. Mimo ogromnego poparcia ze strony grupy i informacji, że „żyje” ona w świecie zmarłych (oprócz męża zmarli też i inni członkowie rodziny) — nie chciała wprowadzić na scenę tego świata. W związku z tym byłam z nią w świecie żywych. Po zajęciach dziękowała mi, że nie robiłam nic wbrew jej woli.

Zakończenie

Ze względu na tematykę egzystencjalną pracy, nie ograniczałam się do ujęcia czysto technicznego, pozwalającego na zorientowanie się w moich umiejętnościach stosowania psychodramy i jej technik. Wydawało mi się potrzebne ujęcie szersze i głębsze. Na takie ujęcie pozwala w dostatecznym stopniu koncepcja Moreno, która obejmuje także wymiar duchowy człowieka, transpersonalny, transcendentálny, a nawet kosmiczny. Wymiar ten stanowi podwalinę „filozofii terapeutycznej” Moreno. Zdecydowało to o rozszerzeniu tematu teoretycznego: sceny, czasu, przestrzeni i rzeczywistości (surplus reality), o kosmos, duszę, Boga i religię, a także o psychopatologiczne oraz metapsychologiczne ujęcie miejsca, czasu i przestrzeni (koncepcja locus, matrix i status nascendi [8, 9]). Wydawało się też celowe ujęcie tematu śmierci na tle współczesnych dla Moreno koncepcji Freuda, a szczególnie Junga.

Wprawdzie pierwotnym tytułem pracy była „Problematyka śmierci w psychodramie”, to po napisaniu całego tekstu zmieniłam go na: „Temat śmierci i odrodzenia w psychodramie”, we wszystkich bowiem rozdziałach teoretycznych, a także opisanych tu psychodramach, przewija się bowiem wątek „odrodzenia”.

Przygotowując pracę do druku po 4 latach od momentu jej napisania, chciałam podkreślić, że jej temat, ze względu na swoją uniwersalność, pojawia się często podczas prowadzonych przeze mnie szkoleń z psychodramy. Ponieważ osoby szkolące się są przeważnie młode, a przynajmniej w wieku „produkcyjnym”, dotyczy on nieraz lęku przed podjęciem roli matki — pierwszy raz lub kolejny, np. po poronieniach czy innych urazowych doświadczeniach, które skutkują autodestrukcyjnymi działaniami, „uśmiercaniem” swej kobiecości, nawet w sensie biologicznym (zob. niżej). Lęk ten może się wiązać z nadmiernym obciążeniem rodziny śmiercią (np. samobójcze śmierci ojca i ojczyma, aborcje matki).

Rola matki w zacytowanym tu przypadku kojarzyła się z uśmiercaniem, a nie z dawa-
niem życia. Nic dziwnego, że dorosła córka (34-letnia) nie mogła zająć w ciąży. Dopiero
psychodrama zatytułowana „Brzuch” — w której protagonistka wyraziła matce swe lęki
i gniew, a matka je przyjęła i zapewniła, że da jej zawsze wsparcie i bliskość — spowo-
dowała, że córka zdecydowała się na ciążę (zajęcia szkoleniowe z psychodramy odbywają
jeden raz w miesiącu; protagonistka przyszła na kolejne zajęcia, będąc już w ciąży).

Inna osoba przymierzała się od ok. roku do pierwszorazowej roli matki (miała 32 lata).
Dopiero po zgłoszeniu się do psychodramy z tematem „Dosyć mam lęku i niskiego poczucia
własnej wartości” rozwiązała niespodziewanie swój problem. Przedstawienie tego tematu
na scenie rozpoczęła od przeprowadzki rodziców do nowego mieszkania. Ją — jako jedno-
miesięczne dziecko — miał nieść na rękach ojciec. Zgodnie z procedurą psychodramy od
razu na wstępie zamieniłam ją rolą z ojcem i zebrałam z tej roli wywiad. Okazało się, że
matka wydając ją na świat zmarła przy porodzie. Lęk protagonistki związany był z obawą
przed powtórzeniem się tej sytuacji w jej przypadku. Oczywiście uzyskanie wglądu nie
jest jeszcze działaniem reparacyjnym. Po tej psychodramie, trwającej ok. 2 godzin [10]
i bezpośrednio przed kolejnym spotkaniem protagonistka zadzwoniła, informując, że nie
przyjdzie na zajęcia, gdyż zaszła w ciążę i lekarz polecił jej przez jakiś czas leżeć w łóżku.
Ostatnio pojawiła się na zajęciach pokazując z dumą zaawansowaną ciążę.

Najbardziej zaskakującym przykładem jest kolejna praca psychodramatyczna osoby ok.
34-letniej, która leczyła się ponad 3 lata u ginekologa i mimo to nie miała nawet owulacji;
zwłaszcza całkowicie nieczynny od lat był lewy jajnik. Osoba ta uczestniczyła już od kilku
miesięcy w szkoleniu, nie zgłaszając się jednak do pracy na scenie. Podawała stale temat
„lęku przed tym, że stanie się coś z jej rodziną”. Lęk ten nasilił się w momencie śmierci
papieża — wtedy też w grupie pojawiła się problematyka ojca; była ona przedmiotem
psychodram przez wiele kolejnych miesięcy. Niespodzianie podczas rozgrzewki na temat
„moja część kobieca i moja część męska” poczuła, że w dzieciństwie ojciec naruszał jej
granice. Z lęku, że może się posunąć zbyt daleko, zaczęła rezygnować z eksponowania
swej kobiecości; ubierała się w spodnie, chroniąc swe ciało przed łatwym dostępem do
niego, odrzuciła także model słabej kobiety prezentowany przez matkę. Okazało się też,
że nieświadomie zaczęła ingerować w swoje ciało, unieczynnijając jego części, związane
z funkcjonowaniem narządu rodno (zwłaszcza unieczynniony został lewy jajnik, który
— jak pokazała psychodrama — okazał się najbardziej narażony na przekraczanie granic
przez ojca). Protagonistka bardzo silnie przeżywała swą długą, regresywną i reparacyjną
psychodramę; towarzyszyła jej w tym grupa przekonana o skuteczności jej pracy na scenie.
Rzeczywiście, miesiąc później na zajęciach dowiedzieliśmy się, że pojawiła się owulacja,
bez stosowania leków, a w następnym miesiącu uczestniczka szkolenia przyszła na zaję-
cia w ciąży. Jej lekarka ginekolog początkowo nie zarejestrowała tej ciąży, nie wierząc
w nią. Jednakże minął już siódmy miesiąc zdrowego rozwoju płodu. Z perspektywy tej
psychodramy początkowy temat „obaw o własną rodzinę” można rozumieć jako wyraz
lęku, że gdyby rzeczywiście utraciła któreś z rodziców, nie zdążyłaby załatwić sprawy
opisanej wyżej. Do reparacji jej urazowych doświadczeń potrzebny w psychodramie był
zarówno ojciec, jak i matka.

W literaturze nie spotyka się badań nad skutecznością psychodramy. Autorzy zwykle
ograniczają się do opisu fragmentów prowadzonej przez siebie pracy z protagonistą na

scenie, pokazując w ten sposób czytelnikowi jej efektywność. W zakończeniu niniejszego artykułu przytoczyłam wybrane przykłady pracy uczestników szkoleń z tego względu, że takie fakty jak cięża czy inne symptomy biologiczne są najbardziej widocznym i wymiernym wskaźnikiem skuteczności psychodramy. W prezentowanym tu artykule są one ewidentnym przykładem odrodzenia się do roli dającej życie. Dla takich efektów oddziaływań psychoterapeutycznych zaczynają się już pojawiać w najnowszej literaturze potwierdzenia i uzasadnienia nawet na płaszczyźnie neurobiologicznej [zob. 11].

Struktura psychodramy Morenowskiej i słownik jej terminów

Struktura psychodramy została przedstawiona w tabeli 1. Słownik terminów używanych w psychodramie w przeważającej swej części zawiera wyjaśnienie terminów zamieszczonych w tabeli. Kolejność poszczególnych haseł podana jest tu w porządku chronologicznym, tzn. według kryterium rozwoju jednej sesji psychodramy (od rozpoczęcia jej do zakończenia), a nie alfabetycznie. Terminy, które zostały szeroko omówione w I części niniejszej pracy, np. pojęcie sceny, czasu, poszerzonej rzeczywistości [zob. 1] są tu tylko wspomniane, natomiast pozostałe, używane do opisu psychodram z pacjentami, zostały wyjaśnione dokładniej. Psychodrama rozpoczyna się od pulsu (zob. niżej).

Puls – początkowa faza psychodramy, w której lider (terapeuta) zbiera informacje od każdego z uczestników grupy, pytając ich o to, z czym przyszli na zajęcia, z jakim problemem i z jakimi emocjami siedzą w kręgu; co się wydarzyło ważnego w ich życiu ostatnio, albo w przerwie między ostatnią psychodramą a obecną; co im się śni. Puls — pojęcie biologiczne — oznacza tu krótką, aktualną informację o sobie (to, czym ostatnio żyję, „pulsuję”). Nie wprowadza się tu dyskusji, analizy, ani nawet dialogu — żeby jak najwięcej czasu zostało na grę i żeby wgląd zyskać poprzez działanie na scenie. Synonimiczną nazwą do pulsu jest „flash” (błysk). We własnej pracy zarówno z pacjentami, jak i podczas szkoleń — proszę zwykle, po uzyskaniu informacji werbalnej, o przedstawienie pulsu przez całą grupę w sposób psychodramatyczny. Puls ma na celu zdiagnozowanie potrzeb grupy.

Rozgrzewka — początkowa faza psychodramy, która ma na celu zastosowanie takich zadań i technik, żeby: 1) nasilić potrzeby grupy do tego stopnia, żeby były one łatwiej zauważalne dla członków grupy, 2) obniżyć poziom stanu lęku — żeby nie utrudniał on protagoniście wyjścia na scenę i zagrania psychodramy, w której jego potrzeby będą zaspokojone. Aby osiągnąć oba zamierzenia, stosuje się aktywizację emocjonalną członków grupy, zgodnie z Morenowską teorią spontaniczności i kreatywności. Rozgrzewkę mogą stanowić zadania ruchowe, np. typu encounter, zabawy grupowe, wspólne rysowanie, słuchanie muzyki lub sugestia wyobraźniowa. Moreno używa terminu „starter” do określenia czynnika, który stymuluje aktywność uczestników gry, np. wspomnianą rozgrzewkę wyobraźniową nazywa „starterem psychicznym”. W zależności od dominujących potrzeb w grupie, rozgrzewka może ukierunkowywać na pracę indywidualną (intrapsychiczną) lub na interpersonalną, w tym także tworzenie się relacji w grupie. Jeśli grupa nie czuje się bezpiecznie ze sobą (np. jest nowa) lub dominują w niej konflikty — wtedy stosowane są raczej gry grupowe, a nie praca z protagonistą na scenie. Rozgrzewka ma „rozgrzać emocjonalnie” i obudzić „głód działania”, który będzie motywował członków grupy do zgłoszenia się do pracy jako protagonista [zob. w niniejszym artykule opis „jako doszło do psychodramy”, zamieszczony przed każdą z pięciu psychodram].

Tabela 1

Struktura psychodramy

5 elementów	5 technik	3 fazy
Scena	Wywiad	Rozgrzewka
Protagonista	Zamiana ról	Gra (po grze — zdjęcie z ról)
Ego pomocnicze	Dublowanie	Sharing + feedback z ról + feedback identyfikacyjny
Grupa	Lustro	
Lider	Monodrama	

Źródło: Galińska E. [4, 12]

Wybór protagonisty — pod wpływem zastosowanej przez lidera (terapeutę) „rozgrzewki”, do pracy własnej na scenie zgłasza się zwykle kilka najbardziej rozgrzanych emocjonalnie osób. Siadają one w wewnętrznym kręgu i formułują swój temat do gry. Na podstawie stopnia bliskości z danym tematem, pozostali członkowie grupy dokonują wyboru protagonisty. Na wybór protagonisty mają również wpływ potencjalni przeciwnicy siedzący w wewnętrznym kręgu. Niezależnie od wyboru grupy, któryś z nich może zawalczyć o wyjście na scenę z własnym tematem. Jednakże korzystne jest poparcie grupy, gdyż bez niego protagonista jest izolowany na scenie, nie czuje wsparcia i zaangażowania grupy. Protagonista wybrany przez grupę zwykle „niesie” temat grupy. Idąc w kierunku sceny może głośno myśleć w celu zmniejszenia lęku — jest to szczególnie ważne przy psychodramie związanej z tematem śmierci, który budzi silne zagrożenie [por. pojęcie therapeutic soliloquy zob. 3].

Scena — rozumiana jest tu jako: 1) miejsce fizyczne, podobnie jak w teatrze, na którym rozgrywa się akcja psychodramy, oraz 2) symbolicznie — jako scena wewnętrzna protagonisty [dokładny opis zob. 1, 3].

Protagonista — główny bohater psychodramy, osoba odgrywająca na scenie swoją rolę.

Ego pomocnicze — są to role, wprowadzane przez protagonistę na scenę, potrzebne do psychodramatycznego przedstawienia jego tematu. Role te grają wybrani przez protagonistę członkowie grupy. Mogą to być konkretne osoby z życia obecnego lub przeszłego, także nieżyjące lub fantastyczne; a w przypadku tematu śmierci często pojawia się rola Boga. Mogą to być również role symboliczne, takie jak objawy pacjenta, emocje oraz przedmioty, które go otaczają. W aspekcie intrapsychicznym ego pomocnicze odnoszą się do części osobowości protagonisty, natomiast — w interpersonalnym są one określane terminem antagonistów — czyli osób, z którymi protagonista uwikłany jest w konflikt wewnętrzny.

Lider — terapeuta prowadzący psychodramę.

Grupa — grupa terapeutyczna, spośród której wyłaniany jest protagonista, który z kolei wybiera spośród jej członków osoby do gry na scenie.

Wywiad — używa się tu terminów: 1) „wywiad zbierany od protagonisty” w momencie, kiedy wchodzi on na scenę i jeszcze nie rozpoczął gry, oraz 2) „wywiad z ról” — jest on także zbierany od protagonisty, który zmienił się miejscem z daną rolą (zmiana roli) i z jej pozycji i punktu widzenia wypowiada swoją kwestię.

Zamiana roli — termin ten należy odróżniać od terminu „zmiana roli” (zob. wyżej). Oznacza zamianę miejscami protagonisty z daną rolą (czyli z ego pomocniczym) oraz prowadzenie dialogu poprzez kolejne zamiany roli. Ego pomocnicze nie wprowadza zatem własnego tekstu, lecz powtarza tekst przekazany mu przez protagonistę. Jedyne odzwierciedla, używając swego głosu i ciała, rolę podyktowaną mu przez protagonistę. W efekcie zastosowania tej techniki słyszymy na scenie wewnętrzny dialog protagonisty z samym sobą.

Dublowanie — to technika, którą można by nazwać „głosem wewnętrznym” protagonisty, wypowiedzianym w jego imieniu przez lidera, z pozycji ukrytego, niejawnego „ja” protagonisty (tzw. alter ego). Taka forma dublowania ma na celu przede wszystkim odreagowanie tłumionych emocji. Termin ten jednak nie jest w pełni adekwatny do znaczenia przyjętego przez Moreno w jego teorii rozwoju roli, w której wiąże się on z wczesną fazą rozwoju dziecka, kiedy nie odróżnia ono siebie od matki. Matka jest jego powtórzeniem, sobowtórem, dublerem [zob. 4, 12, 13]. Bliższe temu znaczeniu jest dublowanie stosowane zwłaszcza wobec pacjentów psychotycznych lub borderline, gdy w pracy terapeutycznej zacierają im się granice między rzeczywistością a graną rolą i fantazją, i gdy z tego względu wypadają z roli, gubiąc się w swym poczuciu tożsamości, w poczuciu, kim są. Nie stosuje się wtedy dublowania w celu odreagowania emocji, lecz w celu instalacji ego [zob. 6, 12, 14]. Dublowanie może być wspierające, konfrontacyjne oraz ambiwalentne. We własnej pracy często stosuję dublowanie wspierające z włączeniem grupy terapeutycznej, która wczuwa się w sytuację protagonisty i wypowiada, a często wykrzykuje, jego emocje wobec jego krzywdzicieli. Uruchomienie potencjału grupy daje ogromne wsparcie protagoniście i zwykle dodaje mu odwagi, dzięki czemu otwiera się on emocjonalnie i przeżywa katharsis (wraz z nim przeżywa je grupa). Dublowanie konfrontacyjne ma na celu prowokację protagonisty, np. zastosowałam je w psychodramie Elżbiety (zob. opis drugiej psychodramy w niniejszym artykule), gdy wypowiedziałam jako lider (stojąc za plecami jej dziecka) pytanie: „czy muszę ciężko zachorować lub umrzeć, żebyś mnie kochała?”, „chyba muszę zachorować lub umrzeć, żebyś mamie mnie kochała” (zob. kontekst psychodramy). Zdanie to zmieniło natychmiast kierunek działania pacjentki. Dublowanie ambiwalentne stosowane jest wtedy, gdy lider wyczuwa u protagonisty wahanie co do wyboru którejś opcji. Wtedy, stając po jego lewej stronie, przedstawia jeden punkt widzenia, a przechodząc na prawą stronę — drugi. W ten sposób uświadamia mu jego ambiwalentne nastawienie.

Lustro — technika polegająca na wprowadzeniu na scenę reprezentacji (dublera) protagonisty, a jego samego zabranii na widownię. Dubler zostaje wybrany przez protagonistę. Wraz z osobami grającymi różne role w psychodramie, improwizuje on w skrócie daną scenę, o którą prosi go lider. Protagonista, siedząc wraz z liderem na widowni, widzi siebie w lustrze. Lustro stosuje się, gdy protagonista pozostaje w impasie, gdy daje sprzeczne komunikaty (dobule bind) lub gdy scena jest złożona z bardzo wielu elementów i wymaga syntezy dla lepszego jej zrozumienia. Nie zabiera się protagonisty ze sceny, gdy przeżywa on silne emocje, katharsis. Aichinger i Holl [15] technikę lustra nazywają „ciałem rezonansowym”.

Katharsis — w psychodramie Morenowskiej oznacza nie tylko odblokowanie emocji negatywnych, wyrażenie i oczyszczenie się z nich, lecz również napelnienie się pozytywnymi emocjami, często w tzw. poszerzonej rzeczywistości (zob. niżej). Te dwa

rodzaje katharsis przynoszą ulgę protagoniście. Według E. Røine lider powinien dążyć do jak najszybszego wywołania katharsis u protagonisty, po to, żeby mieć więcej czasu na integrowanie jego osobowości. K. Zeintlinger-Hochreiter [13] wprowadza m.in. termin „Observationskatharsis” w odniesieniu do silnego przeżycia emocjonalnego u widowni.

Poszerzona rzeczywistość (surplus reality) — jedno z najważniejszych pojęć Moreno, oznaczające możliwość prowadzenia akcji na scenie w rzeczywistości zmienionej w stosunku do faktycznej, z życia protagonisty. W przypadku tematu śmierci może to być kontakt z Bogiem, z aniołem, z osobą zmarłą, z nienarodzonym dzieckiem, a także z kimś w przyszłości, szczególnie wtedy, gdy wypróbowuje się nowe role i zachowania. E. Røine [3] określa całą grę psychodramatyczną mianem poszerzonej rzeczywistości. Pojęcie to zostało szeroko opisane w I części niniejszej pracy (zob. numer zimowy „Psychoterapii” 2005).

Zdjęcie z ról — jest to rytuał stosowany po zakończeniu gry na scenie. Protagonista zdejmuje z ról wszystkie osoby, które uczestniczyły w jego psychodramie, mówiąc „nie jesteś moim lękiem — jesteś Kasią”, „nie jesteś moim ojcem, jesteś Stanisławem” itp. Zdjęcie z ról dokonuje się w celu odciążenia członków grupy od dźwigania problemów i emocji protagonisty wskutek silnej identyfikacji z rolą i sytuacją podczas psychodramy. Rytuał ten jest formą zatroszczenia się o osoby pozostające na scenie „w służbie” protagonisty.

Sharing — (z ang. dzielenie się) — ostatnia faza psychodramy, która następuje po zejściu protagonisty ze sceny, po zdjęciu przez niego osób z ról, gdy wszyscy ponownie siadają w kręgu. Lider, siadając obok protagonisty, zwraca się do członków grupy z zapytaniem, czy coś przypomniało im się z własnego życia podczas uczestniczenia w psychodramie lub obserwowania jej. W tej części posiedzenia każdy tylko przedstawia własne przeżycia i zdarzenia ze swego życia, nie dopuszczając do „zimnej”, intelektualnej analizy psychodramy. W ten sposób — stosując zasadę identyfikacji z protagonistą — chroni się go, a zarazem integruje z grupą. Często sharing stosują wszyscy członkowie grupy, a nawet lider. Jednakże jest to czynność dobrowolna. Zdarza się, że przy bardzo trudnych tematach, powodujących nadmiernie silne przeżycia dla grupy, sharing może być stosowany przez niewiele osób. Wtedy wskazany jest sharing samego lidera, jako wsparcie dla protagonisty.

Feedback z ról — kolejna technika polegająca na tym, że lider prosi osoby, które grały określone role, żeby podały informacje zwrotne protagoniście z tego, co przeżyły i poczuły odgrywając daną rolę, np. ojca czy matki.

Feedback identyfikacyjny — oznacza ustosunkowanie się emocjonalne do bohaterów psychodramy (stanięcie po czyjejs stronie).

Monodrama — techniki psychodramy zastosowane bez uczestnictwa grupy, czyli tylko w obecności lidera (ewentualnie jego asystenta) i protagonisty (pacjenta). Role, czyli ego pomocnicze, odgrywają tu przedmioty (rekwizyty) lub chusty wybrane do tego celu przez protagonistę. W trakcie gry następuje zamiana roli z przedmiotami, symbolizującymi ludzi, emocje, potrzeby, zdarzenia. Lider, stając bokiem do protagonisty i nie patrząc mu w oczy, użycza tylko swego głosu danej roli (przedmiotowi). Po psychodramie protagonista zdejmuje przedmioty z roli. Technika monodramy stosowana może być w terapii indywidualnej [16]; przez E. Røine [3] bywa też stosowana wobec pacjentów psychotycznych. W literaturze niemieckiej natomiast znajduje się przykłady psychodramy grupowej stosowanej wobec pacjentów psychotycznych [14].

Reframing — restrukturyzowanie kognitywne w postaci zmiany konstruktów teoretycznych lub tylko odniesienia poznawczego, typu przeformułowania i przewartościowania problemu, pociągające za sobą zmianę emocji. Reframing zaczęto stosować w terapii rodzin [17] w celu łagodzenia negatywnych, destrukcyjnych emocji i napięć w rodzinie. Reframing w psychoterapii zawsze ma na celu wywołanie u pacjenta emocji pozytywnych, które doprowadziłyby do akceptacji konstruktów uprzednio nieaprobowanych. Technika ta stosowana jest przez Galińską w jej autorskiej metodzie „portretu muzycznego”, w którym reframing zachodzi także na płaszczyźnie warstwowej struktury „ja” [4, 5].

Rematrycyzacja — praca reparacyjna według reguł Moreno, w której efekcie następuje „odwarunkowanie” utwalonego, zautomatyzowanego i powtarzającego się wzoru myślenia, zachowania, przeżywania i roli społecznej, patologicznej matrycy.

Piśmiennictwo

1. Galińska E. Temat śmierci i odrodzenia w psychodramie. Część I. Psychoterapia 2005; 4: 23–49.
2. Galińska E. Elementy reparacji w psychodramie i w muzykoterapii według teorii Melanii Klein. Psychoterapia 2004; 4 (131): 17–28.
3. Roine E. Psychodrama. O tym, jak grać główną rolę w swoim życiu, wyd. I. Opole: Wyd „Kontakt”; 1994.
4. Galińska E. Psychodrama. W: Grzesiuk L, red. Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki. Wydawnictwo Psychologii i Kultury „Eneteia”, s. 517–530.
5. Galińska E. Doświadczenia urazowe i ich terapia metodą „portretu muzycznego”. Psychoterapia 2003; 1 (124): 19–40.
6. Galińska E. Muzykoterapia zaburzonego poczucia tożsamości. „Kodowanie muzyczne” — instalacja ego. Psychoterapia 2003; 3 (126): 61–72.
7. Galińska E. Analiza mechanizmów poznawczych muzykoterapii nerwic. Psychoterapia 1995; 2: 27–60.
8. Bustos DM. 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.
9. Hutter Ch. Existenz im Hier und Jetzt. Versuche über Raum und Zeit im Frühwerk Morenos. Psychodrama, inScenario 1996, 167–184.
10. Gombert K. Anwendung und Indikationen des Psychodramas. Integrative Therapie 1979, 38–50.
11. Murawiec S. Psychoterapia z perspektywy neurobiologicznej. W: Grzesiuk L, red. Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki. Wydawnictwo Psychologii i Kultury „Eneteia”, s. 253–267.
12. Galińska E. Możliwości i ograniczenia muzykoterapii i psychodramy w leczeniu osób ze schizofrenią. Psychoterapia 2001; 3: 3–21.
13. Zeintlinger-Hochreiter K. Kompendium der Psychodrama-Therapie. Analyse, Praxisierung und Reformulierung der Aussagen zur psychodramatischen Therapie nach J.L. Moreno. Köln: inScenario Verlag; 1996.
14. Gröschner U. Das Drama der Psychose — Gruppentherapeutische Erfahrungen mit dem Psychodrama in einer psychiatrischen Übergangseinrichtung. W: Bosselmann R, Lüffe-Leonhardt E, Gellert M, red. Variationen des Psychodramas. Meezen: Verlag Christa Limmer; 1993.
15. Aichinger A, Holl W. Psychodrama — terapia grupowa z dziećmi. Kielce: Jedność; 1999.
16. Pytko A. Monodrama w psychoterapii indywidualnej. Psychoterapia 2001; 2 (117): 77–92.
17. König E, Volmar G. Referenztransformation als Prinzip kognitiver Therapien. Syst. Fam. 1989; 2, 1: 12.

Adres: Elżbieta Galińska
ul. Piekalkiewicza 3/1, 00-710 Warszawa
egalinska@wp.pl